

# Ergotherapie – Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V (Blankverordnung)

## Hinweise für die Blankverordnung: möglich bei folgenden Diagnosegruppen:

- SB1 (Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten, mit motorisch-funktionellen Schädigungen)
- PS3 (unter anderem wahnhafte und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen)
- PS4 (Dementielle Syndrome)

## Hausbesuch und Therapiebericht werden von Ärzten verordnet:

- Ärztin oder Arzt entscheidet über Notwendigkeit.

## Die Felder: „Heilmittel“ (hier wird stattdessen „Blankverordnung“ aufgedruckt), „ergänzendes Heilmittel“ und „Therapiefrequenz“ bleiben frei.

- Falls diese Felder ausgefüllt wurden, kann dies bei BLANKOVERORDNUNGEN ignoriert werden.
- Therapeutin oder Therapeut entscheidet über Art, Dauer und Umfang.

## Es gilt weiterhin die Heilmittelrichtlinie:

- Der ICD-10-Code muss plausibel zu der Diagnosegruppe passen.



**Krankenkasse bzw. Kostenträger**  
AOK Niedersachsen

**Name, Vorname des Versicherten**  
Max Muster

**geb. am**

**Kostenträgerkennung**    **Versicherten-Nr.**    **Status**

**Betriebstätten-Nr.**    **Arzt-Nr.**    **Datum**

**Behandlungsrelevante Diagnose(n)**  
ICD-10 - Code  
M06.0-    Seronegative chronische Polyarthrit

**Diagnosegruppe** SB1    **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog     a     b     c    **patientenindividuelle Leitsymptomatik**

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)  
Schädigung der Muskelfunktion - Schmerz

**Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**    **Behandlungseinheiten**

Heilmittel	bleibt
<b>Blankverordnung</b>	<b>frei</b>

**Ergänzendes Heilmittel**    **bleibt frei**

**Therapiebericht**    **Hausbesuch**  ja     nein    **Therapiefrequenz** **bleibt frei**

**Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

Dr. med. A. Friend  
Internistin - Hausärztlich  
Lange Allee 12b  
12312 Musterhausen  
LAN 70xxxxxxxx03

IK des Leistungserbringers

## Hinweise Zuzahlung:

### 10€ pro Verordnung + 10% der Ordnungsgebühr

- Der zu Beginn geplante Zuzahlungsbetrag kann durch die flexible Therapiestaltung abweichen und ggf. höher aber auch niedriger ausfallen.

### Keine Zuzahlung bei:

- Zuzahlungsbefreiten Patienten
- Ergotherapeutischer temporärer Schiene (Pos.-Nr. 54445 & 54446)
- Übermittlungsgebühr des Arztberichtes (Pos.-Nr. 59741)
- Versorgungsbezogene Pauschale (Pos.-Nr. 54503)

Bei der Laufzeit von 16 Wochen kann ggf. mit den Patienten eine Zwischenabrechnung durchgeführt werden.

## Hinweise für die Abrechnung:

### Im DTA zu beachten:

- Neue Abrechnungspositionsnummern (siehe S. 4)
- Faktor ist in Zeitintervallen (15min = 1 Faktor) anzugeben
- Verordnungsart „5“
- Frequenz „0“

## Gültigkeit der Blankverordnung

- Die Verordnung ist ab Verordnungsdatum **max. 16 Wochen** gültig.
- Bei Unterbrechungen (z. B. Krankheit, Urlaub etc.) verliert die Verordnung **nicht** ihre Gültigkeit.
- Bitte erst nach Ablauf der Gültigkeit abrechnen. Teilabrechnungen sind unzulässig.
- Im Falle einer Abrechnung nach z. B. 6 Wochen, darf die Ärztin oder der Arzt keine neue Verordnung ausstellen (bei gleicher Diagnosegruppe und Diagnose, hier ICD-10-zweistellig z. B. F06).

### Folgende Regelungen gelten bei mehreren Verordnungen im zeitlichen Zusammenhang:

Mehrere zeitlich **aufeinanderfolgende** Verordnungen mit oder ohne erweiterte Versorgungsverantwortung zu derselben Diagnose (ICD-10-zweistellig z.B. **F06, F07**) und derselben Diagnosegruppe sind möglich.

**Verordnungsdatum: 01.04.2024**

Behandlungsrelevante Diagnose(n)  
ICD-10 - Code

F00.0 Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)


Diagnosegruppe **PS.4** Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c patientenindividuelle Leitsymptomatik

**Verordnungsdatum: 22.07.2024**

Behandlungsrelevante Diagnose(n)  
ICD-10 - Code

F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom

Diagnosegruppe **PS.4** Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c patientenindividuelle Leitsymptomatik



**Parallele** Verordnungen mit oder ohne erweiterte Versorgungsverantwortung für unterschiedliche Diagnosen (ICD-10-zweistellig z.B. **M06, M15**) und/oder **unterschiedliche** Diagnosegruppen sind ebenfalls möglich.

**Verordnungsdatum: 01.04.2024**

Behandlungsrelevante Diagnose(n)  
ICD-10 - Code

M06.4 Entzündliche Polyarthropathie


Diagnosegruppe **SB1** Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c patientenindividuelle Leitsymptomatik

**Verordnungsdatum: 01.07.2024**

Behandlungsrelevante Diagnose(n)  
ICD-10 - Code

M15.3 Sekundäre multiple Arthrose

Diagnosegruppe **SB.1** Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c patientenindividuelle Leitsymptomatik



**Parallele** Verordnungen (im Zeitraum der Gültigkeit der Verordnung) mit oder ohne erweiterte Versorgungsverantwortung **zu derselben Diagnose (ICD-10-zweistellig F06, F07) und derselben Diagnosegruppe** dürfen nicht durchgeführt werden.

**Verordnungsdatum: 01.04.2024**

Behandlungsrelevante Diagnose(n)  
ICD-10 - Code

F00.0 Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)


Diagnosegruppe **PS4** Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c patientenindividuelle Leitsymptomatik

**Verordnungsdatum: 01.07.2024**

Behandlungsrelevante Diagnose(n)  
ICD-10 - Code

F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom

Diagnosegruppe **PS4** Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog  a  b  c patientenindividuelle Leitsymptomatik



**Besonderheit:** Verordnung kann dennoch angenommen werden, wenn der erste Termin nicht innerhalb der 16 Wochen liegt.  
**Achtung:** Beginnfrist beachten

## Beispiel 1 - Abrechnung Rückseite und Datensatz

### Hinweise für die Abrechnung:

#### Im DTA zu beachten:

#### \*Versorgungsbezogene Pauschale & Analyse

- dürfen 1-mal je Blankoverordnung abgerechnet werden
- müssen **nicht** auf der Rückseite vom Versicherten bestätigt werden

#### Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1 03.06.24	motorisch-funktionell 30 min.		
2 05.06.24	mot.-funkt. 45 min.		
3 11.06.24	mot.-funkt. 45 min.		
4 02.07.24	mot.-funkt. Gruppe 60 min.		
5	↳ Abkürzungen möglich		
6			
7			
8 16 Wochen	gültig ab Verordnungsdatum		

Leistungen müssen weiterhin per Unterschrift bestätigt werden!

### So könnte Ihr Datensatz aussehen:

	Leistungsbezeichnung	APN	Faktor	Betrag	Preis	Datum
0	Ergo-Blanko: Versorgungsbezogene Pauschale	54503	1	91,38	91,38	03.06.2024
0	Ergo-Blanko: Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs	54003	1	38,43	38,43	03.06.2024
1	Ergo-Blanko: Motorisch-funktionelle Behandlung	54142	3	52,77	17,59	03.06.2024
2	Ergo-Blanko: Motorisch-funktionelle Behandlung	54142	4	70,36	17,59	05.06.2024
3	Ergo-Blanko: Motorisch-funktionelle Behandlung	54142	4	70,36	17,59	11.06.2024
4	Ergo-Blanko: Motorisch-funktionelle Behandlung Gruppe	54249	5	30,78	6,16	02.07.2024

### Zeitintervalle im DTA:

- 30min + 15min VND\* = Faktor 3
- 45min + 15min VND = Faktor 4
- 45min + 15min VND = Faktor 4
- 60min + 15min VND = Faktor 5

\*Vor- und Nachbereitung und Dokumentation

## Beispiel 2 - Abrechnung Rückseite und Datensatz

### Hinweise Vor- und Nachbereitung und Dokumentation (VND):

Die VND darf nur 1-mal pro Tag (auch bei mehreren Leistungen) abgerechnet werden. (siehe Beispiel am 05.06.2024)

- 1-mal VND = 1 Zeitintervall à 15min  
Keine eigene GPOS
- Muss nicht auf der Rückseite der Verordnung bestätigt werden (keine Unterschrift des Versicherten notwendig).

### Beispiel 2

#### Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1 03.06.24	psychisch-funktionell 45 min.		
2 05.06.24	PFB 30 min. +		
3	Hirnleistungstraining (HLT) 30min.		
4 04.07.24	PFB 60 min.		
5	↳ Abkürzungen möglich		
6			
7			
8 16 Wochen	gültig ab Verordnungsdatum		

### So könnte Ihr Datensatz aussehen:

	Leistungsbezeichnung	APN	Faktor	Betrag	Preis	Datum
0	Ergo-Blanko: Versorgungsbezogene Pauschale	54503	1	91,38	91,38	03.06.2024
0	Ergo-Blanko: Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs	54003	1	38,43	38,43	03.06.2024
1	Ergo-Blanko Psychisch-funktionelle Behandlung	54145	4	70,36	17,59	03.06.2024
2	Ergo-Blanko: Psychisch-funktionelle Behandlung	54145	3	52,77	17,59	05.06.2024
3	Ergo-Blanko: Hirnleistungstraining	54144	2	35,18	17,59	05.06.2024
4	Ergo-Blanko: Psychisch-funktionelle Behandlung	54145	5	87,95	17,59	04.07.2024

### Zeitintervalle im DTA:

- 45min + 15min VND\* = Faktor 4
- 30min + 15min VND = Faktor 3
- 30min = Faktor 2
- 60min + 15min VND = Faktor 5

\*Vor- und Nachbereitung und Dokumentation

## Übersicht der neuen Abrechnungspositionen (GPOS) für die Blankoverordnung - Ergotherapie

folgende Pos-Nr. sind einmal je Blankoverordnung abrechnungsfähig:

Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs	54003
Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	54503

folgende Pos-Nr. sind je abgeschlossenem Zeitintervallen (ZI) á 15 Minuten einmal abrechnungsfähig:

Die Therapiezeit pro Behandlungstermin beträgt mindestens 30 Minuten und höchstens 180 Minuten. Zusätzlich kann pauschal ein ZI pro Behandlungstermin für die Vor- und Nachbereitung/Dokumentation abgerechnet werden.	Leistungserbringung in Präsenz				telemedizinische Leistungserbringung			
	Einzel- behandlung	*Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	Parallel- behandlung	Gruppen- behandlung	Einzel- behandlung	*Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	Parallel- behandlung	Gruppen- behandlung
Motorisch-funktionelle Behandlung	54142	54147	54245	54249	54162	54167	54265	54269
Ergoth. Hirnleistungstraining	54144	54152	54247	54251	54164	54172	54267	54271
Psychisch-funktionelle Behandlung	54145	54149	54248	54252	54165	54169	54268	54272

\*Im Rahmen einer Blankoverordnung können bis zu zwei Behandlungstermine zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld erbracht und abgerechnet werden.

folgende Pos-Nr. sind gemäß der vertraglichen Bestimmungen abrechnungsfähig:

	Leistungserbringung in Präsenz	telemedizinische Leistungserbringung
Thermische Anwendungen (Wärme oder Kälte)	54341	-
Ergotherapeutische temporäre Schiene: Herstellung, Anpassung und Korrektur temporäre Schiene ohne Kostenvoranschlag bis 400,00 Euro	54445	-
Ergotherapeutische temporäre Schiene: Herstellung, Anpassung und Korrektur temporäre Schiene nach Kostenvoranschlag ab 400,01 Euro	54446	-
Mehraufwand für die Beratung zur Integration ins das häusliche und soziale Umfeld	59972	-
Hausbesuch inkl. Wegegeld	59973	-
Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft inkl. Wegegeld	59974	-
Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht		59741