

V4-Nr. 509 vom 18.08.2020

Verteiler: KZVen

KZBV · UNIVERSITÄTSSTRASSE 73 · 50931 KÖLN

An die
Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

VORSTAND

Köln, 18.08.2020

»

**Zahnärztliche Heilmittelverordnung – Vordruck 9 nebst Ausfüllhinweisen
Anlage 14a/14b BMV-Z (18. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

»

mit Schreiben V4-Nr. 467 vom 03.08.2020 haben wir Sie bereits über die Anpassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ) zum 1. Oktober 2020 informiert sowie Informationsmaterial zur Verfügung gestellt.

Die Änderungen in der Richtlinie haben auch Auswirkungen auf den Vordruck „Zahnärztliche Heilmittelverordnung“ (Vordruck 9 Anlage 14a BMV-Z), sodass KZBV und GKV-Spitzenverband die als Anlage beigefügte 18. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z konsentiert haben. Diese erhalten Sie bereits ohne Unterschriften vorab; das Unterschriftenverfahren läuft aktuell noch.

Zum Umgang mit vor dem 1. Oktober 2020 ausgestellten zahnärztlichen Heilmittelverordnungen werden Sie noch gesondert informiert.

Sobald die unterschriebene Vereinbarung vorliegt, reichen wir diese nach. Die PVS-Hersteller werden parallel über die Neuerungen unterrichtet.

Die Inhalte dieser Vereinbarung werden nach Abschluss des Unterschriftenverfahrens wie gewohnt in den BMV-Z überführt und können dann auf unserer Homepage abgerufen werden.

Für ergänzende Fragen stehen wir Ihnen natürlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. Hendges', written in a cursive style.

ZA Martin Hendges
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Anlage

18. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z

Die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**, K. d. ö. R., Köln
und der
Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., Berlin

vereinbaren Folgendes:

**Änderung der zahnärztlichen Heilmittelverordnung für die vertragszahnärztliche
Versorgung
(Anlagen 14a/14b BMV-Z),
hier: Vordruck 9 (Stand: 01.10.2020)**

Artikel 1

Der Vordruck 9 erhält ab 01.10.2020 die beigefügte Fassung:

Zahnärztliche Heilmittelverordnung		
Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; font-size: 8px;">geb. am</div>	
Unfall-/Unfall-folgen		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status
	Vertragszahnarzt-Nr.	Datum
<p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Verordnung nach Maßgabe des Kataloges</p> <p style="font-size: 8px; margin: 5px 0 0 0;"><input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen</p> <p style="font-size: 8px; margin: 0 0 0 0;">Hausbesuch Therapiebericht</p> <p style="font-size: 8px; margin: 0 0 0 0;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Physiotherapie</p> <p style="margin: 0;"><u>Vorrangige Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> KG</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bobath</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bobath</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vojta</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input type="checkbox"/> MT</p> <p><input type="checkbox"/> MLD 30</p> <p><input type="checkbox"/> MLD 45</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;"> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">Ergänzende Heilmittel:</p> <p><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation</p> <p><input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heißluft</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heiße Rolle</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ultraschall</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p> </div> </div> <div style="width: 30%;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</p> <p style="font-weight: bold; margin: 5px 0 0 0;">Therapiedauer</p> <p><input type="checkbox"/> 30 min. _____</p> <p><input type="checkbox"/> 45 min. _____</p> <p><input type="checkbox"/> 60 min. _____</p> </div> <div style="width: 20%;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p> <p>1x 2x 3x</p> <p style="font-weight: bold; margin: 5px 0 0 0;">Verordnungsmenge</p> <p style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></p> <p style="font-size: 8px; margin: 5px 0 0 0;"><i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i></p> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p> <p>1x 2x 3x</p> <p style="font-weight: bold; margin: 5px 0 0 0;">Verordnungsmenge</p> <p style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></p> </div> </div>		
Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf.wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele	
ICD-10 – Code		
ICD-10 – Code		
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)		
Vordruck-Nr. Z13	IK des Leistungserbringers	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

	Datum	Maßnahmen <i>(erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)</i>	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

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

IK des Leistungserbringers

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

Belegnummer

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

Behandlungsabbruch

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

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt

Abweichung
von der Frequenz

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Der Vordruck erhält das Format DIN A4 hoch.

