

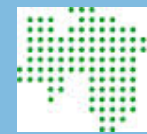
Rauchende Köpfe...

Heilmittelverordnung

Timo Schumacher und Sabine Frohnes



Timo Schumacher



KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

äkn ärztekammer
niedersachsen



EUROPEAN UNION
OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS
UNION EUROPÉENNE
DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS/MÉDECINS DE FAMILLE



HOSPITALS
PRAXIS



FORTBILDUNG



DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND
Landesverband Niedersachsen e.V.





Dr. Sabine Frohnes
Obere Königsstraße 41
34117 Kassel



UNIVERSITÄT
Southamp

Angaben zu Interessenkonflikten 1

	JA/NEIN – wenn ja, wie viel? -> Schumacher/ Frohnes
Geschäftsanteile/Aktien an Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein/nein
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (Patente, Urheberrechte, Verkaufslizenzen)	nein/nein
persönliche Beziehungen zu Vertreter eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Partner dort angestellt)	nein/nein
Honorare für Berater-/Gutachtertätigkeit außerhalb der üblichen Patientenbetreuung als Hausarzt/-ärztin , bezahlte Mitarbeit im wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneiindustrie, Medizinprodukte), eines kommerziellen Auftragsinstituts oder einer Versicherung	ja/nein
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines solchen Unternehmens	ja/nein (nur Hausärzteverband, IHF etc.) Beide: „Der Hausarzt“



HAUSÄRZTLICHER EBM Q2/2020



erstellt von den „Rauchenden Köpfen“:
Dr. Sabine Frohnes, Timo Schumacher,
Dr. Christoph Claus und Moritz Eckert
Stand: 21.4.2020 (ohne Gewähr)

DER **Hausarzt**
www.hausarzt.digital

GOP	Leistungslegende	Euro
VERSICHERUNGSPAUSCHALEN		
03001-03005	Versichertenpauschale (VP)	12,53-24,72
88240	Taglich bei Leistung in Bezug auf Corona, U07.1IG bei SARS-COV PCR positiv + Covid-19 U07.2IG bei PCR negativ/fehlend, aber klinisch Covid-19 Wichtig: Zusätzlich z.B. J06.9G (Atemwegsinfekt) nötig!	-
CHRONIKERREGELUNG „4-3-2-1-REGEL“		
03220/H	Chronikerzuschlag I – ein APK, 1x/BHF, nn 0337x, nn 01630 im KF	14,28
03221/H	Chronikerzuschlag II – weitere APK, 1x/BHF, nn 0337x, nn 01630 im KF	4,39
03222	Mediplan-Zuschlag 03220, 1x/BHF, setzt KV zu, nn 01630 im KF	1,10
ZEIT-ZUSCHLÄGE		
01100	Unvorhergesehen. Inanspruchnahme 19–22h, Sa/So/Feiertag 7–19h	21,53
01101	Unvorhergesehen. Inanspruchnahme 22–7h, Sa/So/Feiertag 19–7h	34,39
01102	Samstagsprechst. 7–19h, auch neben 01413, auch telefonisch	11,10
KONSULTATIONEN		
03230	Gespräch (je vollend. 10min), max=BHF/Q/2; auch bei V-APK	14,06
35100	Psychosomatische Diagnostik (*) ≥ 15 Min, Doku+ICD!	21,21
35110	Psychosomat. Gespräch (*) ≥ 15 Min, auch V-APK bei bek.Pat., ICD!	21,21
01430	Verwaltungskomplex (Rezept, Befund), im AF nur neben 01430, Porto und Kopie	1,32
01435	Mittelbarer Kontakt/telefonische Beratung, nn 0300x im AF, 1x/BHF, bis 11 J. 2x/BHF	9,67
01434	Telefonat ≥ 5Min, Zuschlag zu 01435 oder 03000 (dann Budget der 03230), max 6x/AF, ≥ 1 Kontakt letzte 6 Q, auch ohne eGK	7,14
VIDEOSPRECHSTUNDE (NN 03220, 03221, 03362)		
88220	Kennzeich. Videosprechst. ohne APK im Quartal (-20% auf 0300x & 03040)	
01442	Videofallkonferenz Pflegekraft, Pat. & Arzt; nn 37120, max. 3/KF	9,45
01444	Authentifizierung unbek. Pat. (=akt.&Vorquartal nicht behandelt)	1,10
01450	Technikzuschlag pro V-APK, max. 47,5x/Q/LANR	4,39
01451	Anschubfinanz. 1x/V-APK, mind. 15/Q/BSNR, max. 50/Q/BSNR	10,11
PRÄ-/POSTOPERATIV + GGF. 88115 ALS MARKIERUNG		
31010	OP-Vorbereitung bis 11 J. (Beratung, Aufklärung, Ganzkörper-Status, Brief), 1x/BHF	33,40
31011	OP-Vorbereitung 12–39 J.	33,40
31012	OP-Vorbereitung 40–59 J. (+ EKG)	42,74
31013	OP-Vorbereitung ab 60 J. (+ EKG + Labor)	45,71
31600	Postop. Behandlung, auf Überweisung, OP-Datum	17,47

GOP	Leistungslegende	Euro
LABOR		
32025	Blutzucker	1,60
32881	Blutzucker beim Check-up	0,25
32026	INR-Schnelltest	4,70
32117	D-Dimer – Schnelltest positiv/negativ	4,60
32027	D-Dimer – Schnelltest quantitativ	15,30
32033	Urin-Stix außerhalb Check-up (mind. 5 Parameter)	0,50
32880	Urin-Stix bei Check-up (mind. 5 Parameter)	0,50
32031	Harnsediment	0,25
32150	Troponin-T-Schnelltest	11,25
01737	Okkultbluttest iFOBt präventiv, 50–54 J. 1x/Kalenderjahr, ab 55 J. jedes 2. Kalenderjahr	6,26
-	Okkultbluttest iFOBt diagnostisch	-
GERIATRIE (AB 70 J. MIT GERIATR. ICD ODER FRÜHER BEI F00.9, F01, G20.1, G20.2, G30)		
03360	Basisassessment, 1x/BHF, 2x/KF, nn Palli-Ziffern	12,42
03362	Betreuung, 1x/BHF, 03360 im KF nötig, nn Palli-Ziffern	19,12
PALLIATIVMEDIZIN (Z51.5) - AAPV, AUCH BEI ADDITIV SAPV-VERSORGUNG!		
0337x	<i>Palliattivziffern: nn Geriatrie, nn Chroniker 03220, nn 03230, 351xx geht</i>	
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan, 1x/KF	37,47
03371	Palliativmed. Betreuung des Patienten in der Arztpraxis 1x/BHF, nn 03372/03373	17,47
03372	Zuschlag zu GOP 01410/01413, palliativmed. Betreuung b. Hausbesuch, je vollendete 15 min (max. 5x/Tag), nn 03371/03373	13,62
03373	Zuschlag zu GOP 01411/01412/01415, palliativmed. Betreuung b. Hausbesuch, je Besuch, nn 03371/03372	13,62
DIAGNOSTIK		
03321	Ergometrie (*)	21,75
03322	Langzeit-EKG anlegen (*)	5,27
03241	Langzeit-EKG auswerten (*)	9,45
03324	LZ-RR (24h-Blutdruckmessung)	6,26
03330	Spirometrie	5,82
03331	Prokto-/Rektoskopischer Komplex	10,33
30611	Hämorrhoiden-Ligatur, bis 4x/BHF, nn 0230x	20,44
03335	Audiometrische Untersuchung	9,89
33012	Sono Schilddrüse (*)	8,46
33042	Sono Abdomen (max. 2x/BHF) (*); wenn parallel 01748, nur 8,65€	15,71
33043	Sono Urogenital (*) (wenn parallel 01748, nur 8,54€)	9,01

GOP	Leistungslegende	Euro
FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN (extrabudgetär)		
01711	U1	13,84
01712	U2	44,06
01713-9	U3–U9	44,17
01720	J1 12–14 Jahre U10 (7–8 J.), U11 (9–10 J.), J2 (16–17 J.) (*)	39,11 50,00
01731	Krebsfrüherkennung Mann (ab 45 Jahre / 1x/Kalenderjahr)	15,82
01732	Check-up (einmalig 18–34 J. / ab 35 J. jedes 3. Kalenderjahr)	35,82
01740	Beratung Darmkrebsfrüherkennung (1x im Leben / ab 50 Jahren)	12,75
01745	HKS (*) ab 35 J., jedes 2. Kalenderjahr, fakultativ Dermatoskopie	27,80
01746	HKS (*) neben 01732, ab 35 J., fakultativ Dermatoskopie	22,96
01747	Beratung Aortenaneurysma inkl. Flyer (♂ ab 65 J., 1x im Leben)	9,01
01748	Ultraschallscreening Bauchorta (♂ ab 65 J., 1x im Leben) (*)	13,62
01776	OGT-Vortest Schwangere (50g Glukose nicht enthalten) +1x 01812 wenn BZ im Venenblut	11,43 1,76
01777	OGT-Test Schwangere (75g Glukose nicht enthalten) +3x 01812 wenn BZ im Venenblut	12,96 5,28
THERAPIE		
02300	prim. Wundv., OP bis 5 min (bis zu 5x/Tag bei T01.9 oder D22.9)	7,47
02301	prim. Wundv. Kind bis 11 J., oder ab 12 J. mit Naht, OP z.B. Abszess, Fremdkörper (bis zu 5x/Tag bei T01.9 oder D22.9)	14,61
02302	prim. Wundv. Kind bis 11 J. mit Naht, oder ab 12 J. OP z.B. Gesicht, Lipom, Emmert-Plastik	25,27
02310	sekundär heilende Wunde, Dekubitus mind. 3 APK im BHF, 1x/BHF, nn 02300–02302 im BHF	23,29
02311	Diabetischer Fuß, je Bein, je Sitzung, nn 02300–02302, 02313, nn 02310, 02313 im BHF (*)	15,16
02312	Ulcus cruris, je Bein, je Sitzung, nn 02310, Fotodoku alle 4 Wochen!, nn 02300–02302, 02311 im BHF	6,04
02313	Kompressionsther., je Bein, je Sitzung, Messung Beinumfang mind. 3 Stellen alle 4 Wochen, ICD I87.0/I87.2/I89.0, nn 02310, 02311	5,49
30130	Hyposensibilisierung s.c. pro Sitzung	11,21
30200	Chirotherapie Extremitäten (*) max. 2x/BHF, nn 30201	5,27
30201	Chirotherapie WS (*) max. 2x/BHF, nn 30200	7,80
30400	Massagetherapie (*) abzgl. Zuzahlung	8,13
KOSTEN		
40106	Versand LZ-EKG (verschlüsselte E-Mail)	1,50
40120	Porto Standardbrief < 20g (Briefmarke 80 Cent), Fax	0,55
40122	Porto Kompaktbrief 20–50g, ca. 4–8 Seiten (Briefmarke 95 Cent)	0,90
40124	Porto Großbrief bis 500g (Briefmarke 1,55 €)	1,45
40126	Porto Maxibrief bis 1.000g (Briefmarke 2,70 €)	2,20
40144	Kopie, Ausdruck für Mitbehandler, je Seite	0,13

Angaben zu Interessenkonflikten 2

	JA/NEIN – wenn ja, wie viel? Schumacher/Frohnes
Erstattung von Teilnahmegebühren für einen Kongress oder eine Fortbildung durch ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	ja / nein (IHF, HÄV?)
Erstattung von Reise- oder Übernachtungskosten für einen Kongress oder eine Fortbildungsveranstaltung durch ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	ja/ nein
Honorare für Anwendungsbeobachtungen oder klinische Auftrags-Studien der pharmazeutischen oder Medizin-Geräte-Industrie	nein/nein
Gelder (auch Geräte, Materialien, organisatorische Hilfestellung oder Unterstützung bei der Abfassung von Manuskripten) für ein von mir initiiertes Forschungsvorhaben aus einem Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein/nein
Ich verdiene Geld mit der klinischen Prozedur, über die ich in diesem Vortrag berichte	JA!!!



...und Ihr so???

...Fachärztinnen/Ärzte angestellt

...Fachärztinnen/Ärzte selbstständig

...ÄiW

...MFA

...Azubi



Nobody is perfect...



Alle Angaben in diesem Vortrag beruhen auf gründlicher Recherche und großer Sorgfalt. Wir übernehmen dennoch keine Gewähr für die Richtigkeit.



Nobody is perfect...

Alle Angaben in diesem Vortrag beruhen auf gründlicher Recherche und großer Sorgfalt. Wir übernehmen dennoch keine Gewähr für die Richtigkeit.

Vieles ist KV-spezifisch, daher immer überprüfen!!



Was haben wir vor?

- **Neuerungen 2020/21**
- **Heilmittelverordnung Muster 13**
- **Budget? Kosten?**
- **Beispiele**



Klaviatur des Systems



Neuerungen

Überblick, Details später



Neuerungen

Überblick, Details später

- **Seit 1.7.2020 Podologie neue Indikationen (später Details)**



Neuerungen

Überblick, Details später

- **Seit 1.7.2020 Podologie neue Indikationen (später Details)**
- **1.1.2021 Podologie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Ernährungstherapie zusammengefasst -> Muster 13**



Neuerungen

Überblick, Details später

- **Seit 1.7.2020 Podologie neue Indikationen (später Details)**
- **1.1.2021 Podologie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Ernährungstherapie zusammengefasst -> Muster 13**
- **Regelfall entfällt, ersetzt durch Verordnungsfall und orientierende Behandlungsmenge pro Arzt/Ärztin**



Neuerungen

Überblick, Details später

- **Seit 1.7.2020 Podologie neue Indikationen (später Details)**
- **1.1.2021 Podologie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Ernährungstherapie zusammengefasst -> Muster 13**
- **Regelfall entfällt, ersetzt durch Verordnungsfall und orientierende Behandlungsmenge pro Arzt/Ärztin**
- **Indikationsgruppen vereinfacht**



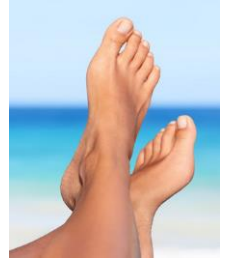
Podologie

Neuerungen seit 1.7.2020!

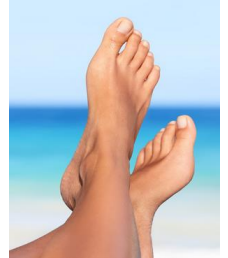


Podologie

- vorher Indikation DF:



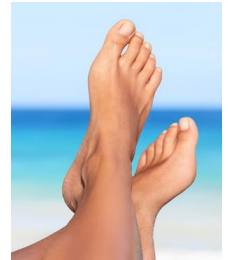
Podologie



- **vorher Indikation DF:
diabetisches Fußsyndrom mit PNP und/oder pAVK,
Wagner 0**



Podologie



- vorher Indikation DF:
diabetisches Fußsyndrom mit PNP und/oder pAVK,
Wagner 0

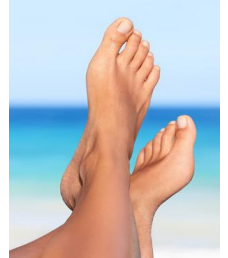
Wagner/Armstrong-Klassifizierung

	0	1	2	3	4	5
A	Prä- oder postulcerative Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion
C	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie
D	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie

Validation of a Diabetic Wound Classification System. Armstrong et al. Diabetes Care 21:855 (1998)
The dysvascular foot. A system of diagnosis and treatment. Wagner. Foot and Ankle 2: 64 (1981)



Neue Indikationsgruppen



- **NF (Neuropathie mit Fußsyndrom)**

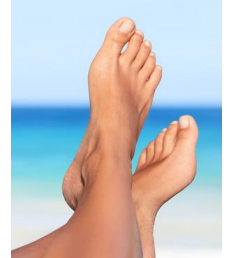
**NF Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie (primär oder sekundär).
Zum Beispiel bei:**

- hereditärer sensibler und autonomer Neuropathie
- systemischen Autoimmunerkrankungen
- Kollagenosen
- toxischer Neuropathie

- **QF (Querschnitt mit Fußsyndrom)**



Neue Indikationsgruppen



- **NF (Neuropathie mit Fußsyndrom)**

NF Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie (primär oder sekundär). Zum Beispiel bei:

- hereditärer sensibler und autonomer Neuropathie
- systemischen Autoimmunerkrankungen
- Kollagenosen
- toxischer Neuropathie

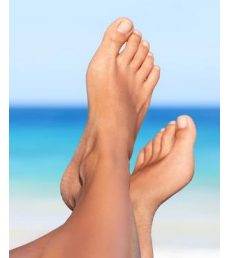
- **QF (Querschnitt mit Fußsyndrom)**

QF Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge eines Querschnittsyndroms (komplett oder inkomplett). Zum Beispiel bei:

- Spina bifida
- chronischer Myelitis
- Syringomyelie
- traumatisch bedingten Schädigungen des Rückenmarks



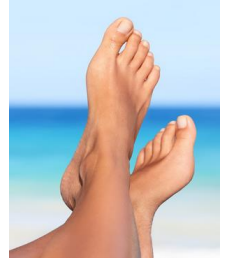
Voraussetzungen zur Verordnung



- **Therapie erforderlich zur Verhinderung von Schädigungen**



Voraussetzungen zur Verordnung



- **Therapie erforderlich zur Verhinderung von Schädigungen**
- **NF und QF: Dermatologischer und neurologischer Befund, ggf. auch angiologisch und muskuloskeletal**



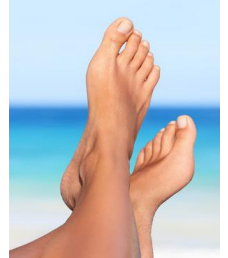
Voraussetzungen zur Verordnung



- **Therapie erforderlich zur Verhinderung von Schädigungen**
- **NF und QF: Dermatologischer und neurologischer Befund, ggf. auch angiologisch und muskuloskeletal**
- **Falls Neuropathie-Nachweis (Monofilament, Stimmgabel) ohne gesicherte Diagnose => neurologische Vorstellung zeitnah**



Voraussetzungen zur Verordnung



- **Therapie erforderlich zur Verhinderung von Schädigungen**
- **NF und QF: Dermatologischer und neurologischer Befund, ggf. auch angiologisch und muskuloskeletal**
- **Falls Neuropathie-Nachweis (Monofilament, Stimmgabel) ohne gesicherte Diagnose => neurologische Vorstellung zeitnah**
- **Befund vor jeder neuen Verordnung erheben**



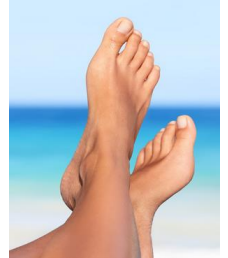
Voraussetzungen zur Verordnung



- › Bei den zwei neuen Diagnosegruppen muss außerdem einer der folgenden Befunde einer autonomen Schädigung vorliegen:
 - Hauttrockenheit (An-/Hypohidrose) der unteren Extremitäten
 - Veränderung des Haarwachstums (An-/Hypotrichose) der unteren Extremitäten
 - Verfärbungen der Haut (zumeist livide, bräunlich) der unteren Extremitäten
 - Ulzerationen in den unteren Extremitäten



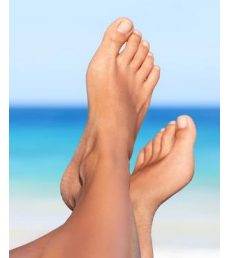
Wann podologische Therapie, wann ärztliche?



Podologisch:



Wann podologische Therapie, wann ärztliche?

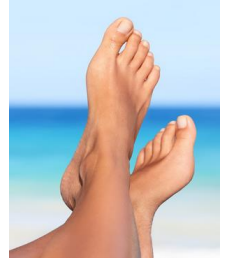


Podologisch:

- › Wagner-Stadium 0: präulzerativer oder postulzerativer Fuß
- › Eingewachsene Zehennägel Stadium 1: Der Nagel beginnt seitlich in die Haut einzuwachsen, die Haut schmerzt und beginnt sich zu entzünden.



Wann podologische Therapie, wann ärztliche?



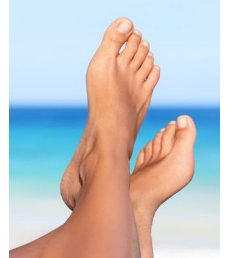
Podologisch:

- › Wagner-Stadium 0: präulzerativer oder postulzerativer Fuß
- › Eingewachsene Zehennägel Stadium 1: Der Nagel beginnt seitlich in die Haut einzuwachsen, die Haut schmerzt und beginnt sich zu entzünden.

ärztlich:



Wann podologische Therapie, wann ärztliche?



Podologisch:

- › Wagner-Stadium 0: präulzerativer oder postulzerativer Fuß
- › Eingewachsene Zehennägel Stadium 1: Der Nagel beginnt seitlich in die Haut einzuwachsen, die Haut schmerzt und beginnt sich zu entzünden.

ärztlich:

- › Wagner-Stadium 1-5:
 - 1 = oberflächliche Wunde
 - 2 = Wunde bis zur Ebene von Sehnen oder Kapsel
 - 3 = Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenken
 - 4 = Nekrose von Fußteilen
 - 5 = Nekrose des gesamten Fußes
- › Eingewachsene Zehennägel Stadium 2: Am Rand des eingewachsenen Nagels hat sich neues, entzündetes Gewebe (Granulationsgewebe) gebildet. Das Gewebe nässt und eitert.
- › Eingewachsene Zehennägel Stadium 3: Der betroffene Nagelbereich ist chronisch entzündet und eitert immer mal wieder. Das Granulationsgewebe wächst bereits über den Nagel.



Wann podologische Therapie, wann ärztliche?



Podologisch:

- › Wagner-Stadium 0: präulzerativer oder postulzerativer Fuß
- › Eingewachsene Zehennägel Stadium 1: Der Nagel beginnt seitlich in die Haut einzuwachsen, die Haut schmerzt und beginnt sich zu entzünden.

Ärztlich:

- › 1 = ...
- › 2 = ...
- › 3 = ...
- › 4 = ...
- › 5 = ...
- › Eingewachsene Zehennägel Stadium 2: Am Rand des eingewachsenen Nagels hat sich ein ... entzündetes Gewebe (Granulationsgewebe) gebildet. Das Gewebe nässt und eitert.
- › Eingewachsene Zehennägel Stadium 3: Der betroffene Nagelbereich ist chronisch entzündet und eitert immer mal wieder. Das Granulationsgewebe wächst bereits über den Nagel.

Bisher bei Podologie keine Diagnose für „besonderen Verordnungsbedarf“ oder „langfristigen Heilmittelbedarf“ definiert!



Heilmittel-Verordnung

Bisher Muster 13, 14 und 18

Freigabe 29.04.2016

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebührpflicht, Gebühr frei, Unfall-/Unfall-folgen, BVG

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status

Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung, Folgeverordnung, Gruppenverordnung, Behandlungsbeg. spätestens am

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch, Therapiebericht, Belegnummer

Verordnungs-menge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Indikationschlüssel, Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befund

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Heilmittelverordnung 13
Maßnahmen der
Physikalischen Therapie/
Podologischen Therapie

IK des Leistungserbringers

Gesamt-Zuzahlung, Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr., Faktor

Gebührpflicht, Gebühr frei, Wegesatz, Unfall-/Unfall-folgen, BVG

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status

Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung, Folgeverordnung, Gruppenverordnung, Behandlungsbeg. spätestens am

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch, Therapiebericht, Belegnummer

Verordnungs-menge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Indikationschlüssel, Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befund

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Freigabe 28.07.2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebührpflicht, Gebühr frei, Wegesatz, Unfall-/Unfall-folgen, BVG

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status

Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung, Folgeverordnung, Gruppenverordnung, Behandlungsbeg. spätestens am

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch, Therapiebericht, Belegnummer

Verordnungs-menge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Indikationschlüssel, Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 18 (1.2019)

Freigabe 29.04.2016

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebührpflicht, Gebühr frei, Unfall-/Unfall-folgen, BVG

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status

Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

Heilmittelverordnung
Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

IK des Leistungserbringers, Gesamt-Zuzahlung, Gesamt-Brutto

Heilmittel-Pos.-Nr., Faktor, Wegesatz/Pauschale, Hausbesuch, Therapiebericht, Belegnummer

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung, Folgeverordnung, Gruppenverordnung, Behandlungsbeg. spätestens am

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch, Therapiebericht, Belegnummer

Verordnungs-menge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Indikationschlüssel, Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

Gegebenenfalls neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

Tonaudiogramm vom

Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen. Freizeitchfunde ermittelt durch:

Reaktion, Konditionierung, eigene Angaben

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)

Laryngoskopie: Rechts, Links

Laryngoskopie: Rechts, Links

Amplitude, Randkantenverschiebung, Regularität, Kompletter Glottisschluss

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 14 (1.2019)



Heilmittel-Verordnung

Neu ab 1.1.2021

Heilmittelverordnung 13

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

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

--

**Diagnose-
gruppe**

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

 a b c

patientenindividuelle
Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

--

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges



Heilmittel-Verordnung

Neu ab 1.1.2021

Auswahl des Heilmittels

Heilmittelverordnung 13

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

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

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

Diagnose-gruppe

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

a

b

c

patientenindividuelle
Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges



Heilmittel-Verordnung

Neu ab 1.1.2021

Heilmittelverordnung 13

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

Diagnose ICD und Text

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

Behandlung **Diagnose(n)**
ICD-10 - Code

Diagnose-gruppe

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

 a b c

patientenindividuelle
Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

--

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges



Heilmittel-Verordnung

Neu ab 1.1.2021

Heilmittelverordnung 13

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

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

**Diagnose-Gruppe (WS, Ex etc.)
und Leitsymptomatik a-c oder Text**

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Diagnose- gruppe	<input type="checkbox"/>	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	patientenindividuelle Leitsymptomatik	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--	--------------------------

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges



Heilmittel (KG, MT, ...)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

--	--

Therapiebericht

Hausbesuch

ja

nein

**Therapie-
frequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Anzahl Behandlungen
(laut HM-Katalog)



Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

--	--

Therapiebericht

Hausbesuch

ja

nein

**Therapie-
frequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf

innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

**Ergänzendes Heilmittel
(siehe HM-Katalog)**

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht

Hausbesuch

ja

nein

**Therapie-
frequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Gern, v.a. vor Folge-VO

Cave!

Ergänzendes Heilmittel

--	--

Therapiebericht

Hausbesuch

ja

nein

**Therapie-
frequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Heilmittel-Katalog

Ergänzendes Heilmittel

--

Therapiebericht

Hausbesuch

ja

nein

**Therapie-
frequenz**

--

Dringlicher Behandlungsbedarf

innerhalb von 14 Tagen

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

<p>Neu! Sonst gilt: Beginn bis 28 Tage nach Verordnung</p>

<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
--

IK des Leistungserbringers

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

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

--	--

Therapiebericht

Hausbesuch

ja

nein

Therapie-
frequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

**Freitext, z.B. Mitteilungen
an Therapeut*in,
aber evtl. auch eigene
Notizen wie „LHM“**

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ernährungstherapie?

Heilmittelverordnung 13

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

Heilmittelverordnung 18

Maßnahmen der
Ergotherapie/
Ernährungstherapie

IK des Leistungserbringers



Ernährungstherapie?

Heilmittelverordnung 13

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

Heilmittelverordnung 18

Maßnahmen der
Ergotherapie/
Ernährungstherapie

IK des Leistungserbringers

⇒ nein, nicht als Hausarzt*in möglich

⇒ Aber: Muster 36 nutzen!



Muster 36

Freigabe 09.05.2017

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

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Empfehlung

36

zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum

Sonstiges

--

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 36 (7.2017)



Muster 36

- Budget-neutral

Freigabe 09.05.2017

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

Empfehlung 36
zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum

Sonstiges

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 36 (7.2017)



Muster 36

- Budget-neutral
- Wirkt offizieller als mündliche Empfehlung / Freitext auf Rezept

Freigabe 09.05.2017

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

Empfehlung 36
zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum

Sonstiges

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 36 (7.2017)



Muster 36

- Budget-neutral
- Wirkt offizieller als mündliche Empfehlung / Freitext auf Rezept
- Leider kein Blankodruck

Freigabe 09.05.2017

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

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.

Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)

Empfehlung 36

zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V

<input type="checkbox"/>	Bewegungsgewohnheiten
<input type="checkbox"/>	Ernährung
<input type="checkbox"/>	Stressmanagement
<input type="checkbox"/>	Suchtmittelkonsum

Sonstiges

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 36 (7.2017)



Was ist noch neu ab 1.1.?

Verordnungsfall

- statt Regelfall



Was ist noch neu ab 1.1.?

Verordnungsfall

- **statt Regelfall**
- **orientierende Behandlungsmenge (Heilmittel-Katalog)**



Was ist noch neu ab 1.1.?

Verordnungsfall

- **statt Regelfall**
- **orientierende Behandlungsmenge (Heilmittel-Katalog)**
- **Neuer Verordnungsfall beginnt 6 Monate nach letzter VO**



Was ist noch neu ab 1.1.?

Verordnungsfall

- **statt Regelfall**
- **orientierende Behandlungsmenge (Heilmittel-Katalog)**
- **Neuer Verordnungsfall beginnt 6 Monate nach letzter VO**
- **Gilt je LANR!!!**



Was ist noch neu ab 1.1.?

Verordnungsfall

- statt Regelfall
- orientierende Behandlungsmenge (Heilmittel-Katalog)
- Neuer Verordnungsfall beginnt 6 Monate nach letzter VO
- **Gilt je LANR!!!**

orientierenden Behandlungsmengen festgelegt.

(3) Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweils verordnende Ärztin oder den jeweils verordnenden Arzt.



Was ist noch neu ab 1.1.?

Verordnungsfall

- statt Regelfall
- orientierende Behandlungsmenge (Heilmittel-Katalog)
- Neuer Verordnungsfall beginnt 6 Monate nach letzter VO
- **Gilt je LANR!!!**

orientierender Behandlungsmenge

(3) Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweils verordnende Ärztin oder den jeweils verordnenden Arzt.

**Auch innerhalb
BAG!!!**



Budget schonen



Budget schonen

- **Heilmittel-Budget gibt es schon länger nicht mehr**
- **i.d.R. Vergleich mit Fachgruppen-Durchschnitt**



Budget schonen

- **Heilmittel-Budget gibt es schon länger nicht mehr**
- **i.d.R. Vergleich mit Fachgruppen-Durchschnitt**
- **Reha-Sport/Funktionstraining! (Muster 56)**



Muster 56

Freigabe 13.03.2018

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Verbindliches Muster		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Behandlungs-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Antrag auf Kostenübernahme

56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Leichtathletik

Bewegungsspiele Sonstige

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei



Muster 56

- Budget-neutral

Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 19.09.2018	Antrag auf Kostenübernahme 56
Name, Vorname des Versicherten geb. am	<input type="checkbox"/> für Rehabilitationssport
<div style="text-align: center; transform: rotate(-15deg); border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Verbindliches Muster </div>	<input type="checkbox"/> für Funktionstraining
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status	Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.
Betriebsstellen-Nr. Arzt-Nr. Datum	

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Leichtathletik
 Bewegungsspiele Sonstige:
 Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)
 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/> Multipler Sklerose
<input type="checkbox"/> Doppelamputation	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal
<input type="checkbox"/> Glasknochen	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen
 Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) 24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik
 Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)
 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrome
 Kollagenosen
 Morbus Bechterew
 Osteoporose
 Polyarthrosen, schwer
 Psoriasis-Arthritis
 Rheumatoide Arthritis



Muster 56

- Budget-neutral
- Nachhaltig?

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 19.09.2018**

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Verbindliches Muster

Kostenlagerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstellen-Nr. Arzt-Nr. Datum

Antrag auf Kostenübernahme 56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining
 verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Leichtathletik

Bewegungsspiele Sonstige

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/> Multipler Sklerose
<input type="checkbox"/> Doppelamputation	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal
<input type="checkbox"/> Glasknochen	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrome

Kollagenosen

Morbus Bechterew

Osteoporose

Polyarthrosen, schwer

Psoriasis-Arthritis

Rheumatoide Arthritis

24 Monate (Richtwert)



Muster 56

- Budget-neutral
- Nachhaltig?
- Soziale Funktion

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 19.03.2018**

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Verbindliches Muster

Kostenlagerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstellen-Nr. Arzt-Nr. Datum

Antrag auf Kostenübernahme **56**

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining
 verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Leichtathletik

Bewegungsspiele Sonstige

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/> Multipler Sklerose
<input type="checkbox"/> Doppelamputation	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal
<input type="checkbox"/> Glasknochen	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) 24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrome

Kollagenosen

Morbus Bechterew

Osteoporose

Polyarthrosen, schwer

Psoriasis-Arthritis

Rheumatoide Arthritis



Muster 56

- Budget-neutral
- Nachhaltig?
- Soziale Funktion
- Ziffer 01621 [4,83€]

Freigabe 19.09.2018

Antrag auf Kostenübernahme **56**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Verbindliches Muster

Kostenlagentrennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstellen-Nr. Arzt-Nr. Datum

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining
 verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Leichtathletik

Bewegungsspiele Sonstige

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/> Multipler Sklerose
<input type="checkbox"/> Doppelamputation	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal
<input type="checkbox"/> Glasknochen	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen

Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) 24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrome

Kollagenosen

Morbus Bechterew

Osteoporose

Polyarthrosen, schwer

Psoriasis-Arthritis

Rheumatoide Arthritis



Budget schonen

- **Heilmittel-Budget gibt es schon länger nicht mehr**
- **i.d.R. Vergleich mit Fachgruppen-Durchschnitt**
- **Reha-Sport/Funktionstraining! (Muster 56)**

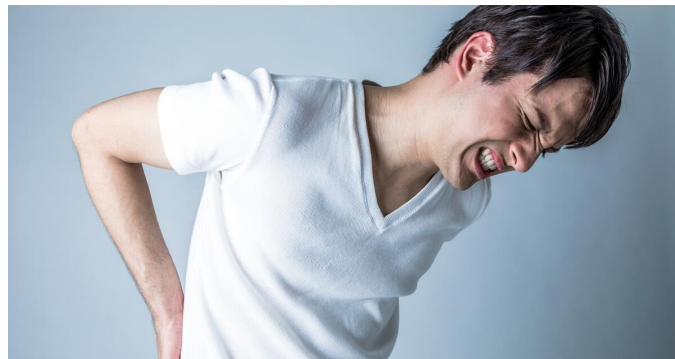


Budget schonen

- Heilmittel-Budget gibt es schon länger nicht mehr
- i.d.R. Vergleich mit Fachgruppen-Durchschnitt
- Reha-Sport/Funktionstraining! (Muster 56)
- Diagnose-Listen zu besonderem Verordnungsbedarf (BVB) und langfristigem Heilmittelbedarf (LHM) bleiben gültig!



Fälle



Herr Potatoe, 47 Jahre

... Rückenschmerzen, akut, ISG-Blockierung

Verordnen Sie 2 x manuelle Therapie mit Wärmetherapie!



HOME

Aktuelle Änderungen

Neue Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte
(HeilM-RL ZÄ) zum 01.07.2017

Info-Film

Einführung in die Thematik

Richtlinien und Gesetzestexte

Hinweise zur Verordnung

[Heilmittelkatalog online](#)

[Heilmittelkatalog als Buch](#)

Heilmittelkatalog online

- [Gesamtverzeichnis aller Heilmittel](#)
- [Heilmittel der physikalischen Therapie](#)
- [Heilmittel der Ergotherapie](#)
- [Heilmittel der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie](#)
- [Heilmittel der physikalischen Therapie \(Zahnärzte\)](#)
- [Heilmittel der Sprech- und Sprachtherapie \(Zahnärzte\)](#)

Der Heilmittelkatalog, den Sie hier online im Internet nutzen können, ist auch als Buch erhältlich.

Sie können [online](#) oder per [Fax/Brief](#) bestellen.

Heilmittel der physikalischen Therapie

	Hinweise / Allgemeines
1	Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane
2	Erkrankungen des Nervensystems
3	Erkrankungen der inneren Organe
4	Sonstige Erkrankungen
5	Podologische Therapie: Diabetes mellitus Fußsyndrom
6	Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf
	Diagnosenindex
	Bedienungsanleitung



Heilmittelkatalog 2018

Heilmittel der physikalischen Therapie

Heilmittelkatalog 2018

Heilmittel der physikalischen Therapie

1: Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

WS1	Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf
WS2	Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf insbesondere Einschränkungen von Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale oder funktionelle Schädigung
EX1	Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf
EX2	Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens mit prognostisch mittelfristigem Behandlungsbedarf, insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale funktionelle Schädigungen
EX3	Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens mit prognostisch längerem Behandlungsbedarf, insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale funktionelle Schädigungen
EX4	Miss- und Fehlbildungen, Strukturschäden der Stütz- und Bewegungsorgane im Säuglings-, Kleinkind- und Kindesalter
CS	Chronifiziertes Schmerzsyndrom

Diagnosenindex

Bedienungsanleitung



Heilmittelkatalog 2018

Heilmittel der physikalischen Therapie

Heilmittelkatalog 2018

Heilmittel der physikalischen Therapie

1: Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

Leitsymptomatik: Funktionelle/Strukturelle Schädigung
→ Therapieziel

Leitsymptomatik: Funktionelle/Strukturelle Schädigung → Therapieziel	Heilmittelverordnung im Regelfall	Verordnungsmenge je Diagnose; weitere Hinweise
a) Funktionsstörungen/Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfgelenke) → Ziel: Funktionsverbesserung, Schmerzreduktion durch Verringern oder Beseitigen der Gelenkfunktionsstörung	A KG/MT C TR/WT/KT	E ≤ 6 G ≤ 6 Einheiten III ≥ 2 U
b) Funktionsstörungen/Schmerzen Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen → Ziel: Funktionsverbesserung, Verringerung, Beseitigung der Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen	A KG C TR	
c) Muskeldysbalance,- Insuffizienz,- Verkürzung → Ziel: Wiederherstellung, Besserung der gestörten Muskelfunktion	A KG/KG-Gerät B ÜB/CHG	
d) Segmentale Bewegungsstörungen → Ziel: Wiederherstellung, Besserung der gestörten Beweglichkeit	A KG/MT B ÜB/CHG C WT/KT	
e) Schmerzen/Funktionsstörungen durch Muskelspannungsstörungen; Verkürzung elastischer und kontraktile Strukturen, Gewebequellungen, -verhärtungen, -verklebungen → Ziel: Regulierung der schmerzhaften Muskelspannung, der Durchblutung, des Stoffwechsels, Beseitigung der Gewebequellungen, -verhärtungen und -verklebungen	A KMT B UWM/SM/PM/BGM C ET/WT/KT/HEB	

Diagnosenindex

Bedienungsanleitung



Heilmittelkatalog 2018

Heilmittel der physikalischen Therapie

Heilmittelkatalog 2018

Heilmittel der physikalischen Therapie

1: Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

Leitsymptomatik: Funktionelle/Strukturelle Schädigung

Verwendete Symbole

- A** Vorrangige Heilmittel
- B** Optionale Heilmittel
- C** Ergänzende Heilmittel
- D** Standardisierte Heilmittelkombinationen
- +** und (zusätzlich)
- /** oder (alternativ)
- <=** bis zu
- >=** mindestens
- E** Erstverordnung
- F** Folgeverordnung
- G** Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls
- f||** Frequenzempfehlung pro Woche
- U** Eigenübungsprogramm

Heilmittelverordnung im Regelfall

Verordnungsmenge je Diagnose; weitere Hinweise

A KG/MT

C TR/WT/KT

A KG

E <= 6

G <= 6 Einheiten

f|| >= 2

U

Verordnung im Regelfall

Verordnungsmenge je Diagnose; weitere Hinweise

KG/MT

TR/WT/KT

E <= 6

G <= 6 Einheiten

f|| >= 2

U

Strukturen

A KG

C TR

Strukturen, Gewebequellungen, -verhärtungen, -verklebungen

A KG/KG-Gerät

B ÜB/CHG

A KG/MT

B ÜB/CHG

C WT/KT

der Gewebequellungen, -verhärtungen und -verklebungen

A KMT

B UWM/SM/PM/BGM

C ET/WT/KT/HEB



Heilmittelkatalog 2018

Heilmittel der physikalischen Therapie

Heilmittelkatalog 2018

Heilmittel der physikalischen Therapie

1: Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

Leitsymptomatik: Funktionelle/Strukturelle Schädigung

Verwendete Symbole

- A** Vorrangige Heilmittel
- B** Optionale Heilmittel
- C** Ergänzende Heilmittel
- D** Standardisierte Heilmittelkombinationen
- +** und (zusätzlich)
- /** oder (alternativ)
- <=** bis zu
- >=** mindestens
- E** Erstverordnung
- F** Folgeverordnung
- G** Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls
- f||** Frequenzempfehlung pro Woche
- U** Eigenübungsprogramm

Heilmittelverordnung im Regelfall

- A** KG/MT
- C** TR/WT/KT
- A** KG

Verordnungsmenge je Diagnose; weitere Hinweise

- E** <= 6
- G** <= 6 Einheiten
- f||** >= 2
- U**

Verordnungsmenge je Diagnose; weitere Hinweise

- E** <= 6
- G** <= 6 Einheiten
- f||** >= 2
- U**

Strukturen	<ul style="list-style-type: none"> A KG C TR 	<ul style="list-style-type: none"> E <= 6 G <= 6 Einheiten f >= 2 U
	<ul style="list-style-type: none"> A KG/KG-Gerät B ÜB/CHG 	
	<ul style="list-style-type: none"> A KG/MT B ÜB/CHG C WT/KT 	
<ul style="list-style-type: none"> tiler Strukturen, Gewebequellungen, -verhärtungen, -verklebungen g der Gewebequellungen, -verhärtungen und -verklebungen 	<ul style="list-style-type: none"> A KMT B UWM/SM/PM/BGM C ET/WT/KT/HEB 	



Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätestens am **T T M M J J**

Hausbesuch Ja Nein

Therapiebericht Ja Nein

Hausbesuch

Rechnungsnummer

Belegnummer



Verordnungsmenge Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Verordnungsmenge	Heilmittel	Anzahl pro Woche
2	MT	2
2	WT	2

Indikationsschlüssel

WS1a

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Kreuzschmerzen bei ISG-Blockade re.

ICD-10 - Code

M54.5

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Lösen der Blockaden, Schmerzlinderung

Herr Potatoe, 47 Jahre

... immer noch Schmerzen, berichtet, er habe dies seit Jahren immer wieder

Verordnen Sie 4 x KG!



Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

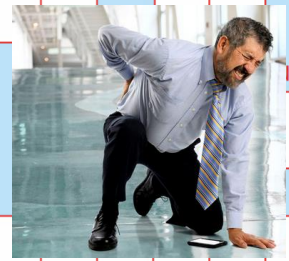
Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
Behandlungsbeginn spätestens am **T T M M J J**

Hausbesuch: Ja Nein
Therapiebericht: Ja Nein

Hausbesuch

Faktor



Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnungsmenge Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
4	KG	2

Indikationsschlüssel

WS2a

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Kreuzschmerzen bei ISG-Blockade re.

ICD-10 - Code

M54.5

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Lösen der Blockaden, Haltungskorrektur, Anleitung zur Selbsttherapie, Muskelaufbau



Heilmittelkatalog 2018

Heilmittel der physikalischen Therapie

1: Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

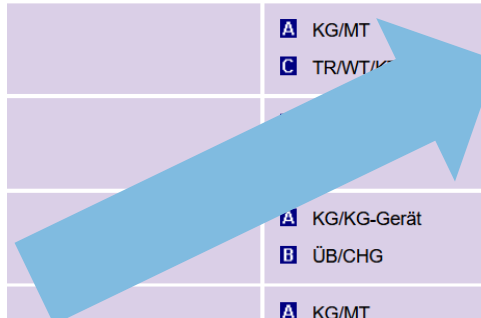
Leitsymptomatik: Funktionelle/Strukturelle Schädigung
 → Therapieziel

- a) Funktionsstörungen/Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung
 → Ziel: Funktionsverbesserung, Schmerzreduktion durch Verringerung der Belastung
- b) Funktionsstörungen/Schmerzen Fehl- oder Überbelastung durch Dysfunktion
 → Ziel: Funktionsverbesserung, Verringerung, Beseitigung der Fehlbelastung
- c) Muskeldysbalance,- insuffizienz,- verkürzung
 → Ziel: Wiederherstellung, Besserung der gestörten Muskelfunktion
- d) Segmentale Bewegungsstörungen
 → Ziel: Wiederherstellung, Besserung der gestörten Beweglichkeit
- e) Schmerzen/Funktionsstörungen durch Muskelspannungsstörungen
 → Ziel: Regulierung der schmerzhaften Muskelspannung, der Durchblutung

**Verordnungsmenge
 je Diagnose;
 weitere Hinweise**

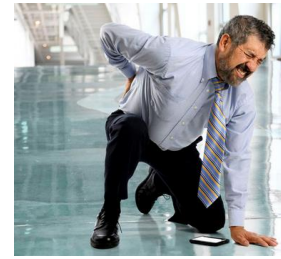
- E** ≤ 6
- G** ≤ 6 Einheiten
- f||** ≥ 2
- U**

	Heilmittelverordnung im Regelfall	Verordnungsmenge je Diagnose; weitere Hinweise
	A KG/MT C TR/WT/KT	E ≤ 6 G ≤ 6 Einheiten f ≥ 2 U
	A KG/KG-Gerät B ÜB/CHG	
	A KG/MT B ÜB/CHG C WT/KT	
-verhärtungen, -verklebungen gen und -verklebungen	A KMT B UWM/SM/PM/BGM C ET/WT/KT/HEB	



WS1 kennt keine Folge-VO!!





WS2 Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf

insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale oder funktionelle Schädigung

Zum Beispiel:

- Bandscheibenprolaps insbesondere mit radiculären Syndromen
- Spondylolisthesis
- Foramenstenosen
- Korsettversorgte Skoliosen/Kyphosen
- Floride juvenile Hyperkyphosen
- Seronegative Spondylarthritis/M. Bechterew
- Entzündlich-rheumatische WS-Erkrankungen

Leitsymptomatik: Funktionelle/Strukturelle Schädigung → Therapieziel	Heilmittelverordnung im Regelfall	Verordnungsmenge je Diagnose; weitere Hinweise
a) Funktionsstörungen/Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfgelenke) → Ziel: Funktionsverbesserung, Schmerzreduktion durch Verringern oder Beseitigen der Gelenkfunktionsstörung	A KG/MT C TR/WT/KT	E <= 6 F <= 6 G <= 18 Einheiten davon für Massagetechniken bis zu 10 Einheiten davon für standardisierte Heilmittelkombinationen bis zu 10 Einheiten I >= 2 U
b) Funktionsstörungen/Schmerzen durch Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen → Ziel: Funktionsverbesserung, Verringerung, Beseitigung der Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen	A KG C TR	
c) Muskeldysbalance, -insuffizienz, -verkürzung → Ziel: Wiederherstellung, Besserung der gestörten Muskelfunktion	A KG/KG-Gerät B ÜB/CHG	Hinweise: Sofern im Einzelfall verlaufsabhängig unmittelbar ein Wechsel von WS1 zu WS2 begründet ist, ist die bereits zu WS1 erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmenge von WS2 anzurechnen.
d) Segmentale Bewegungsstörungen → Ziel: Wiederherstellung, Besserung der gestörten Beweglichkeit	A KG/MT B ÜB/CHG	Ein Wechsel von WS2 zu WS1 ist nicht möglich.



Verordnungsmenge
je Diagnose;
weitere Hinweise



E ≤ 6

F ≤ 6

G ≤ 18 Einheiten

davon für **Massagetechniken** bis zu 10 Einheiten

davon für **standardisierte Heilmittelkombinationen** bis zu 10 Einheiten

f ≥ 2

U

Hinweise:

Sofern im Einzelfall ~~verlaufsabhängig unmittelbar ein Wechsel von WS1 zu WS2~~ medizinisch begründet ist, ist die bereits zu WS1 erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmenge von WS2 anzurechnen.

Ein Wechsel von WS2 zu WS1 ist nicht möglich.



Herr Laseque, 36 Jahre

- **Diagnose eines akuten Bandscheibenvorfalls vor 3 Monaten**
- **Krankengymnastik, bisher 3 Rezepte à 6 Termine durch Orthopäden**

Die Beschwerden bestehen weiter, er schafft es noch nicht, eigenständig zu üben.

Verordnen Sie weitere 6 x KG!



Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätestens am
T T M M J J

Hausbesuch
 Ja Nein

Therapiebericht
 Ja Nein

Hausbesuch

Faktor



Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnungsmenge Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Verordnungsmenge	Heilmittel	Anzahl pro Woche
6	KG	2

Indikationsschlüssel

WS2a

ICD-10 - Code

M51.1

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Bandscheibenvorfall LWK4/5

Begründung: Fortbestehendes Schmerzsyndrom, Therapieprognose bei Fortsetzen der regelmäßigen Behandlungen gut, Therapieziel erreichbar, Motivation hoch.

Gegebenenfalls Spezif

Regulierung

Anleitung zur Selbsttherapie

WS2 Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf

insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale oder funktionelle Schädigung



Zum Beispiel:

- Bandscheibenprolaps insbesondere mit radiculären Syndromen
- Spondylolisthesis
- Foramenstenosen
- Korsettversorgte Skoliosen/Kyphosen
- Floride juvenile Hyperkyphosen
- Seronegative Spondylarthritis/M. Bechterew
- Entzündlich-rheumatische WS-Erkrankungen

Leitsymptomatik: Funktionelle/Strukturelle Schädigung → Therapieziel	Heilmittelverordnung im Regelfall	Verordnungsmenge je Diagnose; weitere Hinweise
<p>a) Funktionsstörungen/Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfgelenke)</p> <p>→ Ziel: Funktionsverbesserung, Schmerzreduktion durch Verringern oder Beseitigen der Gelenkfunktionsstörung</p>	<p>A KG/MT</p> <p>C TR/WT/KT</p>	<p>E <= 6</p> <p>F <= 6</p> <p>G <= 18 Einheiten</p> <p>davon für Massagetechniken bis zu 10 Einheiten</p> <p>davon für standardisierte Heilmittelkombinationen bis zu 10 Einheiten</p> <p>III >= 2</p> <p>U</p>
<p>b) Funktionsstörungen/Schmerzen durch Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen</p> <p>→ Ziel: Funktionsverbesserung, Verringerung, Beseitigung der Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen</p>	<p>A KG</p> <p>C TR</p>	<p>Hinweise:</p> <p>Sofern im Einzelfall verlaufsabhängig unmittelbar ein Wechsel von WS1 zu WS2 begründet ist, ist die bereits zu WS1 erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmenge von WS2 anzurechnen.</p>
<p>c) Muskeldysbalance, -insuffizienz, -verkürzung</p> <p>→ Ziel: Wiederherstellung, Besserung der gestörten Muskelfunktion</p>	<p>A KG/KG-Gerät</p> <p>B ÜB/CHG</p>	<p>Ein Wechsel von WS2 zu WS1 ist nicht möglich.</p>
<p>d) Segmentale Bewegungsstörungen</p> <p>→ Ziel: Wiederherstellung, Besserung der gestörten Beweglichkeit</p>	<p>A KG/MT</p> <p>B ÜB/CHG</p>	



WS2 Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf

insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale oder funktionelle Schädigung



Zum Beispiel:

- Bandscheibenprolaps insbesondere mit radiculären Syndromen
- Spondylolisthesis
- Foramenstenosen
- Korsettversorgte Skoliosen/Kyphosen
- Floride juvenile Hyperkyphosen
- Seronegative ...
- Entzündlich-

Verwendete Symbole

Leitsymptomatik: F → Therapieziel	A	Vorrangige Heilmittel
	B	Optionale Heilmittel
a) Funktionsstö (auch ISG oc → Ziel: Funktior der Gelenkfü	C	Ergänzende Heilmittel
	D	Standardisierte Heilmittelkombinationen
b) Funktionsstö Strukturen → Ziel: Funktior Überbelastur	+	und (zusätzlich)
	/	oder (alternativ)
c) Muskeldysba → Ziel: Wiedert	<=	bis zu
	>=	mindestens
d) Segmentale → Ziel: Wiedert	E	Erstverordnung
	F	Folgeverordnung
	G	Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls
	f	Frequenzempfehlung pro Woche
	U	Eigenübungsprogramm

	Verordnungsmenge je Diagnose; weitere Hinweise
	E <= 6
	F <= 6
	G <= 18 Einheiten davon für Massagetechniken bis zu 10 Einheiten davon für standardisierte Heilmittelkombinationen bis zu 10 Einheiten
	f >= 2
	U
	Hinweise: Sofern im Einzelfall verlaufsabhängig unmittelbar ein Wechsel von WS1 zu WS2 begründet ist, ist die bereits zu WS1 erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmenge von WS2 anzurechnen. Ein Wechsel von WS2 zu WS1 ist nicht möglich.



WS2 Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf

insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale oder funktionelle Schädigung



Zum Beispiel:

- Bandscheibenprolaps insbesondere mit radiculären Syndromen
- Spondylolisthesis
- Foramenstenosen
- Korsettversorgte Skoliosen/Kyphosen
- Floride juvenile Hyperkyphosen
- Seronegative ...
- Entzündlich-

Verwendete Symbole

Leitsymptomatik: F → Therapieziel	A	Vorrangige Heilmittel
	B	Optionale Heilmittel
a) Funktionsstö (auch ISG oc → Ziel: Funktior der Gelenkfü	C	Ergänzende Heilmittel
	D	Standardisierte Heilmittelkombinationen
b) Funktionsstö Strukturen → Ziel: Funktior Überbelastur	+	und (zusätzlich)
	/	oder (alternativ)
c) Muskeldysba → Ziel: Wiedert	<=	bis zu
	>=	mindestens
d) Segmentale → Ziel: Wiedert	E	Erstverordnung
	F	Folgeverordnung
	G	Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls
	f	Frequenzempfehlung pro Woche
	U	Eigenübungsprogramm

	Verordnungsmenge je Diagnose; weitere Hinweise
	E <= 6
	F <= 6
	G <= 18 Einheiten davon für Massagetechniken bis zu 10 Einheiten davon für standardisierte Heilmittelkombinationen bis zu 10 Einheiten
	f >= 2
	U
	Hinweise: Sofern im Einzelfall verlaufsabhängig unmittelbar ein Wechsel von WS1 zu WS2 begründet ist, ist die bereits zu WS1 erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmenge von WS2 anzurechnen. Ein Wechsel von WS2 zu WS1 ist nicht möglich.

**Regelfall bei WS2 sind
18 Therapie-Einheiten!**



**Mein Therapeut hat gesagt, das ist ja
außerhalb des Regelfalls, das belastet ja
dann Ihr Budget nicht...**



**Mein Therapeut hat gesagt, das ist ja
außerhalb des Regelfalls, das belastet ja
dann Ihr Budget nicht...**

Stimmt das?

Bitte abstimmen!



**Mein Therapeut hat gesagt, das ist ja
außerhalb des Regelfalls, das belastet ja
dann Ihr Budget nicht...**

**Stimmt nicht!!!
Regelfall sollte „in der Regel“
ausreichen. Alles andere ist
„Glatteis“ bzw. zu begründen!**



Herr Laseque, 36 Jahre

- **Wie können wir ihm weitere KG verordnen, sogar ohne unser Budget zu strapazieren?**



Herr Lasenue, 36 Jahre

BESONDERER VERORDNUNGS BEDARF



BESONDERER VERORDNUNGSBEDARF



erstellt von den „Rauchenden Köpfen“:
Dr. Christoph Claus, Dr. Sabine Frohnes,
Moritz Eckert und Timo Schumacher
Stand: 17.12.2019 (ohne Gewähr)

ICD	Diagnose	Physio-therapie	Ergo-therapie	Logopädie	Hinweis
ATEMWEGE					
P27.1	Bronchopulmonale Dysplasie, Ursprung perinatal	AI2			
P27.8	Sonstige chron. Atemwegskrankheit, Ursprung perinatal				
SPRACH- + ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN					
F80.1	Expressive Sprachstörung			SP1 / SP2	bis 12. Lj.
F80.2-	Rezeptive Sprachstörung				
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	ZN1	EN1	SP1 / SP2 / SP5 SP6 / RE2	bis 18. Lj.
NERVENSYSTEM					
B94.1	Folgezustände der Virusenzephalitis	ZN1 / ZN2 SO3	EN1 / EN2	SC1 / ST1 / SF SP1 / SP3 SP4 / SP5 RE1 / RE2	max. 1 Jahr
C70.9	Bösartige Neubildungen der Meningen nnb	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 / ST1 / SF	max. 1 Jahr
C71.9	Bösartige Neubildungen des Gehirns nnb	SO1 / SO3	EN3	SP1 / SP2 / SP3 SP5 / SP6 RE1 / RE2	
C72.9	Bösartige Neubildungen des ZNS nnb				
F00.0	Demenz bei Alzheimer, früher Beginn (< 70 Lj.)		PS5		
G10	Chorea Huntington	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 / SP5 / SP6	
G11.9	Hereditäre Ataxie nnb	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1	
G20.1-	Morbus Parkinson (mäßig/schwer, Stadien 3/4)	ZN2	EN2	SC1	
G21.8	Sekundäres Parkinson-Syndrom			SP6	
G35.9	Multiple Sklerose nnb	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1	
G36.9	Akute disseminierte Demyelinisation nnb		EN3	ST1	
G37.9	Demyelinisierende Krankheit des ZNS nnb			SP5 / SP6	
G70.0	Myasthenia gravis	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 SB7	SC1 SP6	
G81.0	Hemiparese und Hemiplegie schlaff	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2		
G81.1	Hemiparese und Hemiplegie spastisch				
I60.9	Subarachnoidalblutung nnb	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1	max. 1 Jahr
I61.9	Intrazerebrale Blutung nnb			SP5 / SP6	
I63.9	Hirninfarkt nnb			ST1	
I64.	Schlaganfall nnb				
I69.4	Folgen eines Schlaganfalls				
S14.3	Verletzung des Plexus brachialis	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2		max. 1 Jahr
S14.4	Verletzung peripherer Nerven des Halses	AI2	EN3 / EN4		
S14.6	Verletzungen von Nerven/Rückenmark HWS	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2		max. 1 Jahr
S24.6	Verletzungen von Nerven/Rückenmark BWS	AI2	EN3		
S34.6	Verletzungen von Nerven/Rückenmark LWS	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3		max. 1 Jahr
T09.3	Verletzung des Rückenmarkes, Höhe nnb	ZN1 / ZN2	EN3		max. 1 Jahr

ICD	Diagnose	Physio-therapie	Ergo-therapie	Logopädie	Hinweis
RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN					
M05.3-	Seropositive chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung,	WS2 / AI2	SB1 / SB5		
M05.9-	seropositive chronische Polyarthritis nnb	EX2 / EX3			
M06.0-	Seronegative chronische Polyarthritis	WS2	SB1 / SB5		
M06.1	Adulte Form der Still-Krankheit	EX2 / EX3			
M07.3-	Psoriasis-Arthritis				
M07.4-	Crohn-Arthritis				
M07.5-	Colitis-ulcerosa-Arthritis				
M07.6-	Arthritiden bei gastrointestinalen Krankheiten				
M08.9-	Juvenile Arthritis nnb				
M34.9	Systemische Sklerose nnb	WS2 / AI2 EX2 / EX3	SB5 / SB7		
M30.0	Panarteriitis nodosa	EX3 / PN	EN1 / EN2	SC1	
M31.3	Morbus Wegener (Granulomatose)	ZN1 / ZN2	SB5 / SB7		
FETTGEWEBE					
E88.20	Lipödem Stadium I		LY2		befristet bis 31.12.2025
E88.21	Lipödem Stadium II				
E88.22	Lipödem Stadium III				
SKELETTSYSTEM					
G90.7-	Komplexes regionales Schmerzsyndrom nnb (früher: Morbus Sudeck, Neuro- / Algodystrophie)	EX2 / EX3 LY2 / PN	SB2 / SB6		max. 1 Jahr
M40.0-	Kyphose als Haltungsstörung	WS2			>60° b. Erw.
M41.0-	Sonstige sekundäre Kyphose				
M41.2-	Sonstige idiopathische Skoliose	WS2	SB1		>50° b. Erw.
M41.5-	Sonstige sekundäre Skoliose	AI2			
M42.04	Juvenile Osteochondrose (Thorakalbereich)	WS2			Kyphose >40° (Kind)
M42.05	Juvenile Osteochondrose (Thorakolumbalbereich)				max. 6 Monate
M47.9-	+ G99.2 Spondylose mit Myelopathie	WS2	EN3		
M47.9-	+ G55.2 Spondylose mit Radikulopathie	EX3			
M48.0-	+ G55.3 Spinalkanalstenose mit Radikulopathie	ZN1 / ZN2			
M50.0	+ G99.2 BS-Schaden HWS mit Myelopathie				
M50.1	+ G55.1 BS-Schaden HWS mit Radikulopathie				
M51.0	+ G55.1 BS-Schaden (B/) LWS mit Radikulopathie				
M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	EX2 / EX3			
Q66.0	Klumpfuß (Pes equinovarus) angeboren	EX4	SB3		
Q68.0	Schiefhals (Deform. M. sternocleidom.) angeboren	EX4	SB7		
Z98.-	+ Z98.8 Amputation / Extremitätenverlust	EX2 / EX3	SB3		maximal 6 Monate post-Op
Z96.60	+ Z98.8 Schulter-TEP	EX2 / EX3	SB2		
M24.41	+ Z98.8 Schulterluxation habituell				
Z96.64	+ Z98.8 Hüft-TEP	EX2 / EX3	SB2		
Z96.65	+ Z98.8 Knie-TEP	LY2			
M23.5	+ Z98.8 Kniegelenkinstabilität				





ICD	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Logopädie	Hinweis
M47.9-	+ G99.2	WS2 EX3 ZN1 / ZN2	EN3		max. 6 Monate
M47.9-	+ G55.2				
M48.0-	+ G55.3				
M50.0	+ G99.2				
M50.1	+ G55.1				
M51.0	+ G55.1				
	Spondylose mit Myelopathie				
	Spondylose mit Radikulopathie				
	Spinalkanalstenose mit Radikulopathie				
	BS-Schaden HWS mit Myelopathie				
	BS-Schaden HWS mit Radikulopathie				
	BS-Schaden (B/) LWS mit Radikulopathie				



Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erst-V -> Folge-V -> a-RF

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätestens am
 T | T | M | M | J | J

Hausbesuch Therapiebericht

Ja Nein
 Ja Nein

Weggegeben / Austauschlos Faktor Faktor Faktor

Hausbesuch Faktor Faktor Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnungsmenge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Anzahl pro Woche

6 KG

2

Indikationsschlüssel

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

WS2b

Bandscheibenvorfall LWK4/5 re. mit radikulären Symptomen (+G55.1)

ICD-10 - Code

M51.1

ICD-10 - Code

G55.1

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

weitere Behandlung erforderlich,
 BVB bis „**Enddatum!**“

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erst-V -> Folge-V -> a-RF

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätestens am

Hausbesuch Therapiebericht

Ja Nein
 Ja Nein

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnungsmenge Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Anzahl pro Woche

6	KG	2

Indikationsschlüssel Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

WS2b

Bandscheibenvorfall LWK4/5 re. mit radikulären Symptomen (+G55.1)

ICD-10 - Code

M51.1

ICD-10 - Code

G55.1

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

weitere Behandlung erforderlich, BVB bis „Enddatum!“

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erst-V -> Folge-V -> a-RF

<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie
Behandlungsbeginn spätestens am T T M M J J		
Hausbesuch		Therapiebericht
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Hausbesuch	Faktor	Faktor	Faktor	Faktor
Rechnungsnummer				
Belegnummer				

Verordnungsmenge Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Anzahl pro Woche

6 **Auch höhere Anzahl möglich!**

2

Indikationsschlüssel

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

WS2b

Bandscheibenvorfall LWK4/5 re. mit radikulären Symptomen (+G55.1)

ICD-10 - Code

M51.1

ICD-10 - Code

G55.1

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

weitere Behandlung erforderlich, BVB bis „**Enddatum!**“

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Frau Coxa, 67 Jahre

... Hüft-TEP links vor 6 Wochen, aus der Reha entlassen, noch nicht gut mobil



Frau Coxa, 67 Jahre

... Hüft-TEP links vor 6 Wochen, aus der Reha entlassen, noch nicht gut mobil

Verordnen Sie 6 x KG!



Frau Coxa, 67 Jahre

... Hüft-TEP links vor 6 Wochen, aus der Reha entlassen, noch nicht gut mobil

Verordnen Sie 6 x KG!

Eine Erstverordnung für 3 x wurde im Rahmen des Entlassmanagements ausgestellt.



Frau Coxa, 67 Jahre

... Hüft-TEP links vor 6 Wochen, aus der Reha entlassen, noch nicht gut mobil

Verordnen Sie 6 x KG!

Eine Erstverordnung für 3 x wurde im Rahmen des Entlassmanagements ausgestellt.



Frau Coxa, 67 Jahre



BVB!!!

ICD	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Logopädie	Hinweis
Z89.-	+ Z98.8 Amputation / Extremitätenverlust	EX2 / EX3	SB3		maximal 6 Monate post-Op
Z96.60 M24.41	+ Z98.8 Schulter-TEP + Z98.8 Schulterluxation habituell	EX2 / EX3	SB2		
Z96.64	+ Z98.8 Hüft-TEP	EX2 / EX3	SB2		
Z96.65	+ Z98.8 Knie-TEP	LY2			
M23.5	+ Z98.8 Kniegelenkinstabilität				



Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätestens am

T T M M J J

Hausbesuch

Ja
 Nein

Therapiebericht

Ja
 Nein

Hausbesuch

--	--	--	--	--

Faktor

--	--

Hausbesuch

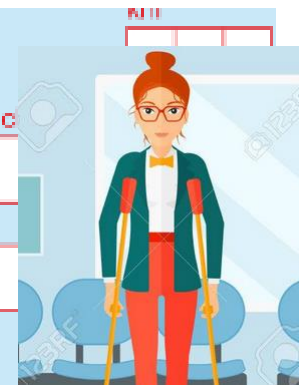
--	--	--	--

Rechnungsnummer

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

Belegnummer

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



Verordnungsmenge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Anzahl pro Woche

6	KG	2

Indikationsschlüssel

EX2a

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Z.n. Operation am 02.01.19, TEP Hüfte re

ICD-10 - Code

Z98.8

ICD-10 - Code

Z96.64

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erst-V -> Folge-V -> a-RF

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätestens am
T T M M J J

Hausbesuch

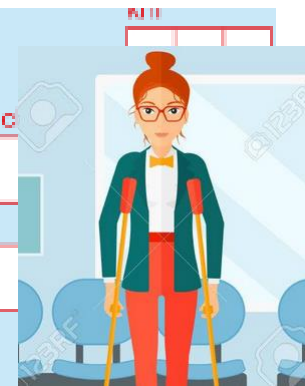
Ja Nein

Therapiebericht

Ja Nein

Rechnungsnummer

Belegnummer



Verordnungsmenge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Anzahl pro Woche

6	KG	2
	Z.n. Operation	

Indikationsschlüssel

EX2a

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Z.n. Operation am 02.01.19, TEP Hüfte re

ICD-10 - Code

Z98.8

ICD-10 - Code

Z96.64

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Angabe ist freiwillig

BVB bis XX

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Frau Coxa, 67 Jahre

**Das Bein ist so dick... kann ich
auch Lymphdrainage bekommen?**



Frau Coxa, 67 Jahre



BVB!!!

ICD	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Logopädie	Hinweis
Z89.-	+ Z98.8 Amputation / Extremitätenverlust	EX2 / EX3	SB3		maximal 6 Monate post-Op
Z96.60 M24.41	+ Z98.8 Schulter-TEP + Z98.8 Schulterluxation habituell	EX2 / EX3	SB2		
Z96.64	+ Z98.8 Hüft-TEP	EX2 / EX3	SB2		
Z96.65 M23.5	+ Z98.8 Knie-TEP + Z98.8 Kniegelenkinstabilität	LY2			



MLD 30 - Minuten Therapiezeit am Patienten (Teilbehandlung)



- verordnungsfähig für Diagnosegruppe: LY1 (sofern MLD 30 auch in anderen Diagnosegruppen als medizinisch ausreichend betrachtet wird, wird die Verordnung von den KK akzeptiert)
- bei leichtgradigen Lymphödemen, Ödem oder Schwellungen zur Behandlung eines Körperteils wie
 - eines Armes oder Beines oder
 - des Rückens
 - des Kopfes einschließlich
 - des Halses oder
 - des Rumpfes



MLD 45 - Minuten Therapiezeit am Patienten (Großbehandlung)

- verordnungsfähig für Diagnosengruppe: LY1, LY2, LY3
- bei Lymphödemen sowie phlebolympphostatischen Ödemen zur Behandlung von zwei Körperteilen wie
 - eines Armes und eines Beines,
 - eines Armes und des Kopfes
 - einschließlich des Halses
 - beider Arme oder
 - beider Beine

MLD 60 - Minuten Therapiezeit am Patienten (Ganzbehandlung)

- verordnungsfähig für Diagnosengruppe: LY1, LY2, LY3
- bei schwergradigen Lymphödemen zur Behandlung von zwei Körperteilen wie
 - eines Armes und eines Beines,
 - eines Armes und des Kopfes
 - einschließlich des Halses
 - beider Arme
 - beider Beine
- bei schwergradigen Lymphödemen mit Komplikationen durch Strahlenschädigungen (mit z.B. Schultersteife, Hüftsteife oder Plexusschädigung) zur Behandlung eines Körperteils wie
 - des Kopfes einschließlich des Halses
 - eines Armes oder
 - eines Beines




Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erst-V -> Folge-V -> a-RF

<input checked="" type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles	Behandlungsbeginn spätestens am T T M M J J	
Hausbesuch		Therapiebericht
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Hausbesuch	Weggeleitet	Faktor	Hausbesuch
Rechnungsnummer	Belegnummer		



Verordnungsmenge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Anzahl pro Woche

10	MLD-45 (30?)	2
----	--------------	---

Indikationsschlüssel

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

LY2

Z.n. Operation am „Datum“, TEP Hüfte re

ICD-10 - Code

Z98.8

ICD-10 - Code

Z96.64

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Angabe ist freiwillig

BVB bis XX (max. 6 Monate post OP)

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Herr Opapa, 83 Jahre

**... schlecht zu Fuß, Mobilität nimmt ab, versorgt sich noch selbst,
wird zunehmend schwierig**



Herr Opapa, 83 Jahre

**... schlecht zu Fuß, Mobilität nimmt ab, versorgt sich noch selbst,
wird zunehmend schwierig**

Verordnen Sie 6 x KG

– möglichst budget-neutral!



Herr Opapa, 83 Jahre



BESONDERER GERIATRISCHER VERORDNUNGSBEDARF AB DEM 70. LEBENSJAHR

ICD	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Logopädie	Hinweis
INKONTINENZ					
N39.3 N39.4- R32	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	S02			ab 70. Lj.
R15	Stuhlinkontinenz	S02			ab 70. Lj.
NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN					
F00.1 F00.2 F01.0 F01.1 F01.2 F01.3 F01.8 F02.3 F02.8 F03	Demenz bei Alzheimer, später Beginn Demenz bei Alzheimer, atypisch/gemischt Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn Multiinfarkt-Demenz Subkortikale vaskuläre Demenz Gemischt kortikale/subkortikale vaskuläre Demenz Sonstige vaskuläre Demenz Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom Demenz bei anderen Krankheiten Nicht näher bezeichnete Demenz		PS5		ab 70. Lj.
F41.0 F41.1 F41.2 F41.3 F41.8 F41.9	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] Generalisierte Angststörung Angst und depressive Störung, gemischt Andere gemischte Angststörungen Sonstige spezifische Angststörungen Angststörung, nicht näher bezeichnet		PS2		ab 70. Lj.
R26.0 R26.1 R26.2 R29.6	Ataktischer Gang Paretischer Gang Gangstörung Sturzneigung	WS2 EX2 / EX3 S03			ab 70. Lj.
SKELETTSYSTEM					



Herr Opapa, 83 Jahre



ICD	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Logopädie	Hinweis
R26.0 R26.1 R26.2 R29.6	Ataktischer Gang Paretischer Gang Gangstörung Sturzneigung	WS2 EX2 / EX3 S03			ab 70. Lj.



Herr Opapa, 83 Jahre



ICD	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Logopädie	Hinweis
R26.0 R26.1 R26.2 R29.6	Ataktischer Gang Paretischer Gang Gangstörung Sturzneigung	WS2 EX2 / EX3 S03			ab 70. Lj.

- ab 70J., ohne Zeitbeschränkung!



Herr Opapa, 83 Jahre



ICD	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Logopädie	Hinweis
R26.0 R26.1 R26.2 R29.6	Ataktischer Gang Paretischer Gang Gangstörung Sturzneigung	WS2 EX2 / EX3 S03			ab 70. Lj.

- ab 70J., ohne Zeitbeschränkung!
- nicht z.B. R29.8...



Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erst-V -> Folge-V -> a-RF

Erst-
verordnung

Folge-
verordnung

Gruppen-
therapie

Verordnung außerhalb
des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätestens am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Hausbesuch

Ja

Nein

Therapiebericht

Ja

Nein

Hausbesuch

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

Faktor

--	--	--	--	--

Hausbesuch

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

Faktor

--	--	--	--	--

Rechnungsnummer

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

Belegnummer

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



Verordnungs-
menge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Anzahl pro
Woche

6

KG

2

Indikationsschlüssel

Ex2

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Gangstörung

ICD-10 - Code

R26.2G

ICD-10 - Code

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

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erst-V -> Folge-V -> a-RF

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätestens am

T T M M J J

Hausbesuch

Ja Nein

Therapiebericht

Ja Nein

Rechnungsnummer

Belegnummer



Verordnungsmenge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Anzahl pro Woche

6 KG

2

Indikationsschlüssel

Ex2

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Gangstörung

ICD-10 - Code

R26.2G

ICD-10 - Code

.

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

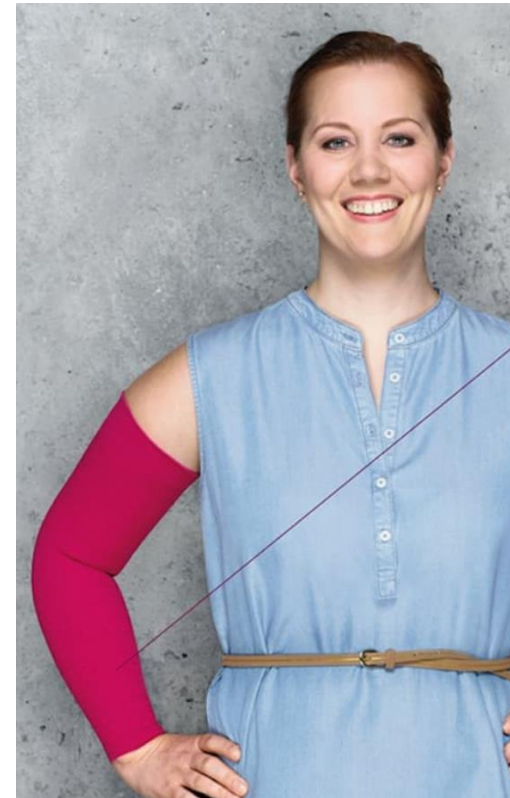
Muskuläre Kräftigung, Erhalt der Selbstständigkeit

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Maria Mammamia, 35

Mamma-CA vor 2 Jahren, OP und Chemotherapie, sie gilt als geheilt, hat aber ein Lymphödem des rechten Armes

Verordnen Sie Lymphdrainage!





ICD	Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie
ATEMWEGE				
E84.9	Mukoviszidose	AT3	CF	
J44.x0	COPD mit FEV1 <35%	AT2 / AT3		
ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN				
F84.0	frühkindlicher Autismus	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 PS1	SP1
F84.1	Atypischer Autismus			
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters			
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien			
F84.5	Asperger-Syndrom			
F84.8	Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen			
F84.2	Rettsyndrom	ZN1 / ZN2 EX2 / EX3 WS2 / AT2	PS1 EN1 / EN2 SB1 / SB7	SP1 / SC1
LYMPHSYSTEM				
C00- C97	Bösartige Neubildungen nach Op/Radiatio, z.B. ■ Mammakarzinom ■ Malignome Kopf/Hals / kleines Becken	LY3		
I89.01 oder I89.02 I89.04 oder I89.05 I97.82 oder I97.83 I97.85 oder I97.86 Q82.01 oder Q82.02 Q82.04 oder Q82.05	Lymphödem Extremität, Stadium II oder III Lymphödem, sonstige Lokalis., Stadium II oder III Lymphödem n. med. Maßn. axillär, St. II oder III Lymphödem n. med. Maßn. inguinal, St. II oder III Hereditäres Lymphödem, Extremität, St. II oder III Hereditäres Lymphödem, sonst. Lok., St. II oder III	LY2		

Erläuterungen:

Bei Angabe dieser ICD-Kodes belasten Heilmittelverordnungen der genannten Indikationsschlüssel nicht das Heilmittel-Budget des Arztes.
Seit 11.2017 ist das Stellen eines Antrags auf Langfristigeinrichtung gemäß der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bei den hier hinterlegten ICD-Kodes nicht mehr erforderlich. **Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind ab Anfang - also bereits mit der ersten Verordnung - möglich.**

ICD	Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie
NERVENSYSTEM				
G12.2 G12.9	Motoneuron-Krankheit Spinale Muskelatrophie nnb	ZN1 / ZN2 AT2	EN3 / SB7	SC1 SP5 / SP6
G14	Post- Polio -Syndrom	ZN2 / AT2	EN2 / EN3	SC1 / SP6
G20.2-	Morbus Parkinson (schwerstgr., Stadium 5 – Rollstuhl)	ZN2	EN2	SC1 / SP6 / ST1
G24.3	Torticollis spasticus (nur bei gleichzeitiger leitliniengerechter medikamentöser Therapie)	ZN1 / ZN2		
G71.0	Muskeldystrophie	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 / SB7	SC1 / SP6
G61.8	Chron. inflammat. demyelin. Polyneuropathie (CIPD)	PN	EN3 / EN4	
G80.9	Infantile Zerebralparese nnb	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SP1 / SP2 / SP6 SC1
G82.0- G82.1- G82.2- G82.3- G82.4- G82.5-	Schlaffe Paraparese und Paraplegie Spastische Paraparese und Paraplegie Paraparese und Paraplegie nnb Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie Spastische Tetraparese und Tetraplegie Tetraparese und Tetraplegie nnb	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	
G93.1 G93.80	Anoxische Hirnschädigung, and. nicht klassifiziert Wachkoma (apallisches Syndrom)	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1
G95.0	Syringomyelie und Syringobulbie	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 / EN3	
Q01.9 Q03.9 Q04.9 Q05.4 Q05.9 Q06.0 Q06.1 Q06.2 Q06.3 Q06.4 Q06.8 Q06.9	Enzephalozele nnb Angeborener Hydrozephalus nnb Angeborene Fehlbildung des Gehirns nnb Spina bifida mit Hydrozephalus Spina bifida ohne Hydrozephalus Amyelie Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks Diastematomyelie Fehlbildungen der Cauda equina Hydromyelie Sonstige Fehlbildungen des Rückenmarks Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks nnb	ZN1 / ZN2 AT2 S01 / S03	EN1 / EN2 / EN3	SC1 SP1 SP5 / SP6
T90.5	Folgen einer Intrakraniellen Verletzung , die unter S06.- klassifizierbar ist. Folgen, die ein Jahr oder länger nach der akuten Verletzung bestehen. Inklusive: S06.1 bis S06.9 Exklusive: S06.0 Gehirnerschütterung	ZN1 / ZN2 AT2 S03	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6



Maria Mammamia, 35

Z.n. Mamma-CA



ICD	Diagnose	Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie
LYMPHSYSTEM				
C00- C97	Bösartige Neubildungen nach Op/Radiatio, z.B. <ul style="list-style-type: none">■ Mammakarzinom■ Malignome Kopf/Hals / kleines Becken	LY3		



Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätestens am **T T M M J J**

Hausbesuch
 Ja Nein

Therapiebericht
 Ja Nein

Hausbesuch

Rechnungsnummer

Belegnummer



Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

10	MLD-30 einschl. Kompressionsbandagierung (VM muss gesondert als „7“ verordnet werden)	2
-----------	--	----------

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

LY3a

ICD-10 - Code

.

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Entstauung sowie Besserung des lymph. Rückflusses

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätestens am:

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Hausbesuch
 Ja Nein
 Therapiebericht
 Ja Nein

Hausbesuch

--	--	--	--

Faktor

--	--

Rechnungsnummer

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

Belegnummer

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



Verordnungsmenge Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

10	MLD-30 einschl. Kompressionsbandagierung (VM muss gesondert als „7“ verordnet werden)	2
-----------	--	----------

Indikationsschlüssel

L	Y	3	a
---	---	---	---

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

ICD-10 - Code

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

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Entstauung sowie Besserung des lymph. Rückflusses

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätestens am **T T M M J J**

Hausbesuch **Therapiebericht**
 Ja Nein
 Ja Nein

Hausbesuch

Faktor

Rechnungsnummer

Belegnummer



Verordnungsmenge Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
10	MLD-30 einschl. Kompressionsbandagierung (VM muss gesondert als „7“ verordnet werden)	2

Indikationsschlüssel

LY3a

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Mamma CA; Lymphödem Arm re.
nach OP/Radiatio

ICD-10 - Code

C50.9

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Entstauung sowie Besserung des lymph. Rückflusses

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall) !!!bei

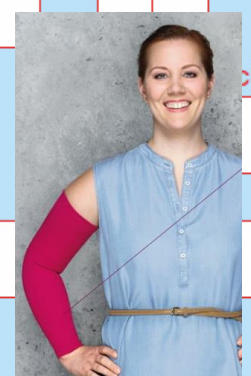
Erstverordnung Ersteverordnung Gruppen-therapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätest. am
T T M M J J

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja Nein

Kann sofort: a-RF



Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

10	MLD-30 einschl. Kompressionsbandagierung (VM muss gesondert als „7“ verordnet werden)	2
----	---	---

Indikationsschlüssel

LY3a

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Mamma CA; Lymphödem Arm re.
nach OP/Radiatio

ICD-10 - Code

C50.9

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Entstauung sowie Besserung des lymph. Rückflusses

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall) !!!bei

Erstverordnung!!!

Erstverordnung

Erstverordnung

Gruppen-therapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Behandlungsbeginn spätest. am
T T M M J J

Hausbesuch

Ja

Nein

Therapiebericht

Ja

Nein

Kann sofort: a-RF



Verordnungsmenge

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Anzahl pro Woche

10

MLD-30 einschl. Kompressionsbandagierung (VM muss gesondert als „7“ verordnet werden)

2

Indikationsschlüssel

LY3a

Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Mamma CA; Lymphödem Arm re.

ICD-10 - Code

C50.9

nach OP/Radiatio

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Entstauung sowie Besserung des lymph. Rückflusses

(LHM)

Herr KommtnichtindiePötte, 48

- Bandscheibenvorfall, seit 6 Monaten Behandlung



Herr KommtnichtindiePötte, 48

- Bandscheibenvorfall, seit 6 Monaten Behandlung
- weiter Beschwerden



Herr KommtnichtindiePötte, 48

- Bandscheibenvorfall, seit 6 Monaten Behandlung
- weiter Beschwerden
- bemüht sich, braucht aber noch Anleitung

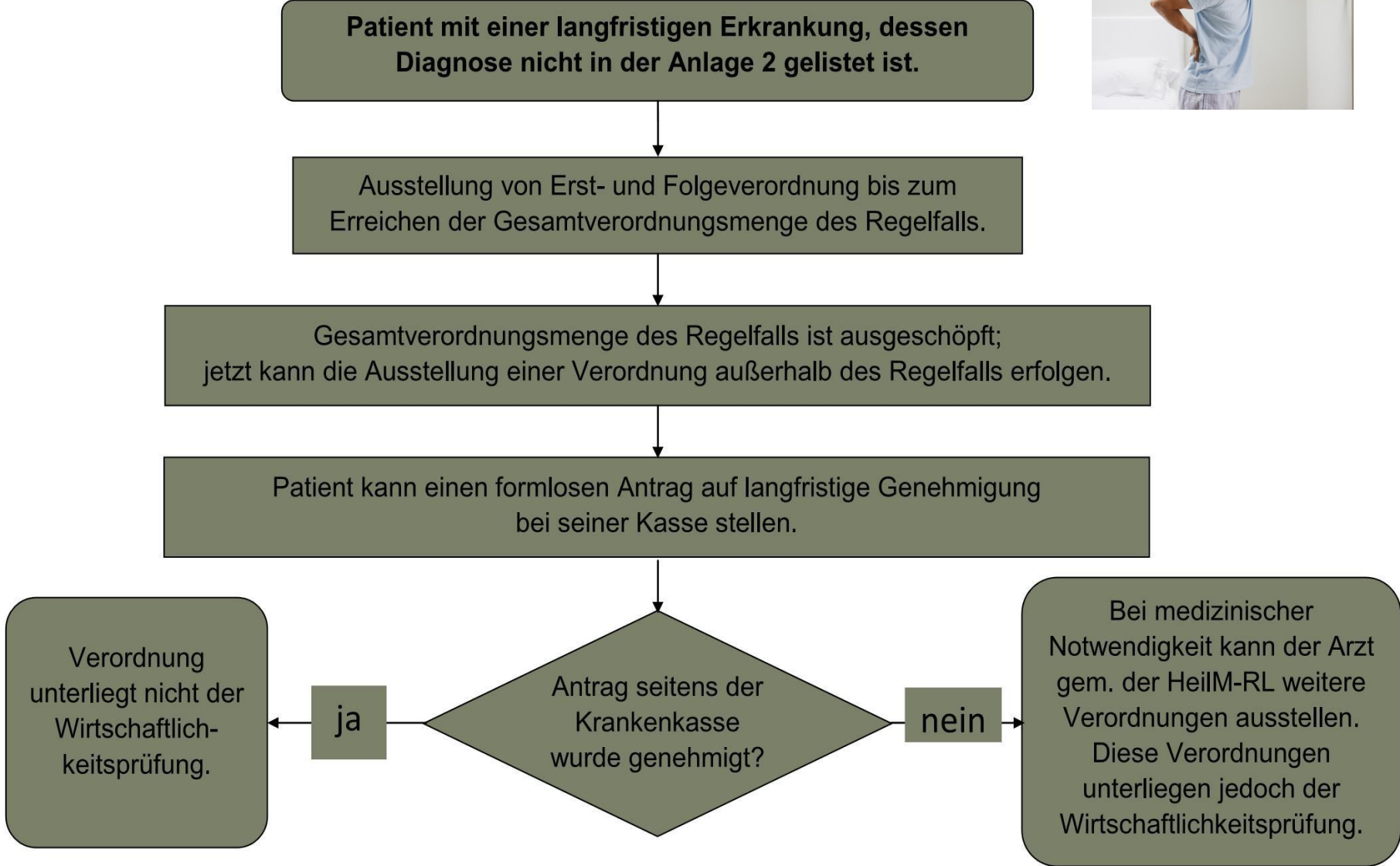


Herr KommtnichtindiePötte, 48

- Bandscheibenvorfall, seit 6 Monaten Behandlung
- weiter Beschwerden
- bemüht sich, braucht aber noch Anleitung
- BVB ist erschöpft



Konstellation 2: Verordnungen für Patienten mit einer langfristigen Erkrankung, die nicht in Anlage 2 gelistet ist





Herzberg, den #
(ME#)

<p><u>Moritz Eckert - Osteroder Straße 9 - 37412 Herzberg am Harz</u></p> <p>S{#kkb}</p> <p>S{#kstr}</p> <p>S{#kplz} S{#kort}</p>	<p>Facharzt für Allgemeinmedizin Palliativmedizin, Verkehrsmedizin, Reisemedizin – staatlich anerkannte <u>Gelbfieberimpfstelle</u> – Akademische Lehrpraxis der Universität Göttingen</p> <p><u>Osteroder Straße 9 – 37412 Herzberg am Harz</u> Telefon: 05521 – 7 10 47 – Fax: 7 10 48 <u>info@praxiseckert.de</u></p>
---	--

Betreff: Anlage zum Antrag auf langfristige Heilmittelgenehmigung
Patient: S{#ptn, #ptv, geb.* #ptd4; #str; #ort}

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich unterstütze ausdrücklich den Antrag von o.g. Patient. Ich beurteile diese nach SGB V §12 als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend.

TEXT

Weitere Unterlagen kann der MDK mit Muster 86 anfordern.

Auf undifferenzierte Standard-Ablehnungsschreiben, da die Erkrankung nicht in der Heilmittel-Richtlinie, insbesondere als langfristiger Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V) oder besonderer Verordnungsbedarf (§ 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V) gelistet ist bitte ich zu verzichten.
Auch der Verweis, man könne weiter „Außerhalb des Regelfalls“ verordnen bitte ich zu unterlassen da ein nicht unerhebliches persönliches finanzielles Haftungsrisiko bei Regress auf meiner Seite besteht welches ich nicht bereit bin zu tragen.

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass Sie als Kasse binnen 4 Wochen prüfen müssen ob außerhalb des Regelfalls genehmigt wird, aus mir unerfindlichen Gründen verzichten Sie ggf. aktuell darauf und stellen ggf. hinterher Regressantrag. Dieses Risiko kann ich leider nicht eingehen. Bitte kommen Sie also Ihrer gesetzlichen Aufgabe umgehend nach und entscheiden fristgerecht bezüglich des Antrags.

Sollte es zu einer Ablehnung der Langfristgenehmigung kommen lege ich bereits hiermit Widerspruch ein und verlange eine persönliche ärztliche Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen der dann nicht per Aktenlage entscheidet sondern o.g. Patienten eingehend untersucht.

Über alternative Behandlungsempfehlungen unter Berücksichtigung von §12 SGB V die hier auf dem Land unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen des o.g. Patienten umsetzbar sind freue ich mich.

Ich bitte um Zusendung der sozialmedizinischen Stellungnahme, eine Schweigepflichtsentbindung ist bereits beigelegt.

Vorsorglich wurde o.g. Patient über die Klagemöglichkeit vor der Sozialgerichtsbarkeit sowie die Möglichkeit die Krankenkasse zu wechseln aufgeklärt.

Mit freundlichen Grüßen und besten Wünschen für Ihre Gesundheit.

<p>Moritz Eckert Osteroder Straße 9 37412 Herzberg am Harz</p>	<p>Telefon: 055 21 - 7 10 47 Telefax: 7 10 48 <u>info@praxiseckert.de</u></p>	<p>Apobank Göttingen DE05 3006 0601 0105 1020 90 DAAE DEDD XXX</p>	<p>LA NR: 0111648-01 BSNR: 0801 74300 UST ID: Nr.DE309623911</p>
---	---	--	--



Herzberg, den #
(MMF##)

Über alternative Behandlungsempfehlungen unter Berücksichtigung von §12 SGB V die hier auf dem Land unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen des o.g. Patienten umsetzbar sind freue ich mich.

Ich bitte um Zusendung der sozialmedizinischen Stellungnahme, eine Schweigepflichtsentbindung ist bereits beigelegt.

Vorsorglich wurde o.g. Patient über die Klagemöglichkeit vor der Sozialgerichtsbarkeit sowie die Möglichkeit die Krankenkasse zu wechseln aufgeklärt.

Mit freundlichen Grüßen und besten Wünschen für Ihre Gesundheit.

Moritz Eckert

S{#kkb}

S{#kstr}

S{#kplz}

Betreff: Anlage zum Antrag auf langfristige Heilmittelgenehmigung
Patient: S{#ptn, #ptv, geb.* #ptd4; #str; #ort}

Betreff: Sehr geehrte Damen und Herren,
Patient:

ich unterstütze ausdrücklich den Antrag von o.g. Patient. Ich beurteile diese nach SGB V §12 als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend.

Sehr geeh
ich unter:
ausreicher

TEXT

Weitere U **TEXT**

Auf undiffi
insbesond
Verordnurr
Auch der 1

Weitere Unterlagen kann der MDK mit Muster 86 anfordern.

ein nicht
welches ich nicht bereit bin zu tragen.

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass Sie als Kasse binnen 4 Wochen prüfen müssen ob außerhalb des Regelfalls genehmigt wird, aus mir unerfindlichen Gründen verzichten Sie ggf. aktuell darauf und stellen ggf. hinterher Regressantrag. Dieses Risiko kann ich leider nicht eingehen. Bitte kommen Sie also Ihrer gesetzlichen Aufgabe umgehend nach und entscheiden fristgerecht bezüglich des Antrags.

Sollte es zu einer Ablehnung der Langfristgenehmigung kommen lege ich bereits hiermit Widerspruch ein und verlange eine persönliche ärztliche Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen der dann nicht per Aktenlage entscheidet sondern o.g. Patienten eingehend untersucht.

Moritz Eckert

Osteroder Straße 9

37412 Herzberg am Harz

Telefon: 055 21 - 7 10 47

Telefax: 7 10 4 8

info@praxiseckert.de

Apobank Göttingen

DE05 3006 0601 0105 1020 90

DAAE DEDD XXX

LA NR: 0111648-01

BSNR: 0801 74300

UST ID: Nr. DE309623911

S{#ptn, #ptv, * #ptd4}

Seiten 2 von 2



Herzberg, den #
(MMF##)

Über alternative Behandlungsempfehlungen unter Berücksichtigung von §12 SGB V die hier auf dem Land unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen des o.g. Patienten umsetzbar sind freue ich mich.

Ich bitte um Zusendung der sozialmedizinischen Stellungnahme, eine Schweigepflichtsentbindung ist bereits beigelegt.

Vorsorglich wurde o.g. Patient über die Klagemöglichkeit vor der Sozialgerichtsbarkeit sowie die Möglichkeit die Krankenkasse zu wechseln aufgeklärt.

Mit freundlichen Grüßen und besten Wünschen für Ihre Gesundheit.

Moritz Eckert

S{#kkb}

S{#kstr}

S{#kplz}

Betreff: Anlage zum Antrag auf langfristige Heilmittelgenehmigung
Patient: S{#ptn, #ptv, geb.* #ptd4; #str; #ort}

Auf undifferenzierte Standard-Ablehnungsschreiben, da die Erkrankung nicht in der Heilmittel-Richtlinie, insbesondere als langfristiger Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V) oder besonderer Verordnungsbedarf (§ 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V) gelistet ist, bitte ich zu verzichten.

Auch den Verweis, man könne weiter „Außerhalb des Regelfalls“ verordnen bitte ich zu unterlassen, da ein nicht unerhebliches persönliches finanzielles Haftungsrisiko bei Regress auf meiner Seite besteht, welches ich nicht bereit bin zu tragen.

insbesond

Verordnung

Auch der

ein nicht

welches ich nicht bereit bin zu tragen.

Weitere Unterlagen kann der MDK mit Muster 86 anfordern.

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass Sie als Kasse binnen 4 Wochen prüfen müssen ob außerhalb des Regelfalls genehmigt wird, aus mir unerfindlichen Gründen verzichten Sie ggf. aktuell darauf und stellen ggf. hinterher Regressantrag. Dieses Risiko kann ich leider nicht eingehen. Bitte kommen Sie also Ihrer gesetzlichen Aufgabe umgehend nach und entscheiden fristgerecht bezüglich des Antrags.

Sollte es zu einer Ablehnung der Langfristgenehmigung kommen lege ich bereits hiermit Widerspruch ein und verlange eine persönliche ärztliche Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen der dann nicht per Aktenlage entscheidet sondern o.g. Patienten eingehend untersucht.

Moritz Eckert

Osteroder Straße 9

37412 Herzberg am Harz

Telefon: 055 21 - 7 10 47

Telefax: 7 10 48

info@praxiseckert.de

Apobank Göttingen

DE05 3006 0601 0105 1020 90

DAAE DEDD XXX

LANR: 0111648-01

BSNR: 0801 74300

UST ID: Nr.DE309623911

S{#ptn, #ptv, * #ptd4}

Seiten 2 von 2



Herzberg, den #
(/MF#)

Über alternative Behandlungsempfehlungen unter Berücksichtigung von §12 SGB V die hier auf dem Land unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen des o.g. Patienten umsetzbar sind freue ich mich.

Ich bitte um Zusendung der sozialmedizinischen Stellungnahme, eine Schweigepflichtsentbindung ist bereits beigelegt.

Vorsorglich wurde o.g. Patient über die Klagemöglichkeit vor der Sozialgerichtsbarkeit sowie die Möglichkeit die Krankenkasse zu wechseln aufgeklärt.

Mit freundlichen Grüßen und besten Wünschen für Ihre Gesundheit.

Moritz Eckert

S(#kkb)

S(#kstr)

S(#kplz):

Betreff: Anlage zum Antrag auf langfristige Heilmittelgenehmigung
Patient: S(#ptn, #ptv, geb.* #ptd4; #str; #ort)

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass Sie als Kasse binnen 4 Wochen prüfen müssen ob außerhalb des Regelfalls genehmigt wird, aus mir unerfindlichen Gründen verzichten Sie ggf. aktuell darauf und stellen ggf. hinterher Regressantrag. Dieses Risiko kann ich leider nicht eingehen. Bitte kommen Sie also Ihrer gesetzlichen Aufgabe umgehend nach und entscheiden fristgerecht bezüglich des Antrags.

Sollte es zu einer Ablehnung der Langfristgenehmigung kommen lege ich bereits hiermit Widerspruch ein und verlange eine persönliche ärztliche Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen der dann nicht per Aktenlage entscheidet sondern o.g. Patienten eingehend untersucht.

welches ich nicht bereit bin zu tragen.

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass Sie als Kasse binnen 4 Wochen prüfen müssen ob außerhalb des Regelfalls genehmigt wird, aus mir unerfindlichen Gründen verzichten Sie ggf. aktuell darauf und stellen ggf. hinterher Regressantrag. Dieses Risiko kann ich leider nicht eingehen. Bitte kommen Sie also Ihrer gesetzlichen Aufgabe umgehend nach und entscheiden fristgerecht bezüglich des Antrags.

Sollte es zu einer Ablehnung der Langfristgenehmigung kommen lege ich bereits hiermit Widerspruch ein und verlange eine persönliche ärztliche Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen der dann nicht per Aktenlage entscheidet sondern o.g. Patienten eingehend untersucht.

Moritz Eckert

Osteroder Straße 9

37412 Herzberg am Harz

Telefon: 055 21 - 7 10 47

Telefax: 7 10 48

info@praxiseckert.de

Apobank Göttingen

DE05 3006 0601 0105 1020 90

DAAE DEDD XXX

LANR: 0111648-01

BSNR: 0801 74300

UST ID: Nr.DE309623911

S(#ptn, #ptv, * #ptd4)

Seiten 2 von 2

\$1051\$
\$1052\$

An:

\$1075\$
\$1079\$ \$1080\$
\$1082\$ \$1083\$

Betreff:

\$1050\$, Geb.: \$1077\$, VKNR: \$1074\$

Antrag auf Langfristgenehmigung für Heilmittelverordnung

Es liegt ein sog. Einzelfall bei nicht gelisteten Diagnosen vor (s. Merkblatt des GBA vom 22.11.12).

Hiermit stelle ich gemäß § 8 Abs. 5 HMR i. V. mit § 32 Abs. 1a SGB V (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) den Antrag auf eine Langfristgenehmigung zum Erhalt von physiotherapeutischen bzw. ergotherapeutischen Leistungen.

Ich bitte um eine zügige Bearbeitung und einen schriftlichen Bescheid incl. Angabe des genehmigten Verordnungszeitraumes.

Gerne kann der MDK sich persönlich vom Krankheitsbild und der Notwendigkeit überzeugen.

Mit freundlichem Gruß



Alles klar????????????

Schatz, wie war ich??

Feedback

- **Was war gut, was hat gefehlt?
(wenn was fehlt: was sollen wir weglassen??)**
- **Was nehmen Sie/Ihr mit?**
- **Tandemreferieren**
- **Bitte Blitzlicht im Chat!**



