

Pflichtangaben auf der Verordnung Muster 18 und Ausfüllhilfe

Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, bestimmte Eintragungen auf der Verordnung zu überprüfen und diese in bestimmten Fällen korrigieren zu lassen. Welche Eintragungen das sind, ist in § 13 der Heilmittel-Richtlinie genau festgelegt.

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

- Indikationsschlüssel (in der ET nur die Diagnosegruppe) und Diagnose als Klartext
- Leitsymptomatik als Klartext und ggf. Spezifizierung des Therapieziels
- genaue Bezeichnung des Heilmittels
- Anzahl und Frequenz der Leistung

Daneben sind die folgenden Angaben ebenfalls erforderlich:

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

Aufgrund des „Prüfpflichturteils“ des Bundessozialgerichts (BSG) von Oktober 2009 müssen die Heilmittelerbringer 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.

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. Wenn Sie Fragen zu „Ihrem“ Rahmenvertrag und den Vereinbarungen darin haben, sind wir gerne für Sie da.

Auf Seite 2 finden Sie eine Checkliste; **auf Seite 3** finden Sie eine Ausfüllhilfe mit Muster 18 (früher: MB 08 AV), das Sie für die Korrespondenz mit den Ärzten verwenden können.

Zur Unterstützung der Arztpraxen beim Ausfüllen von Verordnungen hält der DVE Informationsmaterial bereit (siehe Seite 2) – Sie können bei der DVE-Geschäftsstelle auch gerne den Artikel „**Verordnungen von Ergotherapie - (K)ein Buch mit sieben Siegeln**“ aus der Fachzeitschrift für die medizinischen Fachangestellten „praxisnah“ (Ausgabe 5+6/12) anfordern und der Arztpraxis zur Verfügung stellen.

An alles gedacht? Checkliste

Angaben	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum angegeben	spätester Behandlungsbeginn in 14 Tagen
<input type="checkbox"/> Art der Verordnung angekreuzt	korrekt? wenn außerhalb des Regelfalls: Begründung unten angegeben? Genehmigung erforderlich?
<input type="checkbox"/> Hausbesuch angekreuzt	mit Ja, falls notwendig, ansonsten Nein
<input type="checkbox"/> Therapiebericht angekreuzt	mit Ja, falls gewünscht; ansonsten Nein
<input type="checkbox"/> Angabe Verordnungsmenge	Höchstverordnungsmenge eingehalten? bei Verordnung von Doppelbehandlungen ist nur die halbe Anzahl an Behandlungsterminen möglich
<input type="checkbox"/> Heilmittel angegeben	korrekt zur Diagnosegruppe? Angabe im Klartext, Bezeichnung bspw. „A1“ oder „Ergotherapie“ ist nicht ausreichend; bei zwei Heilmitteln (innerhalb der ET): zulässige Kombination?; evtl. nur ergänzendes Heilmittel?
<input type="checkbox"/> Frequenzempfehlung angegeben	
<input type="checkbox"/> Indikationsschlüssel vollständig und korrekt	Diagnosegruppe lt. Heilmittelkatalog (3 Felder)
<input type="checkbox"/> Diagnose angegeben	als Klartext, ICD 10-Schlüssel ist nicht vorgeschrieben, kann aber die ausgeschriebene Diagnose ergänzen
<input type="checkbox"/> Leitsymptomatik ausformuliert	
<input type="checkbox"/> Arztunterschrift/Arztstempel vorhanden	
bei nachträglichen Änderungen/Ergänzungen auf der Verordnung:	
<input type="checkbox"/> Arztunterschrift, Arztstempel und Tagesdatum vorhanden	neben der vorgenommen Korrektur

Hilfreiche Produkte aus dem Ergoshop

- Kontrollbogen (Best-Nr. PR 07)**
Mit der transparenten Kontrollfolie fällt die Überprüfung von Ergotherapie-Verordnungen leichter. Markierungen weisen auf notwendige Inhalte hin – mit unseren Anmerkungen machen wir auf Fehlerquellen aufmerksam.
- Miniflyer „Heilmittel-Richtlinie“ (Best.-Nr. PR 09)**
Die wichtigsten Fakten der HMR sind knapp und präzise zusammengefasst. Zudem sind die Diagnosegruppen mit möglichen Diagnosen, Gesamtverordnungsmengen und sonstige Details dargestellt und helfen beim Ausfüllen bzw. Überprüfen einer Ergotherapie-Verordnung.
- Richtiges Ausstellen der Heilmittelverordnung (Best.-Nr. PR 06)**
Eine unverzichtbare Hilfe für Ihren Arzt! Wie füllt man eine Ergotherapie-Verordnung aus? Wie vermeidet man formelle Fehler? Mit vielen Beispielen und einer Blanko-Musterverordnung.

Rezeptformular Heilmittelverordnung 18 Ergotherapie

Sehr geehrte/r _____,

Änderungen an der Verordnung dürfen von uns nur in Ausnahmefällen und in Absprache mit Ihnen vorgenommen werden. In den meisten Fällen aber muss das Rezept zur Abänderung an Sie zurückgeschickt werden. Bitte beachten Sie: Verordnungen, die nicht gemäß der Heilmittel-Richtlinie ausgefüllt sind, werden von den Krankenkassen abgelehnt, die Kosten werden nicht erstattet.

Vor diesem Hintergrund haben wir auf der rechten Vorlage eingetragen, welche Punkte ergänzt oder geändert werden müssen. Bitte haben Sie Verständnis für diese Vorgehensweise – die Krankenkassen wollen es so.

Vielen Dank für Ihre Kooperation.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Name des Versicherten _____

Bitte ergänzen oder ändern Sie hier (Korrekturvorschläge rechts):

- Hausbesuch
- Verordnungsmenge*
- Heilmittel
- Indikationsschlüssel
- ICD-10-Code (extrabudgetäre Versorgung)
- Diagnose / Leitsymptomatik
- Frequenzangabe (Anzahl pro Woche)
- med. Begründung bei VO außerhalb des Regelfalles
- Kreuz bei VO außerhalb des Regelfalles
- sonstiges: _____

*) Bei Erst- und Folgeverordnungen im Regelfall ist die Zahl der Einheiten pro Rezept auf 10 begrenzt. Außerhalb des Regelfalles kann der Arzt die Anzahl pro Rezept individuell festlegen, wenn gewährleistet ist, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung erfolgen kann.

Gebührpflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Freigabe 08.01.2013	Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	IK des Leistungserbringers
Unfall-/Unfallfolgen			
BVG	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status		Gesamt-Zuzahlung Gesamt-Brutto
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.
			Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor
			Wegegeld-/Pauschale Faktor im
			Faktor Hausbesuch Faktor
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)		Hausbesuch	
<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Gruppen-therapie	
		Behandlungsbeg. spätestens am	
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles		Rechnungsnummer	
Hausbesuch	Therapiebericht	Rechnungsnummer	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rechnungsnummer	
Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Anzahl pro Woche
Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde		
ICD-10 - Code			
Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten			
Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele			
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)			
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes			