

1 Krankenkassendaten, Patientendaten, Arztnummer, Verordnungsdatum

Felder: Krankenkasse, Name und Vorname des Versicherten, Kassen-Nr., Vers.- Nr. Status, Vertragsarztnummer, Gültigkeit der VK, Datum

Die Angaben zum Patienten und der Versicherung können in der Regel der Versicherten-Chipkarte entnommen werden. Hinzu kommen die Vertragsarzt-Nummer und das Ausstellungsdatum der Verordnung.

Stand 01.07.2008: In Feld Vertragsarztnummer wird die Betriebsstättennummer und in Feld VK bis wird die Vertragsarztnummer eingetragen.

Links davon befinden sich weiter Felder: Gebühr pflichtig, Gebühr frei, Unfall, BVG, EWR/CH

2 IK-Nummer, Zuzahlung, Heilmittelpositionsnummer, Abrechnung

Felder: IK des Leistungserbringers, Gesamtzuzahlung, Gesamt-Brutto, Heilmittel-Pos.-Nr., Faktor, Heilmittel-Pos.-Nr., Faktor, Wegegeld-/Pauschale, Faktor, km, Hausbesuch, Faktor, Hausbesuch, Faktor, Rechnungsnummer, Belegnummer

Die Angaben sind vom Leistungserbringer im Rahmen der Abrechnung der erbrachten Therapieleistung auszufüllen.

3 Verordnung im Regelfall

Felder: Erstverordnung, Folgeverordnung.

Eine Erstverordnung liegt dann vor, wenn es sich um die erste Heilmittelverordnung für einen Patienten zu einer bestimmten Diagnose handelt.

Nach einer Erstverordnung gilt jede weitere Verordnung zur Behandlung derselben Diagnose eines Patienten als Folgeverordnung.

Hinweis: Es kann sein, dass sich im Behandlungsverlauf auch bei gleichbleibender Diagnose die Leitsymptomatik und damit das Therapieziel sowie die Wahl der Heilmittel ändern können. Hieraus ergibt sich jedoch kein neuer Regelfall. Eine Folgeverordnung im selben Regelfall liegt also auch dann vor, wenn sich bei derselben Diagnose die Leitsymptomatik oder die Wahl der Heilmittel ändert.

Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können (erst) nach einer behandlungsfreien Zeit von mehr als 12 Wochen einen neuen Regelfall mit einer erneuten Erstverordnung auslösen.

Hinweis: Es sind Fälle denkbar, in denen derselbe Patient aufgrund mehrerer unabhängiger Diagnosen jeweils Heilmittel erhalten kann. Jede Diagnose kann hier einen getrennten Regelfall begründen. Die Verordnung muss dann je Diagnose auf getrennten Verordnungsvordrucken erfolgen.

Dies ist auch erforderlich, wenn zusätzlich (aufgrund einer entsprechenden Diagnose) Maßnahmen der Ergotherapie oder der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verordnet werden sollen. Zur Verordnung dieser Maßnahmen sind abweichende Vordrucke zu verwenden.

4 Verordnungen außerhalb des Regelfalles

Der Arzt kann abweichend von den Vorgaben des Heilmittelkataloges weitere Folgeverordnungen verordnen, wenn das Therapieziel mit der Verordnungsmenge im Regelfall nicht zu erreichen ist.

Für solche Verordnungen "außerhalb des Regelfalles" muss der Arzt eine medizinische Begründung mit einer prognostischen Einschätzung angeben.

Diese begründungspflichtigen Verordnungen müssen vor der Fortsetzung der Therapie (vom Patienten / Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person) der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung (**Punkt 17**) vorgelegt werden (sofern die Krankenkasse nicht auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet hat).

5 Hausbesuch

Felder: Ja, Nein

Der Arzt kann bestimmen, dass die Therapie am Wohnort des Patienten als Hausbesuch durchgeführt wird. Das ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn zwingende medizinische Gründe vorliegen.

6 Gruppentherapie

Nach Maßgabe der Heilmittelrichtlinien können einige Heilmittel sowohl als Einzel- als auch als Gruppentherapie verordnet werden. Sind bei einer Behandlung gerade gruppenspezifische Effekte gewünscht, so kann der Arzt, auch im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots, Gruppentherapie verordnen, sofern nicht Einzeltherapie aus medizinischen Gründen geboten ist.

7 Behandlungsbeginn spätestens am.

Wird vom verordnenden Arzt hier kein Datum eingetragen, muss die Therapie innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung beginnen.

Der Arzt kann eine kürzere oder längere Frist bestimmen. In diesem Fall trägt er das gewünschte Datum hier ein. Für eine Angabe des Behandlungsbeginns können medizinische oder organisatorische Gründe ausschlaggebend sein (z.B. viele Feiertage in der 10-Tages-Frist).

8 Therapiebericht

Felder: Ja, Nein

Bei angekreuzten Ja-Feld, möchte der Arzt einen Therapiebericht bekommen. Beim angekreuzten Nein-Feld kein Therapiebericht erforderlich.

9 Verordnungsmenge

Der Arzt richtet sich bei der Angabe der Behandlungsanzahl pro Verordnung nach den Maßgaben des Heilmittelkatalogs. Je nach Art der Verordnung (Erst-, Folgeverordnung) kann diese Menge variieren.

Bei Verordnungen "außerhalb des Regelfalls" muss der Arzt die Verordnungsmenge sowie die Frequenz selbst festlegen. Hieraus ergibt sich dann das Intervall der ärztlichen Befundkontrolle, welches maximal bei 12 Wochen liegen soll. Beispiel: 12 * KGN, Frequenz 1 * pro Woche.

10 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Die zulässigen Heilmittel ergeben sich aus der Leitsymptomatik bzw. dem hieraus folgenden Behandlungsziel.

Der Heilmittelkatalog sieht zur indikationsbezogenen Behandlung der Patienten bei der Auswahl der Heilmittel eine Rangfolge vor, die - auf der Grundlage von jahrelangen Erfahrungen aus der Praxis - zwischen vorrangigen (am ehesten / häufigsten), optionalen (alternativen) und ergänzenden Heilmitteln unterscheidet.

Das im Katalogteil unter [A] aufgeführte vorrangige Heilmittel soll in erster Linie zur Anwendung kommen. Sind hier mehrere Heilmittel genannt (z.B. Allgemeine Krankengymnastik / Manuelle Therapie) kann der Arzt eines von diesen zur Verordnung auswählen.

Ist die Durchführung des vorrangigen Heilmittels aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, so kann als Alternative eines der optionalen Heilmittel [B], z.B. Übungsbehandlung / Chirogymnastik verordnet werden.

Zusätzlich zu [A] oder [B] kann zur Verbesserung der Therapieeffizienz ein ergänzendes Heilmittel [C] verordnet werden, z.B. Eis / Elektrotherapie / Heiße Rolle.

Nicht zulässig ist die gleichzeitige Verordnung eines vorrangigen Heilmittels [A] und eines optionalen Heilmittels [B] bei derselben Leitsymptomatik.

Liegen komplexe Schädigungsbilder vor, dann kann die Standardisierte Heilmittelkombination [D] verordnet werden, soweit sie im Heilmittelkatalog als mögliches Heilmittel aufgeführt ist.

Die gleichzeitige Verordnung einer Standardisierten Heilmittelkombination [D] mit einem weiteren Einzelheilmittel ([A], [B], oder [C]) ist nicht zulässig.

Die Verordnungsmenge bei "Standardisierten Heilmittelkombinationen" ist im Regelfall auf insgesamt 10 Behandlungseinheiten begrenzt, wobei diese auf mehrere Verordnungen (Erst- und Folgeverordnungen) verteilt werden können ((E) + (F)).

Die Bezeichnung der Heilmittel auf dem Verordnungsvordruck kann ausgeschreiben oder abgekürzt werden. Die Abkürzung muss keiner Formvorschrift genügen. Sie muss jedoch eindeutig sein.

Hinweis: Einige Heilmittel werden im offiziellen Heilmittelkatalog nur mit dem Sammelbegriff aufgeführt, z.B. "Wärmetherapie", obwohl hierunter verschiedene Heilmittel fallen, wie z.B. Heißluft, Wärmepackungen /

Fango, Ultraschall, Heiße Rolle. Die gewünschte Therapieform sollte auch aus abrechnungstechnischen Gründen auf der Verordnung explizit aufgeführt werden.

Bei der Verordnung von Manueller Lymphdrainage ist die Therapiedauer Angabe erforderlich. In Abhängigkeit der Diagnose weist der Katalog aus, welche Therapiedauer verordnungsfähig ist, z.B. 30, 45 oder 60 Minuten.

11 Anzahl pro Woche

Der verordnende Arzt gibt die Therapieeinheiten pro Woche vor, wenn medizinische Gründe ausschlaggebend sind.

Ist dieses Feld nicht ausgefüllt so kann der Therapeut die Therapiefrequenz unter Bezug auf das Schädigungsbild vorgegeben. Hierbei können auch die organisatorischen Rahmenbedingungen des Patienten berücksichtigt werden.

Hinweis: Bei der Podologischen Therapie liegt die Therapiefrequenz bei mehreren Wochen (4 - 6), z.B. 1 mal in 6 Wochen.

12 Indikationsschlüssel

Der Indikationsschlüssel des Heilmittelkataloges ist 3 oder 4 Zeichen lang und ergibt sich aus der Diagnosengruppe (2 oder 3 Zeichen) sowie der Leitsymptomatik (1 Zeichen). Der Indikationsschlüssel hat keinen Bezug zum ICD.

Beispiel: Ein Fall wird der Diagnosengruppe "Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf" (WS1) bei Leitsymptomatik "Funktionsstörungen / Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung" (a) zugeordnet. Der Indikationsschlüssel lautet WS1a.

Die Angabe des Indikationsschlüssels ersetzt nicht die Abbildung von Diagnose und Leitsymptomatik im Vordruck.

13 Diagnose und Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich immer aus der Diagnose plus der hiermit einhergehenden Leitsymptomatik (Schädigung / Funktionsstörung).

Die Leitsymptomatik und das hiermit einhergehende Therapieziel sind die entscheidenden Kriterien für die Auswahl des zu verordnenden Heilmittels.

Damit der Therapeut möglichst nahtlos und effizient mit der Therapie beginnen kann, sollen die Diagnose, die Leitsymptomatik sowie Angaben über weitere relevante Befunde / Begleiterkrankungen auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden.

14 Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Gehen die Therapieziele im konkreten Einzelfall nicht eindeutig aus der Diagnose und Leitsymptomatik des Heilmittelkataloges hervor, kann der Arzt hier diese Ziele näher erläutern.

15 Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles

Hier erfolgt die bereits erwähnte Angabe der medizinischen Begründung und ggf. der prognostischen Einschätzung bei Verordnungen "außerhalb des Regelfalles" hinaus (siehe Punkt 4).

Reicht der Platz auf dem Vordruck nicht aus, kann die Begründung schriftlich formfrei auf einem Zusatzblatt erstellt bzw. fortgesetzt werden.

Bei der medizinischen Begründung soll sich der Arzt am festgestellten Therapiebedarf, der Therapiefähigkeit sowie der Therapieprognose unter Berücksichtigung der angestrebten Therapieziele orientieren. Hierbei ist der textliche Umfang nicht vorgegeben.

16 Vertragsarztstempel, Unterschrift des Arztes

Unten rechts auf dem Vordruck sind Name, Adresse und Unterschrift des verordnenden Arztes anzubringen.

Die Rückseite:

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt. Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

17 Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5	18	
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Arzt: **19**

- Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie
- Abweichung von der Frequenz

Begründung:

20

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Muster 13.2 (7.2004)

17 Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Felder: Die verordnende Behandlung wird genehmigt, Die verordnende Behandlung wird nicht genehmigt, Begründung der Ablehnung, Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Verordnungen außerhalb des Regelfalles sind (vom Patienten / Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person) vor der Fortführung der Behandlung der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.

Nach Vorlage der Verordnung kann die Therapie fortgesetzt werden. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung. Eine Rückforderung der Kosten bereits erbrachter Leistungen ist ausgeschlossen.

Hinweis: Die Krankenkasse kann auf die Vorlage von "Verordnungen außerhalb des Regelfalles" verzichten, was einer pauschalen Genehmigung entspricht. In den letzten Jahren wurde von den Ersatzkassen so verfahren.

18 Empfangsbestätigung

Felder: Datum, Maßnahmen, Unterschrift des Versicherten

In diesem Bereich des Vordrucks muss der Patient den Erhalt der Therapieleistung je Behandlung durch seine Unterschrift bestätigen.

19 Angaben zur Durchführung der Therapie

Felder: Behandlungsabbruch, Datum, Änderung von Gruppen in Einzeltherapie, Abweichung von Frequenz, Begründung.

Unten links auf der Rückseite des Vordrucks kann der Therapeut Angaben zum Therapieverlauf eintragen. Hier ist anzugeben, wenn die Verordnungsvorgaben zur Therapiefrequenz oder Gruppenbehandlung in Absprache mit dem Arzt geändert wurden. Zudem ist ein eventueller Behandlungsabbruch zu vermerken.

Hinweis: Diese Rückseite wird nicht an den verordnenden Arzt übermittelt. Der gesamte Vordruck ist Bestandteil der Abrechnung des Therapeuten.

20 Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Unten rechts auf der Rückseite des Vordrucks hat der Leistungserbringer Name, Adresse und Unterschrift anzubringen.