

DZH.


Mein persönliches Abrechnungshaus

Leitfaden – Verordnung für Physiotherapeuten und Podologen




Die Rechnungsprüfungen der Kostenträger sind sehr dynamisch und ändern sich stetig. Dieser Wegweiser unterstützt Sie daher bei der Prüfung Ihrer Verordnungen auf Abrechnungskonformität mit den Kostenträgern. Er berücksichtigt die Vorgaben aus der Heilmittelrichtlinie und den Rahmenempfehlungen.

Die DZH hilft Ihnen, Fehler zu vermeiden

Für ein Höchstmaß an Sicherheit bei Ihren Abrechnungsvorbereitungen achten Sie bitte auf das Symbol  für die Top-Absetzungsgründe. Es zeigt Ihnen auf, welche Gründe bei den Kostenträgern in letzter Zeit besonders dominant sind. Zudem erhalten Sie in unseren Kundeninformationen regelmäßig wichtige Informationen über aktuelle Absetzungsgründe.

Die DZH nimmt Ihnen Arbeit ab

Zu Ihrer Entlastung bieten wir Ihnen neben der allgemeinen Rezeptabrechnung auch weitere Serviceleistungen an. Gern übernehmen wir die Eintragungen der Positionsnummern, Bruttosummen und Zuzahlungen. Um Verordnungsfehler schon im Vorfeld zu vermeiden, steht Ihnen unsere Branchensoftware TheraPlus zur Verfügung. Nutzen Sie auch unsere Verordnungs-Therapie: Für alle Eintragungen, die im Folgenden mit dem Symbol  gekennzeichnet sind, übernehmen wir für Sie gern die Prüfungen. Sie haben so noch vor der Abrechnung die Möglichkeit, diese Verordnungen vom Arzt abändern zu lassen oder selbst zu korrigieren. Nutzen Sie unser Fachwissen und unseren speziellen Service: Sprechen Sie uns an!


Angaben des Arztes

Ärztliche Verordnungen sind in Hinblick auf die Heilmittelrichtlinie auf Vollständigkeit und Plausibilität von Ihnen zu prüfen. Unvollständige Angaben, die nicht der Heilmittelrichtlinie entsprechen, können dazu führen, dass Ihre Abrechnungen von den Kostenträgern abgewiesen werden.

1 Das Versichertenfeld (§ 13 Abs. 2a der Heilm-RL)

Bitte achten Sie darauf, dass alle Felder die jeweiligen Angaben enthalten. Fehlt die Versicherten-Nummer, müssen mindestens Adresse und Geburtsdatum des Patienten vollständig angegeben sein.




a Absetzungsgrund „Falscher Behandlungsbeginn“: Das Ausstellungsdatum ist zunächst maßgeblich für den spätesten Behandlungsbeginn (bei Maßnahmen der Physiotherapie: innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung, bei Maßnahmen der Podologie: innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung) (§ 15 Abs. 1). 



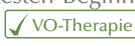
b Absetzungsgrund „Patient nicht von gesetzlicher Zuzahlung befreit“: Es ist sinnvoll, sich den aktuellen Befreiungsausweis des Patienten vorlegen zu lassen und ggf. zu scannen oder zu kopieren. Bei Absetzungen durch die Krankenkassen haben Sie mit einer Kopie gute Argumente zur Erstattung des Differenzbetrages in der Hand. Dokumentieren Sie Ihre Änderungen mit Datum und Unterschrift entsprechend auf der Verordnung.

2 Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Im Bereich der Verordnung nach Maßgabe des Kataloges muss der Arzt zwischen Erstverordnung, Folgeverordnung und Verordnung außerhalb des Regelfalles wählen (§ 13 Abs. 2b). Eine mögliche langfristige Genehmigung durch die Kostenträger kann sofort eine Verordnung außerhalb des Regelfalles mit einer Verordnung für bis zu zwölf Wochen enthalten.

Ist eine Gruppentherapie verordnet, aber aus Ihrer Sicht nicht durchführbar, sollte eine Rücksprache mit dem Arzt erfolgen (§ 13 Abs. 2e). Die Änderung kann von Ihnen dann auf der Rückseite der Verordnung selbst vorgenommen werden. 



Absetzungsgrund „Falscher Behandlungsbeginn“: Ist das Datum des spätesten Behandlungsbeginns hier angegeben, hebt es den spätesten Beginn der Behandlung nach Ausstellungsdatum auf (14 Tage physikalische Therapie, 28 Tage Podologie) (§ 13 Abs. 2f). 




Absetzungsgrund „Hausbesuch/Therapiebericht falsch abgerechnet“: Soll eines der Felder geltend gemacht werden, muss das jeweilige Feld mit „Ja“ angekreuzt sein (§ 13 Abs. 2c, d). Ausnahme Hausbesuch: Nach § 11 Abs. 2 können bei Kindern und Jugendlichen ggf. Behandlungen in Tageseinrichtungen durchgeführt werden, ohne dass dies vom Arzt verordnet wurde.

3 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Neben der Verordnungsmenge, dem eigentlichen Heilmittel und der Anzahl pro Woche muss der Indikationsschlüssel gemäß Heilmittelkatalog vorhanden sein. Wichtig: Diese Punkte müssen gemäß Heilmittelkatalog plausibel sein (§ 13 Abs. 2g-l).

Daneben sind die Diagnose und die Leitsymptomatik in Textform anzugeben (§ 13 Abs. 2m). 

Die medizinische Begründung des Arztes für eine Verordnung außerhalb des Regelfalles muss angegeben sein, unabhängig davon, ob eine Krankenkasse von der Genehmigungspflicht hier absieht oder darauf besteht (§ 13 Abs. 2n). 

Unterschrift und Stempel des Arztes dürfen ebenfalls nicht fehlen (§ 13 Abs. 2a). 

! Absetzungsgründe

„**Beanstandung Verordnungsmenge im Regelfall**“: Wurden mehr Behandlungen verordnet und abgegeben als gemäß Heilmittelkatalog möglich, führt dies zu Absetzungen. VO-Therapie

„**Anzahl der Leistungen zu viel**“: Achten Sie darauf, nicht mehr Behandlungen abzugeben als verordnet. VO-Therapie

„**Verordnetes/erbrachtes Heilmittel nicht stimmig**“: Um Absetzungen zu vermeiden, müssen das verordnete Heilmittel und die erfolgte Maßnahme auf der Rückseite übereinstimmen. VO-Therapie

„**Diagnosegruppe lässt Verordnungsart nicht zu**“: Bestimmte Diagnosegruppen (z. B. WS 1) sind als kurzzeitiger Behandlungsbedarf nur in der Erstverordnung möglich und erfordern sonst einen Heilmittelschlüssel mit längerfristigem Behandlungsbedarf.

„**Fehlende Zulassung für Zertifikatspositionen**“: Die persönlichen Zulassungen zur Abgabe der Zertifikatsposition müssen der Krankenkasse vorliegen.

| | | |
|----------------------------|---|---|
| Gebührpflicht. | Krankenkasse bzw. Kostenträger | <h2 style="text-align: center; margin: 0;">Heilmittelverordnung 13</h2> <h3 style="text-align: center; margin: 0;">Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie</h3> |
| Gebührfrei | Name, Vorname des Versicherten geb. am | |
| Unfall/Unfallfolgen | 1 | |
| BVG | Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status | |
| | Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum a | IK des Leistungserbringers 1 |
| | | Gesamt-Zuzahlung 2 Gesamt-Brutto 3 |
| | | Heilmittel-Pos.-Nr. 4 Faktor 5 |
| | | Heilmittel-Pos.-Nr. 6 Faktor 5 |
| | | Wegegeld-/Pauschale 7 Faktor 8 km 9 |
| | | Hausbesuch 10 Faktor 11 Hausbesuch 12 Faktor 13 |
| | | Rechnungsnummer 14 |
| | | Belegnummer 15 |

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppenverordnung Hausbesuch

Verordnung außerhalb des Regelfalles Therapiebericht

Behandlungsbegr. spätestens am: T T M M J J

Ja Nein Ja Nein

| Verordnungsmenge | Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges | Anzahl pro Woche |
|------------------|---------------------------------------|------------------|
| 3 | | |

Indikationsschlüssel Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

ICD-10 - Code

Gegebenfalls Spezifizierung der Therapieziele

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

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

NEU

Soweit vom Arzt angegeben, muss der ICD-Code innerhalb der Abrechnung berücksichtigt werden.

Ihre Angaben

- 1 Bitte geben Sie in diesem Feld Ihr 9-stelliges Institutionskennzeichen an.
- 2 Die Gesamt-Zuzahlung setzt sich aus 10 % der Leistungen und der Rezeptgebühr in Höhe von 10,00 € zusammen. Bitte addieren Sie diese beiden Werte und tragen Sie die Summe in dieses Feld ein. Wenn die Zuzahlung entfällt, tragen Sie in dieses Feld bitte eine Null ein.
- 3 Tragen Sie hier die Summe aller Leistungen inklusive der gesetzlichen Zuzahlungen ein.



- 4 **Absetzungsgrund „Falsche Positionsnummer“:** Geben Sie an dieser Stelle bitte die Positionsnummer des vorrangigen bzw. optionalen Heilmittels an. VO-Therapie

- 5 Der „Faktor“ ist die Anzahl der erbrachten Leistungen.



- 6 **Absetzungsgrund „Falsche Positionsnummer“:** Hier wird die Positionsnummer des ergänzenden Heilmittels eingetragen. VO-Therapie



- 7-13 **Absetzungsgrund „Hausbesuch falsch abgerechnet“:** Beachten Sie bitte zum Thema „Hausbesuche“ stets die für Sie gültigen Gebührenlisten.

Bei Hausbesuchen nach Gebührenlisten mit Hausbesuchspauschalen: Vermehrt werden, wie im Bereich Physiotherapie vdek, Hausbesuchspauschalen mit den Kostenträgern vereinbart. Es gibt hierfür zwei Positionen: X9933 (Hausbesuch inklusive Wegegeld/Einsatzpauschale) und X9934 (Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld/Einsatzpauschale je Patient). Bei Hausbesuchen füllen Sie bitte das Feld 10 entsprechend aus. Die Anzahl der Hausbesuche selbst hinterlegen Sie bitte in Feld 11. Bei Hausbesuchen in einer sozialen Einrichtung nutzen Sie bitte die Felder 12 und 13.

Bei Hausbesuchen nach Gebührenlisten ohne Hausbesuchspauschalen:

Tragen Sie in Feld 7 hier die Positionsnummer für das Wegegeld je km ein.

- 8 Hinterlegen Sie hier die Anzahl der durchgeführten Hausbesuche.
- 9 Rechnen Sie unter Punkt 7 das Wegegeld je km ab, hinterlegen Sie an dieser Stelle die Anzahl der insgesamt gefahrenen Kilometer für einen Besuch (hin und zurück). Beispiel: Bei 5 km einfache Fahrt tragen Sie 10 km ein.
- 10 In diesem Feld erfolgt der Eintrag der Positionsnummern für Hausbesuche.
- 11 Der „Faktor“ ist die Anzahl der erbrachten Hausbesuche.
- 12 Handelt es sich um einen „Besuch eines weiteren Patienten in derselben sozialen Einrichtung“ wird die entsprechende Positionsnummer hier vermerkt.
- 13 Hier geben Sie bitte die Anzahl der erbrachten Hausbesuche eines weiteren Patienten in der sozialen Einrichtung an.
- 14-15 Die Felder für Rechnungs- und Belegnummer werden von der DZH für Sie ermittelt.

Achtung!

Vereinzelt sind Heimpatienten noch von der Zuzahlung bei den sog. „mittelbaren“ Positionen Hausbesuch und Wegegeld befreit. Dies gilt entsprechend jedoch nicht für den „normalen“ Hausbesuch. Achten Sie daher bitte unbedingt darauf, bei Besuchen in sozialen Einrichtungen wie Altersheimen den Vermerk „Heimbesuch“ unter dem Feld „geb. am“ zu ergänzen. Daran erkennen die Krankenkassen einen Heimbesuch als Hausbesuch an. Bitte beachten Sie bei allen Angaben zusätzlich die aktuellen Hinweise Ihres Berufsverbandes und unserer Kundeninformation.

Ihre Angaben auf der Rückseite

- 1 Bitte informieren Sie sich immer aktuell darüber, welche Krankenkassen hier auf das Genehmigungsverfahren verzichten, z. B. bei den Berufsverbänden.
- 2 Bitte beachten Sie beim Datum der erbrachten Leistung, dass Unterbrechungen der Behandlung im Bereich Physiotherapie 14 Kalendertage grundsätzlich nicht überschreiten dürfen. Im Bereich der Podologie existiert hier keine verbindliche Regelung. In Ausnahmefällen ist eine Begründung zu notieren. Gemäß dem einschlägigen Rahmenvertrag mit dem vdek und vielen Regionalkassen ist ggf. Folgendes zu vermerken: „Therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F).“ Der zugelassene Leistungserbringer begründet der Krankenkasse die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) unter Hinzufügen des Datums und der Unterschrift auf dem Verordnungsblatt (§ 16 Abs. 3).



Absetzungsgrund „Doppelabrechnung“: Es dürfen keine gleichen Behandlungsdaten auf verschiedenen Verordnungen angegeben sein.



Absetzungsgrund „Stationäre Behandlung nicht beachtet“: Hat der Patient am gleichen Tag eine Behandlung erhalten, können Sie der Absetzung widersprechen. Tipp: Halten Sie dazu immer die genauen Uhrzeiten der Behandlungen nach.



- 3 **Absetzungsgrund „Verordnetes und abgerechnetes Heilmittel nicht stimmig“:** Bitte verzeichnen Sie hier die durchgeführten Maßnahmen entsprechend dem verordneten Heilmittel. Beispiel: Wurde ein Heilmittel vom Arzt verordnet und von Ihnen abgegeben, genügt z. B. der Hinweis „MLD-45“ als Kennzeichnung. Daneben muss die ggf. verordnete Kompressionsbandagierung ebenfalls angegeben werden (§ 13 Abs. 2). VO-Therapie

- 4 Hier erfolgt die Unterschrift des Patienten/Versicherten, bei Heim- oder Hausbesuchen ggf. durch das Pflegepersonal. VO-Therapie



- 5 **Absetzungsgrund „Anzahl der Leistungen zu viel“:** Wird die Behandlung aus therapeutischen oder anderen Gründen abgebrochen, wird das Datum des Behandlungsabbruchs hier eingetragen. Dies gilt auch für den Fall, dass der Patient von sich aus nicht mehr zum Behandlungstermin erscheint. VO-Therapie

- 6 An diese Stelle setzen Sie bitte Ihre Unterschrift und Ihren Stempel.

- 7 Bei Änderungen nach Rücksprache mit dem Arzt sind diese Felder auszufüllen und mit dem Datum der Rücksprache sowie der Unterschrift des Therapeuten zu versehen. Alle Änderungen des Arztes sind durch diesen mit Unterschrift, Arztstempel und ggf. Datum zu bestätigen (§ 16 Abs. 5 und 2). VO-Therapie

Bei mehr als 10 Behandlungen verwenden Sie an dieser Stelle bitte das kostenlose DZH-Formular „Empfangsbestätigung durch den Versicherten“. Bei Bedarf senden wir Ihnen das Formular gern zu.

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.
 Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.
 Datum

Begründung bei Ablehnung 1

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

| Datum | Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche) | Unterschrift des Versicherten |
|--|---|-------------------------------|
| 1 2 | 3 | 4 |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

Behandlungsabbruch am Datum 5

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie
 Abweichung von der Frequenz 7

Begründung:

6
Verbindliches Muster
Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung!

DZH Dienstleistungszentrale für
Heil- und Hilfsmittelanbieter GmbH

Eiffestraße 80
20537 Hamburg

Tel.: 040 / 22 74 65 - 0
Fax: 040 / 22 74 65 - 36

www.dzh-online.de