

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)

Indikationskatalog Ergotherapie

Neue Rahmenempfehlung | Neue ICF-basierte Leistungsbeschreibung | Umfassende Kommentierungen des DVE
| Diagnoseliste mit Zuordnung von ICD-10-Codes, langfristigen Heilmittelbedarfen und
besonderen Verordnungsbedarfen | Aktualisierte Assessment-Instrumente

Herausgeber:

DEUTSCHER VERBAND DER
ERGOTHERAPEUTEN E.V. |

Indikationskatalog Ergotherapie

Neue Rahmenempfehlung

Neue ICF-basierte Leistungsbeschreibung

Umfassende Kommentierungen des DVE

Diagnoseliste mit Zuordnung von ICD-10-Codes,
langfristigen Heilmittelbedarfen und besonderen Verordnungsbedarfen

Aktualisierte Assessment-Instrumente



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

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

1. Auflage 2017

ISBN: 978-3-8248-1209-7

eISBN: 978-3-8248-9991-3

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2017

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Haberkamm

Lektorat: Doris Zimmermann

Umschlagentwurf und Layout: Ina Richter/Petra Jeck

Titelfoto: © CrazyCloud – Fotolia.de

Druck und Bindung: medienhaus PLUMP GmbH, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Herausgebern und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Herausgeber 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. Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Vorwort	7
1 Ambulante Versorgung	11
1.1 Hinweise zur Benutzung von Kapitel 1 „Ambulante Versorgung“	12
1.2 Heilmittel-Richtlinie mit Kommentar (§ 92 SGB V)	13
1.3 Rahmenempfehlung mit Leistungsbeschreibung (§ 125 SGB V)	31
Anlage 1: Leistungsbeschreibung Ergotherapie i. d. F. 15.04.2016 zur Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V Ergotherapie i. d. F. 15.04.2016	41
1.4 Verzahnung der „Maßnahmen der Ergotherapie“ (§ 92 SGB V) und der „Leistungsbeschreibung Ergotherapie“ (§ 125 SGB V)	59
1. Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems	60
1.1 Wirbelsäulenerkrankungen	60
1.2 Becken- und Extremitätenverletzungen/-operationen	62
1.3 Knochen-, Gelenk- und Weichteilerkrankungen	66
1.4 Gefäß-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen	72
2. Erkrankungen des Nervensystems	75
2.1 ZNS-Schädigungen	75
2.2 Rückenmarkserkrankungen	85
2.3 Erkrankungen peripherer Nerven	89
3. Psychische Störungen	92
3.1 Geistige und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	92
3.2 Neurotische-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	96
3.3 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen	98
3.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	101
3.5 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	104
1.5 Diagnosenliste	107
1.6 Heilmittelverordnung – Das Ordnungsblatt	117
1.7 Abrechnung – Anlage 3: Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung für Maßnahmen der Ergotherapie in der Fassung vom 15.04.2016 zur Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V für Ergotherapie in der Fassung vom 15.04.2016	123
2 Ambulante Versorgung von Versicherten der DGUV/BG	133
2.1 Leistungsbeschreibung Ergotherapie für die gesetzliche Unfallversicherung	137
2.2 Das Ordnungsblatt der DGUV	148
3 Stationäre Versorgung	153
3.1 Grundlagen und Bezugsrahmen in der stationären Versorgung	155
3.2 Leistungsbeschreibung (Stationäre Versorgung)	159
3.3 Leistungserfassung mit Beispiel	181
4 Übergreifender Teil	191
4.1 Definition, Ziele und Ablauf der Ergotherapie – ein Überblick	193
4.2 Ergotherapeutische Diagnostik und Evaluation; Assessment-Instrumente	197
4.2.1 Überblick Assessment-Instrumente	199
4.3 Gesetzliche Grundlagen	218
4.4 Quellenverzeichnis	235
4.5 Abkürzungsverzeichnis	247

Hinweise für die Leser

- Zur besseren Lesbarkeit wurde bei Personen im Singular die weibliche Form genutzt und im Plural die männliche. Wenn die Verwendung der Geschlechter im Indikationskatalog trotzdem variiert, liegt das unter anderem darin begründet, dass nicht auf alle Texte redaktionell Einfluss genommen werden kann (z.B. Gesetzestexte). In jedem Fall sind immer beide Geschlechter gemeint. Weiterhin werden je nach Kontext die Begriffe Patient (im engeren Sinne vor allem im Bereich der GKV) und/oder Klient verwendet.
- In den Quellen variiert die Schreibweise zwischen „Diagnosegruppe“ und „Diagnosengruppen“. Es wurde die jeweilige Schreibweise des Originals übernommen.
- Die Kennzeichnung [sic] bedeutet, dass der Fehler bereits im Original besteht; [] bedeutet, dass hier gegenüber dem Original eine Änderung vorgenommen wurde.

Vorwort

Der Indikationskatalog des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) ist mittlerweile zu einem Standardwerk geworden, dessen Alleinstellungsmerkmal die Konzentration auf den Bereich der Ergotherapie ist, was an vielen Stellen den Überblick deutlich erleichtert.

1976 erschien der erste Indikationskatalog des DVE, nun erscheint nach 2011 wiederum aus aktuellem Anlass eine Neuauflage. War es 2011 die neu überarbeitete Heilmittel-Richtlinie (richtig abgekürzt HeilM-RL, zur besseren Lesbarkeit HMR), ist es nun die vollkommen neu überarbeitete Leistungsbeschreibung Ergotherapie im Kontext der Rahmenempfehlung nach § 125 SGB V. Ziel damals wie heute ist, das Leistungsspektrum der Ergotherapie nach innen und außen zu verdeutlichen. Gerade durch die konsequente ICF-Basierung der neuen Leistungsbeschreibung für die Leistungen der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist dies noch besser gelungen. Die ICF-Basierung wurde 2011 in die Leistungsbeschreibung des stationären Bereichs aufgenommen, nun ist der Transfer in den ambulanten Bereich gelungen.

Ambulante Versorgung

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Heilmittel-Richtlinie geht zurück auf Protestaktionen im Jahre 1996 um die sogenannten „Gestaltungsleistungen“. Damals wurde in Erwägung gezogen, die Heilmittel zu optionalen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zu machen. Dies konnte abgewendet werden, am 1. Juli 1997 wurde mit dem GKV-Neuordnungsgesetz das sogenannte „Partnerschaftsmodell“ eingeführt. **Heilmittel-Richtlinien** (HMR) nach § 92 und **Rahmenempfehlungen** nach § 125 SGB V sollen die medizinisch notwendigen Leistungen im Heilmittelbereich und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten regeln. Nach einer mehrjährigen Verhandlungszeit traten am 1. Juli 2001 die Heilmittel-Richtlinien mit dem Maßnahmenkatalog Ergotherapie und am 1. August 2001 die Rahmenempfehlungen mit der dazugehörigen Leistungsbeschreibung Ergotherapie in Kraft.

Im Jahr 2003 verstärkte sich der Ruf nach Einsparungen im Gesundheitswesen. Zeitgleich wurden die Heilmittel-Richtlinien samt der Kataloge vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) komplett überarbeitet und traten am 1. Juli 2004 in Kraft.

Bei dieser Überarbeitung wurden zum ersten Mal die „Gesamtverordnungsmengen im Regelfall“ eingeführt. Hierbei konnte abgewendet werden, dass die bis dahin mögliche „Langfristverordnung“ komplett gestrichen wurde. Stattdessen wurde die „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ eingeführt, die eine kontinuierliche Behandlung gerade von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder schwer Betroffenen sicherstellen soll.

Mit diesen Veränderungen wurde sehr deutlich, dass es nicht um eine optimale Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geht, sondern um eine Versorgung nach der sogenannten WANZ-Regel: wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig¹.

So wurde bei der letzten Überarbeitung der HMR unter anderem die Prüfpflicht der Verordnungen eingeführt, die einen immer größeren bürokratischen Aufwand in den Ergotherapiepraxen bedeutet. Darüber hinaus kommt es immer wieder zu Absetzungen aufgrund falsch ausgestellter Verordnungen. Auf Drängen unter anderem des DVE kam es daher zu diesem sowie zu weiteren Themen zu einigen gesetzlichen Änderungen, die sich auch in diesem Indikationskatalog niederschlagen:

- Vereinbarung der Anlage 3 der Rahmenempfehlung auf Basis des § 125 (1) 3a SGB V „Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung“. Diese haben das erklärte Ziel, Absetzungen der Krankenkassen zu Ungunsten der Therapeuten zu verhindern. Diesem Punkt wurde mit dem neuen Kapitel 1.7 „Abrechnung“ Sorge getragen.
- Verpflichtende Zertifizierung von Arztsoftwares, mit denen die Verordnungen ausgestellt werden müssen
- Regelung zu den sogenannten Preisuntergrenzen zur Vereinheitlichung der Vergütung

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.

- Einführung eines Entlassmanagements mit dem Anspruch auf kurzfristige Verordnung u.a. von Ergotherapie durch die entlassende Klinik
- Systematisierung des langfristigen Heilmittelbedarfs und des besonderen Verordnungsbedarfs (vormals Praxisbesonderheiten)
- Aussetzung der Grundlohnsummenbindung von 2017 bis 2019, um mehr Spielraum in den Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen zu ermöglichen
- Nach Eröffnung von Modellvorhaben für die Ergotherapie seit 2015 nunmehr deren flächendeckende Ermöglichung

Übergreifend zeigen diese Maßnahmen, dass in der Politik die Relevanz der Heilmittelversorgung verdeutlicht werden konnte, sodass doch recht viele Erfolge der berufspolitischen Arbeit des DVE verzeichnet werden konnten.

Bewährt hat sich die Verzahnung der „Maßnahmen der Ergotherapie“ nach den HMR mit der Leistungsbeschreibung Ergotherapie, sie wurde nun neu erstellt. Ebenso komplett überarbeitet wurde die Liste der Diagnosen nach ICD-10. Außerdem wurde die Liste um die Themen langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf (mit Stand zum 01.01.2017) ergänzt.

Unfallversicherung

Für den ambulanten Bereich aufgenommen wurde schon 2011 der Bereich der Gesetzlichen Unfallversicherung, der seit 2010 vertraglich durch den DVE gemeinsam mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) geregelt wurde. Die andere Struktur, erweiterte Maßnahmen und Möglichkeiten zeigen den Weg einer optimierteren Versorgung, die sich an der möglichst zügigen Wiedereingliederung der Betroffenen orientiert.

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. Mittel der Wahl sind von daher Eingaben, z.B. zum Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), Gespräche mit den entsprechenden Institutionen der Selbstverwaltung, aber auch für diese Bereiche die Mitarbeit bei Leitlinien und vergleichbaren Standards, um den Nutzen der Ergotherapie von der fachlichen Seite her zu betonen. In dieser Auflage wurde der stationäre Teil lediglich moderat aktualisiert.

Übergreifender Teil

Der auf Basis des DACHS-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.

Auch dieser Indikationskatalog gibt einen umfassenden Überblick über die Möglichkeiten der Ergotherapie im Rahmen der deutschen Sozialversicherung, ohne den Anspruch erheben zu können, alle Aspekte zu erfassen. Es wäre immer noch möglich, weitere Bereiche aufzunehmen; die Ergotherapie ist einem stetigen Wandel unterworfen, exemplarisch seien Bereiche genannt wie Prävention und Gesundheitsförderung, Gemeinwesenorientierte Ergotherapie, Private Krankenversicherung (PKV), Jobcoaching, unterstützte Beschäftigung, Frühförderung und viele weitere).

Deutlich wird durch die Zusammenfassung in einem Werk aber die wichtige gesundheitspolitische Forderung nach einer engeren Verzahnung der Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg, denn die jeweiligen Bereiche können sich gegenseitig wichtige Impulse geben und ergänzen.

Dennoch bietet der Indikationskatalog nicht nur einen umfassenden Überblick, sondern erleichtert durch seine kompakte Darstellung und die zahlreichen praxisnahen Erläuterungen auch die alltägliche Arbeit.

Gesetze, Richtlinien und Verordnungen werden interpretiert und ausgelegt, auch in diesem Indikationskatalog finden Sie ganz aktuelle Passagen, die ihre Bewährung in der Praxis noch vor sich haben. Von daher ist es immer notwendig, sich über aktuelle Veränderungen zu informieren. Hier stellt der DVE seinen Mitgliedern seine Ergotherapie-spezifische Expertise zur Verfügung, die immer auf dem neuesten Stand ist. Es stehen zahlreiche zusätzliche Hilfestellungen in Form von regelmäßigen Veröffentlichungen, aktuellen Schreiben, Merkblättern, Downloads und persönlicher Beratung zur Verfügung.

Ein großer Dank des DVE für die bisherigen und auch den aktuellen Indikationskatalog geht an zahlreiche Kolleginnen und Kollegen, die ihre Expertise eingebracht haben und die namentlich nicht alle genannt werden können.

Ein derartig umfassendes Werk ist nur möglich durch das Zusammenwirken zahlreicher ehrenamtlicher wie hauptamtlicher Kolleginnen und Kollegen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des DVE, denen ein ausdrücklicher Dank gilt.

Arnd Longrée
DVE-Vorsitzender

1 Ambulante Versorgung

1.1 Hinweise zur Benutzung von Kapitel 1 „Ambulante Versorgung“

Das Kapitel 1 des Indikationskataloges dient als Nachschlagewerk für die ambulante Ergotherapie im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Hier können Sie gezielt umfassende Informationen zum Heilmittel Ergotherapie nachschlagen.

Grün hinterlegt sind die Kommentare des DVE. Diese wichtigen Hinweise dienen Ihnen zum leichteren Textverständnis sowie zur vertiefenden Erläuterung auch für die tägliche Praxis.

Die Maßnahmenkataloge der (D) Physikalischen Therapie, der (E) Podologie und der (F) Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie nach § 92 SGB V sind in diesem Buch nicht enthalten.

Zu unterscheiden ist nachfolgend noch die Heilmittel-Richtlinie mit Anlage 1 (Nichtverordnungsfähige Heilmittel) sowie Anlage 2 (Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf) auf der einen Seite sowie die Rahmenempfehlung Ergotherapie mit Anlage 1 (Leistungsbeschreibung Ergotherapie), Anlage 2 (Fortbildung) sowie Anlage 3 (Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung).

1.2 Heilmittel-Richtlinie mit Kommentar (§ 92 SGB V)

Die Heilmittel-Richtlinie besteht aus dem Richtlinienentwurf und dem Heilmittelkatalog mit den Maßnahmen der Ergotherapie (§ 92 SGB V).

Abgedruckt ist der Originaltext der Heilmittel-Richtlinie, so wie er am 19. Mai 2016 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verabschiedet, am 10. August 2016 im Bundesanzeiger 2016 (BAnz AT 10.08.2016 B2) veröffentlicht wurde und am 1. Januar 2017 in aktualisierter Fassung in Kraft getreten ist.

Grün hinterlegt finden Sie die erklärenden Kommentare des DVE.

Die hochgestellten Ziffern nummerieren die Sätze, sofern der Absatz aus mehreren Sätzen besteht.

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

in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011,
letzte Änderung vom 19.05.2016, in Kraft getreten am 01.01.2017

Inhalt Heilmittel-Richtlinie (Originaltext mit DVE-Kommentierung)

Erster Teil – Richtlinienentwurf

A. Allgemeine Grundsätze	15
§ 1 Grundlagen	15
§ 2 Heilmittel	15
B. Grundsätze der Heilmittelverordnung	16
§ 3 Voraussetzungen der Verordnung.....	16
§ 4 Heilmittelkatalog	17
§ 5 Nichtverordnungsfähige Heilmittel	17
§ 6 Verordnungsausschlüsse.....	17
§ 7 Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung	18
§ 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls.....	20
§ 8a Langfristiger Heilmittelbedarf	20
§ 9 Wirtschaftlichkeit	22
§ 10 Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung	22
§ 11 Ort der Leistungserbringung.....	22
§ 12 Auswahl der Heilmittel	23
§ 13 Verordnungsvordruck	24
C. Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern	25
§ 14 Grundlagen	25
§ 15 Beginn der Heilmittelbehandlung	25
§ 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung.....	25
§ 16a Verordnung von Heilmitteln im Rahmen des Entlassmanagements.....	26
D. Maßnahmen der Physikalischen Therapie	27
<p>DVE: Die Maßnahmen der Physikalischen Therapie (mit Ausnahme § 24 aufgrund eines Verweises aus § 40 der Maßnahmen der Ergotherapie), der Podologischen Therapie sowie der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind hier nicht abgedruckt.</p>	
§ 24 Thermo-therapie (Wärme-/Kältetherapie).....	27
E. Maßnahmen der Podologischen Therapie	27
F. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	27
G. Maßnahmen der Ergotherapie	27
§ 35 Grundlagen	27
§ 36 Motorisch-funktionelle Behandlung	28
§ 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung	28
§ 38 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung	28
§ 39 Psychisch-funktionelle Behandlung.....	29
§ 40 Therapieergänzende Maßnahmen	29
§ 41 Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Ergotherapie.....	29
Anlage 1 Nichtverordnungsfähige Heilmittel im Sinne dieser Richtlinie.....	30
Zweiter Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (Heilmittel-Katalog) vgl. Kapitel 1.4.....	59

Die Anlage 2 der HMR „Diagnosenliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V“ ist nicht gesondert abgedruckt. Sie finden die dort gelisteten Diagnosen in der Diagnosenliste Kapitel 1.5, Seite 107.

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

A. Allgemeine Grundsätze

§ 1 Grundlagen

- (1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 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) Den besonderen Belangen psychisch Kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie chronisch kranker Menschen ist bei der Versorgung mit Heilmitteln Rechnung zu tragen.
- (3) ¹Die 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 und ärztlich geleiteten Einrichtungen (im Folgenden „Vertragsärztinnen“ und „Vertragsärzte“ genannt) sowie die weiteren Leistungserbringer verbindlich. ²Die Richtlinie gilt nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.

DVE: An dieser Stelle werden explizit die „weiteren Leistungserbringer“ genannt, dies umfasst auch die Ergotherapeuten. Dies verdeutlicht, dass die HMR für diese gilt, so weit die Vorschriften für sie auch einschlägig sind. Eine Verordnung von Ergotherapie war bisher bei entsprechender Indikation auch durch Zahnärztinnen und Zahnärzte möglich. In der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ) vom 15.12.2016 werden Physiotherapie und Stimm-, Sprach-, Sprechtherapie aufgeführt, allerdings nicht die Ergotherapie. Eine Verordnung von Ergotherapie durch Zahnärztinnen und Zahnärzte ist somit nicht möglich.

- (4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband wirken auf eine einheitliche Anwendung dieser Richtlinie und auf eine enge Zusammenarbeit zwischen der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und der ausführenden Therapeutin oder dem ausführenden Therapeuten hin.
- (5) ¹Die Abgabe von Heilmitteln ist Aufgabe der gemäß § 124 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zugelassenen Leistungserbringer. ²Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Anforderung ein Verzeichnis der zugelassenen Leistungserbringer zur Verfügung.
- (6) In den Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln und Verträgen nach § 125 SGB V wird der in dieser Richtlinie beschriebene Leistungsrahmen nicht überschritten.
- (7) Die Krankenkassen sowie ihre Landesverbände und Arbeitsgemeinschaften stellen den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Anforderung Vergütungsvereinbarungen über die mit den nach § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringern vereinbarten Leistungen (einschließlich der Regelbehandlungszeiten) zur Verfügung.
- (8) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte 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 die medizinisch notwendige Behandlung nicht ersetzen, sondern nur unterstützen.

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

§ 2 Heilmittel

(1) ¹Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen.

DVE: Die HMR setzt hier voraus, dass ein unmittelbarer Therapeut-Patient-Kontakt stattfindet. Eine Leistungserbringung per Telefon/Handy, E-Mail oder in sozialen Netzwerken („Telemedizin“) ist nicht möglich. Allenfalls kann auf diesen Wegen eine therapieergänzende Beratung/Unterstützung stattfinden, die mit der eigentlichen therapeutischen Leistung bereits von den Krankenkassen abgegolten ist.

²Heilmittel sind

- die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie (§§ 18 bis 25)
- die einzelnen Maßnahmen der Podologischen Therapie (§ 28 Abs. 4, Nr. 1 bis 4)
- die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (§§ 31 bis 33)
- die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie (§§ 36 bis 40)

(2) ¹Die Richtlinie regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

²Die Verordnung von kurortsspezifischen bzw. ortsspezifischen Heilmitteln ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie.

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 3 Voraussetzungen der Verordnung

(1) ¹Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus. ²Die Therapeutin oder der Therapeut ist grundsätzlich an die Verordnung gebunden, es sei denn, im Rahmen dieser Richtlinie ist etwas anderes bestimmt.

(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) Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die behandelnde Vertragsärztin oder der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Kranken überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.

DVE: Die HMR geht davon aus, dass die Verordnung von Ergotherapie in der Hand einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes liegt. Bei gleicher Erkrankung (also gleicher Diagnose) können daher nicht mehrere Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte gleichzeitig Ergotherapie verordnen. Eine abwechselnde Ausstellung der Verordnungen ist möglich, dies hat dann aber keinen Einfluss auf den Regelfall.

(4) ¹Heilmittel sind nur nach Maßgabe dieser Richtlinie nach pflichtgemäßem Ermessen verordnungsfähig. ²Der indikationsbezogene Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Abs. 6 SGB V (im Folgenden Heilmittelkatalog genannt), der Bestandteil dieser Richtlinie ist, regelt

- die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind,
- die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen,
- die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosengruppe und die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen).

(5) Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt eine Heilmittelanwendung notwendig ist.

* ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

DVE: Auch in der ambulanten Heilmittelversorgung wird durch die vorliegende Fassung der HMR und speziell für die Ergotherapie insbesondere mit der Neufassung der Rahmenempfehlung (in Kraft seit 1. Mai 2016) die Betrachtungsweise der ICF* eingeführt und in der Leistungsbeschreibung Ergotherapie (Anlage 1, siehe Seite 41) umgesetzt.

- (6) Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte stellen sicher, dass für sie tätig werdende Vertreterinnen und Vertreter sowie ärztliche Assistentinnen und Assistenten diese Richtlinie kennen und beachten.

§ 4 Heilmittelkatalog

- (1) ¹Der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Abs. 6 SGB V ist Zweiter Teil dieser Richtlinie. ²Der Katalog wird dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend in regelmäßigen Abständen ergänzt oder aktualisiert.
- (2) ¹Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosengruppen zusammengefasst. ²Den Diagnosengruppen sind die jeweiligen Leitsymptomatiken (funktionellen/strukturellen Schädigungen), Therapieziele, die einzeln verordnungsfähigen Heilmittel, Angaben zur Verordnung, die Verordnungsmengen und Empfehlungen zur Therapiefrequenz zugeordnet.

DVE: Die Auflistung der möglichen Einzeldiagnosen einer Diagnosengruppe ist nur beispielhaft und nicht abschließend – es sind auch weitere Diagnosen möglich. Diese sind in diesem Indikationskatalog ergänzt und in grüner Schrift gedruckt. Im Heilmittelkatalog Ergotherapie ist die jeweilige Leitsymptomatik als „Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)“ aufgeführt. Die Leistungsbeschreibung Ergotherapie geht mit der Formulierung „Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe“ sogar noch einen weiteren Schritt in Richtung ICF.

- (3) ¹Der Heilmittelkatalog führt nur die möglichen Indikationen für eine sachgerechte Heilmitteltherapie auf. ²Kontraindikationen wurden bewusst nicht aufgeführt. ³Bei der Verordnung hat die Ärztin oder der Arzt im Einzelfall vorhandene Kontraindikationen zu berücksichtigen.
- (4) ¹Neue 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. ²Das Verfahren richtet sich nach der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO).

