

# Rezeptabrechnung – so wird's gemacht!

Weitere Informationen zu unseren Leistungen erhalten Sie unter (089) 92108-444

Spezielle Angebote auch für Existenzgründer:  
[www.zrk.de/existenzgruender](http://www.zrk.de/existenzgruender)  
 Ihre professionelle Praxis-Homepage:  
[www.azh-webbaukasten.de](http://www.azh-webbaukasten.de)

## VORDERSEITE

### Eintragungen des Arztes – bitte prüfen!

- 1 Angaben zum Versicherten**  
Bitte Vollständigkeit der Angaben und Gültigkeit der Versicherungskarte prüfen.
- 2 Betriebsstätten- und Arztnummer**  
Die BSNR und LANR müssen vom Arzt angegeben werden.
- 3 Ausstellungsdatum**  
Fehlt dieses, ist das Rezept grundsätzlich ungültig. Bitte in diesem Fall das Datum vom Arzt mit Unterschrift nachtragen lassen.
- 4 Zuzahlung**  
Die Angabe „pflichtig“ oder „frei“ muss der Arzt deutlich erkennbar vorgeben. Bei Zuzahlungsbefreiung empfehlen wir Ihnen, sich die gültige Befreiungsbescheinigung vom Patienten vorlegen zu lassen.
- 5 Verordnung nach Maßgabe des Kataloges**  
Die Kennzeichnung Erst- bzw. Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalles nimmt der Arzt vor. Gruppentherapie wird bei Bedarf vom Arzt angekreuzt. Eine erforderliche Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie kann nach Rücksprache mit dem Arzt vorgenommen werden.
- 6 Behandlungsbeginn**  
Sofern der Arzt keine konkreten Vorgaben macht, muss die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellungsdatum begonnen werden.
- 7 Hausbesuch**  
Die Kennzeichnung erfolgt durch den Arzt.
- 8 Therapiebericht**  
Muss nur auf Anforderung erstellt werden. Die Vorgabe macht der Arzt.  
  
▶▶▶ **Hinweis zu 7+8:** Falls nichts angekreuzt ist, ist dies gleichbedeutend mit „nein“. Die Verordnung ist aber dennoch gültig.
- 9 Verordnungsmenge, -art**  
Werden vom Arzt mit Frequenzempfehlung auf Basis des Heilmittelkataloges vorgegeben. In der Regel gelten sechs bzw. zehn Behandlungen pro Verordnung. Es darf nur noch ein vorrangiges oder optionales Heilmittel sowie ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden. Genaue Angaben sind im Heilmittelkatalog aufgeführt.  
**Wichtig:** Bei Verordnung von Manueller Lymphdrainage (MLD) muss der Arzt die Therapiedauer (30, 45 oder 60 Minuten) vorgeben.
- 10 Vollständiger Indikationsschlüssel und Diagnose**  
Muss der Arzt vorgeben. Bei fehlender, unvollständiger oder fehlerhafter Angabe bitte nachfragen bzw. korrigieren lassen. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.

**4** Krankenkasse bzw. Kostenträger  
**1** Name, Vorname des Versicherten  
 Musterkasse  
 Mustermann, Klaus  
 Musterstraße 10  
 12123 Musterhausen  
 geb. am 25.05.75  
 08/15  
**14** Heilmittel-Pos.-No. Faktor  
 2986 15 19620  
**15** Gesamt-Zuzahlung  
 20501  
**16** Gesamt-Brutto  
 21530  
**17** Heilmittel-Pos.-No. Faktor  
 29910 6  
**18** Wegegeld/-Pauschale Faktor km  
 29901 6 12  
**3** Verordnungsnummer  
 220413  
**5**  Verordnung außerhalb des Regelfalles  
**6**  Erstverordnung  
**7**  Hausbesuch  
**8**  Therapiebericht  
**14**  Gruppen-therapie  
**19** 2  
**12** Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)  
**13** DR. MED. BERNHARD FIT  
 NEUROLOGIE  
 SANDSTRASSE 145  
 12123 MUSTERHAUSEN  
 TEL.: 0204 234567  
 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
 Muster 13 (4.2013)

- 11 ICD-10-GM-Code**  
Der therapierelevante ICD-10-GM-Code muss insbesondere zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs angegeben werden. Die Codierung gewährleistet, dass entsprechende Verordnungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte berücksichtigt werden bzw. das Verordnungsvolumen nicht belasten. Zudem kann ggf. die Genehmigung bei langfristigem Heilmittelbedarf beschleunigt werden.

- 12 Medizinische Begründung**  
Gilt als Voraussetzung für eine Verordnung außerhalb des Regelfalles und wird vom Arzt eingetragen.

- 13 Arztstempel, Unterschrift**  
Müssen in jedem Fall vorhanden sein, damit die Verordnung gültig ist.

### Eintragungen des Physiotherapeuten

- 14 Institutionskennzeichen, Beleg-, Rechnungsnummer**  
Als zrk Kunde können Sie diese Felder freilassen. Den Eintrag übernimmt die zrk.
- 15 Gesamt-Zuzahlung, Gesamt-Brutto**  
Bitte eintragen. Bitte tragen Sie „00“ in das Feld Gesamtzuzahlung ein, wenn eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt. Sie können diesen Auftrag auch gerne der zrk übertragen.
- 16 Heilmittel-Positions-Nummer, Faktor**  
Bitte die gültigen Heilmittel-Positions-Nummern sowie den Faktor (Anzahl der tatsächlich geleisteten Behandlungen) angeben.
- 17 Wegegeld/-pauschale**  
Die Positionen für Wegegeldpauschale oder Wegegeld pro Kilometer bitte hier eintragen. (Länderspezifisch abweichend, z.B. kein Wegegeld in Baden-Württemberg.)  
**Wichtig:** Anzahl der Kilometer nur für jeweils eine Behandlung (Hin- und Rückfahrt) eintragen. Bei der Abrechnung multiplizieren wir Ihre Angabe automatisch mit der Anzahl der entsprechenden Hausbesuche.
- 18 Hausbesuch**  
Die Hausbesuchs- bzw. Einsatzpauschale sowie den Faktor hier eintragen.
- 19 Mitarbeiterkennzeichen**  
Bitte eintragen, wenn Sie den zrk Zusatzservice „Mitarbeiterstatistik“ nutzen. Bearbeiten mehrere Mitarbeiter ein Rezept, erfolgt die Kennzeichnung auf der Rückseite, siehe **25**.

### So vermeiden Sie Absetzungen

- Überprüfen Sie das Rezept auf Richtigkeit und beachten Sie dabei die Angaben auf diesem Poster.
- Bitte klären Sie rechtzeitig unvollständige oder nicht korrekte Rezeptangaben. Laut Heilmittelrichtlinie müssen Änderungen und Ergänzungen vom Arzt unterschrieben und mit Datum versehen werden. Fehlerhafte Verordnungen können jedoch in vielen Fällen und nach Rücksprache mit dem Arzt durch den Physiotherapeuten selbst geändert werden.  
**Bitte beachten:** Hiervon abweichende Regelungen sind in aktuell gültigen Rahmenverträgen (VdEK und Primärkassen) vereinbart.
- Nutzen Sie für die Erfassung der Rezeptdaten eine Praxissoftware mit Prüfungen und Plausibilisierungen, zum Beispiel azh TiM.
- Das Originalrezept senden Sie bitte zur Abrechnung an die zrk. Wenn Sie die Rezeptdaten aus Ihrer Praxissoftware via zrk Direkt elektronisch an die zrk senden, nutzen Sie zudem die Vorteile einer frühzeitigen **Datenvorprüfung**.

**Wichtig:** Wir bitten um Verständnis, dass wir an dieser Stelle nicht auf alle vertrags- bzw. kostenträgerspezifischen Besonderheiten eingehen können. Beachten Sie daher neben diesen Hinweisen auch eventuell abweichende Regelungen.

## RÜCKSEITE

- 20 Genehmigung der Krankenkasse**  
Bitte einholen, sofern bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles erforderlich. Bitte beachten Sie hier ggf. getroffene landes- oder kassenspezifische Vereinbarungen. PHYSIO DEUTSCHLAND und zrk stellen auf ihren Internetseiten entsprechende Informationen zur Verfügung.
- 21 Empfangsbestätigung**  
Für jede Behandlung müssen Datum, Maßnahme, ggf. Therapiedauer bei MLD sowie die Patientenunterschrift gut lesbar aufgelistet sein. In begründeten Einzelfällen können die Behandlungen auch durch einen Vertreter bestätigt werden.  
**Vorsicht:** Fristen laut Heilmittelrichtlinie oder ggf. abweichende rahmenvertragliche Vereinbarungen sind einzuhalten. Für Behandlungsbeginn bzw. -intervalle gelten für Maßnahmen der Physikalischen Therapie 14 Kalendertage. Je nach vertraglicher Regelung ist in begründeten Einzelfällen eine Verlängerung der Behandlungsintervalle möglich: z.B. bei Krankheit, Urlaub oder therapeutisch indizierter Unterbrechung.
- 22 Behandlungsabbruch**  
Datum und Grund müssen vom Therapeuten eingetragen werden. Auch bei begründeter Überschreitung der Behandlungsintervalle (siehe auch 21) ist eine entsprechende Dokumentation erforderlich.
- 23 Nach Rücksprache mit dem Arzt**  
muss der Therapeut Änderungen von Gruppen- in Einzeltherapie und eine Abweichung von der Behandlungsfrequenz mit Begründung hier angeben.
- 24 Praxisstempel, Unterschrift**  
des Leistungserbringers (Behandler oder Praxisinhaber) sind Voraussetzung, um die Verordnung mit den Kassen abzurechnen.

**20** Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles  
 Die verordnete Behandlung wird genehmigt.  Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.  
 Begründung bei Ablehnung  
 Datum T T M M J J J  
 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)	21	Unterschrift des Versicherten
1 16.04.13	KG + Heiße Rolle + HB		Mustermann
2 18.04.13	KG + Heiße Rolle + HB		Mustermann
3 23.04.13	KG + Heiße Rolle + HB		Mustermann
4 25.04.13	KG + Heiße Rolle + HB		Mustermann
5 30.04.13	KG + Heiße Rolle + HB		Mustermann
6 02.05.13	KG + Heiße Rolle + HB		Mustermann
7			
8			
9			
10			

Behandlungsabbruch am T T M M J J J

**22** Nach Rücksprache mit dem Arzt:  
 Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie  
 Abweichung von der Frequenz  
 Begründung:  
 Alle Angaben auf der Verordnung sind nur beispielhaft.

**24** Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers  
 Julia Wirth  
 Karlsruherstraße 113  
 G1234  
 A. P. A. P. A. P.

# Ein Service Ihrer Praxis für Physiotherapie: Heilmittelverordnungen ausfüllen – Tipps und Infos für Arztpraxen



## 1 Angaben zum Versicherten

Die Patientendaten sind gemäß gültiger Krankenversicherungskarte anzugeben. Dazu gehören Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Kassen-Nr., Versichertennummer und Status.

## 2 Betriebsstätten- und Arztnummer

Die lebenslange Arztnummer (LANR) und die Betriebsstätten-Nr. (BSNR) bitte hier angeben.

## 3 Ausstellungsdatum

Die Angabe ist zwingend erforderlich, damit die Verordnung gültig ist.

## 4 Zuzahlung

Die Angabe „Gebührenpflichtig“ oder „Gebühr frei“ ist deutlich erkennbar zu kennzeichnen.

## 5 Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Ob eine Erst- bzw. Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalles ausgestellt wird, muss hier angekreuzt werden. Der Regelfall (Erst- bzw. Folgeverordnung) ist grundsätzlich abhängig von der Diagnose. Bei Arztwechsel und Rezeptaussstellung bei derselben Diagnose beginnt deshalb gerade kein neuer Regelfall mit Erstverordnung; vielmehr muss der neue Vertragsarzt seine weiteren Verordnungen an den bereits „verbrauchten“ Verordnungen orientieren. Anzugeben ist auch, wenn die Behandlung als Gruppentherapie durchgeführt werden soll.

## 6 Behandlungsbeginn

Bei Bedarf bitte eintragen. Sofern keine konkreten Vorgaben vorliegen, muss der Therapeut die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellungsdatum beginnen.

