

MB 74 AV 11/13 Merkblatt zum Thema


Änderungsmöglichkeiten der Verordnung

Grundsätzliches

In der ambulanten Versorgung mit Ergotherapie dürfen Vertragsleistungen nur ausgeführt und mit den Krankenkassen abgerechnet werden, wenn sie von einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt verordnet sind, § 3 Absatz 1 Heilmittel-Richtlinie (HMR). Die Verordnung hat dabei die Angaben zu enthalten, die in § 13 Abs. 2 HMR gelistet sind.

Die Verordnungsformulare werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband vereinbart. Der DVE hat in diesem Verfahren keine Rolle, auch kein Anhörungsrecht. Für die Ergotherapie gilt Muster 18, das im April 2013 neu gestaltet wurde – die Formulare können Sie hier einsehen: <http://www.kbv.de/14111.html>

Zu Beginn der Behandlung muss die Verordnung vor allem folgende Angaben enthalten: Heilmittel und Maßnahme mit ggf. ergänzenden Angaben, konkrete Diagnose, Leitsymptomatik (ggf. Spezifizierung des Therapieziels), Art der Verordnung, Menge, vollständiger Indikationsschlüssel, Frequenz, medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles, Bericht und Hausbesuch ja/nein, ggf. Gruppentherapie und ggf. spätester Behandlungsbeginn.

 MB 02 AV – Pflichtangaben auf der Verordnung und Ausfüllhilfe MB 17 AV – Blankoformularbedruckung MB 73 AV – Indikationsschlüssel / ICD-10
--

Wenn die Verordnung nicht den die Heilmittelerbringer betreffenden Vorgaben der HMR entspricht, ist diese spätestens vor der Abrechnung mit dem verordnenden Vertragsarzt abzustimmen.

Bei nicht plausiblen oder unvollständigen vertragsärztlichen Verordnungen (zum Beispiel fehlende Angaben wie Arztunterschrift, Ausstellungsdatum, unvollständiger Indikationsschlüssel oder offensichtlich grobe Abweichung von Diagnose zu Indikationsschlüssel oder von Diagnosegruppe zu verordneter Maßnahme) hat der Ergotherapeut/die Ergotherapeutin unverzüglich den Vertragsarzt, der die vertragsärztliche Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und eine Richtigstellung/ Ergänzung zu veranlassen.

Grundsätzlich kann der Arzt/die Ärztin selbst die Verordnung ändern/ergänzen und dies mit Unterschrift und Datum bestätigen, § 13 Absatz 1 HMR. Manche Rahmenverträge sehen vor, dass zusätzlich ein Arztstempel aufgebracht werden muss. Die Änderung/Ergänzung hat dabei auf dem Original der Verordnung zu erfolgen.

Tipp des DVE:

Wenn der Arzt die Verordnung nicht verbessern will, weil er der Auffassung ist, sie sei so richtig, dann wird dies der Krankenkasse mitgeteilt. Sie muss dann bezahlen und wird sich ggf. selbst mit dem Arzt in Verbindung setzen.
In manchen Rahmenverträgen ist auch geregelt, dass der Arzt einen „Bestätigungsvermerk“ machen kann.

Von diesem Grundsatz gibt es aber viele Ausnahmen, die sich sowohl in der HMR als auch in den Rahmenverträgen finden. Praxisinhaber/innen sollten sich daher intensiv mit der HMR und den für sie regional geltenden Rahmenverträgen auseinandersetzen, um die Möglichkeiten zu kennen. Einvernehmliche Änderungen sind in einigen Bundesländern auch auf dem Faxweg zwischen Vertragsarzt und Leistungserbringer möglich. Das Fax muss lesbar sein und mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beigelegt werden. Manche Verträge wiederum sehen zudem vor, dass der Leistungserbringer selbst nach Rücksprache mit dem Arzt die Verordnung korrigieren darf.

Wichtig ist vor allem, die Verordnung genau zu prüfen und spätestens bis zur Abrechnung zu korrigieren. Während des Abrechnungsverfahrens sind Änderungen/Ergänzungen nur schwer möglich. Die Krankenkassen reagieren hier extrem unterschiedlich und es fängt schon damit an, ob dort ein Fehler überhaupt gesehen wird. Wenn er entdeckt ist, schicken manche Kassen die Verordnung zurück, andere wiederum setzen ohne Möglichkeit der Korrektur die Vergütung ab. Es kommt auch vor, dass nach hartnäckigem Widerspruch die Verbesserung ermöglicht wird und nachberechnet wird.