Artikel 2

In Anlage 14b werden die Ausfüllhinweise zu Vordruck 9 – Zahnärztliche Heilmittelverordnung wie folgt neu gefasst:

Vordruck 9 – Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

		Zahnärztliche Heilmittelverordnung	
1	Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
1	Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
1	Unfall-/Unfall-folgen		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges			
2	<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen		
3	Hausbesuch	Therapiebericht	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 4	
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges			
5	Physiotherapie		6
	Vorrangige Heilmittel:		Ergänzende Heilmittel:
	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> Kälte	<input type="checkbox"/> Elektrostimulation
	<input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> Elektrotherapie
	<input type="checkbox"/> Bobath	<input type="checkbox"/> Heißluft	
	<input type="checkbox"/> Vojta	<input type="checkbox"/> Heiße Rolle	
	<input type="checkbox"/> KG-ZNS	<input type="checkbox"/> Ultraschall	
	<input type="checkbox"/> Bobath	<input type="checkbox"/> Packungen	
	<input type="checkbox"/> Vojta	Ggf. Spezifizierung	
	<input type="checkbox"/> PNF	_____	
	<input type="checkbox"/> MT	_____	
	<input type="checkbox"/> MLD 30	<input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	
	<input type="checkbox"/> MLD 45		
		Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie	
		7 Therapiedauer	
		<input type="checkbox"/> 30 min. _____	
		<input type="checkbox"/> 45 min. _____	
		<input type="checkbox"/> 60 min. _____	
		8 Anzahl pro Woche	
		<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---	
		1x 2x 3x	
		Verordnungsmenge	
		<input type="text"/>	
		9 ggf. ergänzendes Heilmittel	
		Anzahl pro Woche	
		<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---	
		1x 2x 3x	
		Verordnungsmenge	
		<input type="text"/>	
10	Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf.wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele	
	<input type="text"/>	11	
11	ICD-10 – Code		
	<input type="text"/>		
11	ICD-10 – Code		
	<input type="text"/>		
12	Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
13	IK des Leistungserbringers	<input type="text"/>	
		Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes	

1 Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Heilmittelbehandlung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen.

2 Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Grundsätzlich hat die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch den Vertragszahnarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen. Dies ist auf der Verordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Dringlicher Behandlungsbedarf“ kenntlich zu machen.

Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

3 Hausbesuch

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ oder das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ ist anzukreuzen. Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist vom Vertragszahnarzt anzukreuzen, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Soweit ein Hausbesuch nicht notwendig ist, ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ vom Vertragszahnarzt anzukreuzen.

4 Therapiebericht

Bei Bedarf kann der Vertragszahnarzt einen Therapiebericht beim Heilmittelerbringer anfordern. Dies ist auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. Soweit auf den Therapiebericht verzichtet werden kann, bleibt dieses Kästchen frei.

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung sind die Maßnahmen der Physiotherapie und der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte anzugeben.

Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie sowie Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. Werden Heilmittel aus verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges verordnet, ist für jede Verordnung je ein Verordnungsvordruck zu verwenden.

5 Vorrangige Heilmittel (Physiotherapie)

Der Vertragszahnarzt verordnet durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens „KG“ Krankengymnastik, „KG-ZNS-Kinder“ Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, „KG-ZNS“ Krankengymnastik bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems nach Vollendung des 18. Lebensjahres, „MT“ Manuelle Therapie, „MLD-30“ Manuelle Lymphdrainage 30 Minuten, „MLD-45“ Manuelle Lymphdrainage 45 Minuten. Der Vertragszahnarzt kann durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens „Bobath“, „Vojta“ oder „PNF“ die Maßnahmen der „KG-ZNS-Kinder“ bzw. „KG-ZNS“ spezifizieren. Erfolgt keine Spezifikation, kann der Heilmittelerbringer selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen. Es kann maximal ein vorrangiges Heilmittel verordnet werden.

6 Ergänzende Heilmittel (Physiotherapie)

Die Wärme- und Kälteapplikation kann nur als therapeutisch erforderliche Ergänzung in Kombination mit „KG“, „KG-ZNS-Kinder“, „KG-ZNS“, „MT“, „MLD-30“ oder „MLD-45“ verordnet werden. Der Vertragszahnarzt kann durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens „Heißluft“, „Heiße Rolle“, „Ultraschall“ oder „Packungen“ die Maßnahmen der „Wärmetherapie“ spezifizieren. Erfolgt keine Spezifikation, kann der Heilmittelerbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.

Die Elektrotherapie oder Elektrostimulation kann als ergänzendes Heilmittel zu den vorrangigen Heilmitteln „KG“, „KG-ZNS-Kinder“, „KG-ZNS“, „MT“, „MLD-30“ oder „MLD-45“ verordnet

werden. Die Elektrotherapie oder Elektrostimulation kann ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog dies vorsieht.

