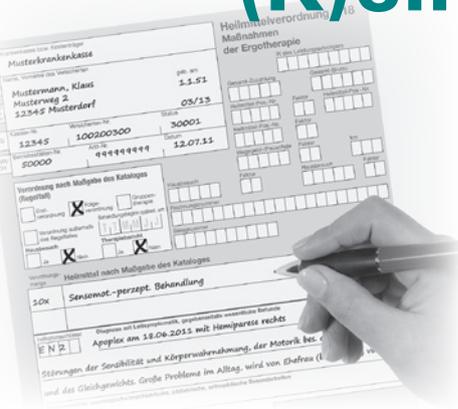


Verordnungen von Ergotherapie – (K)ein Buch mit sieben Siegeln



In letzter Zeit wenden sich Ergotherapeuten und andere Heilmittelbringer vermehrt an Arztpraxen, weil Verordnungen unvollständig oder nicht exakt genug ausgestellt sind. Ein Gerichtsurteil sowie immer peniblere Prüfungen durch die Krankenkassen machen das notwendig. Den Therapeuten droht ein kompletter Vergütungsausfall, der teils auch nicht nachträglich behoben oder – wie es im „Krankenkassendeutsch“ heißt – „geheilt“ werden kann. Zudem können solche Verordnungen Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arztpraxis sein. Der Beitrag beleuchtet die Zusammenhänge und soll helfen, zwischen Patienten, Medizinischen Fachangestellten, Therapeuten und Ärzten die Zusammenarbeit zu erleichtern und Missverständnisse zu vermeiden.

Die Ergotherapie ist ein Heilmittel, das im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten und durch die Heilmittel-Richtlinie sowie die Rahmenverträge des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) e.V. mit den Krankenkassen näher ausgestaltet ist.

Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen. (Definition Ergotherapie, DVE 2007)

Nach der Heilmittel-Richtlinie können Heilmittel, also Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie und Podologie von Vertragsärzten verordnet werden, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Indikation für die Verordnung

Dabei setzt die Heilmittel-Richtlinie voraus, dass neben einer festgestellten Diagnose auch die so genannte **Leitsymptomatik** (also die konkreten Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Fähigkeitsstörungen) eine Indikation für die Verordnung von Heilmitteln bietet.

Ergotherapeutische Leistungen kann **jede/r Vertragsärztin/-arzt** verordnen, die/der die Maßnahmen aufgrund ihrer/seiner Fähigkeiten und Kenntnisse überwachen, leiten und beenden kann. Diagnostische Maßnahmen nach § 41 (Ärztliche Diagnostik) der Heilmittel-Richtlinie können in eige-

ner Durchführung erbracht oder durch Fremdbefunde belegt werden.

Formulare

Verordnet werden die Heilmittel auf festgelegten Formularen. Für die **Ergotherapie ist das das Muster 18** (als Originalformular grün).

■ Mit diesem Formular hält die verordnende Vertragsärztin / der verordnende Vertragsarzt die grundsätzliche Entscheidung für die Versorgung mit Ergotherapie fest und trifft neben den Angaben zum Patienten und seiner Erkrankung auch die Auswahl für die jeweilige Maßnahme sowie deren Häufigkeit.

■ Gleichzeitig dient das Formular zur Abrechnung der Leistung(en) mit der jeweiligen Krankenkasse des Patienten. Denn dort werden (in den Feldern oben rechts) die Vergütungen berechnet und das Original wird zur Abrechnung vorgelegt. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass Ergotherapie-Praxen direkt mit den Krankenkassen abrechnen – es existiert keine „zwischengeschaltete“ Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung.

Prüfung der Verordnung

Aufgrund des „Prüfpflichturteils“ des Bundessozialgerichts (BSG) von Oktober 2009 müssen die Heilmittelbringer die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität prüfen. Maßstäbe dafür sind

- aus professioneller Sicht erkennbare Fehler
- Übereinstimmung mit den Heilmittel-Richtlinien

Nach Auffassung des BSG ist eine korrekte Verordnung notwendige Voraussetzung für den Beginn der Behandlung und die Abrechnung der Leistungen. Nachträgliche Korrekturen sind nach dem Prüfpflicht-Urteil aber nicht ausdrücklich ausgeschlossen und somit möglich.

Notwendige Eintragungen

Welche Eintragungen notwendig sind, ist in § 13 der Heilmittel-Richtlinie vom 1. Juli 2011 festgelegt.

Neben den Daten, die für die Abrechnung gebraucht werden (Patienten-Daten im oberen linken Feld), sind einige Informationen für die Behandlung erforderlich und somit **Pflichtangaben** auf der Verordnung:

- **Indikationsschlüssel** (Diagnosegruppe) und **Diagnose als Klartext** (ICD 10-Schlüssel ist nicht vorgeschrieben, kann aber die ausgeschriebene Diagnose ergänzen)
- **Leitsymptomatik** als Klartext und ggf. Spezifizierung des Therapieziels
- **genaue Bezeichnung des Heilmittels** (im Wortlaut z.B. sensomotorisch-perzeptive Behandlung, eine Angabe wie „A1“ ist nicht ausreichend)
- **Anzahl und Frequenz** der Leistung

Daneben sind folgende Angaben ebenfalls erforderlich:

- Jede Verordnung muss ein Kreuz enthalten, ob es sich um eine **Erst- oder Folgeverordnung** oder eine Verord-

nung **außerhalb des Regelfalls** handelt.

- Eine **Verordnung außerhalb des Regelfalls muss in jedem Fall eine Begründung** unten links im dafür vorgesehenen Feld enthalten. Dies ist auch dann erforderlich, wenn eine Krankenkasse auf das Genehmigungsverfahren verzichtet hat.

Für diese Angaben finden sich auf dem Verordnungsblatt Muster 18 entsprechende Felder.

Vorgehen bei Änderungen

Gemäß der Heilmittel-Richtlinie darf der Therapeut Änderungen nur nach Absprache mit dem Arzt vornehmen bei:

- Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie
- Abweichung von der Frequenz

je nach Vertrag Änderung des Behandlungsbeginns

Dies wird auf der Rückseite der Verordnung unten links dokumentiert.

Alle anderen Änderungen sind vom Arzt vorzunehmen und durch eine erneute Unterschrift mit Angabe des Datums und Praxisstempel zu bestätigen.

Die Verträge des DVE mit den Krankenkassen sowie schriftliche Zusagen einzelner Kassen sehen ggf. noch weitere Ergänzungs- und Änderungsmöglichkeiten vor.

Probleme bei Abrechnungen

Im Abrechnungsverfahren mit den Krankenkassen kann es der ergotherapeutischen Praxis passieren, dass aufgrund eines Fehlers auf der Verordnung die Vergütung ganz oder teilweise ab-

gesetzt wird. Dies betrifft leider nicht nur Fehler, die direkt die Qualität der Therapie betreffen, sondern auch rein **formale Unrichtigkeiten und Auslassungen**, die mit der eigentlichen Leistungserbringung nichts zu tun haben. Da eine Verordnung erst abgerechnet wird, wenn alle Leistungen erbracht sind, haben die ergotherapeutischen Praxen dann quasi zum „Nulltarif“ gearbeitet. So wurden schon Vergütungen nicht bezahlt, weil die Begründung für eine Verordnung außerhalb des Regelfalls **in der falschen Zeile** steht oder weil der **Indikationsschlüssel** mit einem zusätzlichen Buchstaben (z.B. EN1a) ergänzt wurde.

Das Abrechnungsgebaren ist je nach Krankenkasse und Region unterschiedlich – vor allem

Heilmittelverordnung Muster 18

Das Formular ist in verschiedene Blöcke unterteilt:

- Block 1:** Patientendaten (Name, Geburtsdatum, etc.)
- Block 2:** Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)
- Block 3:** Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
- Block 4:** Indikationsschlüssel
- Block 5:** Diagnose mit Leitsymptomatik
- Block 6:** Spezifizierung der Therapieziele
- Block 7:** Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles

Kommentar zur Vorderseite der Heilmittelverordnung

Neben den üblichen Daten des Patienten werden auf Seite 1 diverse therapie-relevante Angaben abgefragt.

Block 1 Patienten- und andere Daten

- Hier werden die Patienten-Daten sowie die Betriebsstätten-Nummer, die lebenslange Arztnummer, das Ausstellungsdatum der Verordnung (!) sowie weitere Angaben eingetragen.

Block 2 Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

- Hier muss zwingend gekennzeichnet werden, ob eine Erstverordnung oder Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalles ausgestellt wird. Jede Verordnung nach Verbrauch der Gesamtverordnungsmenge ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalles, eine „Langfristverordnung im Regelfall“ ist nicht vorgesehen. Hier ist unbedingt eine Begründung im Block 7 („Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles“) erforderlich.
- Sofern Einzeltherapie nicht medizinisch erforderlich und Gruppentherapie die gewünschte Therapieform darstellt, wird hier entsprechend angekreuzt.
- Der Behandlungsbeginn muss nur eingetragen werden, wenn die Behandlung abweichend vom Ausstellungsdatum nicht innerhalb von 14 Tagen begonnen werden kann oder soll, sonst bleibt das Feld frei. Ist eine Genehmigung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles einzuholen, beginnt die Frist mit dem Genehmigungszeitpunkt.
- Wenn der Patient die Praxis aus medizinischen Gründen nicht aufsuchen kann oder wenn der Hausbesuch aus therapeutischen Gründen notwendig ist, wird er hier mit Ja angekreuzt, ansonsten mit Nein.
- Hier wird auch gekennzeichnet, ob ein Therapiebericht gewünscht ist oder nicht.

Block 3 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

- Verordnungsmenge: In der Ergotherapie können bis max. 10 Therapieeinheiten pro Rezept verordnet werden. Bei der Verordnung außerhalb des Regelfalles kann hier auch eine größere Anzahl eingetragen werden: Die Verordnungsmenge ist dabei abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.
- Heilmittel: Es kann sich hierbei um ein vorrangiges oder ein optionales Heilmittel handeln, zusätzlich kann der Arzt die ergänzende Maßnahme „Thermische Anwendung“ und/oder eine ergotherapeutische Schiene verordnen. Wichtig: das/die verordnete/n Heilmittel muss/müssen zum eingetragenen Indikationsschlüssel passen, vgl. Heilmittelkatalog! Pro Zeile ein Heilmittel; ggf. können auch zwei vorrangige Heilmittel verordnet werden. Das Heilmittel muss im Volltext, ggf. abgekürzt, angegeben werden; „A1“ z.B. reicht nicht aus.
- Mit der Behandlungsfrequenz wird die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche angegeben.

Block 4 Indikationsschlüssel/Diagnose mit Leitsymptomatik

- Der Indikationsschlüssel ist trotz vorgegebener vier offener Felder nur dreistellig einzutragen.
- Hier trägt der Arzt des Weiteren die Diagnose mit Leitsymptomatik ein, beide Angaben sind zwingend erforderlich; ggf. können wesentliche Befunde ergänzt werden!
- Die Diagnose muss im Volltext angegeben werden (die ICD-10-Codierung reicht nicht aus), ebenfalls die Leitsymptomatik. Hinter dem Begriff der Leitsymptomatik verbergen sich in der Ergotherapie die im Heilmittelkatalog aufgeführten Fähigkeitsstörungen. Die Übernahme des exakten Wortlautes aus dem Heilmittelkatalog ist nicht zwingend notwendig, d.h., der Arzt kann auch selbst formulieren.

Block 5 Neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Block 6 Spezifizierung der Therapieziele

Block 7 Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles

- Falls es sich um eine Verordnung außerhalb des Regelfalles handelt, muss der Arzt hier die Begründung für die weitere notwendige Therapie eintragen.

Block 8 Felder zur Taxierung der Verordnung

die Allgemeinen Ortskrankenkassen prüfen Verordnungen sehr genau.

Unterstützung erwünscht

Vor diesem Hintergrund bitten wir Sie, die ergotherapeutische Praxis zu unterstützen, wenn sie mit der Bitte um Korrektur der Verordnung zu Ihnen kommt. Eine Korrektur der Formalien schützt die Arztpraxis vor einem Regress und den Heilmittelerbringer vor der Verweigerung der Vergütung.

Gern ist die Geschäftsstelle des DVE auch für Arztpraxen da, wenn Unsicherheiten bestehen. Ein Anruf (0 72 48) 91 81-0 oder eine Mail (info@dve.info) genügt. Auf Wunsch schicken wir kostenlos unsere Broschüre „Ausfüllhilfe“ sowie eine Kurzfassung der Heilmittel-Richtlinie zu.

Arnd Longrée, Vorsitzender,
Deutscher Verband der Ergo-
therapeuten, www.dve.info

An alles gedacht?

Checkliste für das Ausfüllen einer Heilmittelverordnung

- Ausstellungsdatum angeben?
- Art der Verordnung angekreuzt?
 - ⊃ Wenn ja: korrekt?
 - ⊃ Wenn außerhalb des Regelfalls: Besondere Begründung unten angeben? Hat Krankenkasse auf Genehmigung verzichtet?
- Hausbesuch mit Ja angekreuzt, falls notwendig? Ansonsten Nein
- Therapiebericht mit Ja angekreuzt, falls gewünscht? Ansonsten Nein
- Angabe Verordnungsmenge
 - ⊃ wenn ja: Höchstverordnungs- menge eingehalten?
 - ⊃ bei Verordnung von Doppelbehand- lungen ist nur die halbe Anzahl an Behandlungsterminen möglich
- Heilmittel angegeben
 - ⊃ wenn ja: korrekt zur Diagnosegruppe?
 - ⊃ Angabe im Klartext, Bezeichnung „A1“ oder „Ergothe- rapie“ ist nicht ausreichend
 - ⊃ bei zwei Heil- mitteln (innerhalb der Ergothera- pie): zulässige Kombination?
- Frequenzempfehlung angegeben?
- Indikationsschlüssel (Diagnose- gruppe lt. Heilmittelkatalog) voll- ständig (3-stellig) und korrekt?
- Diagnose angegeben?
 - ⊃ als Klartext, ICD 10-Schlüs- sel reicht nicht
 - ⊃ Leitsymptomatik ausformuliert?
- Arztunterschrift/Arztstempel vorhanden

Bei nachträglichen Änderungen/Er- gänzungen auf der Verordnung:

- Arztunterschrift, Arztstempel und Ta- gesdatum vorhanden (neben der vorgenommen Korrektur)?

