Herausgeber

DVE
Deutscher Verband Ergotherapie

Heilmittel-Richtlinie PLUS

Schwerpunkt Ergotherapie

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Herausgeber

DVE
Deutscher Verband Ergotherapie

Heilmittel-Richtlinie PLUS

Schwerpunkt Ergotherapie

Schulz-Kirchner Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de / www.skvshop.de

2., aktualisierte Auflage 2024
1. Auflage 2021
ISBN 978-3-8248-1274-5
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2024
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:
Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner
Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck
Druck und Bindung: Plump Druck & Medien GmbH, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach
Printed in Germany

Die Informationen in diesem Werk sind von dem Herausgeber und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Herausgebers bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.
Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Schulz-Kirchner Verlag GmbH behält sich eine Nutzung ihrer Inhalte für Text- und Data-Mining i. S. v. § 44b UrhG ausdrücklich vor. Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ... VII
Vorwort zur 2. Auflage ... VIII

1 Ambulante Versorgung GKV
1.1 Heilmittel-Richtlinie mit Kommentaren des DVE ... 3
1.1.1 Anlage 3 zur HeilM-RL: Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen ... 26
1.1.2 Heilmittelkatalog Ergotherapie ... 27
1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane / SB1 ... 29
1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane / SB2 ... 31
1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane / SB3 ... 33
2. Erkrankungen des Nervensystems / EN1 ... 35
2. Erkrankungen des Nervensystems / EN2 ... 37
2. Erkrankungen des Nervensystems / EN3 ... 39
3. Psychische Störungen / PS1 ... 41
3. Psychische Störungen / PS2 ... 43
3. Psychische Störungen / PS3 ... 45
3. Psychische Störungen / PS4 ... 47
1.1.3 Diagnoseliste ... 49
Diagnosen und Störungsbilder nach ICD-10-Code sortiert ... 50
1.1.4 Heilmittelverordnung – das Verordnungsblatt ... 61
1.1.4.1 Besondere Verordnungsbedarfe (BVB) für die Ergotherapie – Patientinnen und Patienten extrabudgetär versorgen ... 65
1.1.4.2 Langfristiger Heilmittelbedarf (LHM) ... 71
1.2 Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V inkl. Anlagen ... 77
1.2.1 Vereinbarung zur pauschalen Abgeltung der bei den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten entstehenden Kosten im Rahmen der telemedizinischen Leistungen gemäß § 125 Absatz 2a SGB V i. V. m. § 7a des Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V ... 153
1.2.2 Vereinbarung über die Ergänzung des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V (Ergotherapie) in der Fassung des Schiedsspruchs vom 15.12.2021 (4 HE 14-21) ... 157
1.3 Vertrag nach § 125a SGB V („Blankoverordnung") inkl. Anlagen ... 161

2 Ambulante Versorgung DGUV/SVLFG
2.1 Rahmenvertrag über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung vom 01.04.2023 ... 3
2.2 Ambulante Versorgung DGUV/SVLFG – Leistungsbeschreibung Ergotherapie für die gesetzliche Unfallversicherung ... 11
2.3 Leistungs- und Gebührenverzeichnis für Leistungen der Ergotherapie in der gesetzlichen Unfallversicherung ... 29
2.4 Muster „Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Ergotherapie" ... 30

3 Ambulante Versorgung von Privatpatienten
3.1 Allgemeine Informationen ... 3
3.2 Empfehlungen des DVE im Umgang mit Privatpatienten ... 4
3.3 Abrechnung mit Beamten („Beihilfepatienten") ... 5
3.4 Fragen und Antworten zu Privatpatienten ... 6

4 Stationäre Versorgung
4.1 Grundlagen und Bezugsrahmen in der stationären Versorgung ... 3
4.2 Leistungsbeschreibung in der stationären Versorgung ... 7
4.3 Leistungserfassung in der stationären Versorgung ... 9

5 Übergreifender Teil
5.1 Definition, Ziele und Ablauf der Ergotherapie – ein Überblick ... 3
5.2 Ergotherapeutische Diagnostik und Evaluation; Assessment-Instrumente ... 9
5.2.1 Überblick Assessment-Instrumente ... 10
5.3 Gesetzliche Grundlagen ... 30

6 Anhang
6.1 Literaturangaben ... 2
6.2 Abkürzungsverzeichnis ... 4

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Vorwort

Sie halten etwas wirklich Besonderes in der Hand: die „Heilmittel-Richtlinie PLUS" des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten e. V. (DVE). Erstmals 1976 erschienen – damals noch unter dem Namen Indikationskatalog – hat sich diese Veröffentlichung nicht nur zu *dem* Standardwerk entwickelt, sondern mit jeder Neuauflage eine weitere Evolutionsstufe erreicht. Das Besondere ist diesmal nicht etwa das neue Format oder der neue Name, sondern die noch nie dagewesene berufspolitische Dynamik. Nicht nur die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) wurde grundlegend überarbeitet, sondern erstmals wurde auch der Rahmenvertrag bundesweit einheitlich verhandelt und die Einführung der Blanko-Verordnung sowie der Teletherapie ist bereits gesetzlich verankert.
Seit 2011 enthielt der Indikationskatalog eine Leistungsbeschreibung Ergotherapie auf Basis der International Classification of Functioning (ICF). Nun wurden durchgängig grundsätzliche und strukturelle Änderungen vorgenommen, die sich auf alle Inhalte auswirken. Ziel dieser Veränderungen ist es, formale Prozesse zu vereinfachen und die fortschreitende Professionalisierung der Ergotherapie abzubilden.

Ambulante Versorgung

Gesetzliche Krankenversicherung
Ambulante Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung soll nicht optimal, sondern laut dem Gesetz „wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig" sein (WANZ-Regel[1]). Demzufolge entstehen Regeln und Formalien, die es auf das Notwendigste zu reduzieren gilt. In der aktuellen Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie wurden beispielsweise Diagnosegruppen zusammengeführt und somit reduziert. Solche Überarbeitungen sollen dazu beitragen, Fehlerquellen bei der Erstellung von Verordnungen durch die Ärztin und Absetzungen für die Leistungserbringenden durch die Kostenträger zu reduzieren. Auch die verpflichtende Nutzung einer zertifizierten Arztsoftware soll dabei unterstützen. Hier ist aus Sicht des DVE noch viel Potential für die Zukunft vorhanden. Der DVE bleibt sowohl mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als auch dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) im Gespräch, um Bürokratieaufwand zu reduzieren und Digitalisierung voranzutreiben.

Unfallversicherung
Seit 2010 ist zwischen dem DVE und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) die ambulante Versorgung vertraglich geregelt. Auch dieser Rahmenvertrag wird derzeit komplett überarbeitet. Der neue Vertrag wird nachgeliefert.

Stationäre Versorgung

Im stationären Bereich hat der DVE keine gesetzlich verankerten Mitwirkungsrechte. Das heißt, alle systemtechnischen und inhaltlichen Fragen werden ohne direkte Beteiligung des DVE entschieden, auch die konkreten Fragen bezüglich ergotherapeutischer Leistungen. Der DVE nimmt trotzdem fachlichen Einfluss – durch Eingaben, z. B. zum Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), oder in Gesprächen mit den entsprechenden Institutionen der Selbstverwaltung. Zusätzlich bringt der DVE hier seine fachliche Expertise beispielsweise durch die Mitarbeit bei Leitlinien und vergleichbaren Standards ein. In dieser Auflage wurde auch der stationäre Teil aktualisiert.

Übergreifender Teil

Der auf Basis des DACHS[2]-Projektes beruhende Abschnitt „Definition, Ziele und Ablauf der Ergotherapie – ein Überblick" wurde beibehalten. Die „Ergotherapeutische Diagnostik und Evaluation; Assessment-Instrumente" wurde auf den neuesten und nochmals deutlich erweiterten Stand gebracht.

Die Heilmittel-Richtlinie PLUS gibt einen umfassenden Überblick über die Möglichkeiten der Ergotherapie im Rahmen der deutschen Sozialversicherung. Darüber hinaus gibt es ergotherapeutische Versorgungsfelder wie Prävention und Gesundheitsförderung, Gemeinwesenorientierte Ergotherapie, Private Krankenversicherung

1 § 12 (1) SGB V: Wirtschaftlichkeitsgebot
Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

2 DACHS wird als Kurzname für das gesamte Projekt verwendet und leitet sich aus den Bezeichnungen der beteiligten Regionen ab: Deutschland, Austria, Schweiz, Südtirol.

(PKV), Jobcoaching, unterstützte Beschäftigung, Frühförderung und viele weitere, die zumindest an dieser Stelle erwähnt werden sollen.

Durch die vielen Veränderungen werden zwangsläufig Fragen entstehen. Der DVE bietet seinen Mitgliedern vielschichtige Möglichkeiten sich zu informieren. Sowohl digital unter www.dve.info als auch analog in Seminaren der DVE Akademie, Veranstaltungen, Veröffentlichungen, Mitgliederschreiben, Merkblättern und der persönlichen Beratung – der DVE informiert Sie immer aktuell.

So viele Veränderungen auf einmal kann nur der DVE bewältigen! Nur er verfügt über 13.000 Mitglieder, von denen viele ihre Expertise mit Engagement einbringen. Wir sind den ehrenamtlichen wie hauptamtlichen Kolleginnen und Kollegen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des DVE für ihre Leistungen zu großem Dank verpflichtet.

Sofern Sie es noch nicht sind: Werden auch Sie Mitglied – für die Zukunft der Ergotherapie!

Andreas Pfeiffer
DVE-Vorsitzender

Vorwort zur 2. Auflage

Es ist noch gar nicht so lange her, dass der Deutsche Verband für Ergotherapie (DVE) die Heilmittel-Richtlinie PLUS in dieser Form, nämlich als Loseblattwerk, herausgegeben hat.

Die erste Auflage erschien Anfang 2021 in berufspolitisch ungewöhnlich turbulenten Zeiten. Viele unserer Forderungen wurden nach Jahrzehnten und fast auf einen Schlag umgesetzt. Ein Grund dafür war das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Aber eben nur fast – schon damals war uns klar, dass wir absehbar noch einiges ergänzen müssen. Anfang 2022 haben wir bereits die ersten Aktualisierungen in Form von Ergänzungslieferungen verschickt.

Jetzt ist der richtige Zeitpunkt für eine zweite, vollständig überarbeitete Auflage. Alle Kapitel wurden aktualisiert und das Kapitel 2 sogar komplett neu hinzugefügt. Neben kleineren Korrekturen in der allgemeinen Diagnoseliste nach dem ICD-10 wurden auch völlig neue Inhalte in diese Publikation aufgenommen. Neu hinzugekommen sind beispielsweise der Rahmenvertrag nach § 125a SGB V, die Blankoverordnung und die Vereinbarung zur Ergänzung des Vertrages nach § 125 SGB V, die Teletherapie. Ebenso der überarbeitete Rahmenvertrag der Unfallkassen (DGUV/SVLFG). Ergänzt wurden auch Diagnosen in der Anlage 2 der HMR zum langfristigen Heilmittelbedarf. Bewährtes wurde beibehalten: Alle Verträge enthalten die entsprechenden Anlagen und wurden vom DVE kommentiert.

Wir freuen uns, mit der zweiten Auflage der Heilmittel-Richtlinie Plus die erfolgreiche berufspolitische Arbeit des DVE sichtbar zu machen – Sie halten diese buchstäblich in Ihren Händen.

Andreas Pfeiffer
DVE-Vorsitzender

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Ambulante Versorgung GKV

1.1 Heilmittel-Richtlinie mit Kommentaren des DVE ... 3
1.1.1 Anlage 3 zur HeilM-RL: Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen ... 26
1.1.2 Heilmittelkatalog Ergotherapie ... 27
1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane / SB1 ... 29
1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane / SB2 ... 31
1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane / SB3 ... 33
2. Erkrankungen des Nervensystems / EN1 ... 35
2. Erkrankungen des Nervensystems / EN2 ... 37
2. Erkrankungen des Nervensystems / EN3 ... 39
3. Psychische Störungen / PS1 ... 41
3. Psychische Störungen / PS2 ... 43
3. Psychische Störungen / PS3 ... 45
3. Psychische Störungen / PS4 ... 47
1.1.3 Diagnoseliste ... 49
Diagnosen und Störungsbilder nach ICD-10-Code sortiert ... 50
1.1.4 Heilmittelverordnung – das Verordnungsblatt ... 61
1.1.4.1 Besondere Verordnungsbedarfe (BVB) für die Ergotherapie – Patientinnen und Patienten extrabudgetär versorgen ... 65
1.1.4.2 Langfristiger Heilmittelbedarf (LHM) ... 71

1.2 Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V inkl. Anlagen ... 77
1.2.1 Vereinbarung zur pauschalen Abgeltung der bei den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten entstehenden Kosten im Rahmen der telemedizinischen Leistungen gemäß § 125 Absatz 2a SGB V i. V. m. § 7a des Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V ... 153
1.2.2 Vereinbarung über die Ergänzung des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V (Ergotherapie) in der Fassung des Schiedsspruchs vom 15.12.2021 (4 HE 14-21) ... 157

1.3 Vertrag nach § 125a SGB V („Blankoverordnung“) inkl. Anlagen ... 161

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

1.1 Heilmittel-Richtlinie mit Kommentaren des DVE

Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln
in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL)

in der Fassung vom 19. Mai 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011
in Kraft getreten am 1. Juli 2011
zuletzt geändert am 19. Januar 2023, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 11.04.2023 B1)
in Kraft getreten am 12. April 2023

I. ERSTER TEIL – RICHTLINIENTEXT 4

A. Allgemeine Grundsätze 4
§ 1 Grundlagen 4
§ 1a Jährliche ICD-Anpassung 5
§ 2 Heilmittel 5
§ 2a Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie 5

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung 6
§ 3 Voraussetzungen der Verordnung 6
§ 4 Heilmittelkatalog 7
§ 5 Nichtverordnungsfähige Heilmittel 8
§ 6 Verordnungsausschlüsse 8
§ 6a Diagnostik durch die Verordnerin oder den Verordner 9
§ 7 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung 9
§ 8 Langfristiger Heilmittelbedarf 11
§ 9 Wirtschaftlichkeit 12
§ 10 Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung 12
§ 11 Ort der Leistungserbringung 12
§ 12 Auswahl der Heilmittel 13
§ 13 Verordnungsvordruck 15
§ 13a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern („Blankoverordnung“) 16
§ 13b Übergangsregelung 16

C. Zusammenarbeit zwischen Verordnerinnen und Verordnern sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern 16
§ 14 Grundlagen 16
§ 15 Beginn der Heilmittelbehandlung 16
§ 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung 17
§ 16a Verordnung von Heilmitteln im Rahmen des Entlassmanagements 18
§ 16b Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung 19

D. Maßnahmen der Physiotherapie 20
§ 24 Thermotherapie (Wärme- oder Kältetherapie) 20

G. Maßnahmen der Ergotherapie 20
§ 35 Grundlagen 20
§ 36 Motorisch-funktionelle Behandlung 21
§ 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung 21
§ 38 Hirnleistungstraining oder neuropsychologisch orientierte Behandlung 22
§ 39 Psychisch-funktionelle Behandlung 23
§ 40 Therapieergänzende Maßnahmen 23
§ 41 – nicht belegt – 24

Anlage 1: Nichtverordnungsfähige Heilmittel im Sinne dieser Richtlinie 25

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

I. Erster Teil – Richtlinientext

A. Allgemeine Grundsätze

§ 1 Grundlagen

(1) [1]Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 6 in Verbindung mit § 138 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. [2]Sie regelt die Verordnung von

a) Heilmitteln durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie

b) Ergotherapie nach Maßgabe des § 35 Absatz 4 durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende
   - Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten sowie
   - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten („Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten“)

[3]Die unter Buchstabe a und b genannten Berufsgruppen werden nachfolgend auch als „Verordnerinnen und Verordner“ bezeichnet.

(2) Den besonderen Belangen psychisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie chronisch kranker Menschen ist bei der Versorgung mit Heilmitteln Rechnung zu tragen.

(3) [1]Die Richtlinie ist für die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, für die Versicherten, für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die weiteren Leistungserbringer verbindlich. [2]Die Richtlinie gilt nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.

DVE: Zahnärzte können nach wie vor keine Ergotherapie verordnen. Das ist durch Satz 2 nun ausdrücklich ausgeschlossen.
Neu ist, dass nun auch Vertragspsychotherapeuten Ergotherapie verordnen dürfen.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband wirken auf eine einheitliche Anwendung dieser Richtlinie und auf eine enge Zusammenarbeit zwischen der Verordnerin oder dem Verordner und der ausführenden Therapeutin oder dem ausführenden Therapeuten hin.

(5) Die Abgabe von Heilmitteln ist Aufgabe der gemäß § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringer.

DVE: Die HMR nimmt hier Bezug auf den Sicherstellungsauftrag von zugelassenen Ergotherapeuten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Gem. § 32 SGB V haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf Heilmittel – ihre Krankenkasse stellt ihnen diese als Sachleistung zur Verfügung. Damit sie das kann, gibt es den Rahmenvertrag mit dem GKV-Spitzenverband: Die Praxen sind berechtigt und verpflichtet, Therapie auf Verordnung abzugeben und mit der zuständigen Krankenkasse abzurechnen.

(6) In den Verträgen nach § 125 SGB V wird der in dieser Richtlinie beschriebene Leistungsrahmen nicht überschritten.

(7) Der GKV-Spitzenverband stellt die nach § 125 SGB V vereinbarten Preise der einzelnen Leistungspositionen in einem elektronisch verarbeitbaren Format bereit.

(8) Verordnerinnen und Verordner, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass die Versicherten eigenverantwortlich durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorge- und aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.

DVE: Die rechtzeitige therapeutische Intervention ist bei medizinischer Notwendigkeit unumgänglich. Prävention und Aufklärung können eine indizierte Therapie nicht ersetzen, sondern nur unterstützen. Therapeutinnen und Therapeuten fördern die Gesundheitskompetenz und Selbstverantwortlichkeit der Versicherten.

(9) Verordnerinnen und Verordner sowie Krankenkassen haben die Versicherten darüber aufzuklären, welche Leistungen nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet und abgegeben werden können.

DVE: Viele ergotherapeutische Praxen bieten sog. Selbstzahler-Leistungen an. Dies sind Angebote, die sich vorrangig an gesunde Menschen wenden oder keine Heilbehandlung darstellen, z. B. eine Beratung oder Prävention. Hier muss darauf geachtet werden, dass diese Angebote klar abgegrenzt werden – auf Verordnung dürfen nur Maßnahmen erbracht werden, die in der HMR und in der Leistungsbeschreibung definiert sind.

§ 1a Jährliche ICD-Anpassung

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen nimmt die durch die jährliche Aktualisierung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information erforderlichen ICD-Anpassungen in der Richtlinie vor, soweit gemäß 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO) der Kerngehalt der Richtlinie nicht berührt wird.

§ 2 Heilmittel

(1) [1]Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. [2]Heilmittel sind
- die einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie (§§ 18 bis 25),
- die einzelnen Maßnahmen der Podologischen Therapie (§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 3),
- die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (§§ 31 bis 33a),
- die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie (§§ 36 bis 40) und
- die Ernährungstherapie (§ 43).

DVE: Die Ergotherapie ist eine Dienstleistung, die persönlich, und damit durch einen Therapeuten (nicht durch einen Apparat), zu erbringen ist. „Teletherapie" ist hiermit jedoch nicht gemeint, da sich Therapeutin und Klientin nicht am gleichen Ort aufhalten – diese Leistung musste daher explizit in die HMR aufgenommen werden.
Aus der „Physikalischen Therapie" ist nun die Physiotherapie geworden, und die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie wurde um die Schlucktherapie ergänzt. Letzteres bedeutet aber keinesfalls, dass Ergotherapeuten keine Ess- und Trink-Therapie bzw. Facio-orale-Trakt-Therapie (FOTT) durchführen dürfen!

(2) [1]Die Richtlinie regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. [2]Die Verordnung von kurortsspezifischen beziehungsweise ortsspezifischen Heilmitteln sowie Heilmitteln im Rahmen von Leistungen der medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 2 und 4, § 24 SGB V und Rehabilitation nach §§ 40, 41 SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie.

§ 2a Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie

(1) Vor dem Hintergrund der Herausforderungen zur Bewältigung des epidemischen Ausbruchgeschehens aufgrund des SARS-CoV-2-Virus kann der Gemeinsame Bundesausschuss durch gesonderten Beschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a seiner Geschäftsordnung (GO) folgende räumlich begrenzte und zeitlich befristete Ausnahmen von den Regelungen dieser Richtlinie zulassen, wenn sie in Abhängigkeit von der Art des Ausbruchgeschehens zur Eindämmung und Bewältigung der Infektionen oder zum Schutz der Einrichtungen der Krankenversorgung vor Überlastung notwendig und erforderlich sind:
1. Erneute Verordnungen können auch nach telefonischer Anamnese ausgestellt und von der Vertragsärztin oder vom Vertragsarzt postalisch an die oder den Versicherten übermittelt werden, sofern bereits zuvor aufgrund der selben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung und Verordnung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt erfolgt ist. Diese Regelung gilt nur für Verordnungen, die innerhalb der jeweiligen zeitlichen Befristung der Ausnahme ausgestellt werden. Diese Ausnahmeregelung gilt, sofern die Verordnung von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt mit Sitz in einem der jeweils durch gesonderten Ausnahmebeschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a GO festgelegten Gebiete ausgestellt wurde oder sich der Wohnort der oder des Versicherten innerhalb eines dieser Gebiete befindet.
2. Die Regelung nach § 16 Absatz 4, wonach Verordnungen ihre Gültigkeit verlieren, wenn die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen wird, wird für den Zeitraum ausgesetzt, für den der regionale Ausnahmebeschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a GO gilt. Nach dem Ende des Geltungszeitraums des regionalen Ausnahmebeschlusses beginnt die 14-Tage-Frist erneut.
3. Sofern die Behandlungen aus therapeutischer Sicht auch im Rahmen einer telemedizinischen Leistung (Videobehandlung) stattfinden können, ist dies, in Abweichung zu den Regelungen in § 11 zum Ort der

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

Leistungserbringung, unter Einsatz datenschutzkonformer Anwendungen und mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten für die nachfolgend aufgeführten Heilmittel möglich, sofern eine persönliche Leistungserbringung aufgrund der aktuellen Pandemielage nicht erfolgen kann und die Leistung insbesondere zur Vermeidung einer Verschlimmerung der Gesundheit erforderlich ist:

- Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie mit Ausnahme der Schlucktherapie,
- Ergotherapie,
- Physiotherapie für die Übungsbehandlung gemäß § 19 Absatz 3 Nummer 1a, für die allgemeine Krankengymnastik (KG und KG-Atemtherapie) gemäß § 19 Absatz 3 Nummer 3a sowie für die Krankengymnastik-Mukoviszidose gemäß § 19 Absatz 3 Nummer 3c,
- Ernährungstherapie.

Diese Ausnahmeregelungen nach Nummer 2 und 3 gelten, sofern die Praxis der zugelassenen Heilmittelerbringerin oder des zugelassenen Heilmittelerbringers, in der die Heilmittelbehandlung erfolgt, in einem der jeweils durch gesonderten Ausnahmebeschluss auf Grundlage von § 9 Absatz 2a GO festgelegten Gebiete liegt oder sich der Wohnort der oder des Versicherten innerhalb eines dieser Gebiete befindet.

(2) Wenn und solange der Deutsche Bundestag gemäß § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, gilt die Regelung nach § 16a mit folgenden Maßgaben:

1. Die 7-Kalendertage-Frist wird auf eine 14-Kalendertage-Frist sowie die 12 Kalendertage-Frist auf eine 21-Kalendertage-Frist erweitert.
2. Die unmittelbare Erforderlichkeit kann sich auch aus dem Umstand einer Vermeidung des zusätzlichen Aufsuchens einer Arztpraxis ergeben.

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 3 Voraussetzungen der Verordnung

(1) [1]Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt oder bei Abgabe von Ergotherapie eine Verordnung nach Maßgabe des § 35 Absatz 4 durch die dort genannten Berufsgruppen voraus. [2]Die Therapeutin oder der Therapeut, die oder der die verordnete Leistung erbringt, ist grundsätzlich an die Verordnung gebunden, es sei denn im Rahmen dieser Richtlinie ist etwas anderes bestimmt.

DVE: Ab Januar 2021 gibt es für die Verordnung von Heilmitteln nur noch ein Verordnungsformular für alle Fachbereiche. Dieses musste wegen der grundlegenden Änderungen in der HMR angepasst werden (ein Muster finden Sie im Kap. 1, Seite 61ff).
Eine ärztliche Verordnung ist nicht nur Voraussetzung dafür, die Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können, sondern auch dafür, als Ergotherapeutin in der Heilkunde überhaupt tätig sein zu dürfen (das ergibt sich aus dem Heilpraktikergesetz). Leistungen, die auf Selbstzahlerbasis ohne Verordnung angeboten werden, dürfen nur gesundheitsfördernd bzw. präventiv sein oder als Beratung, Schulung, Wellness-Angebot usw. erfolgen.
Nicht nur die Entscheidung, ob ein Heilmittel verordnet wird, liegt bei den Ärzten, sondern auch die inhaltliche Ausgestaltung der Therapie. In fast allen Punkten kann eine Verordnung jedoch geändert werden, sodass die notwendige Flexibilität gewährleistet ist. Viele dieser Änderungen kann die Therapeutin nach Rücksprache mit der Ärztin selbst durchführen (mehr dazu in Anlage 3 der HMR und der Anlage 3 des Rahmenvertrags Ergotherapie). Ein Stückchen therapeutische Freiheit wird die Blanko-Verordnung (vgl. § 13a HMR, geplant ab März 2021) bieten.

(2) Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

(3) [1]Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) sowie über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind. [2]Die Versicherte oder der Versicherte soll die Verordnerin oder den Verordner im Rahmen ihrer beziehungsweise seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren.

DVE: Neu ist, dass sich die Ärztin nun auch über „bisherige Heilmittelverordnungen" informieren muss – damit wird ein leidiges Problem beseitigt. Fehlen die Informationen, ist das jedoch kein Grund, eine Verordnung zu verweigern. Ebenfalls neu ist das Wort „Kontextfaktoren". Damit hält auch die Modernisierung durch die ICF in der HMR Einzug. Dies wird im weiteren Verlauf konsequent fortgeführt, und zeigt sich insbesondere bei der Definition der ergotherapeutischen Maßnahmen und im HMK. Die ICF ist nicht nur eine standardisierte Sprache in der Gesundheitsversorgung, sondern gewährleistet vor allem einen wertschätzender Blick auf die Wünsche und Ziele der Klienten und die Arbeit der Therapeuten.

(3a) [1]Die nach § 3 erforderlichen Feststellungen sind im Rahmen einer unmittelbar persönlichen oder mittelbar persönlichen Konsultation möglich. [2]Eine mittelbar persönliche Konsultation kann nur per Videosprechstunde erfolgen. [3]Die mittelbar persönliche Konsultation ist zulässig, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist. [4]Dies setzt insbesondere voraus, dass

1. die oder der Versicherte und die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt sind,
2. die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde nicht ausschließt und
3. es sich nicht um eine erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall handelt.

[5]Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Videosprechstunde nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen. [6]Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären. [7]Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde besteht nicht. [8]Die Ausstellung von weiteren Verordnungen gemäß § 6a Absatz 2 Satz 1 nach einem vorherigen telefonischen Kontakt zwischen der Verordnerin oder dem Verordner und der oder dem Versicherten ist abweichend von Satz 2 ausnahmsweise zulässig, wenn die Verordnerin oder der Verordner den aktuellen Gesundheitszustand bereits im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist.

(4) [1]Heilmittel sind nur nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnungsfähig. [2]Der indikationsbezogene Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Absatz 6 SGB V (im Folgenden Heilmittelkatalog genannt) ist Bestandteil dieser Richtlinie.

(5) Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

DVE: Auch hier hält die ICF und das bio-psycho-soziale Krankheitsbild Einzug in die HMR.

(6) Die Verordnerinnen und Verordner stellen sicher, dass für sie tätig werdende Vertreterinnen und Vertreter, Assistentinnen und Assistenten sowie angestellte Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten diese Richtlinie kennen und beachten.

§ 4 Heilmittelkatalog

(1) [1]Der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Absatz 6 SGB V ist „Zweiter Teil" dieser Richtlinie. [2]Der Katalog wird dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend in regelmäßigen Abständen ergänzt oder aktualisiert.

(2) [1]Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefasst, die abgebildeten Beispieldiagnosen sind hierbei nicht abschließend. [2]Den Diagnosegruppen sind die jeweiligen Leitsymptomatiken in Form von funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die verordnungsfähigen Heilmittel, sowie die Verordnungsmengen und Empfehlungen zur Therapiefrequenz zugeordnet.

DVE: Da die in den jeweiligen Diagnosegruppen aufgeführten Diagnosen nur beispielhaft sind, ist es möglich, auch bei nicht gelisteten Erkrankungen Ergotherapie zu verordnen, wenn eine entsprechende funktionelle oder strukturelle Schädigung vorliegt. Die Diagnosegruppen des HMK sind zusammengefasst worden (siehe Kap. 1, Seite 27ff; es wurden keine Diagnosen bzw. Gruppen gestrichen), sodass es leichter ist, eine Erkrankung in die korrekte Diagnosegruppe einzuordnen. Die Leitsymptomatik ist nun definiert als Schädigung, die zu

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

einer Beeinträchtigung von Aktivitäten/Teilhabe führt. Der Transfer des Schädigungsbildes auf die Ebene der Beeinträchtigungen im Alltag war vielen Ärzten schwer gefallen, sodass es nun einfacher für sie ist. Zudem wird die Leitsymptomatik nun auch in der Ergotherapie als Buchstabenkürzel auf der Verordnung eingetragen. Der Verordnungsvordruck bietet aber auch ein Feld für eine patientenindividuelle Leitsymptomatik sowie für Therapieziele (beides optional).

(3) [1]Der Heilmittelkatalog führt nur die möglichen Indikationen für eine sachgerechte Heilmitteltherapie auf. [2]Kontraindikationen wurden bewusst nicht aufgeführt. [3]Bei der Verordnung hat die Verordnerin oder der Verordner im Einzelfall vorhandene Kontraindikationen zu berücksichtigen.

(4) [1]Neue Heilmittel oder zugelassene Heilmittel nach Maßgabe dieser Richtlinie zur Behandlung nicht im Heilmittelkatalog genannter Indikationen dürfen nur verordnet oder gewährt werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor in dieser Richtlinie den therapeutischen Nutzen anerkannt und Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. [2]Das Verfahren richtet sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO).

§ 5 Nichtverordnungsfähige Heilmittel

[1]In der Anlage 1 zu dieser Richtlinie ist die Übersicht über
- Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nach Maßgabe der VerfO nicht nachgewiesen ist,
- Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist, nicht anerkannt ist und
- Maßnahmen, die der persönlichen Lebensführung zuzuordnen sind,

gelistet. [2]Diese sind im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht verordnungsfähig. [3]Die Übersicht wird in regelmäßigen Abständen dem Stand der medizinischen Erkenntnisse folgend ergänzt oder aktualisiert.

DVE: Die Aufstellung „Nichtverordnungsfähige Heilmittel" finden Sie als Anlage 1 zu der HMR auf Seite 25 in diesem Kapitel.

§ 6 Verordnungsausschlüsse

(1) [1]Beim Vorliegen von geringfügigen Gesundheitsstörungen dürfen Heilmittel nicht anstelle der nach § 34 Absatz 1 SGB V von der Verordnung ausgeschlossenen Arzneimittel ersatzweise verordnet werden. [2]Dies gilt insbesondere für Maßnahmen der Physiotherapie zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten.

(2) [1]Maßnahmen, die nicht aufgrund der in § 3 Absatz 2 genannten Voraussetzungen veranlasst und durchgeführt werden, dürfen nicht zu Lasten der GKV verordnet und durchgeführt werden. [2]Dies gilt auch, wenn die Maßnahmen von nach § 124 SGB V zugelassenen Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern durchgeführt werden. [3]Weiterhin dürfen Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung der vorliegenden Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach dem §§ 46 und 79 des SGB IX). [4]Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. [5]Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.

DVE: Im HMK sind ergotherapeutische Indikationen klar definiert und nur diese sind für die Verordnung maßgeblich. Jede einzelne der dort aufgeführten medizinischen Indikationen kann zu einer Heilmittelverordnung für Ergotherapie führen, auch neben den genannten pädagogischen, heil- oder sonderpädagogischen Maßnahmen. Zudem unterliegt es nicht der Prüfpflicht der Praxen, ob ein Kind auch pädagogische Leistungen erhält.

(3) Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den § 46 Absatz 1 und 2 und § 79 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003, geändert am 23. Dezember 2016, als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

DVE: Nur wenn Ergotherapie bei der Frühförderung im Rahmen des Förder- und Behandlungsplans auch tatsächlich erbracht wird, kann diese nicht zusätzlich verordnet werden, anderenfalls ist eine separate Verordnung möglich.

(4) Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners ein wichtiger Grund vorliegt, der gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung spricht, ist diese auf dem Verordnungsvordruck auszuschließen. Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem Verordnungsvordruck einzutragen.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

DVE: Über die Durchführung telemedizinischer Leistungen entscheiden die Therapeut:innen nach der ergotherapeutischen Diagnostik und der Therapieplanung in eigener Verantwortung. Die Verordnenden haben allerdings die Möglichkeit, von vornherein telemedizinische Leistungen bei den Versicherten auszuschließen. Das geschieht auf dem Verordnungsblatt im Feld „ggf. Therapieziele/weitere medizinische Befunde und Hinweise".

§ 6a Diagnostik durch die Verordnerin oder den Verordner

(1) [1]Vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. [2]Bei der Eingangsdiagnostik sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten.

(2) [1]Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. [2]Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. [3]Weitere Befundergebnisse sollen auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.

(3) [1]Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das weitere therapeutische Vorgehen überprüft werden. [2]Erforderlichenfalls sind andere ärztliche, psychotherapeutische oder rehabilitative Maßnahmen einzuleiten oder die Beendigung oder Fortsetzung der Heilmitteltherapie in Betracht zu ziehen.

(4) Spezifische Ausführungen zur ärztlichen Diagnostik finden sich zur podologischen Therapie in § 29, zur Stimm-Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in § 34 und zur Ernährungstherapie in § 44.

DVE: Im neuen § 6a wurden die Regelungen zur Diagnostik aus den heilmittel-spezifischen Teilen zusammengefasst. Die Diagnostik liegt in der Kompetenz der verordnenden Ärztin. Eine Verpflichtung zur Hinzuziehung weiterer Ärzte bzw. Institutionen ist hiermit nicht begründet. Bei den „Fremdbefunden" kann es sich auch um eine ergotherapeutische Diagnostik handeln.
Eine Verordnung in der Diagnosegruppe PS1 setzt eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. neuropädiatrische Diagnostik voraus, bei den Diagnosegruppen PS2 bis PS4 eine psychiatrische. Dies bedeutet aber nicht, dass nur Neurologen, Psychiater, Neuropädiater usw. eine derartige Verordnung ausstellen dürfen, oder dass diese Diagnostik von der verordnenden Vertragsärztin selbst durchgeführt werden muss. Sondern: Ist eine Diagnostik erfolgt, kann darauf aufbauend jede Vertragsärztin Ergotherapie verordnen – oder unabhängig von der Fachrichtung eine derartige Diagnostik durchführen. Letztendlich aber kann sich die Ergotherapeutin darauf verlassen, dass bei einer Verordnung mit Diagnosegruppe PS diese Diagnostik korrekt gestellt worden ist.

