

# FAQ Heilmittelrichtlinie

## Allgemein / Korrekturen

Frage	Antwort
Müssen Änderungen einer Verordnung vor dem ersten Behandlungsbeginn korrigiert werden?	<p>Wie Änderungen erfolgen müssen, entnehmen Sie bitte der Anlage 3 zur HeilM-RL „Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen“ <a href="#">Link</a></p> <p>Grundsätzlich müssen die Änderungen bis zum Zeitpunkt der Abrechnungseinreichung erfolgt sein. Die Änderungen müssen mit Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes (je nach Erfordernis) siehe Anlage 3 erfolgen.</p> <p>Auf „Nummer Sicher“ gehen Sie so:          Änderungen, die das <b>Einvernehmen</b> mit Ärzt*innen erfordern, per Fax mit entsprechender Antwort dokumentieren.          Änderungen, die nur eine <b>Information</b> an die Ärzt*innen erfordern, in der Patientenakte mit Datum und Namen der Gesprächspartner*in notieren.</p>
Wie können Änderungen der Verordnung rechtssicher erfolgen? Per Fax?	Nach den noch gültigen Rahmenverträgen sind Änderungen per Fax gestattet. Bitte lesen Sie in diesem Zusammenhang die jeweils gültigen Rahmenvertrag ihres Bundeslandes. Diese finden Sie unter <a href="#">Link</a>
Müssen die Änderungen zwingend mit Datum und Arztunterschrift bestätigt werden?	Wenn laut Anlage 3 Heilmittelrichtlinie eine Änderung durch die verordnenden Ärzt*innen erfolgen muss, dann muss diese auch mit Datum und Unterschrift bestätigt werden. Der Zeitpunkt ist in der Heilmittelrichtlinie nicht festgelegt.
Kann nach der neuen HMR eine Befunderhebung abgerechnet werden?	Leistungserbringer der SSSS-Therapien sind nach den geltenden Rahmenverträgen berechtigt, eine Befundung abzurechnen.
Ist eine Befunderhebung bei Wechsel der logopädischen Praxis weiterhin möglich?	Ja, es ist eine Befunderhebung weiterhin möglich. Sie muss jedoch auch weiterhin begründet werden.
Kann eine Verordnung aus dem Jahr 2020 später als 28 Tage begonnen werden?	<p>Nach unserer Einschätzung laufen Sie Gefahr, eine Absetzung der Leistungen zu erhalten. Wir empfehlen von daher, bei einer Überschreitung der 28 Tage eine neue Verordnung ausstellen zu lassen.</p> <p>Ob und wenn ja, in welcher Form eine Abänderung des Ausstellungsdatums der Verordnung des Jahres 2020 laut Rahmenvertrag möglich ist, müssen Sie nachlesen. Der vdek-Vertrag z.B. sieht hier vor, dass die Änderung auf der Original-Verordnung erfolgen muss.</p>

Muss ein Tonaudiogramm vorliegen?	Nein. In der neuen Heilmittelrichtlinie heißt es unter § 34: „Die ärztliche Diagnostik kann in Abhängigkeit der vorliegenden Schädigung folgende Maßnahmen umfassen...“ Es ist demnach eine Kann-Bestimmung, keine Muss-Bestimmung.
-----------------------------------	--

## Verordnungsmuster

Frage	Antwort
Sind die neuen Formulare immer hellblau oder auch in rosa DIN A 5?	Die ärztlichen Verordnungen sind im Format DIN A 5. Sie können hellblau (fertige Vordrucke) oder aber rosa mit Wasserzeichen versehen sein (sogenannte Blankoformularbedruckung). Zahnärztliche Verordnungen sind weiterhin im Format DIN A 4.
KFO/Zahnärzte: Sind auch hier die neuen Verordnungen Pflicht?	Ja auch hier sind die neuen Formulare und Verordnungsvorgaben verpflichtend.
Darf die zahnärztliche Verordnung auf weißem Papier gedruckt sein?	Nach der jetzigen Informationslage kann diese weiterhin auf weißem Papier gedruckt werden. Es muss jedoch der neue Verordnungsvordruck 13Z bzw. Formular 9 sein, DIN-A-4.
Dürfen die Verordnungen auch handschriftlich ausgefüllt werden?	Nach Rücksprache mit der KBV dürfen die Verordnungen handschriftlich erstellt werden. Aus Sicht der KBV kann dieser Umstand in der Anfangszeit aufgrund diverser technischer Probleme erforderlich sein.

## Behandlungsrelevante Diagnose / Diagnosegruppe / Leitsymptomatik / Frequenz

Frage	Antwort
Muss die Leitsymptomatik bezüglich der Diagnose überprüft werden?	Laut Heilmittelkatalog ist es eine SOLL- Bestimmung. Wenn auffällt, dass hier keine Übereinstimmung vorliegt, kann (nicht muss!) eine Rücksprache mit der Ausstellungspraxis erfolgen.
Welche Diagnosen gibt es bei den Verordnungen Zahnärzte? SCZ/SPZ/OFZ?	Es wird hier von Diagnosegruppen gesprochen. Laut Heilmittelkatalog HeilM-RL ZÄ gibt es die Diagnosegruppen SPZ/SCZ und OFZ. Die entsprechende HeilM-RL mit allen relevanten Informationen finden Sie unter <a href="#">Link</a> ab Seite 27

Muss der eingetragene Text im freien Textfeld zur Leitsymptomatik mit der angekreuzten Leitsymptomatik a, b oder c übereinstimmen?	Bei Aktivierung der Felder a, b und / oder c ist eine Eintragung im Freitextfeld <u>nicht</u> erforderlich. Ein Eintrag ist unschädlich.  Ist das Feld Patientenindividuelle LS angekreuzt, ist ein Text erforderlich. Die Angabe soll der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden können und mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen vergleichbar sein.
Muss der ICD-10-Code eingetragen werden?	Ja, aber nur auf der ärztlichen Verordnung, nicht auf der zahnärztlichen!
Darf die Behandlungsfrequenz höher als im HMR-Katalog angegeben verordnet werden?	Die Frequenzspannen sind Empfehlungen. Der Arzt kann diese über- und unterschreiten.

## Doppelbehandlung / Gruppen

Frage	Antwort
Was ist der Unterschied zwischen Parallelbehandlung und Gruppenbehandlung?	Parallelbehandlungen gibt es im Rahmen der SSSS-Therapie nicht – gemeint ist eine 2er Gruppentherapie.  Gruppenbehandlungen gibt es in unterschiedlichen Gruppenpositionen je nach Rahmenvertrag als 2er Gruppe oder 3-5er Gruppe
Darf man innerhalb einer Verordnung Einzel- und Gruppentherapie durchführen?	Achtung! Hat der Arzt Einzeltherapie verordnet, ist die Abgabe einer Gruppenbehandlung nur nach Klärung mit dem Arzt möglich. Bei einer Verordnung von Gruppentherapie ist die Abgabe von/Änderung in Einzeltherapie aufgrund fehlender Gruppenteilnehmer gestattet. Hier gelten noch die jetzigen Rahmenverträge.
Wie verhält es sich bei Doppelbehandlungen, wenn 10 Therapieeinheiten verordnet wurden?	Bei einer Therapieanzahl von 10 sind es 10 Einzeltherapien oder 5 Doppelbehandlungen. Bei Abgabe einer Doppelbehandlung werden (im Sinne der orientierenden Behandlungsmenge) 2 Einheiten abgegeben.

<p>Können Doppelbehandlungen durchgeführt werden?</p>	<p>Sofern ärztlich verordnet, können Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Doppelbehandlungen bedeuten, zwei sich zeitlich umgehend anschließende Behandlungen. (Zwei Einheiten in direkter Folge).</p> <p>Zwei Behandlungen, die zu unterschiedlichen Zeiten am selben Tag erfolgen, stellen keine Doppelbehandlung dar! Das wären Mehrfachbehandlungen, und diese sind nicht vorgesehen!</p>
<p>Darf zwischen Einzel - und Doppelbehandlungen gewechselt werden?</p>	<p>Die Belastbarkeit des Patienten kann einer angemessenen Umsetzung der Doppelbehandlung entgegenstehen. Sollte der Arzt ausschließlich Doppelbehandlungen verordnet haben, muss eine Rücksprache mit dem Arzt erfolgen.</p>

## Behandlungsfall / orientierende Behandlungsmenge / Langfristverordnung

Frage	Antwort
<p>Gibt es noch eine Behandlung im Regelfall, also eine Höchstmenge der Verordnungsmenge?</p>	<p>Die neue Systematik sieht einen orientierenden Behandlungsmenge vor. Verordnet der Arzt über diese Menge, ist die Begründung in der Akte des Patienten seitens des Arztes in seiner Praxis erforderlich.</p>
<p>Darf mehr als die orientierende Behandlungsmenge verordnet werden?</p>	<p>Ja. Was ärztlicherseits für erforderlich gehalten wird, kann auch (im Rahmen der Heilmittelrichtlinie) verordnet werden.</p>
<p>Patient*in hatte bis Ende 2020 eine Langfristverordnung. Wie geht es jetzt weiter?</p>	<p>Da mit der neuen Heilmittelrichtlinie alle vorherigen Verordnungen nicht mehr gezählt werden, wird mit der ersten Verordnung ein neuer Verordnungsfall ausgelöst.</p> <p>Bei entsprechender ICD-10-Codierung nach Anlage 2 <a href="#">Link</a> ab Seite 12 oder bei Listung unter besonderem Verordnungsbedarf kann ohne Antrag an die KK direkt eine Langfristverordnung ausgestellt werden.</p> <p>Ist der ICD-10-Code nicht gelistet, kann ein individueller Antrag des Patienten an die Krankenkasse erfolgen. Einen Musterantrag finden Sie unter <a href="#">Link</a></p>
<p>Wie kann eine Langfristverordnung verordnet werden?</p>	<p>Der langfristige Bedarf ergibt sich aufgrund der Eintragung der ICD-10-Codes in Kombination mit den gelisteten Diagnosegruppen – nur darauf muss eine ausstellende Praxis achten.</p> <p>Eine entsprechende Liste hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV zur Verfügung gestellt.</p>

<p>Kann der langfristige und auch der besondere Behandlungsbedarf sofort oder erst nach Durchlaufen der orientierenden Behandlungsmenge begonnen werden?</p>	<p>Der langfristige und auch der besondere Behandlungsbedarf kann sofort erfolgen. Er ergibt sich aus der Kombination der Diagnose laut ICD-10 und der verordneten Diagnosegruppe. Die verordnete Behandlungsmenge muss innerhalb von 12 Wochen (theoretisch) abgeleistet werden können.</p> <p>Bitte beachten Sie mögliche Besonderheiten im besonderen Verordnungsbedarf – es gibt dort zeitliche (Laufzeit 1 Jahr) als auch altersbedingte (Alter: 12 Jahre) Einschränkungen.</p> <p>Hier eine Liste der KBV, die langfristigen und besonderen Verordnungsbedarf zusammenfasst: <a href="#">Link</a></p>
<p>Muss eine Langfristverordnung gekennzeichnet werden?</p>	<p>Nein, diese ist durch den ICD-10 Code erkennbar, in Kombination mit der verordneten Diagnosegruppe.</p>
<p>Kann eine Kasse eine begründbare Langfristverordnung ablehnen?</p>	<p>Die Langfristverordnungen, die sich aus Diagnosen der Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien ergeben, nicht.</p> <p>Anträge für Langfristverordnungen zu anderen Diagnosen können individuell gestellt werden. Diese können von den Kassen abgelehnt werden.</p>
<p>Ist eine Überschreitung der Höchstverordnungsmenge laut Heilmittelkatalog bei Langfristverordnungen gestattet?</p>	<p>In diesem Zusammenhang darf der Arzt die Therapieanzahl so bemessen, dass die Anzahl innerhalb von 12 Wochen erarbeitet werden kann. Es wird sich an die höchste Zahl der Frequenzspanne orientiert.</p> <p>Beispiele:          Frequenz wird mir 1x wöchentlich angegeben -&gt; Höchstverordnungsmenge 12 Einheiten          Frequenzspanne wird mit 1-2x wöchentlich angegeben -&gt; Höchstverordnungsmenge 24 Einheiten          Frequenzspanne wird mit 1-3x wöchentlich angegeben -&gt; Höchstverordnungsmenge 36 Einheiten</p> <p>Es muss theoretisch möglich sein, die verordneten Einheiten innerhalb dieser Zeit durchzuführen. Durch begründete Unterbrechungen ist eine längere Laufzeit möglich/rechtmäßig.</p>

## Angaben auf der Rückseite

Frage	Antwort
Reicht es, nur Positionsnummern im Feld Maßnahmen einzutragen?	Die Eintragung der Positionsnummer ist <b>nicht</b> vorgesehen – hier soll für die Patient*innen nachvollziehbar von diesen die Leistung bestätigt werden.
Kann ein zusätzliches Unterschriftenblatt genutzt werden?	Aufgrund der Notwendigkeit bei Langfristverordnungen mit einer Menge > 20 und der daraus erforderlichen Erweiterung der Bestätigungsfelder ist dies möglich.  Bitte beachten Sie, dass dieses zusätzliche Blatt alle Informationen der Rückseite des Originals enthalten muss. Datum/Leistung/Leistungserbringer (muss aufgrund der noch gültigen Rahmenverträge nicht ausgefüllt sein)/ Unterschrift der Patient*innen.
Kann man auch einen Stempel nutzen, um die Maßnahmen einzutragen?	Ja, es gibt keine Beschreibung des Erfordernis.
Muss jedes Mal die Maßnahme eingetragen werden oder reicht das eine Wiederholungszeichen “-“?	Grundsätzlich kann ein Wiederholungszeichen bei gleichbleibender Leistung eingesetzt werden.
Muss bei dem Feld Leistungserbringer etwas eingetragen werden?	Da es zu diesem Feld keine Regelung in den jetzigen Rahmenverträgen gibt, muss hier noch nichts eingetragen werden.

## Taxierung / Abrechnung

Frage	Antwort
Wo kann ich die Taxierung notieren?	Eine Taxierung der Verordnungen ist nicht mehr erforderlich. Alle erforderlichen Informationen werden unter Maßnahmen eingetragen. Beispiele: Sprachtherapie-45-HB Sprachtherapie-45-HB-7km Sprachtherapie-45-HB/Heim-7km.
Müssen Verordnungen aus 2020 noch taxiert werden?	Ja, da diese noch nach der alten Systematik und Erfordernissen ausgestellt wurden.

<p>Wie kann man eine ordnungsgemäße Übermittlung der gefahrenen Kilometer an ein Abrechnungszentrum sicherstellen?</p>	<p>Tragen Sie alle abrechnungsrelevanten Informationen in die Spalte Maßnahmen ein. Beispiel: Sprachtherapie-45-HB-7 km.</p> <p>Die Angabe der Kilometer ist nur dann erforderlich, wenn diese aufgrund der noch bestehenden Rahmenverträge erforderlich sind.</p> <p>Einige Rahmenverträge sehen einen Abschlag der Vergütung des Hausbesuchs in Einrichtungen vor. In diesen Fällen empfiehlt sich eine Eintragung wie im nachfolgenden Beispiel: Sprachtherapie-45-HB/<b>Heim</b>-7km</p> <p>Auch wenn Sie ein Praxisprogramm nutzen und damit die Daten an das Abrechnungszentrum übermitteln, müssen diese Eintragungen dennoch erfolgen, da Patient*innen/Angehörigen die erfolgten Leistungen mit ihrer Unterschrift bestätigen.</p>
<p>Müssen Verordnungen aus 2020 noch taxiert werden?</p>	<p>Ja, da diese noch nach der alten Systematik und Erfordernissen ausgestellt wurden.</p>
<p>Kann man jetzt schon Berichte abrechnen?</p>	<p>Eine Abrechnung von Berichten ist aufgrund der noch geltenden Rahmenverträge nur bei der LKK möglich.</p> <p>In einigen Kassenbezirken ist das Abrechnen einer Übermittlungsgebühr möglich. Dazu schauen Sie bitte in die für Sie gültigen Rahmenverträge <a href="#">Link</a></p>
<p>Kann eine Elternberatung abgerechnet werden?</p>	<p>Diese Möglichkeit ist nicht gegeben, da in der Leistungsbeschreibung keine dementsprechende Leistung aufgeführt ist.</p>