



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

## Ausfüllhilfe Muster 13: Heilmittelverordnung

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Heilmittelverordnung 13</b>	
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		geb. am	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<b>1</b>
Unfall-folgen	<b>P</b>			<input type="checkbox"/> Podologische Therapie	
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<b>2</b>	<b>Behandlungsrelevante Diagnose(n)</b> ICD-10 - Code			<input type="checkbox"/> Ernährungstherapie	
<b>3</b>	<b>Diagnose-gruppe</b>	<b>Leitsymptomatik</b> gemäß Heilmittelkatalog	<b>4</b> <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/>	
	Leitsymptomatik ( <i>patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben</i> )				
<b>5</b>	<b>Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</b> Heilmittel			<b>6</b>	Behandlungseinheiten
	Ergänzendes Heilmittel				
<b>7</b>	<input type="checkbox"/> Therapiebericht	<b>8</b> Hausbesuch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Therapie-frequenz</b>	<b>9</b>
<b>10</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dringlicher Behandlungsbedarf</b> innerhalb von 14 Tagen				
<b>11</b>	<b>ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise</b>				
<b>12</b>	IK des Leistungserbringers			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Muster 13 (10.2020)

**P****Patienteninformationen**

- Angabe der Krankenkasse des Patienten oder des Unfallversicherungsträgers
- Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten
- Krankenkassennummer der Krankenkasse des Patienten – die Angabe muss bei einem Arbeitsunfall gestrichen werden bzw. entfallen
- Versichertennummer des Patienten
- Versichertenstatus des Patienten
- die Betriebsstätten-Nummer (BSNR)
- die Lebenslange Arztnummer (LANR) des verschreibenden Psychotherapeuten
- das Ausstellungsdatum

**1****Auswahl des Heilmittelbereichs**

Der Heilmittelbereich Ergotherapie ist auf der Verordnung durch ein Kreuz anzugeben.

**2****Behandlungsrelevante Diagnose(n)**

Die behandlungsrelevante Diagnose ist als ICD-10-Code auf der Verordnung zu vermerken. Der in der Praxissoftware hinterlegte ICD-10-Klartext wird automatisch eingefügt und kann bei Bedarf ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden.

Es kann eine weitere Diagnose angegeben werden. Dies ist allerdings nur dann erforderlich, wenn ein besonderer Verordnungsbedarf vorliegt, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-Codes Voraussetzung ist.

**3****Diagnosegruppe**

Angabe einer aus dem Heilmittelkatalog ausgewählten Diagnosegruppe, z.B. **PS4** = Dementielle Syndrome.

**4****Leitsymptomatik**

Verpflichtend ist die Angabe einer oder mehrerer Leitsymptomatik(en) nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs. Diese können nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik (a, b, c,) ausgewählt werden. Die Verordnungssoftware fügt dem Formular so automatisch den Klartext hinzu. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden. In diesem Fall wird vorausgesetzt, dass die Leitsymptomatik der entsprechenden Diagnosegruppe zugeordnet werden kann.

**5****Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

Auf Muster 13 können bis zu drei vorrangige Heilmittel gleichzeitig verordnet werden. Weiter besteht die Möglichkeit im Feld „Ergänzendes Heilmittel“ ein viertes Heilmittel als ergänzendes Heilmittel, soweit dies medizinisch notwendig ist, zu verordnen. Die Praxissoftware bietet entsprechend der ausgewählten Diagnosegruppe die verordnungsfähigen Heilmittel (gemäß Heilmittelkatalog) zur Auswahl an. Weiter kann definiert werden, ob die Maßnahme als Einzeltherapie oder als Gruppentherapie erfolgen soll.

**6****Behandlungseinheiten**

Die Anzahl der Behandlungseinheiten sind den verordneten Maßnahmen zuzuordnen. Dabei darf die Anzahl der Behandlungseinheiten den Wert der Höchstmenge je Verordnung gemäß Heilmittelkatalog nicht überschreiten.

**7****Therapiebericht**

Wenn ein Therapiebericht angefordert werden soll, kann das Feld Therapiebericht angekreuzt werden.

**8****Hausbesuch**

Ist es dem Patienten nicht möglich den Therapeuten aufzusuchen bzw. der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig, ist das Feld „ja“ anzukreuzen. Bei allen anderen Fällen wird das Kästchen „Hausbesuch – nein“ angekreuzt.

**9****Therapiefrequenz**

Die Therapiefrequenz ist anzugeben und wird von der Praxissoftware als Therapiespanne (i. d. R. 1-3x wöchentlich) vorgelegt. Die Therapiefrequenz ist in Abhängigkeit der Ausprägung und des Schweregrades einer Erkrankung sowie von dem angestrebten Therapieziel und der Belastbarkeit des Patienten zu bestimmen. Je Diagnosegruppe enthält der Heilmittelkatalog Frequenzempfehlungen. Diese sollen dem verordnenden Psychotherapeuten als Orientierung dienen. Von diesen Frequenzempfehlungen kann der Psychotherapeut, in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzliche Dokumentation, abweichen. Der Heilmitteltherapeut ist an die Frequenzangabe gebunden, kann aber nach Abstimmung mit dem verordnenden Psychotherapeuten die Frequenz selbstständig ohne erneute Unterschrift des Psychotherapeuten ändern.

**10****Dringlicher Behandlungsbedarf**

Die Frist zum Beginn der Heilmittelbehandlung nach Ausstellung der Verordnung liegt bei 28 Kalendertagen. Sollte aus medizinischen Gründen die Heilmittelbehandlung innerhalb von 14 Kalendertagen begonnen werden, ist das Feld „Dringlicher Behandlungsbedarf“ anzukreuzen. Nach Ablauf der genannten Zeiträume verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

**11****ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise**

Dieses Feld kann ausgefüllt werden, wenn das Therapieziel spezifiziert werden soll. Außerdem kann der verordnende Psychotherapeut im Feld bei Bedarf weitere therapierelevante Befunde angeben.

**12****IK des Leistungserbringers**

Dieses Feld ist nur für die Heilmittelleistungserbringer vorgesehen und ist nicht durch den verordnenden Psychotherapeuten auszufüllen.

Rückseite auf Seite 4

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			

MUSTER

14

### Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

15

Behandlungsabbruch

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung von der Frequenz

16

Änderung in  Gruppentherapie  Einzeltherapie

Begründung

17

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

- 13 Empfangsbestätigung durch den Versicherten**  
Hier soll sich der Heilmittelleistungserbringer jede Behandlung durch die Unterschrift des Patienten bestätigen lassen.
- 14 Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers**  
Die Felder Rechnungsnummer, IK des Leistungserbringers und Belegnummer dienen der Leistungsabrechnung mit den Krankenkassen und werden nicht durch den Psychotherapeuten ausgefüllt.
- 15 Behandlungsabbruch**  
Kommt es während der Therapie zu einem Therapieabbruch, so ist dieser mit Datum durch den Leistungserbringer zu vermerken.
- 16 Abweichung von der Frequenz / Änderung in Gruppen- oder Einzeltherapie**  
Nach ärztlicher Rücksprache ist eine Änderung der Verordnungsangaben durch entsprechendes Ankreuzen der Felder zu vermerken (Einzelbehandlung, Therapiefrequenz). Eine erneute Unterschrift des verordnenden Arztes ist nicht erforderlich.
- 17 Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers**  
Angabe von Name, Adresse und Unterschrift des Leistungserbringers.