## 7 Hausbesuch

Ist aus therapeutischen Gründen ein Hausbesuch notwendig, ist dies entsprechend zu kennzeichnen.

## 8 Therapiebericht

Muss nur auf Anforderung des Arztes vom Therapeuten erstellt werden. Bitte angeben, ob ein Therapiebericht gewünscht ist oder nicht. Wenn ein Therapiebericht gewünscht wird, erhalten Sie vom Physiotherapeuten eine qualifizierte Rückmeldung mit Hinweisen zum Behandlungsverlauf.

## 9 Verordnungsmenge, -art

Sind mit Frequenzempfehlung auf Basis des Heilmittelkatalogs vorgegeben. In der Regel gelten sechs bis zehn Behandlungen pro Verordnung. Es darf nur noch ein vorrangiges oder optionales Heilmittel sowie ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden. Genaue Angaben sind im Heilmittelkatalog aufgeführt.

Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.

**Wichtig:** Bei der Verordnung Manueller Lymphdrainage muss auch die Therapiedauer (30, 45 oder 60 Minuten) vorgegeben werden.

## 10 Vollständiger Indikationsschlüssel und Diagnose

Der Indikationsschlüssel ist vollständig einzutragen. Des Weiteren sind Diagnose und Leitsymptomatik anzugeben. Die Angabe der Therapieziele ist nur erforderlich, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.

NEU

## 11 ICD-10-GM-Code

Der therapierelevante ICD-10-GM-Code muss insbesondere zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs angegeben werden. Die Codierung gewährleistet, dass entsprechende Verordnungen bei Ihrer Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden bzw. das Verordnungsvolumen nicht belasten. **So schützen Sie sich vor ungerechtfertigten Regressforderungen!** Zudem kann ggf. die Genehmigung bei langfristigem Heilmittelbedarf beschleunigt werden.

## 12 Medizinische Begründung

Handelt es sich um eine Verordnung außerhalb des Regelfalles, ist hier die Begründung für die weitere notwendige Therapie anzugeben.

## 13 Arztstempel, Unterschrift

Müssen in jedem Fall vorhanden sein, damit die Verordnung gültig ist. Das Rezept ist eigenhändig zu unterschreiben.

**4** **Gebühr**  Krankenkasse bzw. Kostenträger  
**Musterkasse**

**Gebühr frei**  **Name, Vorname des Versicherten** **1**  
**Mustermann, Klaus** geb. am **25.05.75**

**Unfall/Unfallfolgen**  **Anschrift**  
**Musterstraße 10** **12123 Musterhausen** **08/15**

**BVG** **Kassen-Nr.** **Versicherten-Nr.** **Status**  
**8654321** **015478632** **10001**

**Betriebsstätten-Nr.** **Arzt-Nr.** **Datum**  
**648950400** **2** **845637301** **10.04.13**

**5** **Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)**

**Erstverordnung**  **Folgeverordnung**  **Gruppentherapie**

**Verordnung außerhalb des Regelfalles** **3** **Behandlungsbeginn spätest. am** **2.2.04.13**

**7** **Hausbesuch**  **Ja**  **Nein** **8** **Therapiebericht**  **Ja**  **Nein** **6** **Rechnungsnummer**

**Verordnungs-menge** **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** **Anzahl pro Woche**

6	KG	2
6	Heiße Rolle	2

**10** **Indikationsschlüssel** **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**  
**WS 2 a** **Bandscheibenprolaps mit radikulären Syndromen**

**11** **ICD-10 - Code**  
**LS: Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörungen**

**12** **Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele**

**12** **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**

**Heilmittel-Pos.-Nr.** **Faktor**

**Wegegeld-/Pauschale** **Faktor** **km**

**Faktor** **Hausbesuch** **Faktor**

**13** **Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes**

Alle Angaben auf der Verordnung sind nur beispielhaft. Muster 13 (4.2013)

Ihre Praxis für Physiotherapie beantwortet Ihnen gerne eventuelle Fragen zur Heilmittelverordnung.

Praxisstempel / Visitenkarte des Physiotherapeuten