

Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) ist zu beachten.

Gebührpflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie				
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten			IK des Leistungserbringers		
Unfall-/Unfallfolgen	geb. am			Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
1	Erstverordnung	2	Folgeverordnung	4	Gruppentherapie	
3	Verordnung außerhalb des Regelfalles	5	Handlungsbeginn spätestens am			
6	Hausbesuch	7	Therapiezeit			
	Ja	Nein	Ja	Nein		
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges				Hausbesuch	Faktor	
8	Verordnungsmenge	9		Rechnungsnummer		
				Belegnummer		
Indikationsschlüssel				Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde		
11	ICD-10 - Code	12				
12	ICD-10 - Code					
13	ICD-10 - Code					
Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten						
14						
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele						
15						
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)						
16						
				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes		
Muster 18 (1.2017)						

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

- ① Erstverordnung; ② Folgeverordnung; ③ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Bei der Kennzeichnung einer Verordnung als Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalles darf immer nur ein Kästchen angekreuzt werden. Das Ankreuzen mehrerer Kästchen ist nicht zulässig.

1 Erstverordnung

Jeder Regelfall beginnt mit einer Erstverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Erstverordnung“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Vor der Erstverordnung ist eine Eingangsdiagnostik durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen gemäß Heilmittel-Richtlinie durchzuführen, zu veranlassen und ggf. zu dokumentieren (siehe Feld 12).

2 Folgeverordnung

Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung und desselben Regelfalles als Folgeverordnung. In diesem Fall ist das Kästchen „Folgeverordnung“ von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Physikalischen Therapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt ist wieder eine Erstverordnung auszustellen (vgl. § 7 HeilM-RL). Auch vor Folgeverordnungen ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld 1).

3 Verordnung außerhalb des Regelfalles

Lässt sich mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalles, insbesondere längerfristige Verordnungen). In diesem Fall ist das Kästchen „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ von der Vertragsärztin /dem Vertragsarzt anzukreuzen. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung (siehe Feld 16). Auch vor Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich (siehe Erläuterungen zu Feld 1).

Verordnungen aufgrund eines „langfristigen Heilmittelbedarfs“ können gemäß § 8a Abs. 8 der Heilmittel-Richtlinie unmittelbar als „Verordnung außerhalb des Regelfalles“ gekennzeichnet werden, ohne dass zuvor der Regelfall durchlaufen sein muss.

4 Gruppentherapie

Das Kästchen „Gruppentherapie“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen, wenn eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist. Eine Gruppentherapie sollte bei gruppenspezifischen gewünschten Effekten oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes verordnet werden.

5 Behandlungsbeginn spätestens am

Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll. Die Angaben sind ausschließlich sechsstellig im Format TTMMJJ (z.B. 010217) anzugeben.

6 Hausbesuch

Das Kästchen „Hausbesuch - Ja“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. In anderen Fällen ist das Kästchen „Hausbesuch - Nein“ anzukreuzen.

7 Therapiebericht

Auf Wunsch kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt einen Therapiebericht beim Leistungserbringer anfordern. Dies ist auf der Heilmittelverordnung durch Ankreuzen des Kästchens „Therapiebericht - Ja“ zu kennzeichnen. In anderen Fällen ist das Kästchen „Therapiebericht - Nein“ anzukreuzen.

8 Verordnungsmenge

Im Fall einer Erst- oder Folgeverordnung darf die Angabe der Verordnungsmenge den Wert gemäß ausgewähltem Diagnoseschlüssel ggf. in Verbindung mit dem gewählten Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges (HeilM-RL Teil 2) nicht überschreiten. Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung. Werden bei der Verordnung von Ergotherapie mehrere „vorrangige Heilmittel“ gleichzeitig verordnet, darf die Summe der einzelnen verordneten Heilmittel nicht die maximale Verordnungsmenge je Verordnung nach Maßgabe des Heilmittelkataloges überschreiten.

Besonderheit bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Im Falle einer Verordnung außerhalb des Regelfalles ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass die Behandlung einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen umfasst und eine ärztliche Untersuchung gewährleistet ist (siehe § 8 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL).

9 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Auf der Heilmittelverordnung sind die Maßnahmen der Ergotherapie nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben. Es gibt die Möglichkeit mehrere „vorrangige Heilmittel“ gleichzeitig zu verordnen (siehe auch Erläuterungen zu Feld 8).

10 Anzahl pro Woche

Im Feld „Anzahl pro Woche“ ist von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt eine Frequenzempfehlung anzugeben. Eine Empfehlung zur Behandlungsfrequenz ist in Abhängigkeit der Ausprägung und des Schweregrades einer Erkrankung (funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Therapieziel zu geben.

11 Indikationsschlüssel

In diesem Feld ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser besteht bei der Verordnung von Ergotherapie lediglich aus der Bezeichnung der Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog (z. B. SB1 oder PS2).

12 Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

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

13 ICD-10-Code

Auf dem Verordnungsvordruck ist der therapierelevante ICD-10-GM-Code¹ anzugeben, hiervon kann in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Zur Gel-

¹ ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI), jeweils gültige Fassung.

tendmachung besonderer Ordnungsbedarfe oder eines langfristigen Heilmittelbedarfs bedarf es grundsätzlich der Angabe des ICD-10-GM-Codes in der Ausprägung gemäß der in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie (langfristiger Heilmittelbedarf) bzw. der in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015 (besondere Ordnungsbedarfe) definierten Diagnoselisten.

Die Angabe eines weiteren ICD-10-GM-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Ordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-GM-Codes Voraussetzung ist (gemäß Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015).

14 Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

In diesem Feld kann die Vertragsärztin/der Vertragsarzt neurologische bzw. psychiatrische, pädiatrische oder orthopädische Besonderheiten angeben, die als zusätzliche Information für die Therapie von Relevanz sind.

15 Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Die Therapieziele sind von der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt nur anzugeben, wenn sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

16 Medizinische Begründung bei Ordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Dieses Feld ist nur bei einer Ordnung außerhalb des Regelfalles zu befüllen. In diesem Feld hat die Vertragsärztin/der Vertragsarzt eine besondere Begründung mit prognostischer Einschätzung anzugeben. Es ist gegebenenfalls ein Beiblatt zu nutzen (siehe auch Erläuterungen zu Feld **3**).