
Anlage 3: Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung für Maßnahmen der Ergotherapie in der Fassung vom 15.04.2016

zur Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V Ergotherapie i. d. F: 15.04.2016

1. Ziel der Anlage	2
2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken	2
3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch den Arzt.....	3
4. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt	4
a): Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks	5
b): Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls)	5
c): Hausbesuch (ja oder nein)	5
d): Therapiebericht (ja oder nein).....	5
e): Durchführung der Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie	6
f): ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 15 HeilM-RL notwendig	6
g): Verordnungsmenge	6
h): das/ die Heilmittel gemäß dem Katalog	7
i): ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel	8
j): Frequenzangabe	8
k) die Therapiedauer pro Sitzung.....	8
l): Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel.....	8
m ¹): konkrete Diagnose und Therapieziel(en), Leitsymptomatik	9
m ²): ergänzende Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen).....	9
n) medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls.....	10
o) spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde	10
p): Vertragsarztstempel und -unterschrift.....	10
5. Besondere Regelungen für Angaben der therapeutischen Fachkraft auf der Rückseite der Verordnung.....	11
6. Weitere Regelungen	11

1. Ziel der Anlage

Die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ist gemäß § 91 Abs. 6 SGB V für Ärzte, Krankenkassen, Versicherte und Heilmittelerbringer gleichermaßen verbindlich.

Gemäß § 125 Abs. 1 Satz 4 Ziffer 3a SGB V i.d.F. GKV-VSG vereinbaren die Empfehlungspartner Vorgaben für die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung. Die Regelung der notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung soll zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen und den Heilmittelerbringern beitragen und sicherstellen, dass formale Fehler besser erkannt und rechtssicher behoben werden können.

In den einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen werden insbesondere die Pflichten der Heilmittelerbringer sowie Korrekturmöglichkeiten, Korrekturform und Korrekturzeitpunkt der Verordnung festgelegt. Sie sollen sicherstellen, dass:

- Rechnungskürzungen und Nullretaxationen nur in berechtigten Fällen erfolgen
- Absetzungen aufgrund rein formaler Fehler ohne Korrekturmöglichkeiten reduziert werden.

Diese Anlage ist den Verträgen nach § 125 Abs. 2 zu Grunde zu legen.

Die ansonsten im Rahmen der Richtlinie nach § 302 SGB V bestehenden oder in Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V vereinbarten Regelungen zur Abrechnung sind ergänzend zu beachten.

2. Formerfordernis – Verordnung nur auf vereinbarten Vordrucken

Heilmittel dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 13 Abs. 1 HeilM-RL ausschließlich auf vereinbarten Vordrucken gemäß den Bundesmantelverträgen (BMV-Ä/EKV) verordnet werden. Die Verordnungsvordrucke sind in Anlage 2 bzw. Anlage 2a (Blankoformularbedruckung) des BMV-Ä/EKV und in den Vordruckerläuterungen näher beschrieben. Für die Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie ist Verordnungsmuster 18 bzw. Verordnungsmuster 18E (Blankoformularbedruckung) vorgesehen.

3. Formerfordernis – Bedruckung von Verordnungen durch den Arzt

Ergotherapeutische Behandlungen dürfen nach § 16 Abs. 1 HeilM-RL nur durchgeführt werden, wenn auf der ärztlichen Verordnung die nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL erforderlichen Angaben aufgetragen und die Verordnung von der Ärztin bzw. dem Arzt unterschrieben ist. Die erforderlichen Angaben nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL sind im Folgenden dargestellt. Für weitere Änderungen und Ergänzungen der Verordnung sind die Heilmittel-Richtlinie, § 17 der Rahmenempfehlung sowie die Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V maßgeblich.

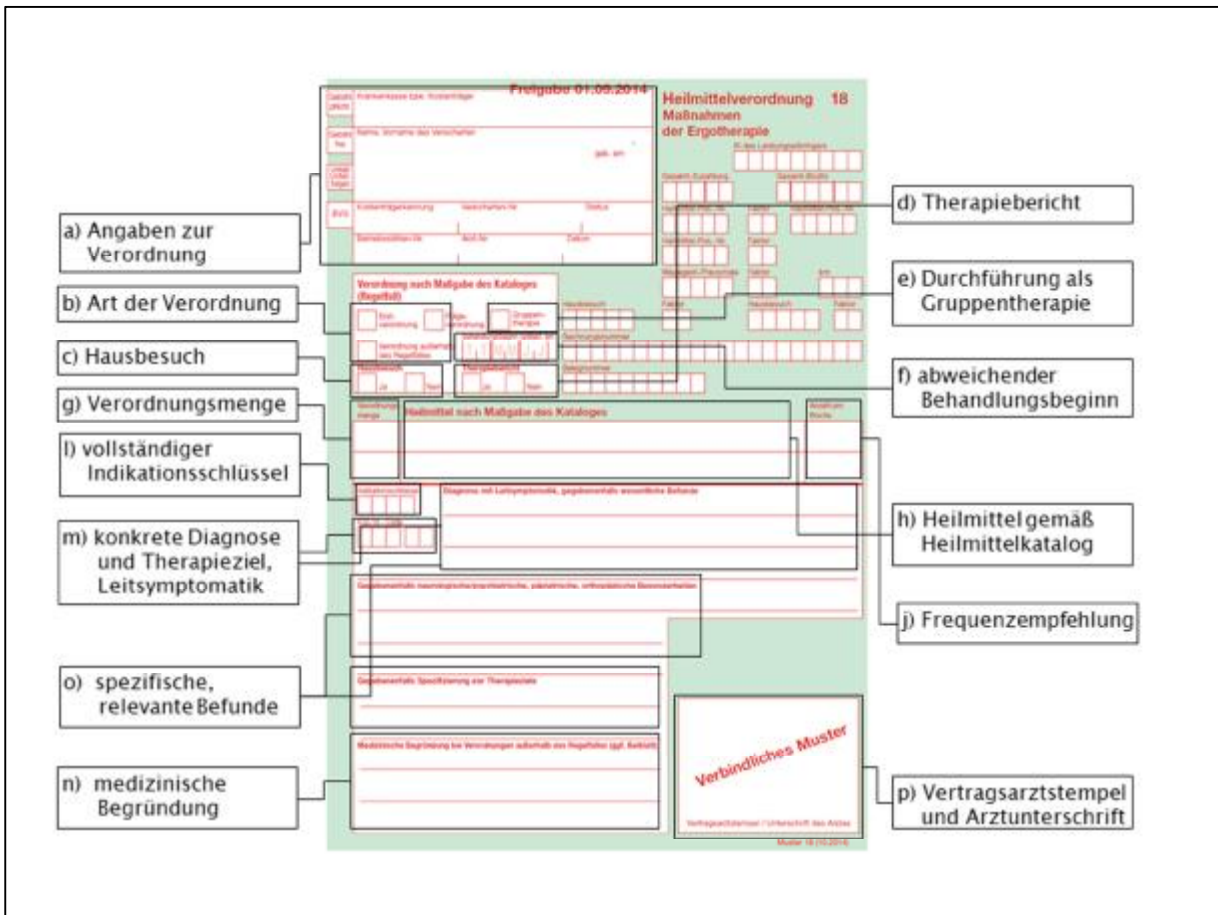


Abbildung 1: Druckbereiche auf der Ergotherapieverordnung (Muster 18) ¹

Erläuterung zur Art der Angabe:

Pflichtangabe

als Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein

Optionale Angabe

als optionale Angabe gekennzeichnete Felder können ausgefüllt sein

Konditionale Pflichtangabe

als konditionale Pflichtangabe gekennzeichnete Felder müssen ausgefüllt sein, wenn die beschriebene Voraussetzung zutrifft

¹ Die Angaben nach § 13 lit. i (ergänzende Angaben zum Heilmittel) und lit. k (Therapiedauer je Sitzung) HeilM-RL sind für die Ergotherapie nicht einschlägig und daher nicht auf dem Verordnungsmuster abgebildet.

4. Korrekturmöglichkeit – Form und Zeitpunkt

Ein Vergütungsanspruch des Heilmittelerbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Die nachfolgend beschriebenen Angaben der Verordnung sind erforderlich, damit eine sachgerechte und wirtschaftliche Therapie erfolgen kann. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 27. Oktober 2009, Az. B 1 KR 4/09, Urteil vom 13. September 2011, Az. B 1 KR 23/10) sind die Heilmittelerbringer im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen.

Sollte die Verordnung nicht fehlerfrei sein, kann die Behandlung auch ohne vorherige ärztliche oder heilmittelerbringerseitige Ergänzung bzw. Korrektur aufgenommen werden. Dies setzt voraus, dass alle wesentlichen Informationen für den Beginn bzw. die Weiterführung der Therapie auf der Verordnung enthalten sind (Personalienfeld, Diagnose, konkretes Heilmittel, Stempel und Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes). In diesem Fall ist der Behandlungsvertrag schwebend unwirksam und wird rückwirkend wirksam, wenn die ärztliche Verordnung vor der Einreichung zur Abrechnung nach den folgenden Grundsätzen ergänzt bzw. korrigiert wird. Soweit Angaben des Heilmittelerbringers auf der Rückseite der Verordnung fehlerhaft sind, soll die Krankenkasse im Einzelfall z.B. bei offensichtlichen Flüchtigkeitsfehlern oder formalen Angaben eine nachträgliche Korrekturmöglichkeit einräumen.

Sollte eine Angabe auf der Verordnung nicht im dafür vorgesehenen Feld stehen, berührt das die Gültigkeit der Verordnung nicht, soweit die Angabe an sich korrekt und vollständig ist. Entscheidend ist, dass der Datensatz gem. der Abrechnungsrichtlinien nach § 302 SGB V und ihrer Anlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern korrekt und vollständig an die Krankenkasse bzw. das von ihr benannte Abrechnungszentrum übermittelt wurde.

Ärztliche Ergänzungen und Korrekturen erfolgen grundsätzlich auf der Vorderseite der Verordnung möglichst an der jeweiligen Stelle der fehlenden/falschen Angabe. Ärztliche Änderungen und Ergänzungen bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe neben der fehlenden/falschen Angabe.

Eine Ergänzung/Korrektur der Verordnung ist auch auf dem Faxweg zwischen Heilmittelerbringer der Ärztin /dem Arzt möglich. Das Fax muss lesbar sein und ist der Abrechnung beizufügen.

Ergänzungen und Korrekturen, die vom Heilmittelerbringer vorgenommen werden, erfolgen grundsätzlich auf der Rückseite der Verordnung, soweit in dieser Anlage oder in den Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V nichts Abweichendes vereinbart wurde. Erfolgen Änderungen auf der Vorderseite der Verordnung, ist sicherzustellen, dass die ursprünglichen ärztlichen Angaben sichtbar bleiben.

Angaben gemäß § 13 Abs. 2 HeilM-RL und mögliche Ausprägungen:

a): Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Angaben zur Patientin/zum Patienten, zur Krankenkasse, zur verordnenden Ärztin/zum verordnenden Arzt und das Ausstellungsdatum
Korrekturmöglichkeit	Fehlen Arzt-, Versicherten- oder Krankenkassendaten oder das Ausstellungsdatum, kann die Behandlung nicht durchgeführt werden. Korrekturen können ausschließlich arztseitig erfolgen. Sind die beiden Felder „Gebührenpflichtig“ und „Gebührenfrei“ angekreuzt oder leer, gilt die Patientin/der Patient als zuzahlungspflichtig. Legt die Patientin/der Patient dem Heilmittelerbringer einen gültigen Befreiungsbescheid vor, kann dieser unter Angabe eines Handzeichens die Angabe auf der Verordnung korrigieren.

b): Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls)

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Charakterisiert die Verordnung als Erst- oder Folgeverordnung oder als Verordnung außerhalb des Regelfalls.
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe auf der Verordnung oder ist diese für den Heilmittelerbringer erkennbar falsch, korrigiert er diesen Fehler auf der Vorderseite der Verordnung und informiert hierüber die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt. Die Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf der Verordnung mit Handzeichen zu dokumentieren. Soweit sich durch die Korrektur Auswirkungen auf die maximale Verordnungsmenge ergeben, gilt lit. g).

c): Hausbesuch (ja oder nein)

Art der Angabe	konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	Die Verordnung eines Hausbesuches ist nach § 11 Abs. 2 HeilM-RL nur dann zulässig, wenn die Patientin/der Patient aus medizinischen Gründen die Heilmittelpraxis nicht aufsuchen kann oder wenn er aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Ein Hausbesuch kann nur erfolgen, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist.
Korrekturmöglichkeit	Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Abrechnung eines Hausbesuches nicht möglich; die Gültigkeit der Verordnung ist nicht berührt. Sofern Hausbesuch mit „Nein“ angekreuzt, aber trotzdem abgerechnet wurde, erfolgt eine Teilabsetzung des auf den Hausbesuch entfallenden Betrags.

d): Therapiebericht (ja oder nein)

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Ein Therapiebericht gilt als ärztlich angefordert, wenn das Feld „Ja“ angekreuzt ist. Ist das Feld „Nein“ angekreuzt oder fehlt die Angabe, ist die Erstellung eines Therapieberichtes nicht erfor-

	derlich und die Abrechnung einer ggf. vereinbarten „Übermittlungsgebühr“ nicht möglich.
Korrekturmöglichkeit	entfällt

e): Durchführung der Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die Ärztin/der Arzt kann durch entsprechende Kennzeichnung Gruppentherapie verordnen.
Korrekturmöglichkeit	Wurde ärztlicherseits Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat der Heilmittelerbringer die Ärztin/den Arzt zu informieren und die Änderung auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks im dafür vorgesehenen Feld zu begründen. Erfolgt bis zum Zeitpunkt der Abrechnungsstellung keine Korrektur, wird der Vergütungssatz für die verordnete Gruppentherapie vergütet.

f): ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 15 HeilM-RL notwendig

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Die ergotherapeutische Behandlung soll innerhalb von 14 Kalendertagen nach dem Verordnungsdatum begonnen werden. Soweit ein von § 15 HeilM-RL abweichender Behandlungsbeginn erforderlich ist, kann hier von der Ärztin/vom Arzt ein konkreter Zeitpunkt für einen früheren bzw. späteren Behandlungsbeginn angegeben werden.
Korrekturmöglichkeit	Im begründeten Ausnahmefall kann einvernehmlich zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer ein abweichender Behandlungsbeginn vereinbart werden, sofern das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin gesichert ist. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf der Rückseite des Verordnungsblatts zu begründen und zu dokumentieren. Wird der ärztlicherseits angegebene Behandlungsbeginn nicht eingehalten oder der einvernehmlich vereinbarte Behandlungsbeginn nicht begründet und dokumentiert, so wird die Verordnung ungültig.

g): Verordnungsmenge

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Entsprechend des zweiten Teils der HeilM-RL (Heilmittelkatalog) sind in der Ergotherapie je nach Indikation innerhalb des Regelfalls höchstens folgende Verordnungsmengen zulässig: <ul style="list-style-type: none"> • Erstverordnung: bis zu 10 x je Verordnung (SB4 bis zu 6 x je Verordnung) • Folgeverordnungen: bis zu 10 x je Verordnung Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind die maximalen Verordnungsmengen des Regelfalls nicht zwingend anzuwenden (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 3 HeilM-RL). Die Verordnungsmenge darf den Quotienten 12 aus Verordnungsmenge und Behandlungsfrequenz zum Zeitpunkt der Verordnung nicht überschreiten (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 4 HeilM-RL). Bei Frequenzspannen (Von-bis-Angabe) ist für die Berechnung des Quotienten der jeweils

	<p>höhere Wert maßgeblich.</p> <p>Bei Maßnahmen der Ergotherapie kann die Verordnungsmenge je Verordnungsvordruck auf verschiedene vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden, soweit der Heilmittelkatalog in der jeweiligen Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. Die Aufteilung der Verordnungsmenge ist auf dem Verordnungsmuster 18 unter „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ zu spezifizieren (z.B. bei EN2 Verordnungsmenge 10, davon 6 x sensomotorisch-perzeptive Behandlung und 4 x Hirnleistungstraining).</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungshöchstmengen je Erst- und Folge-Verordnung bzw. je Verordnung außerhalb des Regelfalls überschritten werden, kann der Heilmittelbringer maximal so viele Therapieeinheiten abrechnen, wie nach der HeiM-RL zulässig sind.</p> <p>Die Änderung der Verordnung ist nicht erforderlich.</p> <p>Sofern auf der ärztlichen Verordnung die Verordnungsmenge auf verschiedene vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, kann hiervon nur mit ärztlichem Einvernehmen abgewichen werden. Die Änderung ist auf der Verordnung unter Angabe der Arztunterschrift zu dokumentieren.</p>

h): das/ die Heilmittel gemäß dem Katalog

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Der Heilmittelkatalog der HeiM-RL sieht für die ergotherapeutische Behandlung indikationsbezogen folgende vorrangige/optionale Heilmittel vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motorisch-funktionelle Behandlung • Sensomotorisch-perzeptive Behandlung • Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung • Psychisch-funktionelle Behandlung <p>Zur Aufteilung der Verordnungsmenge auf verschiedene vorrangige Heilmittel siehe lit. g).</p> <p><u>Therapieergänzende Maßnahmen (§ 40 HeiM-RL):</u> Maßnahmen der Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie) sind als ergänzendes Heilmittel ausschließlich bei den vorrangigen bzw. optionalen Heilmitteln motorisch-funktionelle oder sensomotorisch-perzeptive Behandlung nach Vorgabe des Heilmittelkataloges verordnungsfähig.</p> <p>Sind zur Durchführung der motorisch-funktionellen oder sensomotorisch-perzeptiven Behandlung temporäre ergotherapeutische Schienen notwendig, können diese von der Ärztin/vom Arzt auf dem Verordnungsmuster 18 verordnet werden. Die Angabe der Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Schiene erfolgt in dem Feld „ggf. neurologische/ psychiatrische/ orthopädische Besonderheiten“.</p>
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die richtlinienkonforme Angabe eines Heilmittels, ist dieses

	ärztlicherseits mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen. Dies gilt auch, wenn ein verordnetes Heilmittel nicht zu dem auf der Verordnung angegebenen Indikationsschlüssel passt.
--	---

i): ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Sofern erforderlich können ärztlicherseits ergänzende Angaben zum Heilmittel auf der Verordnung gemacht oder einzelne Therapiemaßnahmen bzw. Behandlungstechniken spezifiziert werden.
Korrekturmöglichkeit	nicht erforderlich

j): Frequenzangabe

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Sind auf der Verordnung Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, kann der Heilmittelerbringer hiervon nur mit ärztlichem Einvernehmen abweichen. Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag nur einmal abgegeben werden. In Ausnahmefällen kann eine Doppelbehandlung mit ärztlichem Einvernehmen durchgeführt werden.
Korrekturmöglichkeit	Eine einvernehmliche Änderung der vorgegebenen Frequenz oder die Durchführung von Doppelbehandlungen ist durch den Heilmittelerbringer auf der Rückseite der Verordnung im dafür vorgesehenen Feld zu dokumentieren. Sind auf der Verordnung keine Angaben zur Frequenz gemacht, ist die empfohlene Mindestfrequenz des Heilmittel-Kataloges verbindlich anzuwenden. Davon abweichende Frequenzangaben bedürfen einer ärztlichen Rücksprache und einer Dokumentation auf der Verordnung.

k) die Therapiedauer pro Sitzung

Art der Angabe	entfällt
Erläuterung	Eine Unterscheidung der ergotherapeutischen Leistungen anhand der Therapiedauer ist in der HeilM-RL nicht vorgesehen. Die Regelbehandlungszeiten der einzelnen ergotherapeutischen Maßnahmen sind in der Leistungsbeschreibung der Rahmenempfehlung abschließend beschrieben.

l): Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Für die Ergotherapie ist die Diagnosegruppe (auch Indikationsschlüssel genannt) lt. HeilM-RL anzugeben. Bei Maßnahmen der Ergotherapie ergibt sich die Leitsymptomatik nicht aus der Diagnosegruppe bzw. dem Indikationsschlüssel und ist daher stets gesondert anzugeben (vgl. lit. m).
Korrekturmöglichkeit	Fehlt die Angabe der Diagnosegruppe, ist diese ärztlicherseits mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen.

	<p>Ist die Angabe der Diagnosegruppe unvollständig oder fehlerhaft, kann sie vom Therapeuten bei angegebener Diagnose und Leitsymptomatik mit ärztlichem Einvernehmen geändert werden. Die Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks zu dokumentieren.</p> <p>Für die Gültigkeit eines Diagnoseschlüssels sind die ersten drei Stellen maßgeblich. Ist eine vierte Stelle angegeben (z.B. „SB1a“) beeinträchtigt dies die Gültigkeit einer Verordnung nicht und bedarf keiner Korrektur.</p>
--	--

m¹): konkrete Diagnose und Therapieziel(en), Leitsymptomatik

Feld	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde
Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Die Angabe der therapielevanten Diagnose kann in Form eines oder mehrerer ICD-10-Schlüssel und / oder als Klartext erfolgen.</p> <p>Zudem ist die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben.</p> <p>Die Formulierungen in der HeiM-RL sind beispielhaft. Ihre Aufzählung ist nicht abschließend. Andere Formulierungen der Diagnose- und/oder Leitsymptomatik sind möglich, soweit sie für die Beteiligten aus fachlicher Sicht verständlich sind. Neben den Diagnosen und Leitsymptomatiken können hier auch Angaben zu den wesentlichen Befunden gemacht werden.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Fehlt die Angabe der Diagnose oder ist diese für die therapeutische Fachkraft erkennbar nicht therapielevant, ist diese ärztlicherseits mit einer erneuten Arztunterschrift und Datumsangabe zu ergänzen bzw. zu korrigieren.</p> <p>Fehlende oder fehlerhafte Angaben zur Leitsymptomatik können mit ärztlichem Einvernehmen geändert werden. Die Ergänzung bzw. Änderung ist vom Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</p>

Feld	Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele
Art der Angabe	optionale Angabe
Erläuterung	Die Angabe eines Therapieziels ist aufgrund der anzugebenden Leitsymptomatik nicht zwingend erforderlich. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.
Korrekturmöglichkeit	Nicht erforderlich

m²): ergänzende Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen).

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	Soweit für die Ergotherapie erforderlich, können ärztlicherseits Angaben zu den wesentlichen Befunden, Vor- und Begleiterkrankungen und den neurologischen/ psychiatrischen, pädiatrischen oder orthopädischen Besonderheiten gemacht sowie ergänzende Hinweise an die therapeutische Fachkraft übermittelt werden.

Korrekturmöglichkeit	Nicht erforderlich
----------------------	--------------------

n) medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Art der Angabe	konditionale Pflichtangabe
Erläuterung	<p>Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen (sog. Verordnungen außerhalb des Regelfalls) möglich. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung. Reicht der vorhandene Platz für die ärztliche Begründung nicht aus, ist ein Beiblatt zu verwenden.</p> <p>Verzichtet die Krankenkasse auf die Durchführung eines Genehmigungsverfahrens für Verordnungen außerhalb des Regelfalls, führt das Fehlen einer medizinischen Begründung nicht zu einer Absetzung.</p>
Korrekturmöglichkeit	<p>Führt eine Krankenkasse ein Genehmigungsverfahren durch, ist die Fortsetzung der Therapie grundsätzlich nur möglich, wenn auf der Verordnung eine ärztliche, medizinische Begründung angegeben ist. Fehlt hier die Begründung, informiert der Heilmittelerbringer die Ärztin/den Arzt hierüber. Die Begründung kann ärztlicherseits entweder auf der Verordnung oder auf einem Beiblatt nachgeholt werden.</p> <p>Wird die Ergänzung einer Begründung ärztlicherseits abgelehnt, kann die Verordnung auch ohne Begründung bei der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden; der Heilmittelerbringer vermerkt auf der Verordnung, dass auf eine ärztliche Änderung hingewirkt wurde. In diesem Fall vergütet die Krankenkasse zumindest die Behandlungen bis zum Zugang des Genehmigungsbescheides.</p>

o) spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde

Art der Angabe	Optionale Angabe
Erläuterung	<p>Die therapierelevanten Befundergebnisse sind jeweils auf dem Verordnungsvordruck im Feld „Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde“ (lit. m) anzugeben.</p> <p>Weitere störungsspezifische Befundergebnisse können in den Freitextzeilen im Feld „ggf. neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten“ angegeben werden.</p>
Korrekturmöglichkeit	Nicht erforderlich

p): Vertragsarztstempel und -unterschrift

Art der Angabe	Pflichtangabe
Erläuterung	Eine Verordnung ist nur gültig, wenn sie ärztlich unterschrieben und mit einem Arztstempel versehen ist.
Korrekturmöglichkeit	Korrekturen bzw. Ergänzungen der Arztunterschrift und/oder des Arztstempels können ausschließlich ärztlicherseits erfolgen.

5. Besondere Regelungen für Angaben der therapeutischen Fachkraft auf der Rückseite der Verordnung

a) Feld Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles
Hier vermerkt die Krankenkasse, ob sie die Verordnung außerhalb des Regelfalles genehmigt. Bei Nicht-Genehmigung muss dies begründet sein. Sollte die Verordnung bei der Vorlage zur Genehmigung fehlerhaft sein, so hat die Krankenkasse diese zurückzugeben, damit diese ergänzt/korrigiert werden kann, dies betrifft insbesondere das Fehlen der Begründung. Eine Ablehnung der Genehmigung aus diesem Grund ist nicht zulässig.

Nach Vorlage der Verordnung durch die oder den Versicherten übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung. Dies gilt auch, wenn zu diesem Zeitpunkt bereits alle verordneten Therapieeinheiten erbracht wurden.

b) Feld Empfangsbestätigung durch den Versicherten
Bei Überschneidung der Behandlungstermine mit Zeiten einer stationären Behandlung erfolgt eine Absetzung der Leistungen. Davon abweichend werden Behandlungen an Aufnahme- und Entlassungstag nicht abgesetzt.

c) Feld Behandlungsabbruch
Hier ist ein Datum einzutragen, falls die Therapie abgebrochen wird.

d) Feld Begründung
Diese Zeilen stehen dem Heilmittelerbringer nicht nur zur Begründung von Abweichungen von der Frequenz bzw. Änderungen von Gruppen- in Einzeltherapie zur Verfügung. Er kann diese auch für alle anderen Dokumentationen nutzen, die nach dieser Anlage, der Rahmenempfehlung oder der Rahmenverträge notwendig sind. Sollte der Platz nicht ausreichen, ist ein Beiblatt zu verwenden, das der Abrechnung beigelegt wird.

6. Weitere Regelungen

Die Verträge nach § 125 Abs. 2 SGB V regeln jeweils die Zahlungsfrist. Die Krankenkasse gerät bei Nichteinhalten der Frist in Verzug, ohne dass es einer Mahnung durch den Leistungserbringer bedarf (§ 286 BGB). Bei Zahlungsverzug hat der Leistungserbringer einen Anspruch auf Verzugszinsen und Pauschale nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 288 BGB). Zinsen und Mahngebühr sind spätestens mit der nächsten Abrechnung zu zahlen.