§ 5 Nichtverordnungsfähige Heilmittel

¹In 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. ²Diese sind im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht verordnungsfähig. ³Die 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 30.

§ 6 Verordnungsausschlüsse

- (1) ¹Beim Vorliegen von geringfügigen Gesundheitsstörungen dürfen Heilmittel nicht anstelle der nach § 34 Abs. 1 SGB V von der Verordnung ausgeschlossenen Arzneimittel ersatzweise verordnet werden. ²Dies gilt insbesondere für Maßnahmen der Physikalischen Therapie zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten.
- (2) ¹Maßnahmen, die nicht aufgrund der in § 3 Abs. 2 genannten Voraussetzungen veranlasst und durchgeführt werden, dürfen nicht zu Lasten der GKV verordnet und durchgeführt werden. ²Dies gilt auch, wenn die Maßnahmen von nach § 124 SGB V zugelassenen Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern durchgeführt werden. ³Weiterhin dürfen Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach dem Kapitel 7 des SGB IX). ⁴Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. ⁵Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.

DVE: Im Heilmittelkatalog 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.

- (3) Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach §§ 30, 32 Nr. 1 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003 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, andernfalls ist eine separate Verordnung möglich.

§ 7 Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung

- (1) ¹Der Heilmittelverordnung nach der Richtlinie liegt in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges ein definierter Regelfall zugrunde. ²Dieser Regelfall geht von der Vorstellung aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann.
- (2) Die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen (Einheiten) je Verordnung im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog.

DVE: Für die Kontrolle der bisher verordneten Behandlungen im Rahmen der Anamnese trägt (normalerweise) die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt die Verantwortung. Durch Vertragsarztwechsel o.a. Gründe hat oft die behandelnde Ergotherapeutin oder der behandelnde Ergotherapeut den besseren Überblick über die Anzahl der Verordnungen. Setzt also die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt das Kreuz an der falschen Stelle, sieht die Anlage 3 der Rahmenempfehlung Ergotherapie („Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung für Maßnahmen der Ergotherapie“) unter lit. 4 b) vor, dass diese Angabe vom Heilmittelerbringer nach Information der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes auf der Vorderseite korrigiert werden kann. Solange jedoch diese Anlage 3 nicht bundesweit mit den Krankenkassen vereinbart ist, empfehlen wir Ihnen Kontakt zur Vertragsarztpraxis aufzunehmen mit der Bitte, die Verordnung entsprechend zu ändern. Kommt die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt der Bitte nicht nach, dokumentieren Sie das Gespräch in der Patientenakte und zusätzlich kurz auf der Verordnungsrückseite („Ärztin verweigert Änderung“), um sich ggf. komplizierte Debatten mit den Krankenkassen zu ersparen.

- (3) Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.
- (4) ¹Eine Heilmittelverordnung im Regelfall liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen den im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Verordnungsmengen je Diagnosengruppe nicht überschritten werden. ²Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppen auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungsvordrucke auszustellen sind. ³Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sind bis auf die in der Richtlinie genannten Ausnahmen nicht zulässig.

DVE: Lässt sich das Behandlungsziel mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht erreichen, sind weitere Verordnungen möglich – zu Verordnungen außerhalb des Regelfalls siehe § 8. Der Satz 3 gilt sowohl bei unabhängigen Erkrankungen einer Diagnosengruppe als auch bei Erkrankungen aus unterschiedlichen Diagnosengruppen. **Beispiel 1:** Ein Patient ist wegen einer rheumatischen Erkrankung in Behandlung; dann wegen einer traumatischen Schädigung. **Beispiel 2:** Eine Patientin hat zunächst eine Hemiparese links, dann rechts.

- (5) ¹Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen abgelaufen ist. ²Ausnahmen werden im Heilmittelkatalog aufgeführt. ³Sofern das behandlungsfreie Intervall nicht abgelaufen ist, ist gemäß der Ausnahmeregelung nach § 8 Abs. 1 und 2 zu verfahren.

DVE: Liegt ein behandlungsfreies Intervall (z.B. Therapiepause) von mehr als 12 Wochen vor, so beginnt auch bei gleicher Diagnose ein neuer Regelfall mit der je Diagnosengruppe vorgesehenen Gesamtverordnungsmenge. Ein neues Ereignis, wie z.B. ein weiterer Apoplex, löst aber auch vor Ablauf der 12-Wochen-Frist einen neuen Regelfall aus. Maßgeblich für die 12 Wochen Behandlungspause sind das Datum der letzten in Anspruch genommenen Behandlung und das Ausstellungsdatum der „neuen Verordnung“.

- (6) Heilmittel im Regelfall können wie folgt verordnet werden:
1. in der Physikalischen Therapie als:
 - vorrangiges Heilmittel
 - optionales Heilmittel
 - ergänzendes Heilmittel
 - standardisierte Heilmittelkombination
 2. in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie:
 - das im Katalog genannte Heilmittel
 3. in der Ergotherapie als:
 - vorrangiges Heilmittel
 - optionales Heilmittel
 - ergänzendes Heilmittel

DVE: Das einzige ergänzende Heilmittel der Ergotherapie ist die thermische Anwendung, die im Katalog mit C gekennzeichnet ist. Diese kann nur zusätzlich zu einem „vorrangigen“ oder „optionalen“ Heilmittel verordnet werden und ist jeweils im Katalog aufgeführt. Schienen sind keine „ergänzenden Heilmittel“, sondern „Therapieergänzende Maßnahmen“, siehe hierzu auch § 40 Abs. 2.

4. in der Podologischen Therapie:
 - das im Katalog genannte Heilmittel
- (7) Die Heilmittel sind nach Maßgabe des Kataloges im Regelfall verordnungsfähig als:
- Erstverordnung
 - Folgeverordnung
- (8) ¹Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalls) als Folgeverordnung. ²Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen.

DVE: Hier sind unterschiedliche Heilmittel innerhalb der Ergotherapie gemeint. Auch beim Wechsel der verordnenden Vertragsärztin/des verordnenden Vertragsarztes oder der behandelnden Praxis bleibt es bei dieser Systematik.

- (9) ¹Folgeverordnungen im Regelfall können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden. ²Sofern mehrere Heilmittel verordnet werden, ist die Verordnungsmenge des vorrangigen Heilmittels entscheidend für die Gesamtverordnungsmenge.

DVE: Siehe Kommentar § 7 (2) Seite 18.

- (10) ¹Die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen beträgt bis zum Erreichen der Gesamtverordnungsmenge jedes Regelfalls in der
- Physikalischen Therapie bis zu sechs
 - Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie bis zu zehn
 - Ergotherapie bis zu zehn
- Einheiten. ²Ausnahmen werden im Heilmittelkatalog aufgeführt.

DVE: Hier ist die Verordnungsmenge je Verordnung gemeint. Die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt kann die Menge reduzieren, aber nicht darüber hinausgehen. Auch bei der Verordnung von „Doppelbehandlungen“ (je Termin werden zwei Behandlungseinheiten verbraucht) oder von zwei verschiedenen vorrangigen Heilmitteln der Ergotherapie kann diese Anzahl nicht überschritten werden. Ausnahmen gelten bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls (siehe § 8).

- (11) ¹Folgeverordnungen sind nach Maßgabe des Heilmittel-Katalogs [sic] nur zulässig, wenn sich die behandelnde Vertragsärztin oder der behandelnde Vertragsarzt zuvor erneut vom Zustand der Patientin oder des Patienten überzeugt hat. ²Bei der Entscheidung des Vertragsarztes über Folgeverordnungen sind der bisherige Therapieverlauf sowie zwischenzeitlich erhobene Befunde zu berücksichtigen.

DVE: Hier ist ausdrücklich nur die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt genannt. Eine Einbeziehung z.B. eines Sozialpädiatrischen Zentrums oder die Hinzuziehung weiterer Ärztinnen oder Ärzte bzw. Institutionen kann im Einzelfall sinnvoll sein, ist mit der hier genannten Formulierung aber nicht gefordert.