

Die folgenden Ziffern beziehen sich auf die gekennzeichneten Bereiche des Verordnungsvordrucks.

(1) Patientendaten, Krankenversicherung, Arzt-Nr, Verordnungsdatum

Die Angaben zum Patienten und der Versicherung können in der Regel der Versicherten-Chipkarte entnommen werden. Hinzu kommen die Betriebsstätten-Nr., die Arzt-Nummer und das Ausstellungsdatum der Verordnung. Alle Angaben werden in der Regel bereits auch von einfachen Praxis-EDV-Systemen auf den Vordruck aufgedruckt.

(2) Verordnung im Regelfall

Eine **Erstverordnung** liegt dann vor, wenn es sich um die erste Ergotherapie-Verordnung für einen Patienten zu einer bestimmten Diagnose handelt.

Nach einer Erstverordnung gilt jede weitere Verordnung zur Behandlung **derselben Diagnose** eines Patienten als **Folgeverordnung**.

Hinweis: Es kann sein, dass sich im Behandlungsverlauf auch bei gleichbleibender Diagnose die Leitsymptomatik und damit das Therapieziel sowie die Wahl der Heilmittel ändern können. Hieraus ergibt sich jedoch kein neuer Regelfall. Eine Folgeverordnung im selben Regelfall liegt also auch dann vor, wenn sich bei derselben Diagnose die Leitsymptomatik oder die Wahl der Heilmittel ändert.

Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können (erst) nach einer behandlungsfreien Zeit von mehr als 12 Wochen einen neuen Regelfall mit einer erneuten Erstverordnung auslösen.

Hinweis: Es sind Fälle denkbar, in denen derselbe Patient aufgrund **mehrerer unabhängiger Diagnosen** jeweils Heilmittel erhalten kann. Jede Diagnose kann hier einen getrennten Regelfall begründen. Die Verordnung muss dann je Diagnose auf **getrennten Verordnungsvordrucken** erfolgen.

Dies ist auch erforderlich, wenn zusätzlich (aufgrund einer entsprechenden Diagnose) Maßnahmen der **Physikalischen Therapie** oder der **Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie** verordnet werden sollen. Zur Verordnung dieser Maßnahmen sind abweichende Vordrucke zu verwenden.

(3) Gruppentherapie

Nach Maßgabe der Heilmittelrichtlinien können einige Heilmittel sowohl als **Einzel-** als auch als **Gruppentherapie** verordnet werden. Sind bei einer Behandlung gerade gruppenspezifische Effekte gewünscht, so kann der Arzt, auch im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots, Gruppentherapie verordnen, sofern nicht Einzeltherapie aus medizinischen Gründen geboten ist.

(4) Verordnungen außerhalb des Regelfalles

Der Arzt kann **abweichend von den Vorgaben des Heilmittelkataloges** weitere Folgeverordnungen verordnen, wenn das Therapieziel mit der Verordnungsmenge im Regelfall nicht zu erreichen ist.

Für eine solche Verordnung "außerhalb des Regelfalles" (insbesondere längerfristige Verordnungen) muss der Arzt eine **medizinische Begründung** mit einer prognostischen Einschätzung angeben.

Diese begründungspflichtigen Verordnungen müssen vor der Fortsetzung der Therapie (vom Patienten/Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person) der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden (sofern die Krankenkasse nicht auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet hat).

(5) Beginn der Therapie

Wird vom verordnenden Arzt hier kein Datum eingetragen, muss die Therapie innerhalb von **14 Tagen** nach Ausstellung der Verordnung beginnen.

Der Arzt kann eine kürzere oder längere Frist bestimmen. In diesem Fall trägt er das gewünschte Datum hier ein. Für eine Angabe des Behandlungsbeginns können medizinische oder organisatorische Gründe ausschlaggebend sein (z.B. viele Feiertage in der 14-Tages-Frist).