Der Vertragszahnarzt kann die beiden leeren Zeilen „ggf. Spezifizierung“ für eine weitere Spezifizierung der Maßnahmen nach den §§ 19 und 22 der HeilM-RL ZÄ nutzen. Hierzu gehören die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:

1. Kältetherapie mittels Kaltpackungen, Kaltgas, Kaltluft,
2. Wärmetherapie mittels Heißluft, als strahlende oder geleitete Wärme zur Muskeldetensionierung und Schmerzlinderung,
3. Wärmetherapie mittels heißer Rolle, zur lokalen Hyperämisierung mit spasmolytischer, sedierender, schmerzlindernder Wirkung,
4. Wärmetherapie mittels Ultraschall, zur Besserung der Durchblutung und des Stoffwechsels und zur Erwärmung tiefergelegener Gewebsschichten,
5. Wärmetherapie mittels Warmpackungen mit Peloiden (z. B. Fango), Paraffin oder Paraffin-Peloidgemischen zur Applikation intensiver Wärme,
6. Elektrotherapie unter Verwendung konstanter galvanischer Ströme oder unter Verwendung von Stromimpulsen (z. B. diadynamische Ströme, mittelfrequente Wechselströme, Interferenzströme),
7. Elektrostimulation unter Verwendung von Reizströmen mit definierten Einzel-Impulsen nach Bestimmung von Reizparametern (nur zur Behandlung von Lähmungen bei prognostisch reversibler Nervenschädigung).

Maßnahmen der Übungsbehandlung können in geeigneten Fällen zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage ergänzend verordnet werden.

Es kann maximal ein ergänzendes Heilmittel zum vorrangigen Heilmittel verordnet werden.

7 Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie: Therapiedauer pro Sitzung und Verordnungsmenge

Der Vertragszahnarzt verordnet durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens die Minutenangaben „30 min“, „45 min“ oder „60 min“ für die Sprech- und Sprachtherapie oder für die Schlucktherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges Zahnärzte in Abhängigkeit von der medizinischen Indikation (konkretes Störungsbild) sowie der jeweiligen Belastbarkeit des Versicherten.

Für die Sprech- und Sprachtherapie oder für die Schlucktherapie besteht die Möglichkeit, verschiedene Behandlungszeiten zu verordnen. Die Aufteilung der Verordnungsmenge ist in der Zeile hinter der jeweiligen Therapiedauer zu spezifizieren (z. B. 30 min. 5x und 45 min. 5x). Bei einer Aufteilung der Gesamtverordnungsmenge auf verschiedene Behandlungszeiten muss die Summe der Verordnungsmenge im Feld **7** mit der Verordnungsmenge im Feld **8** übereinstimmen. Sofern von der Aufteilung kein Gebrauch wird, ist die Zeile für die anteilige Verordnungsmenge hinter der Behandlungszeit im Feld **7** nicht zu befüllen.

8 Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist vom Vertragszahnarzt durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens „1x“, „2x“, „3x“ eine Behandlungsfrequenz für das verordnete Heilmittel anzugeben. Sofern der Vertragszahnarzt eine Frequenzspanne vorgeben möchte, ist jeweils der untere und der obere Wert der Frequenzspanne mit einem Kreuz zu versehen (z. B. bei 1 - 2x wöchentlich Kreuz im Feld „1x“ und im Feld „2x“; bei „2 - 3x wöchentlich“ Kreuz im Feld „2x“ und im Feld „3x“; usw.). Die spätere Abweichung von der angegebenen Frequenz ist nur zulässig, wenn zwischen Vertragszahnarzt und Therapeut ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten darf den Wert der Höchstmenge je Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte nicht überschreiten. Im Fall eines langfristigen Heilmittelbedarfs können die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden (vgl. § 6 Abs. 5 HeilM-RL ZÄ).

9 ggf. ergänzendes Heilmittel: Anzahl pro Woche und Verordnungsmenge

Dieses Feld steht zur Verfügung in Fällen, in denen zu einem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel auf einem Vordruck verordnet werden soll. Es kann hier die Anzahl pro Woche und die Verordnungsmenge für das ergänzende Heilmittel nach Maßgabe der Ziffer 8 angegeben werden.

Die Möglichkeit zur Verordnung einer Doppelbehandlung besteht nicht für ein ergänzendes Heilmittel.

10 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser setzt sich bei der zahnärztlichen Heilmittelverordnung in der Regel aus der Bezeichnung der Indikationsgruppe (z. B. LYZ2) und in Ausnahmefällen aus der Bezeichnung der Indikationsgruppe und dem Buchstaben der vorrangigen Leitsymptomatik (nur bei CD1, CD2 und CSZ) gemäß Heilmittelkatalog Zahnärzte zusammen (z. B. CD1a oder CSZb).

11 Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Die Felder für den ICD-10-Code sind vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen. Die Diagnose ist als Freitext anzugeben.

Therapierelevante Befundergebnisse sind auf der zahnärztlichen Heilmittelverordnung anzugeben. Diese können sich aus der Eingangsdiagnostik oder aus einer erneuten störungsbildabhängigen Erhebung des Befundes ergeben.