Fest steht aber jedenfalls, dass niemand um die sog. Prüfpflicht herumkommt. Durch zwei Urteile des Bundessozialgerichts wurde eine umfassende Kontrolle der Verordnungen manifestiert. Der DVE versucht in zahllosen Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen und bei der Formulierung der Rahmenverträge einen partnerschaftlichen und transparenten Umgang zu erreichen. Wir können aber nur empfehlen, jede einzelne Verordnung mehrfach zu prüfen, bevor sie in die Abrechnung geht.

Weitere Veröffentlichungen des DVE zum Thema:

- Broschüre „Richtiges Ausstellen der Heilmittelverordnung“
- Mini-Flyer Heilmittel-Richtlinie
- Kontrollfolie Verordnung

Sie erhalten diese Materialien kostenpflichtig im Ergoshop, Anruf unter 07248-9181-92 (vormittags außer Mittwoch) oder E-Mail an shop@dve.info genügt.

Übrigens: Alle Rahmenverträge sowie die Heilmittel-Richtlinie stehen Ihnen auch als Download, <http://www.dve.info/praxen.html>, zur Verfügung.

WICHTIG!

In den Tabellen unten finden Sie die Änderungsmöglichkeiten der ErgotherapeutInnen. Weitergehende Möglichkeiten die vertragsärztlichen Verordnungen zu ändern oder zu ergänzen bestehen **nicht**.

Ändern Sie keinesfalls – es sei denn, Ihr Rahmenvertrag sieht dies so vor – die Verordnung auf der Vorderseite!

A. Änderungsmöglichkeiten in der HMR

Was?	Wo?	Wie?
Frequenz	§ 16 Absatz 2 HMR	<ul style="list-style-type: none"> • nach Rücksprache mit Ärztin/Arzt • auf der Rückseite der VO unten links
Gruppe in Einzeltherapie	§ 16 Absatz 5 HMR	<ul style="list-style-type: none"> • nach Rücksprache mit Ärztin/Arzt, • auf der Rückseite der VO unten links

B. Änderungsmöglichkeiten in allen Rahmenverträgen

Was?	Wo?	Wie?
<p>Behandlungsbeginn, § 15 HMR Sofern der Arzt auf der Verordnung keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, muss innerhalb 14 Tagen begonnen werden, ansonsten verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.</p>	z.B. § 6 Absatz 4 a vdek-Vertrag	<ul style="list-style-type: none"> • nach Rücksprache mit Ärztin/Arzt • Begründung auf der Rückseite der VO unten links mit Datum und Handzeichen • das Erreichen des angestrebten Therapieziels muss weiterhin gesichert sein • in Hessen, Rheinland-Pfalz und bei der Knappschafft Thüringen muss dann aber innerhalb von 28 Tagen begonnen werden
<p>Therapieziel/ Behandlungsplan § 16 Absatz 4 HMR Kann das Therapieziel nicht erreicht werden oder reagiert der Patient auf eine nicht einschätzbare Weise, ist die Behandlung zu unterbrechen. Der Arzt entscheidet über das weitere Vorgehen.</p>	z.B. § 7 Absätze 3 und 4 vdek-Vertrag	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung ist zu unterbrechen • Heilmittelerbringer muss den Arzt darüber unverzüglich informieren • einvernehmliche Änderung des Therapieziels ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren • eine andere Maßnahme erfordert eine neue Verordnung
<p>Behandlungsunterbrechung § 16 Absatz 3 HMR Wird die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen, verliert die Verordnung für die noch verbleibenden Behandlungseinheiten ihre Gültigkeit.</p>	z.B. § 6 Absatz 4 b vdek-Vertrag	<ul style="list-style-type: none"> • begründete Ausnahmefällen: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit des Patienten/ Therapeuten (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F). • Dokumentation der Überschreitung der Zeitintervalle und des Grundes mit den Buchstaben (T, F und K) unter Hinzufügung des Datums und des Handzeichens auf der Verordnung.

		<ul style="list-style-type: none"> • WICHTIG! Die Regelungen zur Behandlungsunterbrechung unterscheiden sich regional in den Details! Sie finden diese in den jeweiligen Rahmenverträgen – bitte prüfen Sie darin die Möglichkeiten der Behandlungsunterbrechungen! • Lesen Sie hierzu MB 64 AV Behandlungsbeginn- und Unterbrechungsregelung!
--	--	--

C. Änderungsmöglichkeiten auf Bundesebene bei vdek und LKK

Was?	Wo?	Wie?
Leitsymptomatik Fehlt die Angabe der Leitsymptomatik auf der Verordnung, ist der Heilmittelerbringer berechtigt, die Verordnung entsprechend zu ergänzen.	§ 6 Absatz 1, Fußnote 1	<ul style="list-style-type: none"> • nach Rücksprache mit dem Vertragsarzt (kann telefonisch und per Fax erfolgen) • Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung – Muster 18).
Indikationsschlüssel Fehlt die Angabe „Indikationsschlüssel“, ist der Heilmittelerbringer berechtigt, die Verordnung entsprechend zu ergänzen.	§ 6 Absatz 1, Fußnote 2	<ul style="list-style-type: none"> • nach Rücksprache mit dem Vertragsarzt (kann telefonisch und per Fax erfolgen) • Ergänzung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren (die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung – Muster 18).

D. Änderungsmöglichkeiten auf Landesebene (Primärkassen)¹

Wo?	Was?
Baden-Württemberg – IKK, BKK, Knappschaft	
§ 9 Absätze 3 und 4	<ul style="list-style-type: none"> • Änderungen auf dem Faxweg möglich (das Fax muss lesbar sein und mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beizufügen) • Indikationsschlüssel fehlt oder ist falsch: kann nach Rücksprache per Fax mit dem verordnenden Vertragsarzt vom Zugelassenen ausgefüllt werden
Baden-Württemberg – AOK	
§ 4 Absatz 2	<ul style="list-style-type: none"> • Änderungen auf dem Faxweg möglich (das Fax muss lesbar sein und ist mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beizufügen) • Veränderungen oder Ergänzungen nach telefonischer Rücksprache mit dem Arzt durch den Leistungserbringer selbst mit Handzeichen; Ausnahmen: nicht bei Heilmittel, Diagnose und Anzahl der Behandlungen

¹ Verträge, die hier nicht erwähnt werden, enthalten keine zusätzlichen Korrekturmöglichkeiten.

Bayern

§ 5 Absatz 2	<ul style="list-style-type: none"> • Änderungen auf dem Faxweg möglich (das Fax muss lesbar sein und ist mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beizufügen) • Indikationsschlüssel fehlt oder ist falsch: kann nach Rücksprache mit dem verordnenden Vertragsarzt vom Zugelassenen ausgefüllt werden
--------------	--

Schleswig-Holstein

§ 7 Absatz 1 und 3	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen oder Ergänzungen durch den Leistungserbringer möglich bei Ausstellungsdatum, Art der Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Erst- oder Folgeverordnung, Verordnung außerhalb des Regelfalls), Behandlungsbeginn spätestens am, Hausbesuch Ja/ Nein, Therapiebericht Ja/Nein, verordnetes Heilmittel, Verordnungsmenge, Therapiefrequenz, Indikationsschlüssel, Diagnose mit Leitsymptomatik • Ergänzungen oder Korrekturen zwischen Heilmittelerbringer und Vertragsarzt einvernehmlich abgestimmt • auf der VO mit Datum und Handzeichen zu versehen und zu dokumentieren. (Die Begründung erfolgt unten links auf der Rückseite der Verordnung)
§ 12 Absatz 3	<ul style="list-style-type: none"> • Wird ein gültiger Befreiungsbescheid vorgelegt und hat der Arzt in einem solchen Fall das Feld „Gebühr frei“ nicht angekreuzt oder hat er nur das Feld „Gebühr pflicht“ angekreuzt oder beide Felder angekreuzt, ist der Therapeut berechtigt, unter Angabe seines Handzeichens das Feld „Gebühr frei“ anzukreuzen und ggf. das Feld „Gebühr pflicht“ zu korrigieren.

AOK plus (Sachsen, Thüringen)

§ 4 Absatz 4 und 10	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen oder Ergänzungen durch den Leistungserbringer nach Rücksprache mit dem Arzt möglich bei: Art der Verordnung und Indikationsschlüssel • Änderungen auf dem Faxweg möglich (das Fax muss lesbar sein und ist mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beizufügen) bei: Ausstellungsdatum/spätester Behandlungsbeginn, Verordnungsmenge, Leitsymptomatik und Therapiebericht
---------------------	--

Knappschaft Sachsen-Anhalt/Brandenburg

§ 8 Absatz 4	<ul style="list-style-type: none"> • Änderungen auf dem Faxweg möglich (das Fax muss lesbar sein und mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beizufügen) • Indikationsschlüssel fehlt oder ist falsch: kann nach Rücksprache per Fax mit dem verordnenden Vertragsarzt vom Zugelassenen ausgefüllt werden
--------------	--

Knappschaft Thüringen

§ 10 Absatz 3	<ul style="list-style-type: none"> • Änderungen auf dem Faxweg möglich (das Fax muss lesbar sein und ist mit einer Büroklammer als Anlage zur Verordnung der Abrechnung beizufügen) • Indikationsschlüssel fehlt oder ist falsch: kann nach Rücksprache per Fax mit dem verordnenden Vertragsarzt vom Zugelassenen ausgefüllt werden
---------------	--