

Übersicht neue Heilmittelrichtlinien

1. Nicht verordnungsfähige Heilmittel (§5; Anlage1)
 - ➔ Siehe Anlage 1 HMR
 - 11. Atemtherapie nach Middendorf
 - 1. Entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeit im Kindesalter
 - 2. Stimmtherapie bei nicht krankhaftem Verlauf des Stimmbruchs
 - 4. Störungen wie Lese- und Rechtschreibschwäche, sonstige isolierte Lernstörungen
2. Vor erstmaliger Verordnung ärztliche Diagnostik nötig (§6a, Abs1)
3. Ein Verordnungsfall sind alle VOs für einen Patienten für dieselbe Diagnose, die selbe Diagnostegruppe vom selben Arzt. => Ändert sich eins davon, wird es ein neuer Behandlungsfall. (§7; Abs. 1, 3)
4. HMK legt Höchstmenge TEs pro VO fest. Gilt nicht für „langfristiger Heilmittelbedarf“. Hier gilt: Menge und Frequenz müssen VO in 12 Wochen „schaffbar“ machen. Gilt aber länger als 12 Wochen, wenn man es nicht schafft. (§7 Abs. 5, 6)
5. Langfristiger Heilmittelbedarf: Siehe PDF ab Seite 73
6. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann eine Doppelbehandlung (2mal am Tag) verordnet und erbracht werden. (§12, Abs. 8)
7. Verordnungsvordruck. Siehe Bilder am Ende. Neuerungen Markieren/Eintragen
8. VO muss 28 Tage nach Ausstellungsdatum begonnen werden. Bei dringlichem Behandlungsbedarf 14 Tage. Danach wird die VO ungültig. Der späteste Behandlungsbeginn entfällt. (§15, Abs. 1,2)
9. Verordnungen sind nur gültig, wenn folgende Angaben gemacht und korrekt sind (§16, Abs. 2)
 - a) Personalien
 - b) Heilmittelbereich
 - c) Hausbesuch
 - d) Therapiebereich
 - e) Dringlicher Behandlungsbedarf
 - f) Anzahl Behandlungseinheiten
 - g) Heilmittel gemäß Katalog
 - h) Ergänzende Angaben zum Heilmittel
 - i) Therapiefrequenz
 - j) Diagnosegruppe
 - k) Behandlungsrelevante Diagnosen / ICD-10
 - l) Leitsymptomatik
10. VO darf 14 Tage ohne Begründung unterbrochen werden. Mit Begründung gibt es noch keine Frist. Muss erst noch im neuen Rahmenvertrag beschlossen werden. Bis dahin: Alter Rahmenvertrag gilt, also 28 Tage mit Begründungen:

K = krank

U=Urlaub Therapeut oder Patient
11. Ergibt sich, dass das Therapieziel nicht erreicht werden kann, dann ist die VO zu unterbrechen und mit dem Arzt zu sprechen. (Logo ist nicht das richtige für das Ziel laut VO → Pause machen, Arzt anrufen.) (§16, Abs. 5)

12. Maßnahmen der Stimm- Sprech- Sprach- und Schlucktherapie (PDF ab S. 20)

13. Änderung von Heilmittelverordnungen (PDF S. 28)

ANGABE AUF DER VERORDNUNG		ÄNDERUNG NUR MIT ERNEUTER ARZTUNTERSCHRIFT UND DATUMSANGABE	ÄNDERUNG NUR IM EINVERNEHMEN MIT ARZT OHNE ERNEUTE ARZTUNTERSCHRIFT	ÄNDERUNG NACH INFORMATION AN ARZT OHNE ERNEUTE ARZTUNTERSCHRIFT
a. Personalienfeld (fehlt, unvollständig oder unplausibel)		X		
b. Heilmittelbereich				X
c. Hausbesuch	bei Änderung auf „ja“	X		
d. Therapiebericht			X	
e. Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs		X		
f. Anzahl der Behandlungs- einheiten	fehlt	X		
	bei Überschreitung der zulässigen Höchstmenge je VO			X
g. Heilmittel gemäß dem Katalog	fehlt oder nach Diagnosegruppe nicht verordnungsfähig	X		
	bei Änderung von Einzel- auf Gruppentherapie (§ 16 Absatz 6 Satz 2)		X	
	bei Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie (§ 16 Absatz 6 Satz 1)			X
h. gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel			X	
i. Therapiefrequenz (Angabe auch als Frequenzspanne möglich) [entfällt für Ernährungstherapie]			X	
j. Diagnosegruppe		X		
k. konkrete(n) behandlungs- relevante(n) [...] Diagnose(n)		X		
l. Leitsymptomatik nach HeilM-Katalog (buchstabencodiert oder Klartext) [...]			X	

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Heilmittelverordnung 13

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

2 Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

Diagnosegruppe

☐ 3

Leitsymptomatik

gemäß Heilmittelkatalog

☐ 4

a

☐ 4

b

☐ 4

c

patientenindividuelle Leitsymptomatik

☐ 4

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

5 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

☐ 6

Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

--	--

☐ 8 Therapiebericht

Hausbesuch

☐ 9

ja

☐ 9

nein

Therapiefrequenz

☐ 7

☐ 10 Dringlicher Behandlungsbedarf

innerhalb von 14 Tagen

11 ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

☐ 12 IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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	1	2	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

4

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

5

Behandlungsabbruch

3 T T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Arzt

☐ Abweichung
von der Frequenz

Änderung in

☐ Gruppen-
therapie

☐ Einzel-
therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers