Anlage 3
Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung

zum
Vertrag nach § 125a SGB V
über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung
in der Ergotherapie und deren Vergütung
vom 01.04.2024[1]

[1] Der Vertrag (inklusive der Anlagen 1-3) ist gemäß Schiedsspruch 2 HE 27-23 vom 14.12.2023 festgesetzt.

Gemäß § 125a Absatz 2 Nr. 3 SGB V gilt die bestehende Anlage 3 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V auch für den Vertrag nach § 125a SGB V, soweit sich aus der erweiterten Versorgungsverantwortung nicht ausdrücklich etwas Abweichendes ergibt. Die abweichenden Bestimmungen sind im Folgenden aufgeführt.

1. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Verordnende oder den Verordnenden

(1a) Stellt eine Verordnende oder ein Verordnender bei einer oder einem Versicherten eine Diagnose, die sich einer der nach § 125a SGB V vertraglich vereinbarten Diagnosegruppen zuordnen lässt und die Indikation für ein Heilmittel fest, hat sie oder er in der Regel auf folgende Angaben auf dem Verordnungsvordruck im Sinne der HeilM-RL zu verzichten:

- Anzahl der Behandlungseinheiten,
- Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges und ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel,
- ggf. ergänzende Heilmittel,
- Therapiefrequenz

(1b) Im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ muss gemäß Anlage 29 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) von der oder dem Verordnenden der Text „BLANKOVERORDNUNG“ eingetragen werden.

(1c) Bei Vorliegen einer Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung kann die Behandlung begonnen werden, wenn nachfolgende Angaben auf der Verordnung enthalten sind:

- Die Angaben (im Personalienfeld):
  - „Name, Vorname des Versicherten“,
  - „geb. am“,
  - „Krankenkasse bzw. Kostenträger“,
  - das Ausstellungsdatum,
- Diagnose,
- Diagnosegruppe,
- Text „BLANKOVERORDNUNG“ im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“
- Stempel und/oder Unterschrift der oder des Verordnenden.

(2) Eine Verordnung ist der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung zuzuordnen, wenn von der oder dem Verordnenden eine Diagnosegruppe nach § 125a SGB V und gemäß Absatz 1b) im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ der Text „BLANKOVERORDNUNG“ angegeben wurde. Sofern von der oder dem Verordnenden dennoch weitere Angaben gemäß Absatz 1a) auf der Verordnung gemacht wurden, müssen diese von den Leistungserbringenden nicht berücksichtigt werden.

(3) Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, kann die oder der Verordnende auch bei Diagnosegruppen nach § 125a SGB V entscheiden, eine Verordnung nach §125 SGB V auszustellen. Erkennbar sind diese Verordnungen daran, dass die Angabe „BLANKOVERORDNUNG“ auf der Verordnung fehlt. In diesen Fällen sind auch bei Diagnosegruppen nach § 125a SGB V alle Angaben von der oder dem Verordnenden nach § 13 Absatz 2 HeilM-RL zu machen. Die betreffende Verordnung gilt nicht als Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung. Für diese Verordnungen gelten die Regelungen gemäß dem Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V einschließlich seiner Anlagen.

