



Ausfüllhinweise zur Heilmittelverordnung („Muster Z13“)

- Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie -

(1) **Gebührenpflichtigkeit**

- gebührenpflichtig: Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und in der GKV versichert sind, werden als „gebührenpflichtig“ eingestuft; eine Ausnahme bilden Patienten mit einem Nachweis der Befreiung von der Zuzahlungspflicht seitens ihrer Krankenkasse
- gebührenfrei: Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und in der GKV versichert sind, werden als „gebührenfrei“ eingestuft; zusätzlich werden hier Personen geführt, die von der Zuzahlung befreit sind (s.o.)

(2) **Verordnungsstatus**

- Erstverordnung: erstmalige Verordnung innerhalb des Regelfalles (Beginn eines neuen Behandlungsfalles)
Zum Erteilen einer Erstverordnung ist eine vorherige Eingangsdiagnostik durch den Zahnarzt/Kieferorthopäden notwendig
- Folgeverordnung: weitere Verordnung nach einer Erstverordnung bei derselben Erkrankung (auch bei Wechsel der Leitsymptomatik oder Änderung der zur Anwendung kommenden Maßnahmen der Therapie) innerhalb des Regelfalles; Rezidive oder neue Erkrankungen können erst nach einer behandlungsfreien Zeit von mehr als 12 Wochen eine neue Erstverordnung bedingen (neuer Regelfall)

(3) **Verordnung außerhalb des Regelfalles**

- anzukreuzen, wenn ein Behandlungsabschluss im Sinne der maximal möglichen Verordnungsmenge gemäß der Heilmittelrichtlinie für Zahnärzte für die vorliegende Diagnose (Indikationsschlüssel) nicht erreichbar ist, z.B. bei chronischen (Grund-) Erkrankungen und folglich langfristiger Verordnung
- Vermerk eines „*langfristigen Heilmittelbedarfs*“ unter „Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb der Regelfalles“ ist erforderlich (siehe Punkt Nr. 13)
- besteht ein längerfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 8 der HeilM-RL ZÄ wird dieser als „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ gekennzeichnet; in solchen genehmigungspflichtigen Fällen muss der Regelfall nicht erneut durchlaufen werden
- Verordnungsmenge ist so zu kalkulieren, dass mindestens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung innerhalb von 12 Wochen stattfinden kann
- bei VO's außerhalb des Regelfalles ist eine erneute, störungsbildabhängige Diagnostik erforderlich

(4) **Behandlungsbeginn**

- soll mit der Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden, bitte das Feld frei lassen; alternativ: konkreten Zeitpunkt (Datum) eintragen, bis zu dem mit der Behandlung begonnen werden soll



- (5) **Hausbesuch**
- die Verordnung eines Hausbesuches kann nur dann erfolgen, wenn der in Frage stehende Patient die Praxis des Therapeuten aus nachweisbar medizinischen Gründen (z.B. einer Behinderung) nicht selbstständig erreichen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist (z.B. die Unterbringung des Patienten in einer betreuenden Einrichtung)
 - im Falle einer Verordnung der Therapie innerhalb einer integrativen Einrichtung (z.B. einer Kita oder Schule) müssen nachweisbare, medizinische Gründe vorliegen
 - ↘ Alternative (bei Problemen mit KV): keine Verordnung eines Hausbesuches, stattdessen Vermerk einer „*Therapie innerhalb einer (integrativen bzw. teilintegrativen) Einrichtung*“ unter „ggf. Spezifizierung der Therapieziele“ (siehe Punkt Nr. 12)
- (6) **Therapiebericht**
- je nach Bedarf bezüglich einer Rückmeldung bzw. Information zum Therapiestand seitens des behandelnden Therapeuten bitte ankreuzen
- (7) **Klassifikation der therapeutischen Maßnahme & Therapiedauer**
- vorgefertigtes Feld mit Kennzeichnung der Therapie gemäß der Heilmittelrichtlinie für Zahnärzte als Sprech- oder Sprachtherapie
 - Angabe der Therapiedauer als 30, 45 oder 60 Minuten (in Abhängigkeit vom Störungsbild gemäß Heilmittelrichtlinie für Zahnärzte und der Belastbarkeit des Patienten)
 - Bei Leistungen der Sprech- und Sprachtherapie zwingend notwendige Angabe
- (8) **Therapiefrequenz**
- Vermerk der wöchentlichen Therapiefrequenz als 1x, 2x oder 3x wöchentlich unter Berücksichtigung der Heilm-RL ZÄ und der Belastbarkeit des Patienten
 - Kreuze bei zwei Werten (z.B. bei 1x und 2x = 1-2x pro Woche) ermöglicht zusätzlichen Spielraum bei der Umsetzung durch den Therapeuten/Patienten
 - für Therapeuten verbindlich notwendige Angabe
- (9) **Verordnungsmenge**
- regulär 10 Einheiten pro Verordnung (Erst- und Folgeverordnung); bitte beachten Sie diesbezüglich die Verordnungsmengen je Diagnose gemäß der Heilmittelrichtlinie für Zahnärzte sowie die entsprechende Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles
 - bei Erstverordnungen wird regulär eine 11-te Einheit als Diagnostikeinheit eingetragen (wahlweise durch den Therapeuten als Einheit „0“ oder „11“ gekennzeichnet)
 - die Verordnungsmenge darf die Höchstverordnungsmenge je Erst- bzw. Folge-VO gemäß der Heilmittelrichtlinie für Zahnärzte (hier: Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie) nicht überschreiten; eine Ausnahme bilden Verordnungen außerhalb des Regelfalles
- (10) **Indikationsschlüssel gemäß Heilmittelrichtlinie für Zahnärzte („Heilm-RL ZÄ“)**
- Vermerk der Diagnosegruppe (z.B.: „SPZ“ / „SCZ“ / „OFZ“)
 - Indikationsschlüssel (Diagnosegruppenkürzel und ggf. Buchstabe für Leitsymptomatik) entspricht in der Logopädie dem Kürzel der Diagnosengruppe (s.o.; z.B.: SPZ, SCZ, OFZ)
- (11) **ICD-10-Code**
- beide ICD-10-Code Felder müssen von Zahnärzten und Kieferorthopäden nicht ausgefüllt werden und bleiben folglich frei
 - Begründung: Derzeit (Stand: 01/2018) wurde über die Anwendung der ICD-10-Klassifikation noch nicht grundlegend entschieden



(12) Diagnose mit Leitsymptomatik

- Definition der Diagnosegruppe (des Indikationsschlüssels) mit zugehöriger Leitsymptomatik
- Bsp. als Folge des Schlüssels „SPZ“ : „Störungen des Sprechens bei Mund-, Kieferanomalien (bei Sigmatismus interdentalis) mit Störungen der Lautbildung im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich [...]“
- Diagnosen sollten stets im Klartext angegeben werden (alleiniger Vermerk eines Indikationsschlüssels ist nicht ausreichend!); Nennung konkreter Therapieziele vorteilhaft

ggf. Spezifizierung der Therapieziele

- Zusatzinformationen, die sich nicht aus der Diagnose bzw. Leitsymptomatik ergeben
- ggf. Vermerk von „Therapien in (teil-)integrativen Einrichtungen“ zum Zwecke der Begründung einer Behandlung außerhalb der Praxisräumlichkeiten

(13) Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles

- Begründung einer langfristigen Therapiemaßnahme (z.B. durch den Vermerk eines „langfristigen Heilmittelbedarfs“); erfordert den Nachweis von durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen anhand der jeweiligen Dokumentationen und ggf. eine Genehmigung der entsprechenden Krankenkasse im Rahmen eines diesbezüglichen, durch den Patienten bei der Kasse gestellten Antrages (vom behandelnden Arzt ausgefüllte „Ärztliche Bescheinigung“ für langfristigen Bedarf)
- Struktur der Begründung ergibt sich aus § 7 Abs. 3 der HeilM-RL ZÄ
- Kann die Begründung auf dem Vordruck aus Platzgründen nicht formuliert werden, so ist die Verwendung eines formfreien Zusatzblattes möglich (Textumfang frei)
- notwendige Bestandteile der Begründung (auch vom Therapeuten erfragbar):
 - festgestellter Therapiebedarf
 - Therapiefähigkeit
 - Therapieprognose
 - angestrebte Therapieziele