

Verordnungen außerhalb des Regelfalls

→ Heilmittel-Richtlinie

Bei der Behandlung von gesetzlich Versicherten ist die Heilmittel-Richtlinie (HMR) zu beachten – diese regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Die HMR steuert die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind, die Art der Heilmittel bei diesen Indikationen, die Menge je Diagnosegruppe und die Besonderheiten bei Folgeverordnungen.

→ Regelfall

Der Heilmittelverordnung liegt ein Regelfall zugrunde, der mit der Höchstmenge der Therapieeinheiten definiert ist. Das „Modell Regelfall“ geht davon aus, dass mit dieser Anzahl das Therapieziel erreicht werden kann – die konkrete Gesamtverordnungsmenge ergibt sich aus dem Heilmittelkatalog. Nach einer Erstverordnung gilt jede weitere Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung als Folgeverordnung.

1. Weitere, voneinander unabhängige Erkrankungen lösen neue Regelfälle aus.

Beispiel: Sie behandeln einen Patienten aufgrund einer rheumatischen Erkrankung; nun hat ein Arzt zusätzlich eine Demenz diagnostiziert.

2. Nach einem behandlungsfreien Intervall von 12 Wochen (nicht 3 Monaten!) kann ein neuer Regelfall beginnen. Die Ärztin kann aber auch eine Folgeverordnung bzw. Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen, wenn sich während der Pause nichts an der Behandlungsbedürftigkeit geändert hat.

Beispiel: Die Patientin war am 11. Mai zur letzten Behandlung in Ihrer Praxis. Am 6. August wird eine weitere Verordnung als Erstverordnung ausgestellt.

Keinen Einfluss auf den Regelfall haben:

- ein Arzt- oder Therapeutenwechsel
Beispiel: Die Patientin wechselt von der neurologischen Praxis zur Hausärztin, um sich dort aufgrund derselben Diagnose weiterbehandeln zu lassen.²
- Wechsel der verordneten Maßnahme
Beispiel: Ein Kind (EN1) bekommt mit der ersten Verordnung sensomotorisch-perzeptive Behandlungen verordnet, mit der zweiten dann psychisch-funktionelle.
- Wechsel von Einzel- zu Gruppenbehandlung (oder Gruppe zu Einzel)

¹ Wir wollen Ihnen das Lesen erleichtern. Deshalb verwenden wir bei den Personenbezeichnungen in der Einzahl die weibliche, in der Mehrzahl die männliche Form. Gemeint sind selbstverständlich immer Menschen beiderlei Geschlechts.


² Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) informiert die Ärzte jedoch anders, auch wenn die HMR dagegen spricht. Sollte die Ärztin die Verordnung nicht korrigieren wollen, teilen Sie dies einfach – mit Hinweis auf die Infos der KBV – der Krankenkasse mit und geben Sie die Verordnung in die Abrechnung.

→ Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Lässt sich die Behandlung mit der Höchstmenge der Therapieeinheiten nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich, sog. „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ (§ 8 HMR). Es ist möglich, eine Verordnung außerhalb des Regelfalls schon dann auszustellen, wenn aus der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls **weniger als drei** Einheiten verfügbar sind – das passiert z.B. bei 6-er-Verordnungen.

Besonderheiten:

- besondere Begründung auf der Verordnung (unten links auf der Vorderseite)
- die Verordnungsmenge wird für eine Zeitspanne von 12 Wochen berechnet und ist somit abhängig von der verordneten Frequenz. Bei einer Anzahl pro Woche von „1“ können daher 12 Behandlungseinheiten notiert werden, bei „2“ als 24 Einheiten usw. Bei krummen Frequenzen (z.B. „1-2“) ist die höhere Zahl maßgeblich.

 MB 80 AV – Verordnungsmenge

- störungsbildabhängig eine weiterführende Diagnostik
- Vorlage der Verordnung außerhalb des Regelfalls zur Genehmigung bei der zuständigen Krankenkasse **vor Fortsetzung der Therapie** (§ 8 Absatz 4 HMR)
- Beginn der Behandlung spätestens 14 Tage nach dem Genehmigungszeitpunkt (nicht nach Ausstellung der Verordnung!), § 15 Absatz 1 Satz 2 HMR

→ Genehmigungsverfahren / Genehmigungsverzicht

Vom Prinzip her müssen alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls VOR Behandlungsbeginn der Krankenkasse der Patientin zur Genehmigung vorgelegt werden. Viele Krankenkassen verzichten aber auf das Genehmigungsverfahren.

Achtung! Eine Krankenkasse kann – aus welchen Gründen auch immer – dieses Verfahren auch wieder einführen.

Der DVE bietet zur Information die **Liste „Genehmigungsverfahren“** an, die die Kassen auflistet, die das Genehmigungsverfahren durchführen³. Alle Krankenkassen, die Sie auf dieser Liste **nicht** finden, haben also auf das Genehmigungsverfahren verzichtet.

Sobald eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausgestellt wird, muss diese (wenn nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet wurde) der Krankenkasse vorgelegt werden. Nach § 8 Absatz 4 HMR sollten dies die Versicherten erledigen, im Alltag ist es aber oft die Praxis, die dies besorgt. Sobald die Verordnung bei der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie fortgeführt werden.

Die konkrete Vorgehensweise ist hier von Kasse zu Kasse unterschiedlich – manche legen Wert auf das Original der Verordnung, anderen reicht ein Fax; dritte wiederum ermöglichen es, dass die Verordnung bei den Filialen vor Ort abgegeben und gleich mit Eingangsstempel versehen wird. Wichtig ist: Bitte klären Sie daher das gewünschte Verfahren mit den Kassen direkt.

Vorsicht! Wenn die Verordnung nicht per Fax gesendet oder persönlich vorgelegt wird, sondern per Post verschickt wird, sollte der erste Behandlungstermin ca. 3 bis 4 Tage nach dem Versand erfolgen, da es nicht auf das Abschicken, sondern auf die „Vorlage“ ankommt.

³ <http://www.dve.info/downloads/a-z/genehmigungsverfahren.html>


Achtung! Seit 01.01.2017 (Neufassung der Heilmittel-Richtlinie) muss auch bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls 14 Tage nach Ausstellung mit der Behandlung begonnen werden, falls die ausstellende Ärztin nichts anderes angegeben hat. Das bedeutet, dass die Verordnung innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung auch zur Genehmigung vorgelegt werden muss.

→ **Vergütung**

Die Krankenkasse ist verpflichtet, die Vergütung zu übernehmen, bis sie über die Genehmigung entschieden hat. Erfolgt eine Ablehnung, muss die Behandlung beendet werden – liegt eine Genehmigung vor, wird weiter behandelt.

→ **Versagung der Genehmigung / Widerspruch**

Die Genehmigung ist ein sog. „Verwaltungsakt“, die Verweigerung ebenfalls. Es kann daher gegen die Ablehnung Widerspruch eingelegt werden – dies muss aber die Patientin selbst erledigen. Muster für Genehmigungsantrag und Widerspruch finden Sie auf Seite 4 und 5 dieses Merkblatts, die Praxis kann Patienten außerdem durch Berichte unterstützen. Dies gilt auch für die Ablehnung von Anträgen auf langfristige Genehmigung.

 MB 14 b AV – Langfristige Genehmigungen

Wichtig – Tipps für den Alltag!

→ **Checken Sie jede Verordnung außerhalb des Regelfalls!**

Es muss zum einen „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ angekreuzt sein; zum anderen muss eine Begründung im Feld unten links angegeben sein. Dies gilt auch dann, wenn die Verordnung nicht zur Genehmigung eingereicht werden muss.

→ **Laden Sie sich regelmäßig die Liste „Genehmigungsverfahren“ von der DVE-Homepage herunter.** Vergleichen Sie die gelisteten mit „Ihren“ Krankenkassen.

→ **Schauen Sie bei „seltenen“ Krankenkassen lieber nach, ob diese auf das Genehmigungsverfahren verzichtet haben oder nicht.**

Dies gilt insbesondere für die Betriebskrankenkassen, die IKK Nord und die Allgemeinen Ortskrankenkassen – die AOKen in Hessen und Sachsen-Anhalt, die AOK Rheinland-Hamburg sowie die AOK Nordost führen das Genehmigungsverfahren durch! Daher muss die Verordnung außerhalb des Regelfalls dort vorgelegt werden, auch wenn sich Ihre Praxis nicht in diesen Bundesländern befindet.

→ **Bitte achten Sie unbedingt darauf, ob eine Verordnung außerhalb des Regelfalls vorliegen sollte, weil die Verordnungshöchstmengende des Regelfalls erreicht ist.**

Das bedeutet eine genaue Kontrolle der bereits verordneten Behandlungseinheiten sowie eine inhaltliche Kontrolle der Verordnungen. Sollte versehentlich eine Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht genehmigt worden sein, wird die Krankenkasse die Vergütung verweigern.

→ **Nach der HMR ist es grundsätzlich Sache der Patienten, sich um die Vorlage der Verordnung außerhalb des Regelfalls bei den Krankenkassen zu kümmern.**

Im Alltag hat es sich aber eingebürgert, dass die Praxen dies für ihre Patienten übernehmen. Überlegen Sie, ob Sie dies nicht zumindest einigen Patienten (wieder) selbst überlassen.

→ **Formulieren Sie Ihre Mitteilungen/Berichte an die Ärzte mit konkret ergotherapeutischen Zielen.**

Meist werden die Verordnungen außerhalb des Regelfalls dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Beurteilung vorgelegt – achten Sie daher darauf, dass auf der Verordnung eine eindeutig ergotherapeutische Leitsymptomatik vermerkt ist. Der MDK sichtet auch die Mitteilungen an die Ärzte. Hilfreich kann zur Zielformulierung die Leistungsbeschreibung Ergotherapie sein, in der viele ergotherapeutische Ziele und Wirkungen aufgeführt sind. Sie finden diese als Anlage zu den Verträgen mit den Krankenkassen. Vermeiden Sie globale sowie rein funktionale Aussagen wie z. B. „Verbesserung der Mobilität“.

→ **Behandeln Sie außerhalb des Regelfalls niemals ohne eine tatsächliche und zur Genehmigung vorgelegte Verordnung.**

Alle Behandlungen, die Sie schon vor der Vorlage zur Genehmigung durchgeführt haben, wird die Krankenkasse nicht vergüten. Lassen Sie sich (z.B. bei Urlaub des verordnenden Arztes) eine anschließende Verordnung außerhalb des Regelfalls lieber „zu früh“ aushändigen, rechnen die laufende dann ab (auch wenn noch nicht alle verordneten Einheiten verbraucht sind) und beginnen Sie mit der neuen.

→ **Es ist nicht erforderlich, dass eine Verordnung außerhalb des Regelfalls innerhalb von 12 Wochen abgearbeitet werden muss.**

Entscheidend ist, dass nicht mehr Einheiten verordnet werden, als für 12 Wochen erforderlich sind. Wenn die verordnete Frequenz eingehalten wird, es aber aufgrund von Unterbrechungen dann länger dauert, wird die Verordnung dadurch nicht ungültig.

Die Verordnungsmenge kann nur die ausstellende Ärztin ändern, falls diese zu hoch sein sollte. Die Therapiepraxis kann aber nach Rücksprache mit der Ärztin die Frequenz „nach oben“ ändern. Dies ist dann relevant, wenn die verordnete Frequenz zu niedrig ist, um alle verordneten Behandlungseinheiten innerhalb von 12 Wochen zu verbrauchen.

Im Zweifel sprechen Sie mit der Krankenkasse, wenn es sich etwas hinziehen sollte. Und: Nach einer Unterbrechung von mehr als 12 Wochen kann sowieso eine Erstverordnung ausgestellt werden.

Ganz sicher sind Sie, auch wenn es nicht notwendig ist, wenn Sie die Verordnungen 12, spätestens 14 Wochen nach Behandlungsbeginn abrechnen, auch wenn noch nicht alle Behandlungseinheiten abgearbeitet sind. Informieren Sie dann aber die Arztpraxis darüber, sie braucht die Zahlen für die Statistik und die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Beispiel Antragsformular

Krankenkasse
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

Fax: (Fax-Nr. einfügen)

Muster

Ihr Zeichen

Datum

Antrag auf Genehmigung der Verordnung außerhalb des Regelfalls

Versicherter: _____

Geb.: _____ Adresse: _____

Heilmittelverordnung vom: _____

Verordnender Arzt: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

anhängende Verordnung außerhalb des Regelfalls schicken wir Ihnen mit der Bitte um Genehmigung. Bitte teilen Sie das Ergebnis Ihrer Prüfung auch der unten genannten Praxis für Ergotherapie, die ich hiermit für das weitere Genehmigungsverfahren mit meiner Krankenkasse autorisiere, per Fax mit.

Mit freundlichen Grüßen

(Name Versicherter)

Anlagen

Stempelfeld - Praxis für Ergotherapie

Beispiel Widerspruchsformular

Krankenkasse
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

Muster

Fax: (Fax-Nr. einfügen)

Ihr Zeichen

Datum

Widerspruch gegen Ihre Ablehnung vom (*Datum einfügen*)

Versicherter: _____

Geb. _____ Adresse: _____

Heilmittelverordnung vom: _____

Verordnender Arzt: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich lege Widerspruch gegen Ihre Ablehnung vom _____ zu o. g. Verordnung außerhalb des Regelfalls ein. Ihre Entscheidung lässt außer Acht, dass weiterhin dringender Therapiebedarf besteht. Gründe hierfür sind

Mit freundlichen Grüßen

(Name Versicherter)

Anlagen