

## Regelungen für den Heilmittelbereich zum Übergang von Muster 13/14/18 auf das neue Muster 13 ab dem 01.01.2021

Stand 03.02.2021

Dieser FAK regelt vor allem Fragen, die sich aus dem Übergang „neue Heilmittel-Richtlinie – alte Verträge“ ergeben. Die hier gegebenen Informationen können durch den Abschluss der aktuell noch offenen Verträge nach § 125 SGB V obsolet werden.

Der GKV-Spitzenverband aktualisiert diesen Fragen-Antworten-Katalog regelmäßig.

Verordnungsformular		
1.	Dürfen „alte“ Vordrucke ab dem 01.01.2021 verwendet werden?	Ab dem 01.01.2021 können Heilmittel nur auf dem neuen Muster 13 verordnet werden.
2.	Wenn der Arzt vor dem 01.01.2021 eine Verordnung ausgestellt hat und die Therapie erst im Januar 2021 beginnt, muss dann ein neues Verordnungsmuster angefordert werden?	Nein, maßgeblich für die Gültigkeit der Verordnung ist das Ausstellungsdatum. Alle vor dem 01.01.2021 ausgestellten Verordnungen behalten für Behandlungen in 2021 ihre Gültigkeit.
3.	Können in 2020 begonnene Verordnungen in 2021 weitergeführt werden?	Vor dem 01.01.2021 ausgestellte Verordnungen behalten auch über den 31.12.2020 hinaus ihre Gültigkeit. Verordnete Therapien können zu Ende durchgeführt werden (§ 13b HeilM-RL "Übergangsregelung")
4.	Welche Prüfungen sind für „neue“ VOen (ab 1.1.2021) maßgeblich, wenn Verträge noch nicht gültig sind?	Es gelten die in den bundesweiten Verträgen nach § 125 SGB V vereinbarten Regelungen.  Für Heilmittelbereiche in denen noch keine bundesweiten Verträge nach § 125 SGB V abgeschlossen gelten wurden die alten Verträge bis zum Abschluss eines neuen Vertrags fort. Wenn diese einzelne Sachverhalte nicht abdecken, ist dies von den Vertragspartnern nach § 125 Abs. 2 SGB V (alt) zu klären.

5.	Ist durch den Leistungserbringer zu prüfen, in welchen Fällen die Verordnungsmenge aufgrund einer langfristigen HM-Verordnung oder bei besonderem Verordnungsbedarf > der Menge laut HM-Katalog sein darf?	Ja, der Therapeut muss anhand ICD-10 und Diagnosegruppe prüfen, ob L/bVb vorliegt. Soweit der bVb an das Alter des Versicherten geknüpft ist, muss der Therapeut dies ebenfalls prüfen.  <b>Podologie &amp; Ernährungstherapie:</b> Für Podologie & Ernährungstherapie nicht relevant.
6.	Die Software der Ärzte fügt automatisch eine Beschreibung der ausgewählten Leitsymptomatik a/b/c in das Freitextfeld für die patientenindividuelle Leitsymptomatik ein. Muss dies korrigiert werden, da das Freitextfeld der Leitsymptomatik nur für die Beschreibung einer patientenindividuellen Leitsymptomatik vorgesehen ist?	Entscheidend ist, dass eine Leitsymptomatik auf der VO angegeben ist. Dabei können ein/mehrere Ankreuzfelder angekreuzt werden oder eine Leitsymptomatik nur schriftlich angegeben sein oder Ankreuzfelder und schriftliche Angaben kombiniert werden.  Ist das Feld [x] patientenindividuelle Leitsymptomatik angekreuzt, muss eine schriftliche Leitsymptomatik angegeben sein.
7.	Können auf der Rückseite Angaben zu den taxierten Leistungen für das Rechenzentrum gemacht werden?	Nein, auf der Rückseite sollen keine Angaben zur Taxierung der Leistung gemacht werden.
8.	Bei einzelnen PVS wird in der Blankoformularbedruckung auf der zweiten Seite der Verordnung das Feld mit den Patientendaten nicht gefüllt. Dürfen diese Angaben händisch nachgetragen werden?	Ja, Patientennamen können übergangsweise händisch auf der Rückseite nachgetragen werden.
(Fort-) Geltung der Verträge		
10.	Gelten die vertraglichen Regelungen der bundesweiten Verträge nach § 125 SGB V auch für Verordnungen, die vor dem Inkrafttreten des Vertrags ausgestellt wurden?	Für die Vertragsabgrenzung gilt das Datum der letzten Leistung, sofern keine andere vertragliche Regelung getroffen wurde.

Anm. BED e.V.:  
Wenn x angekreuzt ist und gleichzeitig a),b) oder c), dann ist ein Freitext nicht nötig, weil die Leitsymptomatik ja angegeben wurde.

Anm. BED e.V.:  
Taxierungsinformationen dürfen nicht zu Absetzungen führen -> klären Sie mit Ihrem Abrechnungszentrum, wie Sie die Informationen übermitteln sollen!

Anm. BED e.V.:  
Hierzu werden wir im Vertrag Ergotherapie noch eine eindeutige Regelung treffen.

Sollte tatsächlich eine Krankenkasse eine Verordnung mit der BEGRÜNDUNG, dass auf der RÜCKSEITE TAXIERUNGSMITTEILUNGEN stehen, nicht vergüten, wenden Sie sich bitte sofort an uns, damit wir Sie entsprechend unterstützen können: **05221 875 945 3 Ihr BED e.V. info@bed-ev.de**

		<p><b>Podologie:</b> Teilabrechnungen, die sich nur auf das Jahr 2020 beziehen, sind nach dem alten Vertrag abzurechnen. Sobald Leistungen umfasst sind, die im Jahr 2021 abgegeben wurden, gilt der neue Vertrag.</p>
11.	Gelten die neuen Vergütungen auch für Verordnungen, die vor dem Inkrafttreten der Verträge ausgestellt wurden?	<p>Maßgeblich sind die Regelungen der Anlage 2 in den jeweiligen bundesweiten Verträgen nach § 125 SGB V.</p> <p><b>Podologie:</b> Für Podologie gelten die Preise der bundesweit geltenden Verträge nach § 125 SGB V für alle Leistungen, die ab dem 01.01.2021 abgegeben werden.</p>
12.	Gilt die Anlage 3 der neuen Verträge nach § 125 SGB V auch für Verordnungen aus dem Jahr 2020 oder älter?	Die Prüfvorschriften der Anlage 3 für den Therapeuten beziehen sich ausschließlich auf die ab dem 01.01.2021 zu verwendenden Verordnungsformulare.
13.	Gilt die Bearbeitungsgebühr nach Anlage 3 des Podologievertrags auch für Verordnungen aus 2020?	<p><b>Podologie:</b> Die Anlage 3 bezieht sich auf Verordnungen, die ab dem 01.01.2021 ausgestellt wurden.</p>
14.	Die Erbringung der „Erstbefundung“ ist in den HM-Bereichen Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie vertraglich teilweise an den Beginn eines neuen Regelfalles bzw. an die Erstverordnung gebunden. Mit Inkrafttreten der neuen Heilmittel-Richtlinie ist der Regelfall bzw. die Erstverordnung abgeschafft worden. Können weiterhin „Erstbefundungen“ abgegeben/ abgerechnet werden?	<p><b>Ab dem 01.01.2021 :</b> Es gelten die regionalen Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V fort. Es wäre nachvollziehbar, dass „Erstbefundungen“ nicht mehr erbracht werden können, wenn der vertraglich geregelte auslösende Tatbestand nicht mehr eintreten kann.</p>
15.	Wenn der Arzt eine Doppelbehandlung verordnet oder die Art der KG-ZNS spezifiziert (z.B. Bobath) hat, wie	Gemäß der neuen Heilmittel-RL § 13 (2) lit. h handelt es sich bei Bobath, Vojta & Co. um ergänzenden Angaben zum

Anm. BED e.V.:  
Hierzu werden wir im Vertrag Ergotherapie noch eine eindeutige Regelung treffen.

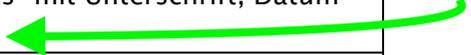
Anm. BED e.V.:  
sinnvoll und angebracht wäre, dass bei jedem neuen Patienten oder bei jeder neuen Erkrankung desselben Patienten eine „Erstbefundung“ abrechenbar ist, so wie es in den alten Verträgen gedacht war und ja auch nach Inkrafttreten des neuen Vertrages gelten wird - Stichwort faire Vertragspartnerschaft

Sollte tatsächlich eine Krankenkasse bei einem NEUEN Patienten oder einer NEUEN Erkrankung die Analyse der ergotherapeutischen Bedarfs oder Funktionsanalyse nicht vergüten wollen, WEIL es den Regelfall nicht mehr gibt, wenden Sie sich bitte sofort an uns, damit wir Sie entsprechend unterstützen können:

**05221 875 945 3 Ihr BED e.V.  
info@bed-ev.de**

	<p>können diese Angaben geändert werden, wo ist das auf der Verordnung kenntlich zu machen?</p>	<p>Heilmittel, die gemäß Anlage 3 Heilmittel-Richtlinie im Einvernehmen mit dem Verordner ohne erneute Unterschrift des Verordners geändert werden können.</p> <p>Soweit vertragliche Regelungen nach § 125 Abs. 2 SGB V (alt) nichts anderes vorsehen, empfiehlt der GKV-SV folgende Vorgehensweise:          Sofern die Ärztin oder der Arzt ergänzende Angaben zum Heilmittel gemacht hat (z. B. „Bobath“ bei KG-ZNS), kann hiervon im Einvernehmen mit der Ärztin oder dem Arzt ohne erneute Arztunterschrift 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.</p>
16.	<p>Der Patient ist aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage im vorgesehenen Feld zu unterschreiben (zu klein). Wie und wo soll die Bestätigung erfolgen?</p>	<p>Für einen Behandlungstag können auch zwei Zeilen genutzt werden. Geht die Unterschrift des Versicherten über das vorgesehene Feld hinaus, stellt dies auch weiterhin kein Problem dar. Wichtig ist, dass alle erbrachten Maßnahmen vom Versicherten einzeln bestätigt werden.</p> <p>Ein Beiblatt wird von den Kassen akzeptiert, wenn dieses die gleichen Angaben wie die Rückseite der Verordnung enthält.</p>
17.	<p>Die Zeilen/Spalten auf der Rückseite der neuen Heilmittel-VO sind recht klein. Dürfen für die Dokumentation</p>	<p>Für die Dokumentation der Maßnahmen auf der Rückseite der Verordnung gelten Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V (alt) bzw. soweit bereits abgeschlossen die Verträge nach § 125 SGB V (neu).</p>

Anm. BED e.V.:  
 Wenn Sie als Leistungserbringende/r eine solche Änderung auf der Vorderseite der Verordnung durchführen versehen Sie diesen Eintrag also z.B. mit: „1.2.2021 Lisa Müller LE“, damit deutlich wird, dass Lisa Müller hier die Leistungserbringende (=LE) ist.



<p>des abgegebenen Heilmittels ab der 2. Einheit Wiederholungszeichen verwenden, oder muss der Text immer vollständig ausgeschrieben sein?</p>	<p>Ist vertraglich nichts Anderes geregelt, so muss die Maßnahme eindeutig beschrieben sein z.B. „Sprachtherapie - 30“. Soweit es Maßnahmen Abkürzungen aus dem Heilmittel-Katalog z.B. „KMT“ gibt, können diese genutzt werden.</p> <p>Ab der zweiten Einheit können Wiederholungszeichen genutzt werden.</p>
--	--