(6) Hausbesuch

Der Arzt kann bestimmen, dass die Therapie am Wohnort des Patienten als **Hausbesuch** durchgeführt wird. Das ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn zwingende medizinische Gründe vorliegen.

(7) Therapiebericht

Der Arzt kann hier festlegen, ob er vom Therapeuten nach Abschluss der Behandlungsserie einen Therapiebericht erhalten möchte. Wenn ja, ist dies hier durch Ankreuzen kenntlich zu machen.

(8) Verordnungsmenge

Der Arzt richtet sich bei der Angabe der Behandlungsanzahl pro Verordnung nach den Maßgaben des Heilmittelkataloges. Je nach Ausprägung der Erkrankung sowie der Art der Verordnung (Erst-, Folgeverordnung) kann diese Menge variieren.

Bei Verordnungen "außerhalb des Regelfalls" muss der Arzt die Verordnungsmenge sowie die Frequenzempfehlung selbst festlegen. Hieraus ergibt sich dann das Intervall der ärztlichen Befundkontrolle, welches maximal bei 12 Wochen liegen soll.

(9) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Die zulässigen Heilmittel ergeben sich aus der Leitsymptomatik bzw. dem hieraus folgenden Behandlungsziel.

Der Heilmittelkatalog sieht zur indikationsbezogenen Behandlung der Patienten bei der Auswahl der Heilmittel eine Rangfolge vor, die - auf der Grundlage von jahrelangen Erfahrungen aus der Praxis - zwischen vorrangigen (am ehesten/häufigsten), optionalen (alternativen) und ergänzenden Heilmitteln unterscheidet.

Das im Katalogteil unter **[A]** aufgeführte **vorrangige Heilmittel** soll in erster Linie zur Anwendung kommen. Sind mehrere Heilmittel alternativ möglich, so sind diese im Katalog mit [A1], [A2], [A3] bezeichnet. Der Arzt kann **eines** von diesen zur Verordnung auswählen.

Ist die Durchführung des vorrangigen Heilmittels aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, so kann als Alternative **eines** der **optionalen Heilmittel [B]** verordnet werden.

Zusätzlich zu **[A]** oder **[B]** kann zur Verbesserung der Therapieeffizienz ein ergänzendes Heilmittel **[C]** verordnet werden.

Nicht zulässig ist die gleichzeitige Verordnung eines vorrangigen Heilmittels **[A]** und eines optionalen Heilmittels **[B]**.

Die **Bezeichnung der Heilmittel auf dem Verordnungsvordruck** kann ausgeschrieben oder abgekürzt werden. Die Abkürzung muss keiner Formvorschrift genügen. Sie muss jedoch eindeutig sein.

Eine Aufstellung aller verordnungsfähigen Heilmittel der Ergotherapie finden Sie in unserem Heilmittelkatalog in Abschnitt IV "Heilmittel der Ergotherapie".

(10) Therapiefrequenz (Anzahl pro Woche)

Der verordnende Arzt gibt hier eine Empfehlung für die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche vor. Kann diese Frequenzempfehlung nicht eingehalten werden, z.B. aus Gründen, die beim Patienten liegen, so kann der Therapeut nach Absprache mit dem Arzt die Frequenz ändern und dies auf der Rückseite der Verordnung dokumentieren (siehe Punkt 20).

(11) Indikationsschlüssel

Der Indikationsschlüssel des Heilmittelkataloges ist 3 Zeichen lang und ergibt sich aus der Diagnosengruppe. Der Indikationsschlüssel hat keinen Bezug zum ICD.

Beispiel: Ein Fall wird der Diagnosengruppe "Wirbelsäulenerkrankungen" zugeordnet. Der Indikationsschlüssel lautet "SB1".

Die Angabe des Indikationsschlüssels ersetzt nicht die Abbildung von Diagnose und Leitsymptomatik im Vordruck.

(Hinweis: Die Indikationsschlüssel im Bereich Physikalische Therapie können ein Zeichen länger sein).

