

MB 14 a AV 12/12 Merkblatt zum Thema

## Verordnungen außerhalb des Regelfalls

### → Heilmittel-Richtlinie

Bei der Behandlung von gesetzlich Versicherten ist die Heilmittel-Richtlinie (HMR) zu beachten – diese regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Die HMR steuert die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind, die Art der Heilmittel bei diesen Indikationen, die Menge je Diagnosegruppe und die Besonderheiten bei Folgeverordnungen.

### → Regelfall

Der Heilmittelverordnung liegt ein Regelfall zugrunde, der mit der Höchstmenge der Therapieeinheiten definiert ist. Das „Modell Regelfall“ geht davon aus, dass mit dieser Anzahl das Therapieziel erreicht werden kann – die konkrete Gesamtverordnungsmenge ergibt sich aus dem Heilmittelkatalog. Nach einer Erstverordnung gilt jede weitere Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung als Folgeverordnung.

#### Keinen Einfluss auf den Regelfall haben:

- ein Arzt- oder Therapeutenwechsel  
Beispiel: Der Patient wechselt vom Neurologen zum Hausarzt, um sich dort aufgrund derselben Diagnose weiterbehandeln zu lassen.
- Wechsel der verordneten Maßnahme  
Beispiel: Ein Kind (EN1) bekommt mit der ersten Verordnung sensomotorisch-perzeptive Behandlungen verordnet, mit der zweiten dann psychisch-funktionelle.
- Wechsel von Einzel- zu Gruppenbehandlung (oder Gruppe zu Einzel)

Weitere, voneinander unabhängige Erkrankungen können neue Regelfälle auslösen. Beispiel: Sie behandeln einen Patienten aufgrund einer rheumatischen Erkrankung; nun hat ein Arzt zusätzlich eine Demenz diagnostiziert.

Grundsätzlich beginnt ein neuer Regelfall nach einem behandlungsfreien Intervall von 12 Wochen (nicht 3 Monaten!). Beispiel: Die Patientin war am 11. Mai zur letzten Behandlung in Ihrer Praxis. Am 6. August stellt der Arzt eine weitere Verordnung als Erstverordnung aus.

### → Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Lässt sich die Behandlung mit der Höchstmenge der Therapieeinheiten nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich, sog. „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“. Für diese gelten Besonderheiten (§ 8 HMR):

- besondere Begründung auf der Verordnung (unten links auf der Vorderseite)
- Bemessung der Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz für eine Zeitspanne von 12 Wochen

- störungsbildabhängig eine weiterführende Diagnostik
- Vorlage der Verordnung außerhalb des Regelfalls zur Genehmigung bei der zuständigen Krankenkasse **vor Fortsetzung der Therapie** (§ 8 Absatz 4 HMR)
- Beginn der Behandlung spätestens 14 Tage nach dem Genehmigungszeitpunkt (nicht nach Ausstellung der Verordnung!), § 15 Absatz 1 Satz 2 HMR

#### → **Genehmigungsverzicht**

Die Kassen, die auf die Genehmigung von Verordnungen für Ergotherapie außerhalb des Regelfalles verzichten, haben wir auf einer Liste zusammengestellt. Diese Liste kann auf unserer Homepage unter <http://www.dve.info/praxen/genehmigungsverzicht.html> heruntergeladen werden. Auf Wunsch können Sie diese Liste auch in der Geschäftsstelle anfordern. Sie wird bei Änderungen aktualisiert – darüber berichten wir dann auch auf der Homepage unter Aktuelles und über den Newsletter.

#### → **Genehmigungsverfahren**

Sobald der Arzt eine Verordnung außerhalb des Regelfalles ausstellt, muss diese (wenn nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet wurde) der Krankenkasse vorgelegt werden. Nach § 8 Absatz 4 HMR soll dies der Versicherte erledigen, im Alltag ist es aber oft die Praxis, die dies für ihn besorgt. Sobald die Verordnung bei der Krankenkasse vorliegt, kann die Therapie fortgeführt werden. Die konkrete Vorgehensweise ist hier von Kasse zu Kasse unterschiedlich – manche legen Wert auf das Original der Verordnung, anderen reicht ein Fax; dritte wiederum ermöglichen es, dass die Verordnung bei den Filialen vor Ort abgegeben und gleich mit Eingangsstempel versehen wird. Wichtig ist: Bitte klären Sie daher das gewünschte Verfahren mit den Kassen direkt.

**Achtung!** Wenn die Verordnung nicht per Fax gesendet oder persönlich vorgelegt wird, sondern per Post verschickt wird, sollte der erste Behandlungstermin ca. 3 bis 4 Tage nach dem Versand erfolgen, da es nicht auf das Abschicken, sondern auf die „Vorlage“ ankommt.

#### → **Vergütung**

Die Krankenkasse ist verpflichtet, die Vergütung zu übernehmen, bis sie über die Genehmigung entschieden hat. Erfolgt eine Ablehnung, muss die Behandlung beendet werden – liegt eine Genehmigung vor, wird weiter behandelt.

#### → **Versagung der Genehmigung / Widerspruch**

Die Genehmigung ist ein sog. „Verwaltungsakt“, die Verweigerung ebenfalls. Es kann daher gegen die Ablehnung Widerspruch eingelegt werden – dies muss aber der Patient tun. Muster für Genehmigungsantrag und Widerspruch finden Sie auf Seite 4 und 5 dieses Merkblatts, die Praxis kann den Patienten außerdem durch Berichte unterstützen. Dies gilt auch für die Ablehnung von Anträgen auf langfristige Genehmigung.

 MB 14 b AV – Langfristige Genehmigung

### Wichtig – Tipps für den Alltag!

→ **Checken Sie jede Verordnung außerhalb des Regelfalls!**

Es muss zum einen „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ angekreuzt sein; zum anderen muss eine Begründung im Feld unten links angegeben sein. Dies gilt auch dann, wenn die Verordnung nicht zur Genehmigung eingereicht werden muss.

→ **Bitte achten Sie unbedingt darauf, ob eine Verordnung außerhalb des Regelfalls vorliegen sollte, weil die Verordnungshöchstmenge des Regelfalls erreicht ist.**

Das bedeutet eine genaue Kontrolle der bereits verordneten Behandlungseinheiten sowie eine inhaltliche Kontrolle der Verordnungen. Sollte versehentlich eine Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht genehmigt worden sein, wird die Krankenkasse die Vergütung verweigern.

→ **Nach der HMR ist es grundsätzlich Sache des Patienten, sich um die Vorlage der Verordnung außerhalb des Regelfalls bei seiner Krankenkasse zu kümmern.**

Im Alltag hat es sich aber eingebürgert, dass die Praxen dies für die Patienten übernehmen. Überlegen Sie, ob Sie dies nicht zumindest einigen Patient/innen (wieder) selbst überlassen.

→ **Schauen Sie bei „seltenen“ Krankenkassen lieber nach, ob diese auf das Genehmigungsverfahren verzichtet hat oder nicht.**

Dies gilt insbesondere für die Betriebskrankenkassen und die Allgemeinen Ortskrankenkassen – die AOKen in Hessen, Niedersachsen und Sachsen sowie die AOK Nordost führen das Genehmigungsverfahren durch! Daher muss die Verordnung außerhalb des Regelfalls dort vorgelegt werden, auch wenn Ihre Praxis nicht in diesen Bundesländern liegt.

→ **Behandeln Sie außerhalb des Regelfalls nicht ohne eine konkrete und zur Genehmigung vorgelegte Verordnung.**

Alle Behandlungen, die Sie schon vor der Vorlage zur Genehmigung durchgeführt haben, wird die Krankenkasse nicht vergüten. Lassen Sie sich (z.B. bei Urlaub des verordnenden Arztes) eine anschließende Verordnung außerhalb des Regelfalls lieber „zu früh“ aushändigen, rechnen die laufende dann ab (auch wenn noch nicht alle verordneten Einheiten verbraucht sind) und beginnen Sie mit der neuen.

→ **Es ist nicht erforderlich, dass eine Verordnung außerhalb des Regelfalls innerhalb von 12 Wochen abgearbeitet werden muss.**

Entscheidend ist, dass nicht mehr Einheiten als für 12 Wochen erforderlich verordnet werden und diese dann auch erbracht werden. Sollte es aufgrund von Unterbrechungen dann länger dauern, wird die Verordnung dadurch nicht ungültig. Im Zweifel sprechen Sie mit der Krankenkasse des Patienten, wenn es sich etwas hinziehen sollte. Und: Nach einer Unterbrechung von mehr als 12 Wochen kann sowieso eine Erstverordnung ausgestellt werden.

## Beispiel Antragsformular

Krankenkasse  
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

*Muster*

Fax: (Fax-Nr. einfügen)

Ihr Zeichen

Datum

### Antrag auf Genehmigung der Verordnung außerhalb des Regelfalls

Versicherter: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Heilmittelverordnung vom: \_\_\_\_\_

Verordnender Arzt: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

anhängende Verordnung außerhalb des Regelfalls schicken wir Ihnen mit der Bitte um Genehmigung. Bitte teilen Sie das Ergebnis Ihrer Prüfung auch der unten genannten Praxis für Ergotherapie, die ich hiermit für das weitere Genehmigungsprozedere mit meiner Krankenkasse autorisiere, per Fax mit.

Mit freundlichen Grüßen

(Name Versicherter)

**Anlagen**

Stempelfeld - Praxis für Ergotherapie

**Beispiel Widerspruchsformular**

Krankenkasse  
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

*Muster*

Fax: (Fax-Nr. einfügen)

Ihr Zeichen

Datum

**Widerspruch gegen Ihre Ablehnung vom (Datum einfügen)**

Versicherter: \_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Heilmittelverordnung vom: \_\_\_\_\_

Verordnender Arzt: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich lege Widerspruch gegen Ihre Ablehnung vom \_\_\_\_\_ zu o. g. Verordnung außerhalb des Regelfalls ein. Ihre Entscheidung lässt außer Acht, dass weiterhin dringender Therapiebedarf besteht. Gründe hierfür sind

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

(Name Versicherter)

**Anlagen**