

**Anlage 3b**  
**(notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung**  
**und einheitliche Regelungen zur Abrechnung „Zahnärzte“)**

**zum**  
**Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V**  
**über**  
**die Versorgung mit Leistungen**  
**der Physiotherapie**  
**und deren Vergütung**

## **1. Ziel der Anlage**

Gemäß § 125 Absatz 2 SGB V vereinbart der GKV-Spitzenverband mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die „Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene“ für jeden Heilmittelbereich Vorgaben für die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung. Diese sollen zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen und den Heilmittelerbringern beitragen und sicherstellen, dass formale Fehler besser erkannt und rechtssicher behoben werden können.

Zu berücksichtigen ist, dass die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gemäß § 91 Absatz 6 SGB V für (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte, Krankenkassen, Versicherte und Leistungserbringer gleichermaßen verbindlich ist.

In den einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen werden insbesondere Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt der Verordnung durch den Leistungserbringer festgelegt. Sie sollen sicherstellen, dass Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten Fällen erfolgen.

Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder im Hauptvertrag zu dieser Anlage vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

Abweichend zur Begriffsbestimmung des Vertrages werden in dieser Anlage die Begriffe „Zahnärztinnen und Zahnarzt“ verwendet.

## **2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken**

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 11 HeilM-RL ZÄ ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck verordnet werden. Für die Verordnung von Heilmitteln ist gemäß Anlage 14a des Bundesmantelvertrages Zahnärzte (BMV-Z) der „Vordruck 9“ (Vordruck-Nr. Z13) vorgesehen. Der Verordnungsvordruck ist in Anlage 14a des BMV-Z und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben.

## **3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt**

Behandlungen dürfen nach § 15 Absatz 1 HeilM-RL ZÄ nur durchgeführt werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die erforderlichen Angaben nach § 11 Absatz 2

Heilm-RL ZÄ enthalten sind oder die Erfordernisse dieses Vertrages eingehalten sind. Des Weiteren muss die Verordnung von der Zahnärztin oder dem Zahnarzt unterschrieben sein. Die erforderlichen Angaben sind im Folgenden unter Ziffer 5 lit. a) bis o) dargestellt.

#### **4. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt**

Ein Vergütungsanspruch des zugelassenen Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer ordnungsgemäßen vertragszahnärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Die unter Nr. 5 dieser Anlage beschriebenen Angaben der Verordnung sind erforderlich, damit eine sachgerechte und wirtschaftliche Therapie erfolgen kann. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind die Heilmittelerbringer im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen.

Sollte die Verordnung nicht fehlerfrei sein, kann die Behandlung aufgenommen werden, wenn alle wesentlichen Informationen für den Beginn oder die Weiterführung der Therapie auf der Verordnung enthalten sind. Diese sind:

- Die Angaben (im Personalienfeld):
  - „Name, Vorname des Versicherten“
  - „geb. am“
  - „Krankenkasse bzw. Kostenträger“
  - das Ausstellungsdatum
- Diagnose
- konkretes Heilmittel
- Stempel und Unterschrift der Zahnärztin oder des Zahnarztes

Sind diese für die Behandlung notwendigen Angaben enthalten, ist der Behandlungsvertrag schwebend unwirksam und wird rückwirkend wirksam, wenn die vertragszahnärztliche Verordnung, vor der Einreichung zur Abrechnung oder vor Beginn der Behandlung nach den folgenden Grundsätzen ergänzt oder korrigiert wird.

Soweit Angaben des Leistungserbringers auf der Rückseite der Verordnung fehlerhaft oder unvollständig sind, soll die Krankenkasse im Einzelfall eine nachträgliche Korrekturmöglichkeit einräumen. Ist unter Nr. 5 angegeben, dass eine Korrektur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erfolgen muss, besteht kein Vergütungsanspruch, wenn die Korrektur nach diesem Zeitpunkt erfolgt.

