



Bürokratie in ergotherapeutischen Praxen

Die folgenden Beschreibungen verdeutlichen beispielhaft, dass der Teufel buchstäblich im Detail sitzt und mit welch aberwitzigen Themen sich Praxisinhaber tagtäglich herum schlagen müssen:

- 1. Regelfallsystematik: Art der Verordnung (Erst-, Folgeverordnung, Verordnung außerhalb des Regelfalls)**
 - a. Wann ist eine **ErstVO** auszustellen?
 - b. Verordnungen außerhalb des Regelfalls mit **Genehmigungsvorbehalt**
- 2. Indikationsschlüssel = Diagnosegruppen**
 - a. Zuordnung
 - b. Differenzierung nach vorrangigen und optionalen Heilmitteln
- 3. Leitsymptomatik im Bereich Ergotherapie**
- 4. Behandlungsbeginn**

zu 1. Regelfallsystematik

a) Wann ist eine Erstverordnung auszustellen?

Die Heilmittelrichtlinie (HMR) regelt, dass für die Behandlung **derselben Erkrankung bei demselben Patienten** ein Regelfall vorliegt und also nach der Erstverordnung (ErstVO) dann Folgeverordnungen (FolgeVO) und bei Überschreiten der Gesamtverordnungsmenge im Regelfall (je nach Diagnosegruppe (=Indikationsschlüssel) nach einer unterschiedlichen Anzahl an Behandlungseinheiten): Verordnungen außerhalb des Regelfalls (VoadR) auszustellen sind.

Diese Regelfallsystematik hat **keinerlei Bedeutung für die Art oder Qualität der Behandlung**, jedoch hat der Heilmittelerbringer streng darauf zu achten, dass das Kreuz diesbezüglich vom Arzt an der richtigen Stelle gesetzt wurde, da er ansonsten seine Leistungen schlicht nicht vergütet bekommt.

Aufgrund unterschiedlicher Auslegungen von unterschiedlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen besteht obendrein keine Einigkeit darüber, in welchen Fällen ein neuer Regelfall zu beginnen ist:

AOK Nds:

Ein **Arztwechsel löst keinen neuen Regelfall** aus.

Siehe: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/nds/heilberufe/abrechnung/index.html#tipp14>

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz:

Die **KV Rheinland-Pfalz** veröffentlichte jüngst unter Berufung auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Empfehlung an die Ärzte, bei neuen Patienten grundsätzlich eine ErstVO auszustellen und drohte bei Zuwiderhandlungen sogar mit

Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

siehe: <https://www.kv-rlp.de/nachrichten/nachrichtentext/heilmittel-verordnung/>

Das Abrechnungszentrum Emmendingen (AZE) definiert unter Berufung auf unterschiedliche Krankenkassen als "**dieselbe Erkrankung**", wenn die **ersten drei Ziffern des ICD-10-Codes identisch** sind. Von anderen Kassen wird eine Erkrankung fachlich-inhaltlich definiert und daher teilweise die Fortsetzung des Regelfalls gesehen, selbst wenn nicht einmal die erste Ziffer des ICD-10-Codes identisch ist.



Das AZE stellte nun obendrein die Anforderung, dass sogar bei einem Wechsel der therapeutischen Praxis eine neue ErstVO auszustellen sei. Dies wird ebenfalls von anderen Kassen definitiv nicht so gehandhabt.

b) Verordnungen außerhalb des Regelfalls mit Genehmigungsvorbehalt

Bei Überschreiten der Gesamtverordnungsmenge im jeweils unterschiedlich langen Regelfall sind Verordnungen außerhalb des Regelfalls (VOadR) möglich, sofern eine weitere Behandlung medizinisch notwendig und wirtschaftlich sinnvoll ist. Formal muss wieder das Kreuz an der richtigen Stelle gesetzt sein und zusätzlich eine medizinische Begründung vom Arzt notiert. Sodann ist eine Genehmigung von der Krankenkasse für die Weiterbehandlung einzuholen, es sei denn, die Kasse verzichtet auf den Genehmigungsvorbehalt oder es handelt sich um eine Verordnung des Langfristigen Heilmittelbedarfes.

Die Vorgaben sind derart kompliziert, dass selbst im Patientenmerkblatt des G-BA zunächst falsche und auch nach Korrektur immer noch missverständliche Formulierungen zu finden sind. Neben dem Langfristigen Heilmittelbedarf gibt es nämlich auch noch die Besonderen Verordnungsbedarfe (BVB), aufgrund derer die Ärzte wie beim Langfristigen Heilmittelbedarf nicht in Regress genommen werden können. Bei Verordnungen dieses **Besonderen Verordnungsbedarfes mit anerkannt schwerwiegenden Diagnosen**, besteht trotzdem der **Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen**, es sei denn die Kasse verzichtet hierauf.

Teilweise wird gefordert, die **Genehmigungsanträge postalisch** an die Kasse zu senden (AOK Hessen) und mit der Behandlung darf dann erst am Tag des Eingangs bei der Kasse begonnen werden.

Gerichtlich wurde bestätigt, dass **weder Heilmittelverbände noch Heilmittelerbringer** über eine **Änderung der Genehmigungspraxis der Krankenkassen informiert** werden müssen, sodass eine Kasse den Genehmigungsvorbehalt wieder einführen und mit dieser Begründung dann bereits durchgeführte Behandlungen einfach nicht vergüten kann.

Siehe: <https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=165368>

Zusammenfassung zur Regelfallsystematik

1. Für den **Patienten** und die **durchzuführende Behandlung** ist es völlig ohne Belang, ob das Kreuz bei ErstVO, FolgeVO oder VO außerhalb des Regelfalls (VOadR) gesetzt wurde, da dies **keinerlei inhaltliche Relevanz für die Behandlung** hat. Bei VOadR und bestehendem Genehmigungsvorbehalt kann es jedoch dazu kommen, dass notwendige Behandlungen von der Krankenkasse nicht genehmigt werden. Einen positiven Nutzen bringt die Regelfallsystematik für den Patienten nicht.
2. Für die **Versorgungsqualität** bringt diese Regelfallsystematik keinerlei Vorteil.
3. Für den **Arzt** ist diese Fragestellung lästig und mit unnötigem Zeitaufwand verbunden.
4. Für die **Krankenkasse** ist die Regelfallsystematik eine willkommene Gelegenheit eine bereits durchgeführte Behandlung nicht oder zeitverzögert zu vergüten oder ärztlich verordnete Heilmittel doch noch zu verhindern.
5. Für den **Heilmittelerbringer** bedeutet die Regelfallsystematik eine formale Vorgabe, die ihn viel Zeit kostet und im Zweifel zur Verweigerung oder zumindest verspäteten Vergütung seiner Behandlungen führt, im Gegenzug jedoch keinerlei Nutzen für die Therapie bringt.
6. Im jüngsten Teil der Heilmittelrichtlinie, den Vorgaben zur **Ernährungstherapie** gibt es übrigens **gar keine Verordnungen außerhalb des Regelfalles** und damit auch keinen Genehmigungsvorbehalt. Offenbar ist es möglich, darauf zu vertrauen, dass Ärzte nur das verordnen, was medizinisch notwendig und wirtschaftlich sinnvoll ist.



7. Bei den Verordnungen der Gesetzlichen Unfallversicherungen fehlt eine Regelfallsystematik ganz, woraus sich ebenfalls schließen lässt, dass diese offenbar entbehrlich ist. Die Funktionsanalyse wird einfach bei der ersten Behandlung in der jeweiligen Heilmittelpraxis mit abgerechnet und entsprechend vergütet.

zu 2. Indikationsschlüssel = Diagnosegruppen

a) Zuordnung

Zunächst ist je nach Diagnose eine Diagnosegruppe = Indikationsschlüssel auszuwählen, welchem dann konkret unterschiedliche Vorgaben und Einschränkungen zu entnehmen sind. Bereits die **Zuordnung bestimmter Diagnosen** zu dem einen oder anderen Indikationsschlüssel ist nicht immer eindeutig möglich und muss zudem aktiv erfolgen, da keine vorgegebene Systematik von allen denkbar möglichen ICD-10-Codes zu jeweils einem bestimmten Indikationsschlüssel vorhanden ist. Eine Zuordnung durch die Software ist also nicht möglich und auch nicht sinnvoll, da es teilweise durchaus verschiedene sinnvolle Möglichkeiten gibt.

Überhaupt ist die **Sinnhaftigkeit der Indikationsschlüssel (= Diagnosegruppen) infrage zu stellen**, da hiermit einhergehend für viele unterschiedliche Erkrankungen mit völlig unterschiedlicher Ausprägung und Schwere festgelegt wird, welche Heilmittel überhaupt möglich sind und obendrein, mit welcher durchschnittlichen Anzahl an Behandlungseinheiten normalerweise angeblich die Therapieziele erreichbar sein sollten.

Die Gesetzliche Unfallversicherung kommt übrigens auch komplett ohne Indikationsschlüssel oder Diagnosegruppen aus.

b) Differenzierung nach vorrangigen und optionalen Heilmitteln

Eine Differenzierung nach vorrangigen und optionalen Heilmitteln in den jeweiligen Indikationsschlüsseln ist nicht nur nicht notwendig sondern im Gegenteil bisweilen **hinderlich bei der optimalen Versorgung eines Patienten**, weil sinnvolle Kombinationen nicht vorgesehen oder Heilmittel in bestimmten Indikationsschlüsseln nicht enthalten sind.

