

Anlage 3

Notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung

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

1. Ziel der Anlage

- (1) 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.
- (2) Zu berücksichtigen ist, dass die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V gemäß § 91 Absatz 6 SGB V für Verordnende, Krankenkassen, Versicherte und Leistungserbringende gleichermaßen verbindlich ist.
- (3) In den einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen werden insbesondere Korrekturmöglichkeiten, -form und -zeitpunkt der Verordnung durch die oder den Leistungserbringenden festgelegt. Sie sollen sicherstellen, dass formale Fehler besser erkannt und rechtssicher behoben werden können und Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten Fällen erfolgen.
- (4) Die Vertragspartner sind sich einig, dass medizinisch notwendige, von der oder dem Verordnenden verordnete und fachgerecht durchgeführte Behandlungen grundsätzlich zu vergüten sind.
- (5) Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder im Vertrag zu dieser Anlage vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

- (1) Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 HeilM-RL ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck gemäß des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) verordnet werden. Der Verordnungsvordruck ist in Anlage 2 oder Anlage 2a (Blankoformularbedruckung) des BMV-Ä und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Heilmitteln sind die Verordnungsmuster 13 oder Verordnungsmuster 13E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen.
- (2) Fehlt die Kennzeichnung als „Entlassmanagement“, ist § 16a der HeilM-RL nicht anwendbar.

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

Therapien dürfen nach § 16 Absatz 1 HeilM-RL nur durchgeführt werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die erforderlichen Angaben nach § 13 Absatz 2 HeilM-RL enthalten sind. Des Weiteren muss die Verordnung von der oder dem Verordnenden unterschrieben sein. Die erforderlichen Angaben sind im Folgenden unter Ziffer 5 lit. a) bis r) dargestellt.

Eine Verordnung kann, z. B. im Rahmen eines Hausbesuchs der oder des Verordnenden, auch handschriftlich ausgefüllt sein.

4. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt

- (1) Ein Vergütungsanspruch der oder des zugelassenen Leistungserbringenden gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Ergotherapie auf der Grundlage einer gemäß § 16 Absatz 1 HeilM-RL ordnungsgemäßen Verordnung durchgeführt wurde. Die unter Ziffer 5 dieser Anlage beschriebenen Angaben auf der Verordnung sind erforderlich. Nach §§ 2 Absatz 4, § 12 Absatz 1 Satz 2 i.V.m. § 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V und Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind die zugelassenen Leistungserbringenden im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, Verordnungen aus ihrer professionellen Sicht auf zumutbar erkennbare Fehler und Vollständigkeit hin zu überprüfen.
- (2) Sollte die Verordnung nicht fehlerfrei sein, kann die Therapie aufgenommen werden, wenn alle wesentlichen Informationen für den Beginn oder die Weiterführung der Therapie auf der Verordnung enthalten sind. Diese sind:
 - Angaben im Personalienfeld laut Punkt 5. a),
 - Diagnose,
 - Konkretes Heilmittel,
 - Stempel und/oder Unterschrift der oder des Verordnenden.
- (3) In diesem Fall ist der Behandlungsvertrag schwebend unwirksam und wird rückwirkend wirksam, wenn die Verordnung nach den folgenden Grundsätzen ergänzt oder korrigiert wird.
- (4) 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.
- (5) Soweit in dieser Anlage nichts Anderes beschrieben ist, sind Ergänzungen und Korrekturen durch die Verordnende oder den Verordnenden vorzunehmen. Solche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen auf der Vorderseite der Verordnung an der jeweiligen Stelle der fehlenden oder falschen

Angabe. Änderungen und Ergänzungen einer oder eines Verordnenden bedürfen einer erneuten Unterschrift der oder des Verordnenden mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.

- (6) Eine Ergänzung und/oder Korrektur der Verordnung ist per Fax zwischen der oder dem Leistungserbringenden und der oder dem Verordnenden möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung beizufügen. Es gilt § 19 des Vertrages entsprechend.
- (7) Bei Ergänzungen und/oder Korrekturen durch die oder den zugelassenen Leistungserbringenden ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen Angaben der oder des Verordnenden sichtbar bleiben. Änderungen und/oder Ergänzungen durch die oder den zugelassenen Leistungserbringenden bedürfen einer Unterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden oder falschen Angabe.
- (8) Korrekturen nach Einreichung zur Abrechnung an die Krankenkasse sind nicht möglich bzgl.
- Angaben im Personalienfeld laut Punkt 5.a),
 - Diagnose (siehe Punkt k),
 - konkretes Heilmittel (siehe Punkt g),
 - Stempel und Unterschrift der oder des Verordnenden (siehe Punkt n),
 - Datumsangaben auf der Rückseite der Verordnung (siehe Punkt o).
- (9) 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 der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden eine Kopie der Originalverordnung und die Begründung der Absetzung mit Verweis auf Anlage 3 dieses Vertrages. Reicht die oder der