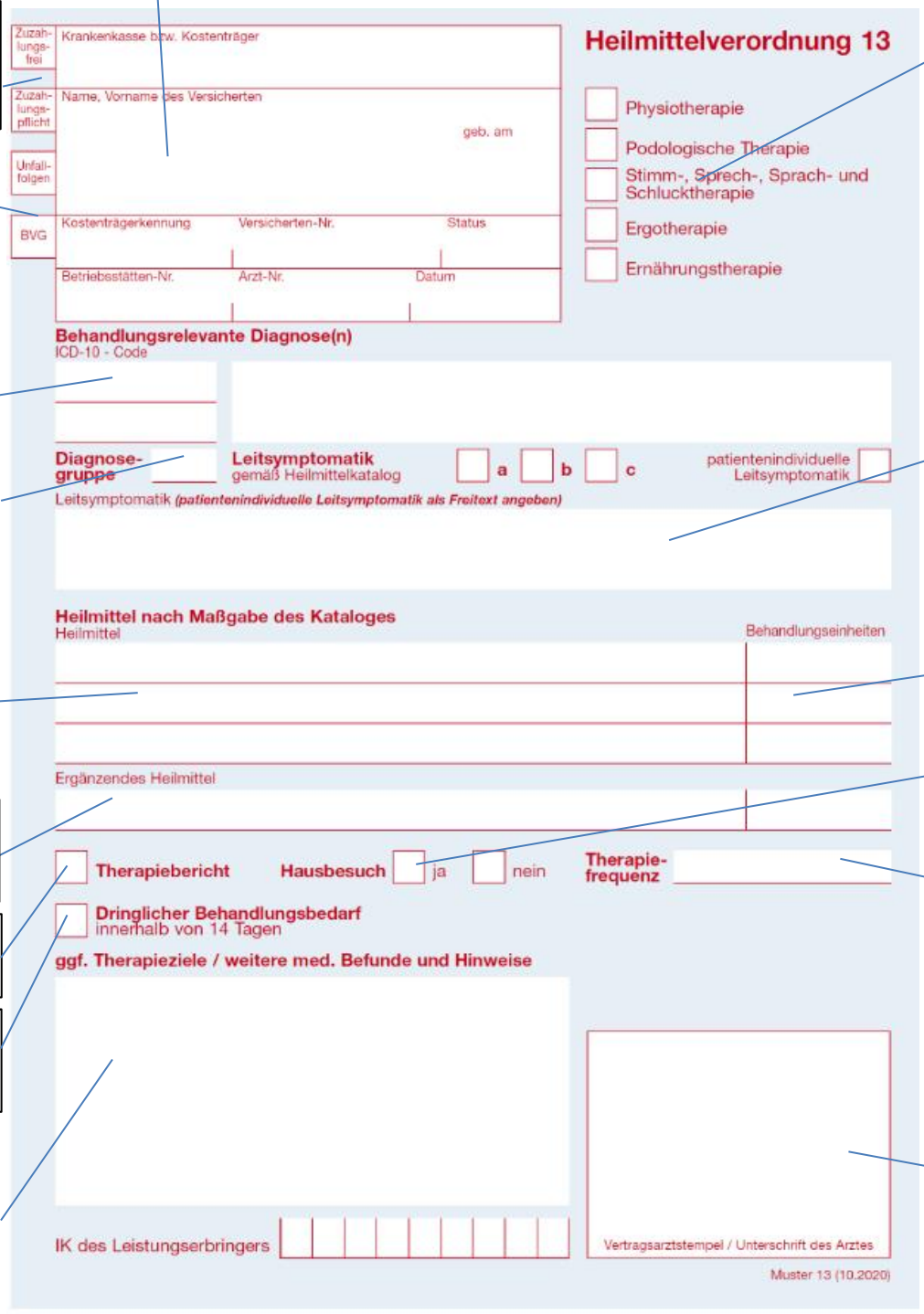
(4) Fehlt im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ der Text „BLANKOVERORDNUNG“ und es wurden von der oder dem Verordnenden keine oder nur einzelne Angaben gemäß Absatz 1a) auf der Verordnung gemacht, muss zur Klärung der Zuordnung (Versorgung nach § 125 oder § 125a SGB V) vor Beginn der Behandlung mit der oder dem Verordnenden Rücksprache erfolgen.
Beispiele:

a. Sofern es sich um eine Verordnung nach § 125 SGB V handeln soll, müssen die fehlenden Angaben gemäß der Anlage 3 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V ergänzt werden.
b. Sofern es sich um eine Verordnung nach § 125a SGB V handeln soll, hat die oder der Verordnende im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ den Text „BLANKOVERORDNUNG“ zu ergänzen und die Verordnung erneut mit Datumsangabe zu unterschreiben.

(5) Liegt eine von der oder dem Verordnenden ausgestellte Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung aufgrund einer Diagnosegruppe vor, welche nicht im Vertrag nach § 125a SGB V vereinbart wurde, unterliegt diese Heilmittelverordnung der Versorgung nach § 125 SGB V. In diesen Fällen müssen die fehlenden Angaben gemäß der Anlage 3 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V ergänzt oder ggf. eine neue Verordnung ausgestellt werden. Der ggf. im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ eingetragene Text „BLANKOVERORDNUNG“ ist von der oder dem Verordnenden zu streichen.