Soweit in Ziffer 5 Korrekturmöglichkeiten auch nach der Abrechnung eingeräumt werden, gilt folgendes Verfahren: Fällt in der Abrechnung durch die Krankenkasse auf,

dass eine oder mehrere Angaben auf der Vorder- oder Rückseite der Verordnung fehlen oder erkennbar falsch sind, setzt die Krankenkasse die Verordnung ab und gibt einmalig die Möglichkeit die fehlenden Angaben zu korrigieren und/oder zu ergänzen. Dazu sendet sie dem zugelassenen Leistungserbringer eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3a dieses Vertrages. Reicht der Leistungserbringer die Korrektur/Ergänzung nicht (fristgerecht innerhalb von 3 Monaten) ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.<sup>1</sup>

Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gemäß den Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt und vollständig an die Krankenkasse oder die von ihr benannte krankenkassenseitige Abrechnungsstelle übermittelt wurde.

Soweit in dieser Anlage nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen und Korrekturen durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt vorzunehmen. Solche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der fehlenden/falschen Angabe. Änderungen und Ergänzungen einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes bedürfen einer erneuten Unterschrift der Zahnärztin oder des Zahnarztes mit Datumsangabe neben der fehlenden/falschen Angabe.

Eine Ergänzung/Korrektur der Verordnung ist per verschlüsselter E-Mail oder per Fax zwischen Leistungserbringer und Zahnärztin oder Zahnarzt möglich. Die ergänzte/korrigierte Kopie der Verordnung bzw. das Fax müssen lesbar sein und sind der Abrechnung beizufügen.

Ergänzungen und Korrekturen, die vom Leistungserbringer vorgenommen und entsprechend als Änderung des Leistungserbringers gekennzeichnet werden (z. B. Stempel oder Abkürzung LE), erfolgen grundsätzlich auf der Vorderseite der Verordnung, soweit in dieser Anlage nichts Abweichendes vereinbart wurde. Bei Ergänzungen und Korrekturen durch Leistungserbringer ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen Angaben der Zahnärztin oder des Zahnarztes sichtbar bleiben. Änderungen und Ergänzungen durch den Leistungserbringer bedürfen einer Unterschrift, einer Datumsangabe und das Kürzel „LE“ neben der ergänzten/korrigierten Angabe.

---

<sup>1</sup> Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22–20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

## 5. Verordnungsdaten

Die unten beschriebenen Hinweise beziehen sich auf die Angaben im Vordruck 9 (Vordruck-Nr. Z13)

**a) Personalienfeld**

**a1) Zuzahlungsfrei-/pflicht**

**a2) Unfall-/BVG**

**b) Hausbesuch**

**c) Therapiebericht**

**d) dringlicher Behandlungsbedarf**

**e) Verordnungsmenge**

**f) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

**g) Therapiefrequenz**

**h) ggf. ergänzendes Heilmittel**

**i) Indikationsschlüssel**

**j1) Diagnose mit Leitsymptomatik**

**j2) ICD 10-Code**

**k) Zahnarztstempel und Unterschrift**

**Zahnärztliche Heilmittelverordnung**

**Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

**Physiotherapie**

**Vorrangige Heilmittel:**

- KG
- KG-ZNS-Kinder
- Bobath
- Vojta
- KG-ZNS
- Bobath
- Vojta
- PNF
- MT
- MLD 30
- MLD 45

**Ergänzende Heilmittel:**

- Kälte
- Wärme
- Heißluft
- Heiße Rolle
- Ultraschall
- Packungen
- Ggf. Spezifizierung
- Übungsbehandlung

**Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie**

**Therapiedauer**

- 30 min. \_\_\_\_\_
- 45 min. \_\_\_\_\_
- 60 min. \_\_\_\_\_

**Anzahl pro Woche**

1x  2x  3x

**Verordnungsmenge**

*ggf. ergänzendes Heilmittel*

**Anzahl pro Woche**

1x  2x  3x

**Verordnungsmenge**

**Indikationsschlüssel**

**Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele**

**ICD-10-Code**

**ICD-10-Code**

Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)

**IK des Leistungsbringers**

**Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes**

Vordr. 9 (Z13) 10.2020 schürz/10/101, Nr. 891113/2/41, www.schürz.de

Abbildung 1: Druckbereich auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung Z13 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			

**l) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Unterschrift der Versicherten oder des Versicherten)**

**Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers**

Rechnungsnummer

**m) Rechnungsdaten**

IK des Leistungserbringers

Belegnummer



**n) Behandlungsabbruch**

Behandlungsabbruch

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt

 T  T  M  M  J  J

 Abweichung von der Frequenz

Begründung

**o) Stempel/Unterschrift Leistungserbringer**

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

Abbildung 2: Druckbereich auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung Z13 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

**a) Personalienfeld**

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Unfall-/Unfall-folgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
		Vertragszahnarzt-Nr.	Datum

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status)</li> <li>Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung)</li> <li>Angaben zur verordnenden Zahnärztin oder zum verordnenden Zahnarzt (Vertragszahnarzt-Nr.)</li> <li>Ausstellungsdatum</li> </ul>
Korrekturmöglichkeit	<p>Fehlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>die Angaben „Name“, „Vorname“, „geb. am“,</li> <li>die Angabe zur „Krankenkasse bzw. Kostenträger“, oder</li> <li>das Ausstellungsdatum,</li> </ul> <p>kann die Behandlung nicht begonnen werden. Die fehlenden Angaben können ausschließlich zahnarztseitig mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.</p>

	<p>Handschriftliche Änderungen/Ergänzungen der Versicherungsnummer, des Status, der Kostenträgerkennung (diese sind der gültigen vorgelegten eGK zu entnehmen und der „Vertragszahnarzt Nummer“ durch den Leistungserbringer sind zulässig. Die fehlende Zahnarzt Nummer ist vom Leistungserbringer aus dem Stempel der Zahnärztin oder des Zahnarztes zu übernehmen. Die Änderung/Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.</p> <p>In der Blankoformularbedruckung ist bei fehlerhaften/fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum Kostenträger und zur verordnenden Zahnärztin oder zum verordnenden Zahnarzt eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszustellen.<sup>2</sup></p>
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgen.

**a1) Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht**

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	<p>Der Status der Zuzahlungspflicht (zuzahlungspflichtig ja/nein) ist dem Verordnungsvordruck zu entnehmen. Der auf der Verordnung angegebene Status ist für den Leistungserbringer und die Krankenkasse bindend. Sofern auf der Verordnung die Angabe zum Status fehlt, gilt grundsätzlich die Zuzahlungspflicht.</p> <p>Dies gilt nicht, wenn eine zum jeweiligen Leistungszeitpunkt gültige Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird.</p> <p>Bei Verordnungen, bei denen die Behandlung über den Jahreswechsel hinaus fortgesetzt werden, ist mit dem Jahreswechsel der Befreiungsstatus durch Vorlage des neuen Befreiungsausweises zu prüfen. Entspricht dabei die Angabe des Zuzahlungsstatus auf der Verordnung nicht dem tatsächlichen Zuzahlungsstatus der Versicherten oder des</p>

<sup>2</sup> Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22–20 vom 08.03.2021 festgesetzt.



	Versicherten, ist eine Änderung auf der Verordnung nicht erforderlich.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

### a2) Unfallfolgen/BVG

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Setzung eines Kreuzes kann die behandelnde Zahnärztin oder der behandelnde Zahnarzt angeben, ob es sich bei der behandlungsbedürftigen Erkrankung um eine Unfallfolge oder um eine Verordnung im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) handelt.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

### b) Hausbesuch

Das Bild zeigt einen Ausschnitt aus einem Formular. Oben steht 'Hausbesuch' in roter Schrift. Darunter befinden sich zwei quadratische Kästchen. Der linke Kästchen enthält den Text 'Ja' und der rechte Kästchen den Text 'Nein'. Die Kästchen sind durch rote Linien abgegrenzt.

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Ein Hausbesuch kann nur erfolgen, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist. Ausnahmen sind in § 9 Absatz 2 Heilm-RL ZÄ geregelt.
Korrekturmöglichkeit	Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt.  Eine Änderung auf „Ja“ kann ausschließlich zahnarztseitig mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Verordnung zur Abrechnung erfolgt sein.

Fehlt die Angabe „Hausbesuch“ und sollte von der Zahnärztin oder dem Zahnarzt nachträglich bestätigt ein Hausbesuch durchgeführt werden, kann die Änderung bzw. Ergänzung der Verordnung auch noch nach erfolgter Abrechnung erfolgen.<sup>3</sup>

### c) Therapiebericht

Therapiebericht

Ja

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ein Therapiebericht gilt als zahnärztlich angefordert, wenn in dem entsprechenden Feld ein Kreuz gesetzt wurde. Fehlt dieses, ist die Erstellung nicht erforderlich.
Korrekturmöglichkeit	Sofern die verordnende Zahnärztin oder der verordnende Zahnarzt den Therapiebericht nachträglich anfordert, kann der Leistungserbringer das Kreuz „ja“ im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt ohne erneute Zahnarztunterschrift nachträglich korrigieren. Die Änderung/Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

### d) Dringlicher Behandlungsbedarf

Dringlicher Behandlungsbedarf  
innerhalb von 14 Tagen

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Behandlung soll innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden. Soweit ein dringlicher Behandlungsbeginn vermerkt ist, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen.

<sup>3</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

Korrekturmöglichkeit	Wird der zahnarztseitig angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf kann nur von der Zahnärztin oder dem Zahnarzt mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe aufgehoben werden. Die Behandlung darf dennoch nicht später als 28 Kalendertage nach Ausstellung der Verordnung beginnen.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

### e) Verordnungsmenge

<b>Verordnungsmenge</b>
<input type="text"/>

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Behandlungsmenge darf die im Heilmittelkatalog angegebene oder nach § 6 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten. Ist eine Doppelbehandlung verordnet worden, erhöht dies die im Heilmittelkatalog der HeilM-RL ZÄ angegebene Höchstmenge sowie die von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt angegebene Verordnungsmenge nicht.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe der Behandlungsmenge, ist diese von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.  Sofern auf der zahnärztlichen Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann der Leistungserbringer maximal so viele Therapieeinheiten erbringen und abrechnen, wie sie nach der HeilM-RL ZÄ zulässig sind. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt ist darüber zu informieren. Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen.

**f) Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs**

**Physiotherapie**  
**Vorrangige Heilmittel:**

KG  
 KG-ZNS-Kinder  
      Bobath  
      Vojta

KG-ZNS  
      Bobath  
      Vojta  
      PNF

MT  
 MLD 30  
 MLD 45

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Das zu verordnende Heilmittel ist von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt durch Setzung eines Kreuzes auszuwählen.</p> <p>Bei der Manuellen Lymphdrainage ist die Behandlungsdauer zusätzlicher Bestandteil der Angabe zum Heilmittel. <sup>4</sup></p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels, muss die Korrektur durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe erfolgen.</p> <p>Sofern die Zahnärztin oder der Zahnarzt ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat (z. B. „Bobath“ bei KG-ZNS), kann hiervon im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt ohne erneute Zahnarztunterschrift abgewichen werden. Die Änderung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges“ mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen. <sup>5</sup></p>

<sup>4</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 umgesetzt.

<sup>5</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

	<p><b>Doppelbehandlung:</b> Doppelbehandlungen können nur erbracht werden, wenn sie zahnärztlich verordnet sind. Änderungen können entweder zahnarztseitig mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe, oder im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt ohne erneute Arztunterschrift erfolgen. Die Änderung bzw. Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges“ mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.</p>
<p>Korrekturzeitpunkt</p>	<p>Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.</p>