Leistungserbringende die Korrektur/Ergänzung nicht fristgerecht innerhalb von 3 Monaten ein, bleibt die Absetzung bestehen, die Verordnung kann kein weiteres Mal zur Abrechnung eingereicht werden.¹

¹ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

5. 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

k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD 10-Code)

j) Diagnosegruppe

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

g2) Ergänzendes Heilmittel

d) Therapiebericht

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

b) Heilmittelbereich

l) Leitsymptomatik

f) Behandlungseinheiten

c) Hausbesuch

i) Therapiefrequenz

e) Dringlicher Behandlungsbedarf

n) Vertragsarztstempel/ Unterschrift des Arztes

Abbildung 1 Druckbereich auf dem Verordnungsmuster (Muster 13)

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: Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung von der Frequenz

Änderung in Gruppen- Einzel-
 therapie therapie

Begründung:

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers:

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

p) Rechnungsdaten

q) Behandlungsabbruch

r) Stempel/ Unterschrift des Leistungserbringers

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

a) Personalienfeld

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

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Angaben zur oder zum Versicherten (Name, Vorname, geb. am, Versicherten-Nr., Status), Angaben zum Kostenträger (Krankenkasse, Kostenträgerkennung), Angaben zu der oder dem Verordnenden (Arzt-Nr., Betriebsstättennummer) Ausstellungsdatum
Korrekturmöglichkeit	Ist das Personalienfeld unvollständig ausgefüllt, kann die Therapie begonnen werden, wenn Versicherten-Name und -Vorname, Geburtsdatum, Kostenträger und Ausstellungsdatum eingetragen sind.

	<p>Fehlende Angaben können ausschließlich durch die Verordnende oder den Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe ergänzt werden. Handschriftliche Änderungen des Kostenträgers (Krankenkasse) sind nicht zulässig.</p> <p>Eventuell fehlende Arzt-/Betriebsstättennummern im Versichertenfeld sind von der oder dem zugelassenen Leistungserbringenden für die Abrechnung aus dem Stempel der oder des Verordnenden zu übernehmen, falls dort ersichtlich.</p> <p>In der Blankoformularbedruckung ist bei fehlerhaften/fehlenden Angaben zur oder zum Versicherten, zum Kostenträger und zur oder zum Verordnenden eine nachträgliche Korrektur nicht möglich, es ist eine neue Verordnung auszustellen.</p>
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

a1) Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Durch Setzung eines Kreuzes gibt die oder der behandelnde Verordnende an, ob eine Zuzahlungsbefreiung bei der oder dem jeweiligen Versicherten vorliegt.
Korrekturmöglichkeiten	Der Status der Zuzahlungspflicht (Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht) ist dem Verordnungsvordruck zu entnehmen. Der auf der Verordnung angegebene Status ist für die oder den Leistungserbringenden bindend. Dies gilt nicht, wenn eine zum jeweiligen Leistungszeitpunkt gültige Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird. Bei Verordnungen, die über den Jahreswechsel hinaus fortgesetzt werden, ist mit dem Jahreswechsel der Befreiungsstatus erneut zu

	prüfen. Entspricht die Angabe des Zuzahlungsstatus auf der Verordnung nicht dem tatsächlichen Zuzahlungsstatus der Versicherten oder des Versicherten, ist eine Änderung auf der Verordnung nicht erforderlich.
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

a2) Unfallfolgen/BVG

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Setzung eines Kreuzes kann die oder der behandelnde Verordnende 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) Heilmittelbereich

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Angabe des jeweiligen Heilmittelbereichs (hier Ergotherapie)
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

c) Hausbesuch

Hausbesuch ja nein

Art der Angabe	Konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Ein Hausbesuch gilt als verordnet, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist. Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, gilt der Hausbesuch als nicht verordnet.
Korrekturmöglichkeit	Bei einer Verordnung kann eine Änderung auf „Ja“ ausschließlich durch die Verordnende oder den Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe erfolgen. Sollte die Notwendigkeit für Behandlungen im Hausbesuch erst während der laufenden Verordnung entstehen, kann die oder der Verordnende den Hausbesuch für die noch ausstehenden Einheiten ergänzen. Sollte die Hausbesuchsnotwendigkeit während der laufenden Behandlung zeitweilig oder ganz entfallen, ist eine Korrektur nicht notwendig. Die oder der Leistungserbringende rechnet nur die Hausbesuche ab, die auch tatsächlich durchgeführt wurden.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein. ²

² Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

d) Therapiebericht



Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ein Therapiebericht gilt als von der oder dem Verordnenden angefordert, wenn in dem entsprechenden Feld ein Kreuz gesetzt wurde. Fehlt dieses, ist die Erstellung nicht erforderlich.
Korrekturmöglichkeit	Sofern die oder der Verordnende den Therapiebericht nachträglich anfordert, kann die oder der Leistungserbringende das Kreuz bei Therapiebericht im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne erneute Unterschrift der oder des Verordnenden nachträglich korrigieren.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein. ³

e) Dringlicher Behandlungsbedarf



Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Behandlung muss innerhalb von 28 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden. Soweit ein dringlicher Behandlungsbedarf vermerkt ist, muss die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen. Beim Entlassmanagement muss immer innerhalb von 7 Kalendertagen begonnen werden. Die §§ 6 und 7 im Vertrag sind entsprechend zu berücksichtigen.

³ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

Korrekturmöglichkeit	Wird der von der oder dem Verordnenden angegebene dringliche Behandlungsbedarf nicht beachtet, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Der dringliche Behandlungsbedarf darf ausschließlich von der oder dem Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe aufgehoben werden. Die Behandlung darf dennoch nicht später als 28 Kalendertage nach Ausstellung der Verordnung beginnen. Es gilt § 6 Absatz 4 entsprechend.
Korrekturzeitpunkt	Die Änderung muss vor Einreichung der Abrechnung mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe bestätigt werden. ⁴

f) Behandlungseinheiten

Behandlungseinheiten

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Anzahl der Behandlungseinheiten darf die im Heilmittelkatalog angegebene oder nach § 7 Absatz 6 HeilM-RL zulässige Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten. Dies gilt auch bei Aufteilung der Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel. Ist eine Doppelbehandlung verordnet worden, erhöht dies die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung sowie die von der oder dem Verordnenden angegebene Verordnungsmenge nicht.

⁴ Dieser Teil ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt

	<p>Bei Durchführung einer Doppelbehandlung werden je Termin 2 Einheiten von der oder dem Versicherten quittiert, so dass sich z. B. bei einer 10-er-Verordnung 5 Termine ergeben.</p>
<p>Korrekturmöglichkeit</p>	<p>a) Fehlt die Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten, ist diese von der oder dem Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe zu ergänzen.</p> <p>b) Sofern auf der Verordnung die Verordnungsmenge auf verschiedene vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, kann hiervon nur nach Änderung mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe abgewichen werden.</p> <p>c) Sofern auf der Verordnung die Verordnungshöchstmengen überschritten werden, kann die oder der Leistungserbringende maximal so viele Therapieeinheiten erbringen und abrechnen, wie nach der HeilM-RL zulässig sind. Bei Aufteilung der Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel erfolgt die Reduktion im Verhältnis der ursprünglich verordneten Heilmittel. Die oder der Verordnende ist darüber zu informieren. Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich. Weiterhin gilt § 7 Absatz 5 HeilM-RL.</p>
<p>Korrekturzeitpunkt</p>	<p>a) Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.</p> <p>b) Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.</p> <p>c) Eine Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.⁵</p>

⁵ Die Regelungen zum Korrekturzeitpunkt sind gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

g) Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs (inkl. h, ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
Heilmittel