(12) Diagnose und Leitsymptomatik, Befunde

Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich immer aus der Diagnose plus der hiermit einhergehenden **Leitsymptomatik** (Fähigkeitsstörung).

Die Leitsymptomatik und das hiermit einhergehende Therapieziel sind die entscheidenden Kriterien für die Auswahl des zu verordnenden Heilmittels.

Damit der Therapeut möglichst nahtlos und effizient mit der Therapie beginnen kann, sollen die Diagnose, die Leitsymptomatik sowie Angaben über weitere relevante Befunde/Begleiterkrankungen auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden.

(13) Besonderheiten

Wurden vom Arzt beim Patienten neurologische/psychiatrische, pädiatrische oder orthopädische Besonderheiten diagnostiziert, welche für den Therapeuten relevant sein können, so sollten diese vom Arzt hier vermerkt werden.

(14) Spezifizierung der Therapieziele

Gehen die Therapieziele im konkreten Einzelfall nicht eindeutig aus der Diagnose und Leitsymptomatik des Heilmittelkataloges hervor, kann der Arzt hier diese Ziele näher erläutern.

(15) Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles

Hier erfolgt die bereits erwähnte Angabe der medizinischen Begründung und der prognostischen Einschätzung bei "Verordnungen außerhalb des Regelfalles" (siehe Punkt 4).

Reicht der Platz auf dem Vordruck nicht aus, kann die Begründung schriftlich formfrei auf einem Zusatzblatt erstellt bzw. fortgesetzt werden.

Bei der medizinischen Begründung soll sich der Arzt am festgestellten Therapiebedarf, der Therapiefähigkeit sowie der Therapieprognose unter Berücksichtigung der angestrebten Therapieziele orientieren. Hierbei ist der textliche Umfang nicht vorgegeben.

(16) IK-Nummer, Zuzahlung, Heilmittelpositionsnummer, Abrechnung

Die Angaben oben rechts auf dem Vordruck sind nicht vom Arzt auszufüllen, sondern vom Leistungserbringer im Rahmen der Abrechnung der erbrachten Therapieleistung.

(17) Vertragsarztstempel, Unterschrift

Unten rechts auf dem Vordruck sind Name, Adresse und Unterschrift des verordnenden Arztes anzubringen.

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt. Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung bei Ablehnung

Datum

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am Datum

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

(18) Genehmigung der Krankenkasse

Verordnungen außerhalb des Regelfalles sind (vom Patienten/Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person) vor der Fortführung der Behandlung der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.

Nach Vorlage der Verordnung kann die Therapie fortgesetzt werden. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung. Eine Rückforderung der Kosten bereits erbrachter Leistungen ist ausgeschlossen.

Hinweis: Die Krankenkasse kann auf die Vorlage von "Verordnungen außerhalb des Regelfalles" verzichten, was einer pauschalen Genehmigung entspricht. In den letzten Jahren wurde von verschiedenen Krankenkassen häufig so verfahren.

(19) Empfangsbestätigung

In diesem Bereich des Vordrucks muss der Patient den Erhalt der Therapieleistung je Behandlung durch seine Unterschrift bestätigen.

(20) Angaben zur Durchführung der Therapie

Unten links auf der Rückseite des Vordrucks kann der Therapeut Angaben zum Therapieverlauf eintragen. Hier ist anzugeben, wenn die Verordnungsvorgaben zur Therapiefrequenz oder Gruppenbehandlung in Absprache mit dem Arzt geändert wurden. Zudem ist ein eventueller Behandlungsabbruch zu vermerken.

Hinweis: Diese Rückseite wird nicht an den verordnenden Arzt übermittelt. Der gesamte Vordruck ist Bestandteil der Abrechnung des Therapeuten.

(21) Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Unten rechts auf der Rückseite des Vordrucks hat der Leistungserbringer Name, Adresse und Unterschrift anzubringen.