**g) Therapiefrequenz**

**Anzahl pro Woche**

------  
 1x 2x 3x

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt

Abweichung  
 von der Frequenz

Art der Angabe	Pflichtangabe
<p>Erläuterung</p>	<p>Die Festlegung der Frequenz oder der Frequenzspanne der Behandlungseinheiten erfolgt symptom- und bedarfsorientiert gemäß der Vorgabe der Zahnärztin oder des Zahnarztes.</p> <p>Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist vom Vertragszahnarzt durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens „1x“, „2x“, „3x“ eine Behandlungsfrequenz anzugeben. Sofern der Vertragszahnarzt eine Frequenzspanne vorgeben möchte, ist jeweils der untere und der obere Wert der Frequenzspanne mit einem Kreuz zu versehen (z. B. bei 1 – 2x wöchentlich Kreuz im Feld „1x“ und im Feld „2x“; bei „2 – 3x wöchentlich“ Kreuz im Feld „2x“ und im Feld „3x“; usw.).</p>
<p>Korrekturmöglichkeit</p>	<p>Sind auf der Verordnung keine Angaben zur Frequenz gemacht, ist die Frequenzempfehlung des Heilmittelkataloges verbindlich anzuwenden. In diesem Fall ist eine Korrektur und/oder Ergänzung nicht erforderlich.</p>

	<p>Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt möglich und müssen durch den Leistungserbringer auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks an der dafür vorgesehenen Stelle durch Setzen des Kreuzes vermerkt werden. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht.</p>
Korrekturzeitpunkt	Die Korrektur muss vor Einreichung der Abrechnung erfolgen

### h) Ergänzendes Heilmittel

**Ergänzende Heilmittel:**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kälte       | <input type="checkbox"/> Elektrostimulation |
| <input type="checkbox"/> Wärme       | <input type="checkbox"/> Elektrotherapie    |
| <input type="checkbox"/> Heißluft    |   |
| <input type="checkbox"/> Heiße Rolle |   |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall |   |
| <input type="checkbox"/> Packungen   |   |

Ggf. Spezifizierung

---



---

- Übungsbehandlung

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Optional kann die Zahnärztin oder der Zahnarzt hier nach den Maßgaben des Heilmittelkatalogs der HeilM-RL ZÄ ausschließlich im Bereich der Physiotherapie durch Setzung eines Kreuzes ein ergänzendes Heilmittel verordnen.
Korrekturmöglichkeit	<p>Eine unzulässige Kombination von vorrangigem und ergänzendem Heilmittel kann mit einer erneuten Zahnarztunterschrift und Datumsangabe korrigiert werden. Dies gilt auch, wenn ein ergänzendes Heilmittel nachgetragen wird.</p> <p>Erfolgen die Korrektur oder der Nachtrag des ergänzenden Heilmittels nicht vor der Behandlung, wird das ergänzende Heilmittel nicht vergütet.</p>

Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.
--------------------	---

**i) Indikationsschlüssel**



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Es ist ein Indikationsschlüssel gemäß Heilmittelkatalog der HeilM-RL ZÄ anzugeben.
Korrekturmöglichkeit	Der Indikationsschlüssel kann nur zahnarztseitig mit erneuter Zahnarztunterschrift und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden. <sup>6</sup>
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 5 möglich. <sup>7</sup>

**j1) Diagnose mit Leitsymptomatik**

Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Diagnose ist als Freitext anzugeben. Sofern die in Form eines ICD-10-Codes angegeben wurde, gilt diese Angabe des ICD-10-Code als therapie relevant.

<sup>6</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

<sup>7</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

	<p>Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog der HeilM-RL ZÄ anzugeben. Diese ist als Freitext anzugeben, sofern sie sich nicht aus der buchstabencodierten Leitsymptomatik des Indikationsschlüssels ergibt. Alternativ oder ergänzend kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der oder des Versicherten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden.</p> <p>Die Angabe eines Therapieziels ist aufgrund der anzugebenden Diagnose und Leitsymptomatik nicht zwingend erforderlich.</p> <p>Soweit zahnarztseitig zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden sowie Vor- und Begleiterkrankungen gemacht sowie ergänzende Hinweise an den Leistungserbringer übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese erkennbar nicht therapie relevant, ist diese mit einer erneuten Zahnarztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen oder zu korrigieren.</p> <p>Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt ohne erneute Zahnarztunterschrift nachgetragen, ergänzt oder geändert werden. Die Änderung bzw. Ergänzung muss durch den Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld „Leitsymptomatik“ mit Unterschrift, Datum und dem Kürzel „LE“ erfolgen.</p>
Korrekturzeitpunkt	<p>Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Die nachträglichen Korrekturen der Leitsymptomatik sind gemäß Ziffer 4 Absatz 5 möglich.<sup>8</sup></p>

<sup>8</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.



## j2) ICD-10 -Code

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Felder für den ICD-10-Code müssen von der Vertragszahnärztin oder vom Vertragszahnarzt nicht ausgefüllt werden. Die Diagnose ist als Freitext anzugeben.
Korrekturmöglichkeit	entfällt
Korrekturzeitpunkt	entfällt

## k) Zahnarztstempel und Zahnarztunterschrift

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie zahnärztlich unterschrieben und mit dem Zahnarztstempel versehen ist.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen der Zahnarztunterschrift und/oder des Zahnarztstempels können ausschließlich zahnarztseitig erfolgen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Beginn der Behandlung erfolgt sein.

**I) Bestätigungsfeld (Datum, Maßnahme, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten)**

<b>Empfangsbestätigung durch den Versicherten</b>			
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			

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Die abgegebene Leistung sowie ein durchgeführter Hausbesuch sind vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich, d.h. im Wortlaut oder laut „Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog“ (Abkürzungsverzeichnis) gemäß der Heilmittel-Richtlinien und unter Angabe des Datums darzustellen und von der oder dem Versicherten durch Unterschrift auf dem Ordnungsblatt zu bestätigen.<sup>9</sup></p> <p>Bei Leistungen der Manuellen Lymphdrainage ist zusätzlich die Therapiedauer je Sitzung der erbrachten Maßnahme anzugeben.<sup>10</sup></p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Korrekturen oder Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift der oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.</p> <p>Fehlen die Kürzel („F“, „K“ und „T“), führt dies innerhalb der Laufzeit der Verordnung gemäß § 7 Absatz 3a nicht zu einer Absetzung oder zu einer Korrekturanforderung.</p>
Korrekturzeitpunkt	<p>Nachträgliche Korrekturen des Behandlungsdatums und der Maßnahmen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 5 möglich.<sup>11</sup></p>

<sup>9</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt

<sup>10</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 umgesetzt.

<sup>11</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

### m) Rechnungsdaten

**Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers**

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers  Belegnummer

Behandlungszeitpunkt

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Hier sind vom Leistungserbringer nach Beendigung der entsprechenden Verordnung die notwendigen Angaben zur Abrechnung der jeweiligen Verordnung einzutragen.  Das IK des Leistungserbringers ist ausschließlich auf der Rückseite der Verordnung einzutragen.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen des IK des Leistungserbringers sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 5 möglich. <sup>12</sup>

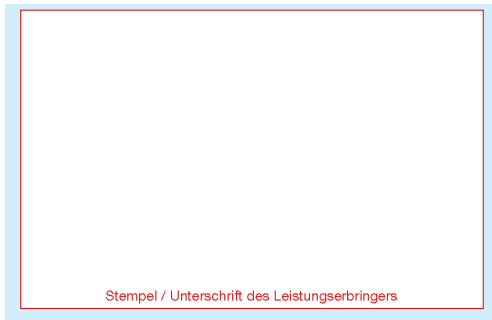
### n) Behandlungsabbruch

**Behandlungsabbruch**

Art der Angabe	Konditionelle Pflichtangabe
Erläuterung	Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge abgebrochen, ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches zu vermerken. Im Feld „Begründung“ ist der Grund anzugeben, warum die Behandlung nicht bis zum Erreichen der verordneten Behandlungsmenge durchgeführt wurde.
Korrekturmöglichkeit	Entfällt
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

<sup>12</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22–20 vom 08.03.2021 festgesetzt.

**o) Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers**



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Unterschrift und Praxisstempel ist vom Leistungserbringer bzw. einer von ihm beauftragten Mitarbeiterin oder einem von ihm beauftragten Mitarbeiter die Richtigkeit der gemachten Angaben zu bestätigen.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen des Stempels oder der Unterschrift sind auf der Rückseite der Verordnung vorzunehmen.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 5 möglich. <sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 1 HE 22-20 vom 08.03.2021 festgesetzt.