

Korrekturmöglichkeiten von Heilmittelverordnungen (Muster 13 und Muster 13E)

(nach Anlage 3a zum „Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über Versorgungen mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung“)

Die Angaben wurden nach bestem Wissen zusammengestellt – es besteht keine Gewähr auf vollständige Richtigkeit.

Felder der Heilmittelverordnung (Vorderseite)	Zeitpunkt der Änderung	Änderung durch Leistungserbringer ¹			Änderung durch Arzt ²	Zusätzliche wichtige Informationen
		ohne Info an Arzt	mit Info an Arzt	im Einvernehmen mit Arzt		
a) Personalienfeld (Name, Vorname, geb. am, Kostenträger, Ausstellungsdatum)	vor Behandlungsbeginn				x	Bei Muster 13E muss Rezept neu ausgestellt werden
a) Personalienfeld (Vers.Nr., Status, Kostenträgerkennung, Arzt-Nr., Betriebsst.Nr.)	vor der Abrechnung	x				Bei Muster 13E muss Rezept neu ausgestellt werden
a1) Zuzahlungsfrei/Zuzahlungspflicht	---					Keine Korrektur erforderlich
a2) Unfallfolgen/BVG	---					Keine Korrektur erforderlich
b) Heilmittelbereich	---					Keine Korrektur erforderlich
c) Hausbesuch (Änderung von „Nein“ auf „Ja“)	vor der Abrechnung				x	
c) Hausbesuch (keine Eintragung – Ergänzung auf Ja)	nach der Abrechnung möglich				x	
d) Therapiebericht	vor der Abrechnung			x		
e) Dringlicher Behandlungsbedarf	vor der Abrechnung (s. zusätzliche Info rechts)				x	Laut Rahmenvertrag §6 (4) muss die Änderung innerhalb 14 Tagen erfolgen
f) Behandlungseinheiten (Fehlende Behandlungsmenge)	vor der Abrechnung				x	
f) Behandlungseinheiten (Menge überschreitet HMR)	---					1) Keine Korrektur erforderlich 2) Einheiten laut HMR anwenden 3) Info an Arzt notwendig
g1) Heilmittel (Angabe fehlt, unvollständig, fehlerhaft oder passt nicht zur Diagnosegruppe)	vor der Abrechnung				x	
g1) Heilmittel (Änderung der ergänzenden Angabe)	vor der Abrechnung			x		z. B. Ergänzung Bobath bei KG ZNS
g1) Heilmittel (Länge bei MLD)	vor der Abrechnung				x	Aktuelle Interpretation: Änderung vor der Abrechnung ist ausreichend
g1) Heilmittel (Änderung in Doppelbehandlung)	vor der Abrechnung			x		
g1) Heilmittel (Änderung von Einzel- in Gruppentherapie)	vor der Abrechnung			x		Mit Einverständnis des Patienten
g1) Heilmittel (Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie)	vor der Abrechnung		x			Auf der Rückseite der Verordnung zu dokumentieren und begründen

g2) Ergänzendes Heilmittel (Nachtrag oder Korrektur)	vor Behandlungsbeginn				x	Aktuelle Interpretation: Von den zwei Angaben in Anlage 3a zu g2 gilt: Änderung vor Behandlungsbeginn
g2) Ergänzendes Heilmittel (Spezifikation fehlt)	---					Laut Rahmenvertrag §3 (15) kann das wirksamste Heilmittel gewählt werden (Beachtung: Wirtschaftlichkeitsgebot)
i) Therapiefrequenz (Angabe fehlt)	---					1) Keine Korrektur erforderlich 2) Frequenzempfehlung laut HMR anwenden
i) Therapiefrequenz (Änderung)	vor der Abrechnung			x		
j) Diagnosegruppe	nach der Abrechnung möglich				x	
k) Behandlungsrelevante Diagnose – ICD-10-Code (fehlende Angabe oder Korrektur)	vor Behandlungsbeginn				x	
l) Leitsymptomatik (fehlende Angabe oder Korrektur)	nach der Abrechnung möglich			x		
m) Ggf. Therapieziel/weitere med. Befunde und Hinweise	---					Keine Korrektur erforderlich
n) Vertragsarztstempel und Arztunterschrift (Korrektur und/oder Ergänzung)	vor Behandlungsbeginn				x	

Felder der Heilmittelverordnung (Rückseite)						
o) Bestätigungsfeld – Datum, Maßnahme, Leistungserbringer, Unterschrift der oder des Versicherten (Korrekturen oder Ergänzungen)	nach der Abrechnung möglich	x				1) Bei MLD mit Angabe der Dauer 2) Fehlen von „F“, „K“, „T“: keine Absetzung 3) Unterschrift im Voraus, Globalunterschriften und Korrekturmittel nicht erlaubt
p) Rechnungsdaten (Korrektur oder Ergänzung)	nach der Abrechnung möglich	x				IK-Nummer auf der Vorderseite nicht notwendig
q) Behandlungsabbruch	---					Datum des Abbruchs und Grund sind zu vermerken
r) Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers	nach der Abrechnung möglich	x				Kann auch durch beauftragte Mitarbeiter erfolgen

¹ Datum, Unterschrift und Kürzel „LE“ an korrigierter Stelle

² Datum und Unterschrift an korrigierter Stelle

Regelung aus dem Rahmenvertrag zur Korrektur nach der Abrechnung:

Soweit [...] 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.