§ 7 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

DVE: Den Regelfall gibt es nicht mehr – weggefallen sind auch die Verordnungsart (Erst- und Folgeverordnung, Verordnung außerhalb des Regelfalls) sowie die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall. Daher gehört auch das Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls zur Vergangenheit. Die neue HMR hat die Systematik vereinfacht, was auch das Ausstellen korrekter Verordnungen durch die Ärzte erleichtert. Wegen der grundlegenden Änderungen musste auch das Verordnungsformular angepasst werden (ein Muster finden Sie im Kap. 1, Seite 61ff).

(1) [1]Ein Verordnungsfall umfasst alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Diagnose (d. h. die ersten drei Stellen des ICD-10-GM-Codes sind identisch) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog. [2]Dies gilt auch, wenn sich innerhalb des Verordnungsfalles die Leitsymptomatik ändert oder unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Im Rahmen eines Verordnungsfalles können mehrere Verordnungen getätigt werden. [3]Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Diagnosen derselben oder unterschiedlicher Diagnosegruppe(n) auf, kann dies weitere Verordnungsfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungen auszustellen sind. [4]Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit dem Datum der letzten Verordnung ein Zeitraum von 6 Monaten vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.

DVE: Jetzt kann ganz konkret festgestellt werden, ob ein neuer Verordnungsfall vorliegt – entscheidend sind die ersten drei Stellen des ICD-10-Codes und die Diagnosegruppe. Da in vielen ICD-10-Codes die Lokalisation über die 4. Stelle definiert wird, bleibt es bei einer Änderung in der 4. Stelle beim gleichen Verordnungsfall (es sei denn, die Diagnosegruppe ändert sich). Da es kein Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls gibt, ist das aber unproblematischer zu handhaben als früher.
Ein neuer Verordnungsfall beginnt, wenn das Ausstellungsdatum der letzten Verordnung mehr als 6 Monate zurückliegt. Ist es nicht so lange her, wird der Verordnungsfall fortgesetzt – die orientierende Behandlungsmenge kann aber überschritten werden, falls erforderlich. Damit fällt es Ärzten leichter, Verordnungsfälle abzugrenzen und festzustellen, ob eine neue orientierende Behandlungsmenge berücksichtigt werden muss. Nach wie vor definiert die HMR keine zwingende Behandlungspause.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

(2) [1]Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. [2]Wird neben vorrangigen Heilmitteln auch ein ergänzendes Heilmittel verordnet, sind die Behandlungseinheiten des ergänzenden Heilmittels bei der Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge nach Satz 1 nicht zu berücksichtigen. [3]Die orientierende Behandlungsmenge ergibt sich indikationsbezogen aus dem Heilmittelkatalog. [4]Abweichend hiervon sind für die Podologische Therapie und für Maßnahmen der Ernährungstherapie keine orientierenden Behandlungsmengen festgelegt.

(3) Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweilige Verordnerin oder den jeweiligen Verordner.

DVE: Damit schafft die neue HMR Klarheit. Bei jeder erstmaligen Verordnung von Ergotherapie bei einer Patientin kann die Ärztin für sich einen neuen Verordnungsfall eröffnen und damit bei der orientierenden Behandlungsmenge bei „0" anfangen. Sie sollte aber trotzdem nachfragen, ob ihre Patientin bereits Verordnungen erhalten hat, auch wenn sie die Verordnungsmengen anderer Ärzte nicht mehr berücksichtigen muss. Und auch für die Therapie-Praxen bedeutet es weniger Aufwand, denn die Prüfung, ob die Verordnungsart passt oder ob die Patientin bereits in einer anderen Praxis gewesen ist usw., entfällt. Es gibt nur noch „die Verordnung".

(4) [1]Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind. [2]Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive oder neue Erkrankungsphasen handelt. [3]In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation der Verordnerin oder des Verordners zu übernehmen.

DVE: Die orientierende Behandlungsmenge ist nicht nur ein neues Wort für Höchstverordnungsmenge im Regelfall – die Ärzte sind hier wesentlich flexibler und können bei Bedarf auch über die orientierende Behandlungsmenge hinaus verordnen, wenn es medizinisch notwendig ist. Die Dokumentation dazu findet nicht mehr auf der Verordnung statt (früher unten links, Begründung), sondern in der Patientenakte der Arztpraxis. Auch damit wird das Prüfen einer Verordnung einfacher – es ist nicht mehr relevant, wie viele Verordnungen schon „gelaufen" sind. Auch wenn die orientierende Behandlungsmenge überschritten wird, ist die Höchstverordnungsmenge je Verordnung 10; Ausnahmen siehe § 7 Absatz 6 HMR.

(5) [1]Im Heilmittelkatalog ist zudem die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt. [2]Sofern neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels. [3]Wenn die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, richtet sich die Höchstmenge je Verordnung des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel.

DVE: Die Verordnungsmenge je Verordnung ist in der Ergotherapie nun immer 10. Ausgenommen bei PS2 und PS3, hier sind 20 Therapieeinheiten möglich. Die Diagnosegruppen sind neu sortiert und auf diese Weise zusammengefasst worden, damit entfiel die SB4 mit ihren 6 Einheiten. Da auf der Rückseite der Verordnung 20 Zeilen für die Quittierung vorgesehen sind, achten Sie darauf, dass die Verordnungsmenge auch passt (weitere Details dazu bei § 7 Absatz 6) – haben Sie zu viele Einheiten erbracht, werden die überzähligen nicht vergütet! Es gibt nur noch vorrangige Heilmittel und (in der Ergotherapie) die Thermotherapie als ergänzendes Heilmittel. Die ehemals optionalen Heilmittel sind nun vorrangige Heilmittel.

(6) Abweichend von Absatz 5 gilt für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8, dass die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können. Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung und die orientierende Behandlungsmenge sind hierbei nicht bindend. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12-Wochen-Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung unter Beachtung des § 16 Absatz 4 ihre Gültigkeit.

(7) Die Vorgaben des Absatz 6 gelten ebenso für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen. Sieht die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V Hinweise und Spezifikationen (z. B. Akutereignis) vor, sind diese mit Ausnahme der Alterskriterien nicht

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

bindend für die Bemessung der Behandlungseinheiten je Verordnung. Maßgeblicher Zeitpunkt für das Vorliegen eines Alterskriteriums ist der Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung.

DVE: Die 12 Wochen waren früher aus den Verordnungen außerhalb des Regelfalls bekannt. Jetzt gelten sie für Verordnungen mit Diagnosen aus den Listen „Besonderer Verordnungsbedarf/BVB" und „Langfristiger Heilmittelbedarf/LHM". Bei BVB ergibt sich oft zu Beginn ein intensiver Bedarf an Heilmitteln (oftmals zeitlich begrenzt, da auch die „leichten Fälle" vom BVB erfasst sind), sodass hier genauso wie beim LHM für einen Bedarf von 12 Wochen verordnet wird.
Da sich die Behandlungsmenge je Verordnung in diesen Fällen am ICD-10-Code orientiert, ergibt sich für die Praxen eine Prüfpflicht: Werden mehr als 10 Behandlungseinheiten verordnet, muss geschaut werden, ob die ICD-10 in der Liste BVB oder LHM enthalten ist. Diese Aufgabe wird in der Regel die Verwaltungssoftware der Therapiepraxis erledigen, da die Listen mit den BVB- bzw. LHM-Diagnosen abschließend sind.
Wichtig ist, dass bei BVB und LHM die orientierende Behandlungsmenge nicht relevant ist – die Ärzte müssen also nicht in ihrer Patientenakte begründen, warum sie mehr verordnen.
Und: Die HMR stellt klar, dass auch länger als 12 Wochen mit einer BVB- bzw. LHM-Verordnung behandelt werden darf.
Hintergrund: Verordnungen, die als BVB bzw. LHM mit dem ICD-10-Code und der passenden Diagnosegruppe gekennzeichnet sind, fallen nicht in das Budget der Ärzte.

§ 8 Langfristiger Heilmittelbedarf

(1) Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der Begründung der Verordnerin oder des Verordners die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf einer oder eines Versicherten ergeben.

(2) [1]Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V auszugehen. [2]Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren findet nicht statt.

(3) Bei schweren dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, entscheidet die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.

(4) Entscheidungen nach Absatz 3 trifft die Krankenkasse auf der Grundlage
- des Antrages der oder des Versicherten,
- der Kopie einer gültigen und gemäß § 13 Absatz 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung; die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten und
- soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes (MD) gemäß § 275 Absatz 1 SGB V.

(5) [1]Bei Entscheidungen über Anträge nach Absatz 3 gilt § 3 Absatz 5 entsprechend. [2]Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigung liegt dann vor, wenn die bei der Antragstellerin oder dem Antragsteller bestehenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen vergleichbar mit der Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen sind, wie sie bei Diagnosen aus der Anlage 2 zu erwarten sind. [3]Eine Schwere und Langfristigkeit im Sinne von Absatz 3 kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller oder struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, sich aus deren Gesamtbetrachtung jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen der Anlage 2 zu erwarten ist. [4]Bei Entscheidungen nach den Sätzen 2 und 3 ist von einer Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr medizinisch notwendig ist. [5]Sofern es bei der Entscheidung nach den Sätzen 2 und 3 zusätzlichen medizinischen Sachverstandes bedarf, hat die Krankenkasse den MD einzubeziehen. [6]Dabei sind der Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieziele und die Therapieprognose der oder des Versicherten in Verbindung mit dem verordneten Heilmittel zu berücksichtigen. [7]Eine Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach Absatz 3 darf nicht allein deswegen versagt werden, weil sich das Heilmittel oder die Behandlungsfrequenz im Genehmigungszeitraum innerhalb der Diagnosegruppe der dem Antrag zugrunde liegenden Verordnungen ändern kann.

(6) Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigung kann ausgeschlossen werden bei Erkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

(7) [1]Die Genehmigung nach Absatz 3 kann unbefristet erfolgen. [2]Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten. [3]Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Diagnosegruppe oder die Diagnosegruppen angegeben werden.

DVE: Am Verfahren zum langfristigen Heilmittelbedarf hat sich nichts geändert. Es bleibt dabei, dass entweder eine gelistete Diagnose (plus passender Diagnosegruppe) auf der Verordnung eingetragen wird oder die Patientin einen Antrag auf langfristige Genehmigung stellt. Damit gilt weiterhin, dass bei einer abgelehnten langfristigen Genehmigung die Therapie im Rahmen einer regulären Verordnung fortgeführt werden kann.

§ 9 Wirtschaftlichkeit

(1) [1]Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll die Verordnerin oder der Verordner prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch
- durch eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten (z. B. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms, durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung),
- durch eine Hilfsmittelversorgung oder
- durch Verordnung eines Arzneimittels

unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. [2]Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.

(2) [1]Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. [2]Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.

DVE: Prävention und Aufklärung können die medizinisch notwendige Therapie nicht ersetzen, nur unterstützen, siehe auch Kommentar zu § 1 Absatz 9.

§ 10 Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung

[1]Heilmittel können, sofern in den Abschnitten D bis H nichts anderes bestimmt ist, als Einzel- oder Gruppentherapie verordnet werden. [2]Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppendynamisch gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots Gruppentherapie zu verordnen.

DVE: Die Entscheidung, ob Gruppen- oder Einzeltherapie verordnet wird, trifft die Vertragsärztin. Allerdings sind im Bereich der ergotherapeutischen Maßnahmen immer bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen, unter denen eine Gruppentherapie möglich wird oder nötig ist. Die Verordnung von Gruppentherapie wird nicht wie bisher über ein Kreuzchen bei Gruppentherapie gesteuert, sondern über den Zusatz „Gruppe" beim vorrangigen Heilmittel. Damit können nun problemlos Einzel- und Gruppentherapie kombiniert werden, auch mit unterschiedlichen Heilmitteln (Beispiel: bei EN1 „Sensomotorisch-perzeptive Behandlung" und „Psychisch-funktionelle Behandlung Gruppe"). Dabei ist wie bisher darauf zu achten, dass sich die Höchstverordnungsmenge nicht erhöht, sondern auf die Maßnahmen aufgeteilt wird. In Anlage 3 der HMR sind die Änderungsmöglichkeiten definiert: Soll die Verordnung von Einzel- auf Gruppentherapie geändert werden, muss dafür Einvernehmen mit der verordnenden Ärztin hergestellt werden – soll von Gruppen- auf Einzeltherapie geändert werden, reicht eine Information der Ärztin aus. In beiden Fällen ist eine ärztliche Unterschrift nicht notwendig, die Änderung wird von der Therapeutin durchgeführt.

§ 11 Ort der Leistungserbringung

(1) [1]Heilmittel können, sofern nichts anderes bestimmt ist,
- als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten (Einzel- oder Gruppentherapie) oder
- als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2

verordnet werden. [2]Die Verordnung eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. [3]Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.

DVE: Medizinische oder therapeutisch zwingende Gründe können z. B. sein:
- Immobilität der Versicherten, das heißt eine Patientin ist (noch) nicht in der Lage, die ergotherapeutische Praxis aufzusuchen. Grund für die Immobilität kann auch eine psychische Diagnose sein, oder eine Begleiterkrankung, die nicht für die ergotherapeutische Intervention ursächlich ist.
- Maßnahmen, bei denen die in der ergotherapeutischen Praxis erworbenen Fähigkeiten in der häuslichen Umgebung umgesetzt werden sollen – hierzu bedarf es der spezifischen Ergotherapie in der häuslichen Umgebung.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

(2) [1]Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. [2]Dies können auch Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder Regelschulen sein. [3]Voraussetzung dafür ist, dass sich aus der ärztlichen Verordnung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. [4]Dies soll in der Regel bei einem behördlich festgestellten Förderstatus angenommen werden. [5]§ 6 Absatz 2 darf dem nicht entgegenstehen.

DVE: Auch ohne die Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen außerhalb der Praxis bis zum Abschluss der schulischen Ausbildung möglich, wenn sie ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind. Weitere Einschränkungen sind die besondere Schwere und Langfristigkeit der Störung. Neu ist, dass auch die Regel-Einrichtungen genannt sind, in denen die Kinder mit schweren und langfristigen funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten inklusiv betreut werden.
Offen ist zum Zeitpunkt der Drucklegung noch eine Einigung über die Honorierung des Aufwands, der durch den Besuch der Einrichtung entsteht. Ebenfalls ungeklärt ist die Behandlung von Erwachsenen in entsprechenden Einrichtungen, wie zum Beispiel Werkstätten für behinderte Menschen oder Tagespflegeeinrichtungen für Menschen mit Demenz.
Zu § 6 Absatz 2 siehe die Kommentierung dort.

(3) Heilmittel können anstelle eines unmittelbar persönlichen Kontaktes nach Maßgabe der Verträge gemäß § 125 SGB V als telemedizinische Leistung in Echtzeit erbracht werden.

DVE: Mit der HMR wird die telemedizinische Erbringung von Ergotherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ermöglicht. Die Einzelheiten dazu werden durch den DVE und den GKV-Spitzenverband vertraglich festgelegt. Dazu gehört dann auch, in welcher Form diese Leistung erbracht werden kann (per Video, als Telefonat usw.).

§ 12 Auswahl der Heilmittel

(1) [1]Die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) hängt bei gegebener Indikation nach § 3 Absatz 5 ab von:
- der Ausprägung und Schwere der Erkrankung,
- den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen,
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und
- den angestrebten Therapiezielen.

[2]Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Die konkreten Behandlungsziele zu den jeweiligen Heilmitteln werden in den Abschnitten D bis H der Richtlinie erläutert. [3]Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog dient der Verordnerin oder dem Verordner zur Orientierung, er oder sie kann hiervon in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzliche Dokumentation auf der Verordnung abweichen.

DVE: Im neuen HMK sind nur noch vorrangige Heilmittel aufgeführt, die bisher optionalen Heilmittel wurden zu vorrangigen. Die Reihenfolge (wenn es mehrere Heilmittel in der Diagnosegruppe gibt) beruht auf der Erfahrung aus der Praxis. Als ergänzendes Heilmittel gibt es in der Ergotherapie nur die Thermotherapie. Die Verordnung von Gruppentherapie erfolgt mit dem Zusatz „Gruppe", die Verordnung der ergotherapeutischen Schiene mit dem Zusatz „Schiene" beim verordneten Heilmittel.

(2) [1]Bei Maßnahmen der Physiotherapie und der Ergotherapie können die Verordnungseinheiten je Verordnung auf maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. [2]In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander kombiniert werden. [3]Die Aufteilung der Verordnungseinheiten ist auf einem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.

DVE: Da es (neben dem ergänzenden Heilmittel Thermotherapie) nur noch vorrangige Heilmittel gibt, kann jedes mit jedem kombiniert werden, auch mit dem Zusatz „Gruppe". Bei Verordnung mehrerer ergotherapeutischer Maßnahmen darf die Höchstverordnungsmenge nicht überschritten werden, diese wird daher auf die Maßnahmen aufgeteilt. Neben der Verordnungsmenge sollte auch geprüft werden, ob tatsächlich alle verordneten Maßnahmen in der jeweiligen Diagnosegruppe zu finden sind.
Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden (§ 12 Absatz 8) – dies gilt auch bei der Verordnung mehrerer Heilmittel. Sollen beide am gleichen Tag erbracht werden, bedarf es eines ausdrücklichen ärztlichen Hinweises.
Wenn die Verordnungsmenge auf mehrere vorrangige Heilmittel aufgeteilt wird, bezieht sich die Angabe der Frequenz auf die Behandlung insgesamt. Laut G-BA dürfen keine unterschiedlichen Frequenzen bei den Heilmitteln angegeben werden.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

(3) [1]Soweit medizinisch erforderlich, kann zu „vorrangigen Heilmitteln" maximal ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel" verordnet werden. [2]Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie oder Elektrostimulation oder die Ultraschall-Wärmetherapie auch isoliert verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht. [3]Mehr als ein ergänzendes Heilmittel kann nicht isoliert verordnet werden.

DVE: In der Ergotherapie gibt es nur die Thermotherapie als ergänzendes Heilmittel. Satz 3 von § 12 Absatz 3 bezieht sich auf Satz 2, also auf ergänzende Heilmittel in der Physiotherapie – die Thermotherapie indes kann nie ohne ein vorrangiges Heilmittel verordnet werden.

(4) „Standardisierte Heilmittelkombinationen" dürfen nur verordnet werden, wenn
- die Patientin oder der Patient bei komplexen Schädigungsbildern einer intensiveren Heilmittelbehandlung bedarf und die therapeutisch erforderliche Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist,
- die Erbringung dieser Maßnahmen in einem direkten zeitlichen und örtlichen Zusammenhang erfolgt und
- die Patientin oder der Patient aus medizinischer Sicht geeignet ist.

(5) Die gleichzeitige Verordnung einer „standardisierten Heilmittelkombination" der Physiotherapie mit einem weiteren Einzelheilmittel der Physiotherapie ist nicht zulässig.

(6) [1]Die Verordnungsmenge von einer „standardisierten Heilmittelkombination" und Maßnahmen der Massagetherapie nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 bis 6 sind auf jeweils 12 Einheiten je Verordnungsfall begrenzt, sofern im Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt ist. [2]Das gilt auch für den Fall, dass das angestrebte Therapieziel gemäß § 7 Absatz 4 nicht erreicht werden konnte. [3]Eine Begrenzung nach Satz 1 gilt auch in den Fällen, in denen gemäß § 7 Absatz 6 oder Absatz 7 eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht.

(7) [1]Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (z. B. gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie und Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. [2]Dabei sind jeweils getrennte Verordnungsvordrucke zu verwenden.

DVE: Viele Krankheitsbilder verlangen eine komplexe Therapie und damit mehrere Heilmittel. Hier ist klargestellt, dass parallel mehrere Heilmittel verordnet werden können. Damit ist auch deutlich, dass sich die Heilmittel nicht gegenseitig ausschließen, da sie völlig andere therapeutische Inhalte und Zielsetzungen haben.

(8) [1]Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. [2]Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und sofern verordnet ein ergänzendes Heilmittel. [3]Ausnahmen regelt der Heilmittelkatalog. [4]In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden. [5]Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel, standardisierte Heilmittelkombinationen und Podologie. [6]Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß Heilmittel-Richtlinie zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht. [7]Abweichend von den Regelungen dieses Absatzes gilt im Bereich der Ernährungstherapie gemäß § 42 Absatz 2 Satz 6, dass auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden können, sofern dies therapeutisch notwendig ist.

DVE: Die HMR definiert nun eindeutig, dass pro Tag eine Behandlung erbracht wird. Ärztlicherseits kann die Therapiedauer verlängert werden, allerdings nur als Doppelbehandlung. Dann werden an einem Termin zwei Behandlungseinheiten zusammenhängend erbracht und auch beide unterschrieben. Da sich die Verordnungsmenge bei Doppelbehandlungen nicht erhöht, ist nur die halbe Menge an Terminen durchführbar.
Die Thermotherapie kann nicht als Doppelbehandlung verordnet werden.

(9) [1]Erscheint der Erfolg der Heilmitteltherapie fraglich, ist zu prüfen, ob der Behandlungserfolg durch andere therapeutische Maßnahmen zu erreichen ist. [2]Dabei ist auch die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu prüfen.

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de