

Heilmittelberatung für neu niedergelassene VertragsärztInnen

Heilmittelrichtlinie

Auszüge – die Richtlinie findet man unter <https://www.g-ba.de/richtlinien>

...

§3 Voraussetzungen der Verordnung

(1) Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt voraus. Die Therapeutin oder der Therapeut sind 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 Versicherten überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) sowie über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind. Die Versicherte oder der Versicherte sollen die Ärztin oder den Arzt im Rahmen ihrer beziehungsweise seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren.

...

(5) Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

(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) Der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Absatz 6 SGB V ist „Zweiter Teil“ dieser Richtlinie. Der Katalog wird dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend in regelmäßigen Abständen ergänzt oder aktualisiert.

(2) Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefasst, die abgebildeten Beispieldiagnosen sind hierbei nicht abschließend. Den Diagnosegruppen sind die jeweiligen Leitsymptomaten in Form von funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die verordnungsfähigen Heilmittel, sowie die Verordnungsmengen und Empfehlungen zur Therapiefrequenz zugeordnet.

...

§ 6a Ärztliche Diagnostik

(1) Vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln ist eine Eingangsdagnostik notwendig. Bei der Eingangsdagnostik sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten.

(2) Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere Befundergebnisse sollen auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.

(3) Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das weitere therapeutische Vorgehen überprüft werden. Erforderlichenfalls sind andere ärztliche, psychotherapeutische oder rehabilitative Maßnahmen einzuleiten oder die Beendigung oder Fortsetzung der Heilmitteltherapie in Betracht zu ziehen.

...

§ 9 Wirtschaftlichkeit

(1) Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch

- durch eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten (z. B. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms, durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung),
- durch eine Hilfsmittelversorgung oder
- durch Verordnung eines Arzneimittels

unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.

(2) Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.

Muster 13

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungs-frei: Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungs-pflicht: Name, Vorname des Versicherten

Unfall-folgen: geb. am

BVG: Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status

Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Diagnose-gruppe Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht Hausbesuch ja nein **Therapie-frequenz**

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Personalien

Heilmittelbereich

ICD-Kodierung

Klartextdiagnose ist Pflicht

Diagnosegruppe ¹

Bis zu 3 Leitsymptomatiken ²

Patientenindividuelle LS + Freitext

Bis zu 3 vorrangige Heilmittel ³ +
1 ergänzendes Heilmittel ⁴

Höchstmenge je Verordnung beachten ