

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

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

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Begründung bei Ablehnung

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

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Muster 18 Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie

1. Die Verordnung erfolgt **ausschließlich** auf dem vereinbarten Vordruck. Der Vordruck muss vollständig ausgefüllt werden. In der Verordnung sind die Maßnahmen der Ergotherapie **eindeutig** zu bezeichnen. Hierzu zählt auch die Angabe der Behandlungsfrequenz. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn diese sich nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie ergibt sich **nicht** aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung und/oder Fähigkeitsstörung eine Anwendung von Ergotherapie notwendig machen.

2. **Vor der Erstverordnung** einer Maßnahme der Ergotherapie ist eine **Eingangsdagnostik** notwendig. Bei der Eingangsdagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene ärztliche Fremdbefunde heranzuziehen und zu dokumentieren.

Insbesondere bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die ggf. notwendige Einleitung anderer ärztlicher oder rehabilitativer Maßnahmen bzw. für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Maßnahme der Ergotherapie.

3. Maßnahmen der Ergotherapie **dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn** an sich störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung einer Schädigung / Fähigkeitsstörung geboten sind. Sind heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Ergotherapie nicht an deren Stelle verordnet werden. **Neben heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen** dürfen Maßnahmen der Ergotherapie **nur** bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden.

Maßnahmen der Ergotherapie dürfen **nicht** verordnet werden, soweit diese im Rahmen **der Frühförderung** nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

4. Nach einer Erstverordnung gilt **jede** Verordnung zur Behandlung **derselben Erkrankung (desselben Regelfalls)** als Folgeverordnung. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Ergotherapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt (vgl. Nr. 7 ff), ist wieder mit einer Erstverordnung zu beginnen.

5. Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist **nur auszufüllen**, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.

6. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, ist nur dann **zulässig**, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.

7. Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosengruppen zusammengefasst. Eine Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie **im Regelfall** liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen der im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegte Gesamtverordnungsmenge je Diagnosengruppe nicht überschritten wird. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen.

8. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie als **erneuten Regelfall** auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall **von 12 Wochen** abgelaufen ist.

Heilmittel im Regelfall in der Ergotherapie können verordnet werden als

- vorrangiges Heilmittel

- optionales Heilmittel
 - ergänzendes Heilmittel.
9. Verordnungen, die über den Regelfall hinausgehen:
- Lässt sich in **Ausnahmefällen** mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, sind weitere **Verordnungen** möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). Solche Verordnungen bedürfen der besonderen **Begründung** mit prognostischer Einschätzung. Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall anzuwenden. Bei längerfristigen Verordnungen ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.
 - Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztlichen Vereinigungen.
10. Die **gleichzeitige Verordnung** mehrerer Maßnahmen der Ergotherapie ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird.
11. Bei gegebener Indikation richtet sich die **Auswahl** der zu verordnenden Maßnahmen der Ergotherapie nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel.
- **Vorrangig** soll eine im Heilmittelkatalog als „vorrangiges Heilmittel“ (A) genannte Maßnahme zur Anwendung kommen.
 - Ist dies aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, kann **alternativ** ein im Heilmittelkatalog genanntes „optionales Heilmittel“ (B) verordnet werden.
 - **Soweit medizinisch erforderlich kann** zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) oder „optionalen Heilmittel“ (B) **nur ein** weiteres im Heilmittelkatalog genanntes „**ergänzendes Heilmittel**“ (C) verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.
 - Die **gleichzeitige Verordnung** eines „vorrangigen Heilmittels“ (A) und eines „optionalen Heilmittels“ (B) **bei derselben Schädigung ist nicht zulässig**.
 - Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln in der Ergotherapie, der Physikalischen Therapie und der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist bei entsprechender Indikation **zulässig**.
12. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer gewünschter Effekte bzw. im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes **Gruppentherapie** zu verordnen.
13. Es ist der vollständige **Indikationsschlüssel** anzugeben. Dieser ist der Diagnosengruppe im Katalog zu entnehmen (z. B. SB3).

Maßnahmen der Ergotherapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
	Beispiel 14		geb. am
Unfall-/Unfallfolgen			
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CH	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gesamt-Zuzahlung

--	--	--	--	--

Gesamt-Brutto

--	--	--	--	--	--	--	--

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Heilmittel-Pos.-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor

--	--	--	--	--	--

Wegegeld-/Pauschale Faktor km

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hausbesuch Faktor

--	--	--	--	--	--

Hausbesuch Faktor

--	--	--	--	--	--

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Behandlungsbeginn spätest. am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch Ja Nein

Therapiebericht Ja Nein

Hausbesuch

--	--	--	--	--	--

Rechnungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Verordnungsmenge **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges** Anzahl pro Woche

10	psych-funktionelle Behandlung	1x
-----------	--------------------------------------	-----------

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

PS3 **postschizophrene Depression mit Problemen in der**

Selbstversorgung u. Alltagsbewältigung

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Pat. wird zusätzlich psychiatrisch behandelt.

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Verbesserung der Selbständigkeit u.

Selbstversorgung

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Maßnahmen der Ergotherapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-/Unfallfolgen	Beispiel 15		geb. am 15. 4.00
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CH	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto											
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor									
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Hausbesuch	Faktor	Hausbesuch	Faktor												
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Rechnungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätest. am **T T M M J J**

Hausbesuch: Ja Nein
 Therapiebericht: Ja Nein

Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
12	motorisch-funktionelle Behandlung	1

Indikationsschlüssel **ENI** Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
Cerebralparese - die bisher durchgeführten

therapeutischen Maßnahmen haben bereits eine deutliche

Besserung (Körperhaltung, Körperbewegung / Koordination)

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten
erbracht. Eine Fortsetzung der Behandlung für ca. 6 Monate zum

Erlernen von Kompensationsmechanis-

men wie auch einer altersadäquaten

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele
Selbständigkeit z.B. im hyg. Bereich ist

aus med. Sicht angezeigt.

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes