

Verordnungsfall	<p>Ein Verordnungsfall (VF) bezieht sich immer auf denselben Patienten und einer behandlungsbedürftigen Erkrankung. Dieser VF besteht, bis die Behandlung abgeschlossen ist.</p> <p>Ein neuer VF entsteht nach 6 Monaten, ohne dass der gleiche Arzt ein Heilmittel verordnet hat. Hier zählt das Verordnungsdatum.</p>
Orientierte Behandlungsmenge	<p>Wird das Therapieziel nicht im Rahmen der orientieren Behandlungsmenge erreicht, kann der Arzt weitere Verordnungen ausstellen auch über die orientierte Behandlungsmenge hinaus.</p> <p>Wird die orientierende Behandlungsmenge überschritten (z.B. 3 x 6 oder 3x10), sind keine Begründungen mehr auf der Verordnung erforderlich. Ärzte dokumentieren dies nur noch in der Patientenakte.</p>
Frequenz	<p>Die Verordnung muss so ausgestellt sein, dass der Patient nach spätestens 12 Wochen wieder in die Arztpraxis kommen kann:</p> <p>VO-Menge geteilt durch Frequenz darf höchstens 12 Wochen Laufzeit ergeben (z.B. 2xWo x 12 Wo = 24x)</p> <p>Ist das Rezept korrekt auf 12 Wochen ausgestellt, bleibt es aber trotz Unterbrechungen weiterhin gültig und kann auch über die 12 Wochen hinaus zu Ende behandelt werden.</p>
Leistungserbringer Unterschrift / Kürzel	<p>Aktuell im Schiedsverfahren und muss zurzeit nicht ausgefüllt werden.</p>
Unterschrift	<p>Patienten, die nicht korrekt in der richtigen Zeile unterschreiben können, können auch auf mehreren Zeilen unterschreiben.</p> <p>Sollte der Platz für die Behandlungen nicht ausreichen, kann ein weiteres Blatt als Kopie an das Original angeheftet werden.</p>
Prüfpflicht	<p>Der Leistungserbringer ist z.B. verpflichtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Verordnung auf Plausibilität zu prüfen - beim Langfristigen Heilmittelbedarf sowie besonderen Verordnungsbedarf zu prüfen, ob evtl. Einschränkungen der Gültigkeit die Verordnung beeinträchtigt (z.B. befristet für 1 Jahr nach Akutereignis)
Doppelbehandlungen	<p>Sind weiterhin möglich mit dem Vermerk „Doppelbehandlung“ hinter dem jeweiligen Heilmittel</p> <p>(z.B. 6 KG Doppelbehandlung = 3 Behandlungstermine)</p>
Statuszeile auf der Rückseite der Verordnung	<p>Aufgrund eines Programmierfehlers im Rahmen der Blankoformularbedruckung werden aktuell auf der Rückseite der Verordnung die Statuszeile nicht bedruckt.</p> <p>Hierzu hat der GKV-Spitzenverband die Auffassung, dass die Praxen die Statuszeile bis zur Behebung des Problems selbst beschriften können, damit eine Zuordnung der Rückseite zur Vorderseite gewährleistet ist.</p>

<p>Taxierung</p>	<p>Für die Abrechnung ist die schriftliche Angabe der Preishöhe, der Anzahl der Maßnahmen und das „Herausrechnen“ der Zuzahlung auf dem Rezept selbst nicht erforderlich. All diese Daten werden im Wege der elektronischen Datenübermittlung an die Kassen übergeben (und sind seit der Einführung der Einheitspreise in 2019 auch nicht mehr kassenart-abhängig).</p>
<p>D1 Verordnungen</p>	<p>Massagen und D1 sind auf jeweils 12 Einheiten pro Verordnungsfall begrenzt. Da ein neuer Verordnungsfall immer automatisch 6 Monate nach der letzten Verordnung beginnt, können also höchstens 2 x pro Jahr 12 Einheiten D1 bzw. Massage verordnet werden. Diese 12 Einheiten können dann vom Arzt natürlich „beliebig“ auf mehrere Rezepte aufgeteilt werden, z. B. auf 2 Verordnungen à 6, auf 3 Verordnungen à 4 etc. Wichtig ist, dass die Höchstmenge von je 12 Einheiten pro Verordnungsfall nicht überschritten wird.</p>
<p>Besonderer Verordnungsbedarf & Langfristiger Heilmittelbedarf</p>	<p>Bei Diagnosen, die diesen Bedarfen zu zuordnen sind, kann der Arzt die Höchstmenge (i.d.R. 6 oder 10) je Verordnung sofort überschreiten. Er kann für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen verordnen, bevor eine erneute ärztliche Untersuchung vorgenommen wird (VO-Menge geteilt durch Frequenz darf höchstens 12 Wochen Laufzeit ergeben). Bsp: 24 Einheiten bei einer Frequenz von 2x wöchentlich zu verordnen und die orientierte Behandlungsmenge muss gemäß HMK nicht berücksichtigt werden.</p>
<p>Genehmigung bei der Krankenkasse</p>	<p>Bei nicht auf der Diagnoseliste des „langfristigen Heilmittelbedarfs“ gelistete Diagnosen, die in Schwere und Dauer den funktionellen oder strukturellen Schädigungen mit denen der Diagnoseliste vergleichbar und dort nicht gelistet sind, haben Patienten weiterhin die Möglichkeit, individuelle Anträge bei der Krankenkasse zu stellen. Der Versicherte oder ein Stellvertreter muss dafür einen formlosen Antrag nebst Kopie der Verordnung bei der Krankenkasse einreichen. Die Verordnung muss ausführlich medizinisch begründet sein und ist sofort gültig. Entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb von 4 Wochen, ist der Antrag automatisch genehmigt. Die Genehmigung kann unbefristet erteilt werden und mehrere Jahre umfassen, allerdings 1 Jahr nicht unterschreiten. Bei den in der Diagnoseliste gelisteten Diagnosen kann in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des HMK davon ausgegangen werden, dass ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren entfällt.</p>

Krankenkassen Spätester Behandlungsbeginn:	Bis 28 Tage – unbefristet
Gesetzliche Krankenkasse Behandlungsunterbrechung:	Ausgesetzt bis vorerst zum 31.03.21
Hygienepauschale:	Bis 31.03.21 kann abgerechnet werden, maßgebend ist der Rechnungseingang bei den Krankenkassen. Die Abrechnung der BG ist ebenfalls bis zum 31.03.21 möglich.
Videotherapie	Vorerst bis zum 31.03.21
Entlassmanagement	Vorerst <u>Beginn</u> : 14 Kalendertage <u>Abschluss</u> : 21 Kalendertage Keine Unterbrechung Kein späterer Behandlungsbeginn Befristet bis zum 31.03.21
Gesetzliche Unfallversicherung / BG	Unterbrechung bis 14 Tage zulässig und bei Langzeitpatienten bis zu 28 Tagen. Beginn spätestens innerhalb von 14 Tage.
Nicht richtlinienkonform ausgestellte Heilmittelverordnungen zwischen 18.02.-31.12.20	Müssen bis zum 30.09.21 abgerechnet werden. Damit ist die Frist zu Ende des Jahres (Vorliegen bei der Krankenkasse) aufgehoben und auch in den Januar gehende Verordnungen können ohne Rücksprache korrigiert werden.
Neu ausgestellte Verordnungen zwischen 01.01.21 – 31.03.21	Verordnungen können ohne Rücksprache korrigiert werden mit Ausnahme der Angaben „Art des Heilmittels“, „Hausbesuch“ und „Verordnungsmenge“.