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Es sind bis zu 3 verschiedene vorrangige Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog verordnungsfähig.</p> <p>Die Heilmittel können Angaben zur Gruppenbehandlung oder Schienenversorgung sowie ergänzende Angaben zum Heilmittel wie z. B. „Doppelbehandlung“ enthalten. Die Anzahl der Behandlungseinheiten gilt nicht für die ergotherapeutischen Schienen.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p><u>Heilmittel:</u> Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels oder ist diese unvollständig, fehlerhaft oder passt nicht zur Diagnosegruppe, muss eine Korrektur durch die Verordnende oder den Verordnenden mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe erfolgen.</p> <p><u>Doppelbehandlung:</u> Doppelbehandlungen können erbracht werden, wenn sie verordnet sind.</p> <p>Sofern die oder der Verordnende ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat, kann hiervon im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne erneute Unterschrift der oder des Verordnenden abgewichen werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.</p> <p>Sofern keine ergänzenden Angaben zum Heilmittel gemacht wurden, können diese im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne erneute Unterschrift der oder des Verordnenden ergänzt werden. Die Änderung ist auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren.</p>

	<p><u>Einzel- und Gruppenbehandlung:</u> Eine Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie ist nach HeilM-RL im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden möglich und von der oder dem Leistungserbringenden auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren.</p> <p>Eine Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie ist nach HeilM-RL möglich und von der oder dem Leistungserbringenden nach Information der oder des Verordnenden auf der Rückseite der Verordnung an der dafür vorgesehenen Stelle zu dokumentieren und zu begründen.</p> <p>Sofern es therapeutisch sinnvoll ist, abwechselnd Gruppen- und Einzeltherapie durchzuführen, ist dies nach Information an die Verordnende oder den Verordnenden zulässig. Die oder der Leistungserbringende dokumentiert dies auf der Verordnungsrückseite.</p>
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

g2) Ergänzendes Heilmittel

Ergänzendes Heilmittel

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Optional kann die oder der Verordnende hier nach den Maßgaben des Heilmittelkatalogs ein mögliches ergänzendes Heilmittel verordnen. In der Ergotherapie gibt es als ergänzendes Heilmittel nur die Thermotherapie.
Korrekturmöglichkeit	Ein ergänzendes Heilmittel kann mit einer erneuten Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe nachgetragen werden. Sollte die Notwendigkeit oder Möglichkeit einer Thermischen Anwendung während der laufenden Behandlung zeitweilig oder ganz entfallen, ist eine Korrektur nicht notwendig. Die oder der Leistungserbringende rechnet nur die Thermischen Anwendungen ab, die auch tatsächlich durchgeführt wurden.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen müssen vor Einreichung zur Abrechnung bei der Krankenkasse erfolgt sein.

i) Therapiefrequenz

Therapiefrequenz

Nach Rücksprache mit dem Arzt
 Abweichung von der Frequenz

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Festlegung der Frequenz oder der Frequenzspanne der Behandlungseinheiten erfolgt symptom- und bedarfsorientiert. Wird die Verordnungsmenge auf einer Verordnung auf mehrere vorrangige Heilmittel aufgeteilt, bezieht sich die Angabe der Therapiefrequenz auf die Behandlung insgesamt und nicht auf das einzelne Heilmittel. Unterschiedliche Frequenzen oder Frequenzspannen für die auf der Verordnung

	<p>angegebenen vorrangigen Heilmittel sind nicht zulässig. Bei 2 oder 3 verordneten Heilmitteln bezieht sich die Frequenz auf alle Heilmittel zusammen. Bei Frequenz einmal pro Woche ist nur eines der verordneten Heilmittel pro Woche abzugeben.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Ist auf der Verordnung keine Angabe zur Frequenz gemacht, ist die empfohlene Frequenzspanne des Heilmittelkataloges verbindlich anzuwenden.</p> <p>Änderungen der Frequenz oder Frequenzspanne sind im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden möglich und müssen durch die oder den Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks an der dafür vorgesehenen Stelle mit Unterschrift und Datumsangabe vermerkt werden. Durch eine Änderung der Frequenz oder Frequenzspanne verändert sich die Gesamtanzahl der Behandlungseinheiten nicht. Dies gilt auch für Verordnungen gem. § 7 Absatz 6 HeilM-RL.</p>
Korrekturzeitpunkt	<p>Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.</p>

j) Diagnosegruppe



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Es ist eine Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog anzugeben. Die oder der Leistungserbringende prüft aus ihrer oder seiner professionellen Sicht die Richtigkeit.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Die Diagnosegruppe kann nur durch die oder den Verordnende/n mit erneuter Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe ergänzt oder geändert werden.</p>

Anlage 3: notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung
zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Ergotherapie
Lesefassung nach der Ergänzungsvereinbarung vom 16.03.2026

Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.
--------------------	---

k) Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Diagnose ist grundsätzlich als ICD-10-Code anzugeben. Der ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden. Die Reihenfolge der Diagnosen ist unbeachtlich.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese erkennbar nicht therapierelevant, ist diese mit einer erneuten Unterschrift der oder des Verordnenden und Datumsangabe zu ergänzen oder zu korrigieren.
Korrekturzeitpunkt	Korrekturen müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein.

l) Leitsymptomatik

Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Die Leitsymptomatik ist nach Heilmittelkatalog (Vertragsärzte) anzugeben. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der oder des Versicherten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Leitsymptomatik oder ist sie erkennbar falsch, kann sie im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden ohne erneute Unterschrift

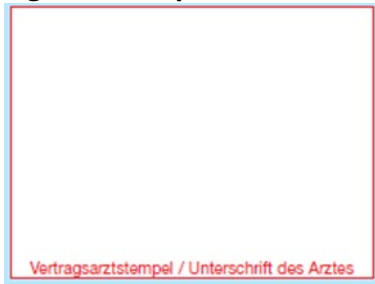
	der oder des Verordnenden nachgetragen, ergänzt oder geändert werden.
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.

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

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Angabe eines Therapieziels ist nicht zwingend erforderlich. Soweit von der oder dem Verordnenden zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden, zu Vor- und Begleiterkrankungen gemacht wurden oder ergänzende Hinweise an die oder den Leistungserbringenden übermittelt werden sollen, können diese hier vermerkt werden.
Korrekturmöglichkeit	Keine Korrektur erforderlich
Korrekturzeitpunkt	Entfällt

n) Vertragsarztstempel-/Unterschrift des Arztes



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie von der oder dem Verordnenden unterschrieben und mit einem Stempel der oder des Verordnenden versehen ist.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen der Unterschrift und/oder des Stempels der oder des Verordnenden können ausschließlich durch die Verordnende oder den Verordnenden erfolgen.
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. 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 einzutragen und im weiteren Verlauf als gängige Abkürzung oder Wiederholungszeichen zulässig und jeweils von der Versicherten oder vom Versicherten durch

	Unterschrift zu bestätigen. ⁶ Es gilt § 5 des Vertrages.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen sind durch erneute Unterschrift der Versicherten oder des Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.
Korrekturzeitpunkt	Erforderliche Korrekturen der Datumsangaben auf der Rückseite der Verordnung müssen vor Einreichung der Abrechnung erfolgt sein. Nachträgliche Korrekturen der Unterschrift des Versicherten und der Leistung sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich. ⁷

p) Rechnungsdaten

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

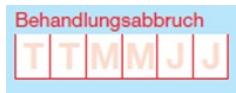
IK des Leistungserbringers Belegnummer

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Hier sind von der oder dem Leistungserbringenden nach Beendigung der entsprechenden Verordnung die notwendigen Angaben zur Abrechnung der jeweiligen Verordnung einzutragen. Es gilt die Abrechnungsrichtlinie gem. § 302 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Bei der Blankoformularbedruckung ist das IK auf der Vorder- und Rückseite einzutragen. IK des Leistungserbringers <input type="text"/>
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen oder Ergänzungen sind auf der Vorder- bzw. Rückseite der Verordnung vorzunehmen
Korrekturzeitpunkt	Nachträgliche Korrekturen sind gemäß Ziffer 4 Absatz 9 möglich.

⁶ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt.

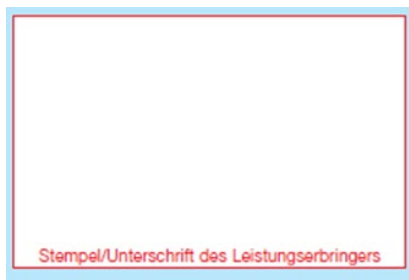
⁷ Dieser Absatz ist gemäß des Schiedsspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt

q) Behandlungsabbruch



Art der Angabe	Konditionelle Pflichtangabe
Erläuterung	Wird die Behandlung vor Erreichen der verordneten Behandlungsmenge vollständig abgebrochen, ist dies mit dem Datum des Behandlungsabbruches anzugeben. ⁸
Korrekturmöglichkeit	Entfällt.
Korrekturzeitpunkt	Entfällt.

r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers



Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Durch Unterschrift und ggf. Praxisstempel ist von der oder dem Leistungserbringenden 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 9 möglich.

⁸ Dieser Teil ist gemäß des Schiedspruches 2 HE 23-20 vom 18.02.2021 festgesetzt.