Ein Gewinn für die Qualität der Behandlung ergibt sich aus der Differenzierung nicht, wohl aber die Möglichkeit für Krankenkassen bei Nicht-Einhaltung der formalen Vorgaben, geleistete Behandlungen zeitverzögert oder gar nicht zu vergüten.

zu 3. Leitsymptomatik im Bereich Ergotherapie

Laut Heilmittelrichtlinie und Heilmittelkatalog muss bei ergotherapeutischen Verordnungen **zusätzlich zur Diagnose stets die Leitsymptomatik in Textform** mit aufgeführt werden. GKV-Spitzenverband zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben hierzu in einem [konsensierten Fragen- und Antwortenkatalog](#) (Frage 18) zwar erläutert, dass eine Leitsymptomatik nicht noch einmal wiederholt werden muss, wenn sie sich bereits aus der Diagnose ergibt. Bei welchen Diagnosen das konkret der Fall ist, darüber lässt sich wiederum trefflich streiten.

Die zertifizierte Praxissoftware hat dieses Problem nicht gelöst, da die Leitsymptomatik im Bereich Ergotherapie als Freitext eingegeben werden muss.



Die im Heilmittelkatalog für den Bereich Ergotherapie notierten möglichen Leitsymptomatiken sind zudem sehr grob gehalten und spielen ausschließlich eine formale Rolle insofern als einige Krankenkassen kontrollieren, ob irgendeine "Einschränkung ..." notiert ist und das Fehlen wiederum als Begründung für eine Vergütungs-Absetzung für die kompletten 10 oder manchmal mehr Behandlungseinheiten anführen. Entsprechend kontrollieren die Therapeuten, ob irgendeine "Einschränkung ..." im Feld steht oder nicht und bitten ggBfs. den Arzt irgendeine "Einschränkung ..." zu notieren.

Tatsächlich bildet die ärztliche Diagnose und dann in erster Linie die ergotherapeutische Diagnostik und Anamnese mit dem Patienten zusammen mit dem verordneten Heilmittel die Grundlage für die Behandlungsplanung. Eine Information wie: „Einschränkung in der Alltagsbewältigung“ ist wenig hilfreich und daher schlicht überflüssig.

Häufig gibt es Vergütungs-Absetzungen durch Krankenkassen, weil der Arzt beispielsweise statt als **Leitsymptomatik** "Einschränkung der Beweglichkeit und Geschicklichkeit" im Feld **Therapieziele** "Wiederherstellung/Förderung der Beweglichkeit und Geschicklichkeit" notiert hatte. Hieran wird besonders deutlich, dass es sich um eine Vorgabe handelt, welche keinerlei inhaltlichen Sinn erfüllt, sondern lediglich für Vergütungsverweigerungen oder -verzögerungen nützlich ist, **zumal einige Ärzte auch wieder aufgrund von Empfehlungen der KVen grundsätzlich jede Änderung oder Ergänzung über eine Quartalsgrenze hinweg verweigern**. Da im Praxisalltag formale Fehler einfach übersehen werden können, zumal wenn sie **keine inhaltlich Relevanz** haben, und erst bei der Abrechnung frühestens nach ca. vier Monaten von den Krankenkassen entsprechende "Fehler" moniert werden, ist eine Quartalsgrenze in einem solchen Fall immer überschritten. Nicht nur den Aufwand und den Ärger sondern im Zweifel auch das Nachsehen hat der Ergotherapeut.

Der Patient hat seine Behandlung erhalten und die Kasse bezahlt einfach nicht.

zu 4. Behandlungsbeginn

Die Heilmittelrichtlinie gibt vor, dass die Behandlung einer ergotherapeutischen Verordnung innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellungsdatum begonnen werden muss. Falls bereits beim Ausstellen klar ist, dass hiervon abgewichen werden muss/kann, so kann der Arzt einen spätesten Behandlungsbeginn notieren. Falls dies nicht geschehen ist und die 14-Tage-Frist nicht eingehalten werden kann, muss der Heilmittelerbringer Rücksprache mit dem Arzt halten und auf der Verordnungsrückseite notieren, aus welchem Grund die Behandlung später begonnen wird und dass dies mit dem Arzt abgesprochen ist.

Aktuell haben wir wieder einen typischen Fall, dass aufgrund der noch zu erbringenden Einheiten auf der vorhergehenden Verordnung, erst nach 16 Tagen mit der Therapie auf der neuen Verordnung begonnen und dieser Umstand auch auf der Rückseite notiert wurde. Die kompletten 10 Einheiten wurden jedoch nicht vergütet, weil die Absprache mit dem Arzt nicht auf der Verordnung notiert worden war. In vielen Fällen wird übrigens die nachträgliche Korrektur solcher rein formalen Fehler schlicht nicht anerkannt, selbst wenn z.B. der Arzt ausdrücklich bestätigt, dass eine entsprechende Absprache über den späteren Behandlungsbeginn mit ihm VOR Behandlungsbeginn stattgefunden hatte.

Wohlgemerkt: **Der Patient hat durchgängig seine Therapie erhalten und die Kasse zahlt einfach nicht.**

Solcherlei Absetzungen empfinden viele Therapeuten zu Recht als reine Schikane.

Andrea Hiller

Assistenz der Geschäftsführung

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland BED e.V.

Büro: 05221-875 945 3

e-mail: a.hiller@bed-ev.de