Richtiges Ausfüllen der Heilmittel-Verordnung

Regresse vermeiden und den Verwaltungsaufwand sparen

Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) muss der Heilmitteltherapeut bei unvollständig oder nicht korrekt ausgefüllten Heilmittelverordnungen noch vor Therapiebeginn eine notwendige Korrektur bzw. Ergänzung beim Arzt einholen. Andernfalls kann die Vergütung der Leistung von der Krankenkasse versagt werden. (Entscheidung des BSG, Az: B 1 KR 4/09 R).

Notwendige Korrekturen können nur vom verordnenden Arzt vorgenommen werden (nach § 13 der Heilmittel-Richtlinie ist eine erneute Arztunterschrift mit Datum notwendig). Dadurch entsteht ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand für Arzt und Therapeut, der sich vermeiden ließe (Achtung: Änderungsgesuche von Heilmitteltherapeuten müssen durch die Heilmittel-Richtlinie begründet sein, Wunschänderungen dürfen nicht vorgenommen werden). Noch gravierender ist es, dass Ärzte damit rechnen müssen, aufgrund unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllter Verordnungen in eine Einzelfallprüfung zu gelangen. Die Berliner Krankenkassen stellen in letzter Zeit immer häufiger entsprechende Anträge (siehe KV-Blatt Hauptausgabe). Viele Prüfanträge sind vermeidbar!

Häufigste Fehlerquellen

Der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin liegt eine Auswertung über die häufigsten Gründe für Verordnungskorrekturen vor (Tabelle 1: Die Top 10 der häufigsten Verordnungsmängel). Demnach hätte in mehr als 50 % der Fälle der Korrekturbedarf vermieden werden können, wenn die Verordnung vollständig ausgefüllt worden wäre. Neben den unvollständig ausgefüllten Verordnungen scheint *die richtige Bezeichnung rsp. die Zuordnung der Indikationsschlüssel* zum entsprechenden Heilmittel Probleme zu bereiten. Hier die Übersicht:

Die TOP 10 der häufigsten Verordnungsmängel

Fehlerquelle	Abhilfe
Kreuz bei Therapiebericht „Ja“ oder Nein“ fehlt	Setzen Sie immer ein „x“ bei „Ja“ oder „Nein“
Indikationsschlüssel unvollständig/falsch	Der Indikationsschlüssel setzt sich aus Diagnosegruppe und Leitsymptomatik zusammen (s.Heilmittelkatalog)
Kreuz „Erstverordnung“ oder „Folgeverordnung“ falsch/fehlt	Setzen Sie immer ein „x“ bei „Erstverordnung“ oder „Folgeverordnung“
Leitsymptomatik nicht angegeben	Die Leitsymptomatik ist bei jeder Verordnung anzugeben
Heilmittel passt nicht zum Indikationsschlüssel/ Bezeichnung ist falsch bzw. nicht spezifiziert	Achten Sie auf die richtige Bezeichnung des Heilmittels und die korrekte Zuordnung zum Indikationsschlüssel (siehe Heilmittelkatalog)
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls fehlt	Jede Verordnung außerhalb des Regelfalls bedarf einer medizinischen Begründung *mit* prognostischer Einschätzung
Kreuz bei Verordnung „außerhalb des Regelfalls“ fehlt bzw. ist falsch (z.B. bei Erst-Verordnung)	Setzen Sie bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalls immer ein „x“
Diagnose fehlt	Geben Sie immer die konkrete Diagnose (ICD-10) ggf. mit Therapieziel an
Kreuz Hausbesuch „Ja“ oder „Nein“ fehlt	Setzen Sie immer ein „x“ bei „Ja“ oder „Nein“
Kreuz „gebührenpflichtig/befreit“ fehlt	Setzen Sie immer ein „x“ bei „Gebühr pflicht.“ oder „Gebühr frei“

Fortsetzung Seite 6

Veranstaltungstipp

Richtgrößenprüfung 2009

Heilmittelregress erfolgreich abwenden

Zum Jahresende hat die Prüfungsstelle eine Vielzahl von Bescheiden im Rahmen der Heilmittel-Richtgrößenprüfung 2009 versandt.

Die gute Nachricht: Die Gesamtsumme der Regresse hat sich im Vergleich zum Prüfzeitraum 2008 verringert.

Die schlechte Nachricht: Die Zahl der Praxen, gegen die ein Regress verhängt wurde, ist um 11% auf 61 gestiegen.

Die KV Berlin hat die betroffenen Ärzte kontaktiert und erste Hinweise zum möglichen Vorgehen gegeben.

Die betroffenen Ärzte sind zu einer Veranstaltung der KV Berlin eingeladen worden, um weitere Hinweise zu erhalten. Auch dem Erfahrungsaustausch der Betroffenen wird Raum gegeben. Gern begrüßt die KV Berlin auch die Ärzte, die für Prüfzeiträume vor 2009 noch im Widerspruchsverfahren sind.

Zielgruppe: Ärzte mit einem Heilmittelregress im Widerspruchsverfahren

Dienstag, 7. Febr. 2012, von 18 – 20 Uhr

Haus der KV Berlin
Tagungsraum 1
Masurenallee 6A,
14057 Berlin

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Fortsetzung von Seite 5

Regresse vermeiden und den Verwaltungsaufwand sparen

Diese Angaben müssen auf der Verordnung stehen:

Welche Angaben die Heilmittelverordnung enthalten *muss*, ist durch die Heilmittel-Richtlinie (§ 13 Abs. 2) verbindlich festgelegt. In der Heilmittelverordnung sind nach Maßgabe der Vordrucke die Heilmittel eindeutig zu bezeichnen. Ferner sind *alle* für die individuelle Therapie erforderlichen Einzelangaben notwendig:

a) Verordnungsangaben n. Maßgabe des Verordn.-vordrucks,

b) die Art der Verordnung (Erst-, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls),

c) Hausbesuch (ja oder nein),

d) Therapiebericht (ja oder nein),

e) Durchführung der Therapie als Einzel- o. Gruppentherapie,

f) ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns,

g) die Verordnungsmenge,

h) das/die Heilmittel gemäß dem Katalog,

i) ggf. erg. Angaben zum Heilmittel (z.B. KG oder Übungsbehandlung im Bewegungsbad),

j) die Frequenzempfehlung,

k) die Therapiedauer bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie manueller Lymphdrainage als MLD-30, MLD-45 oder MLD-60,

l) vollständiger Indikationsschlüssel (Bezeichnung der Diagnosegruppe; bei Maßnahmen der Physiotherapie Diagnosegruppe *und* Leitsymptomatik),

m) konkrete Diagnose mit Therapieziel(en) nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs, erg. Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen). Für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie für die Ergotherapie ist zudem die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs anzugeben. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.

n) medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls,

o) spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde, insbesondere bei der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie und bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Für grundlegende Informationen zum Thema hat die KV Berlin zusammen mit den Krankenkassenverbänden den Flyer „Heilmittel richtig verordnen“ aufgelegt. Weitere Informationen zu Themen wie z.B. „Verordnung außerhalb des Regelfalls“, „Gruppentherapie“ oder „Manuelle Lymphdrainage“: www.kvberlin.de > Für die Praxis/Verordnung/Heilmittel.

wai/leh

Heilmittelleistungen in Pflegeheimen

Die Abgrenzung zur aktivierenden Pflege

Die nachfolgende Information soll Sie bei der Bewertung unterstützen, ob und ab wann die Verordnung von Heilmitteln für einen pflegebedürftigen Patienten in Ihr Aufgabengebiet als Vertragsarzt fällt.

Bettlägerige Patienten, also insbesondere Patienten in Pflegeheimen, benötigen regelmäßig Mobilisation. Dies zu veranlassen bzw. durchzuführen ist allgemeine Pflegeleistung. Die eventuelle Verordnung von Heilmitteln darf hierfür kein Ersatz sein.

Heilmittel können nur dann zulasten der Krankenkassen 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 gesundheitl. Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Der Anspruch auf aktivierende Pflege ist mehrfach gesetzlich verankert. So haben u.a. Pflegeeinrichtungen nach § 11 Abs. 1 SGB XI die Pflicht, eine „humane und aktiviernde Pflege (...) zu gewährleisten“.

Die Pflege hat auch die Aktivierung der Pflegebedürftigen zum Ziel „vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen“. So steht es in § 28 SGB XI.

Unter der *aktivierenden Pflege* versteht man die Einbeziehung der (noch) vorhandenen Fähigkeiten einer Person zur Durchführung der einzelnen Pflegemaßnahme. Das Pflegepersonal soll durch gezielte Anleitung den pflegebedürftigen Patienten dazu bringen, Tätigkeiten des täglichen Lebens selbstständig zu erledigen (aufstehen, anziehen, waschen etc.).

Der Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege im Land Berlin regelt, dass alle Pflegeleistungen in Form der aktivierenden Pflege zu erbringen sind. Weiterhin regelt die Rahmenvereinbarung genau, welche Leistungen in Form des Pflegesatzes vergütet werden. Hier heißt es u. a.: „Ziel ist es, einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und/oder psychischen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken bzw. diese zu mindern“.

Fazit: Auch ohne die Verordnung von Heilmitteln erhält der Patient Leistungen, die der Mobilisation dienen.

wai/leh