2. Verordnungsdaten

Die unten beschriebenen Hinweise beziehen sich auf die Angaben im Verordnungsvordruck Muster 13, gültig mit der neuen HeilM-RL ab 01.01.2021.



a) Personalienfeld

a1) Zuzahlungsfrei/ Zuzahlungspflicht

a2) Unfallfolgen/BVG

b) Heilmittelbereich

k) Behandlungs-relevante Diagnose(n) (ICD-10 – Code)

j) Diagnosegruppe

l) Leitsymptomatik

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. **h)** ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel

f) Behandlungs-einheiten

c) Hausbesuch

g2) Ergänzendes Heilmittel

i) Therapie-frequenz

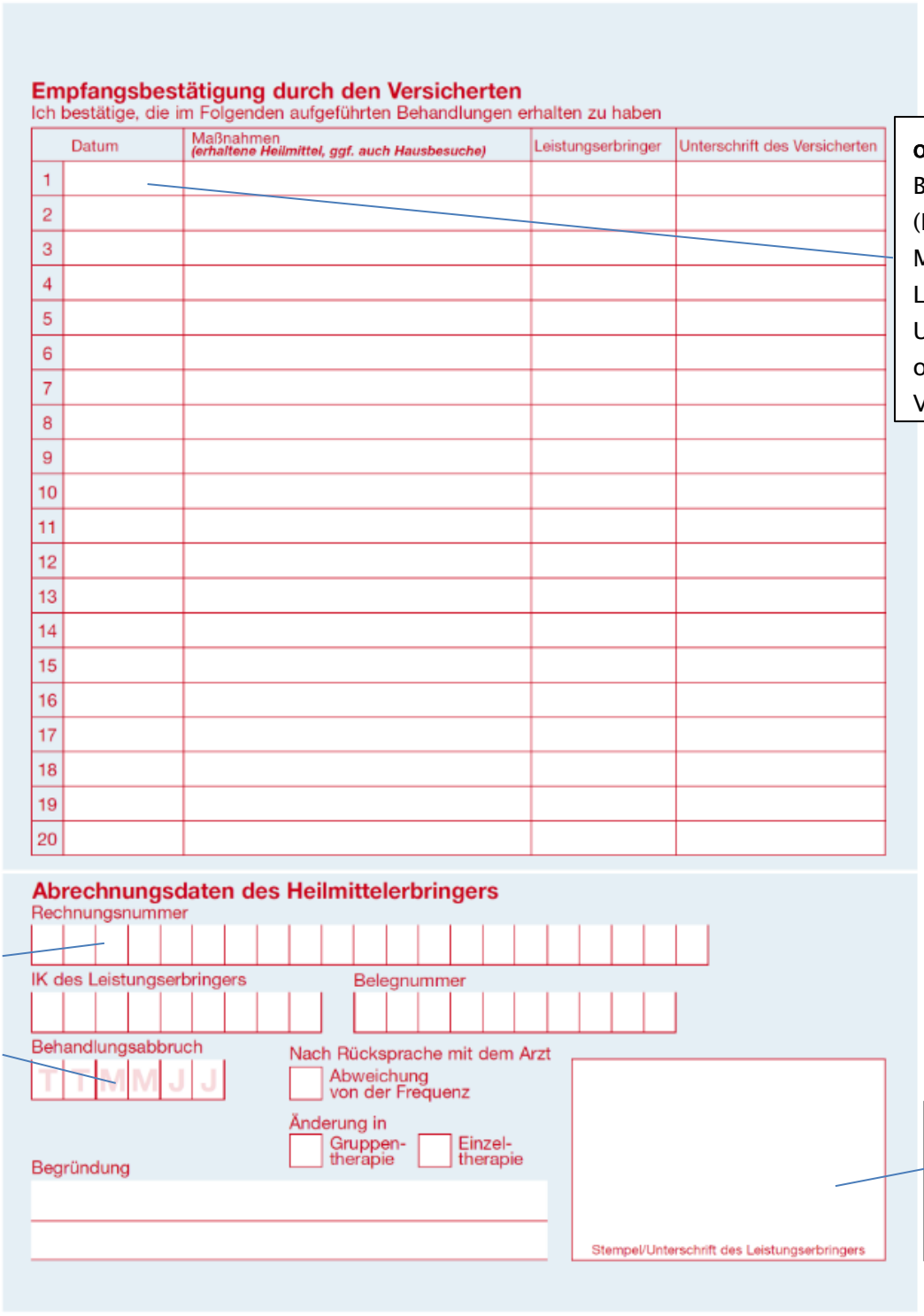
d) Therapiebericht

e) Dringlicher Be-handlungsbedarf

m) Ggf. Therapieziel/weitere med. Befunde und Hinweise

n) Vertragsarzt-stempel/Unter-schrift des Arztes

Abbildung 1 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster (Muster 13) Vorderseite



Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

	Datum	Maßnahmen *(erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)*	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

Behandlungsabbruch
T T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Arzt
☐ Abweichung von der Frequenz

Änderung in
☐ Gruppentherapie ☐ Einzeltherapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahmen, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)

p) Rechnungsdaten

q) Behandlungs-abbruch

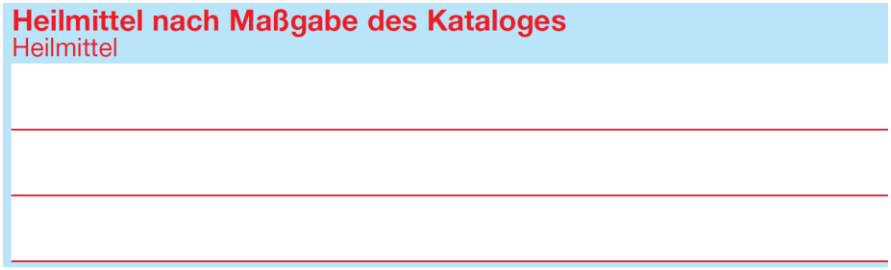
r) Stempel/ Unterschrift des Leistungserbrin-gers

Abbildung 2 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster (Muster 13) Rückseite

Erläuterung zur Art der Angabe:

Pflichtangabe	als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein
Optionale Angabe	als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein
Konditionale Pflichtangabe	als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft

g1) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel)



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ muss von der oder dem Verordnenden der Text „BLANKOVERORDNUNG“ eingetragen werden.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt der Text „BLANKOVERORDNUNG“ und die Verordnung ist nach Rücksprache mit der oder dem Verordnenden gemäß Ziffer 1 Absatz 4 der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung zuzuordnen, hat die oder der Verordnende den Text „BLANKOVERORDNUNG“ zu ergänzen und die Verordnung erneut mit Datumsangabe zu unterschreiben.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

j) Diagnosegruppe



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Es ist eine Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog anzugeben, die im Vertrag nach § 125a SGB V vereinbart wurde. Die oder der Leistungserbringende prüft auf dieser Grundlage die Angabe einer korrekten und verordnungsfähigen Diagnosegruppe für die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung.
Korrekturmöglichkeit	Liegt eine von der oder dem Verordnenden ausgestellte Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung aufgrund einer Diagnosegruppe vor, welche nicht im Vertrag nach § 125a SGB V vereinbart wurde, unterliegt diese Heilmittelverordnung der Versorgung nach § 125 SGB V. In diesen Fällen müssen die fehlenden Angaben gemäß der Anlage 3 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V ergänzt oder ggf. eine neue Verordnung ausgestellt werden. Der ggf. im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ eingetragene Text „BLANKOVERORDNUNG“ ist von der oder dem Verordnenden zu streichen. Fehlt die Angabe einer korrekten und verordnungsfähigen Diagnosegruppe für die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung oder ist diese erkennbar falsch, muss sie durch die oder den Verordnende/n mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

o) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahmen, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)

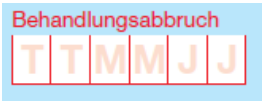
Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

	Datum	Maßnahmen *(erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)*	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1				
2				

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die abgegebene/n Leistung/en sowie der ggf. durchgeführte Hausbesuch sind von der oder dem Leistungserbringenden am Tag der jeweiligen Leistungsabgabe unter Angabe des Datums in der ersten Zeile verständlich im Wortlaut oder mittels Abkürzungen einzutragen und im weiteren Verlauf als gängige Abkürzung oder Wiederholungszeichen zulässig und jeweils von der oder dem Versicherten durch Unterschrift zu bestätigen. Es gilt § 5 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V. Zusätzlich ist die Dauer der als Therapiezeit abgegebenen Leistung/en als Minutenangabe der aufsummierten Zeitintervalle à 15 Minuten für jedes erbrachte Heilmittel separat anzugeben (bspw. mot.-funkt. Beh. 30, Hirnleistungstr. 60 usw.). Falls der Platz in einer Zeile nicht ausreicht, kann die nächste Zeile zusätzlich benutzt werden. Für telemedizinische Leistungen ist am Behandlungstag in der jeweiligen Zeile im Feld „Unterschrift des Versicherten“ von der oder dem Leistungserbringenden der Begriff „TM“ einzutragen.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift der oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen oder Ergänzungen der Datumsangaben auf der Rückseite der Verordnung müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Nachträgliche Korrekturen der Unterschrift der oder des Versicherten und der Leistung sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 der Anlage 3 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V möglich.

q) Behandlungsabbruch



Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Wird die Behandlung vollständig abgebrochen, kann dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches angegeben werden.
Korrekturmöglichkeit	Entfällt
Korrekturzeitpunkt	Entfällt