Die Therapieziele sind vom Vertragszahnarzt anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

12 Weitere Hinweise (ggf. Angabe/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung etc.)

Bei Vorliegen einer **Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelbringern („Blankoverordnung“)** ist hier ein entsprechender Vermerk vorzusehen.

Bei Verordnungen aufgrund von Indikationen nach § 125a SGB V kann auf folgende Angaben auf dem Heilmittelvordruck verzichtet werden:

- die Verordnungsmenge (Ziffern 7, 8 und 9),
- das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ (Ziffern 5, 6 und 7),
- die Therapiefrequenz (Angabe auch als Therapiefrequenzspanne möglich) (Ziffern 7, 8 und 9),
- ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“) (Ziffern 5 und 6)

Die vorgenannten Felder sind dann vom Vertragszahnarzt nicht anzukreuzen oder zu befüllen.

Sollte mit der Heilmittelbehandlung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen begonnen werden können, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Sogenannte „Blankoverordnungen“ sind maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig.

Auf die o. g. Angaben auf dem Heilmittelvordruck ist auch bei Indikationen nach § 125a SGB V nicht zu verzichten, wenn wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel gemäß des Heilmittelkataloges oder der Dauer und Frequenz der Therapie durch den Therapeuten sprechen. In diesem Fall sind alle Angaben vom Vertragszahnarzt zu tätigen.

Beim Vorliegen eines **langfristigen Heilmittelbedarfes** kann ein entsprechender Vermerk im Feld „Weitere Hinweise“ vorgesehen werden.

Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf des Versicherten ergeben.

Die Krankenkasse entscheidet auf Antrag des Versicherten darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.

Für den Genehmigungsbescheid benötigt die Krankenkasse neben dem Antrag des Versicherten eine Kopie einer gültigen und gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL ZÄ vollständig ausgefüllten Verordnung des Vertragszahnarztes. Die Originalverordnung bleibt bei dem Versicherten.

Der Vertragszahnarzt kann im Feld „Weitere Hinweise“ entweder die Begründung (ggf. unter Zuhilfenahme eines Beiblattes) vermerken, dass ein Antrag des Versicherten auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfes nach § 7 HeilM-RL ZÄ angezeigt ist oder, dass vom Versicherten bereits eine Genehmigung der Krankenkasse nach § 7 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ vorgelegt wurde.

Besonderheit: Verordnung von Doppelbehandlungen

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann ein vorrangiges Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet werden. Derartige Fallgestaltungen können sich hauptsächlich bei Vorliegen der Diagnosegruppen CD2, ZNSZ und SCZ ergeben. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht. Sind als Verordnungsmenge bspw. 6 Behandlungseinheiten angegeben, dürfen 3 Doppelbehandlungen à 2 Behandlungseinheiten durchgeführt werden. Je Doppelbehandlung kann in der Physiotherapie maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden. Soweit der Vertragszahnarzt die Abgabe in Form einer Doppelbehandlung wünscht, kann er dies im Feld "Weitere Hinweise mittels Freitextangabe deutlich machen (z. B. „als Doppelbehandlung“).

13 IK des Leistungserbringers

Dieses Feld ist ausschließlich für Abrechnungszwecke des Heilmittelleistungserbringers vorgesehen und ist durch den verordnenden Vertragszahnarzt nicht zu befüllen.

Rückseite oder Seite 2 des Vordruckes:

Die Rückseite oder die Seite 2 des Vordruckes ist bei der EDV-mäßigen Erstellung des gesamten Vordruckes ebenfalls vom Vertragszahnarzt zu drucken. Die Rückseite oder Seite 2 ist ausschließlich für Abrechnungszwecke des Heilmittelleistungserbringers vorgesehen und ist vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen.

Protokollnotiz:

Die Partner des Bundesmantelvertrages Zahnärzte sind sich einig, dass in einem weiteren Schritt zeitnah in Verhandlungen über die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nach § 86 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V respektive der Vorbereitung möglicher Digitalisierungsvorhaben hinsichtlich des Vordruckes 9 „Zahnärztliche Heilmittelverordnung“ eingetreten werden soll. Die Vertragspartner streben in diesem Zusammenhang eine weitgehende Harmonisierung der im zahnärztlichen und im ärztlichen Bereich zu verwendenden Formulare für die Verordnung von Heilmitteln an, unter Berücksichtigung der zwingenden Unterschiede, die sich auf Grundlage der jeweiligen Heilmittel-Richtlinien der zahnärztlichen und der ärztlichen Versorgung ergeben.

Artikel 3

Für die Verordnung von Heilmitteln ab dem 01.10.2020 ist ausschließlich der neue Vordruck unter Berücksichtigung der Ausfüllhinweise zu verwenden. Die vorliegende Änderungsvereinbarung tritt am Tag nach ihrer Unterzeichnung in Kraft.

Köln, Berlin

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung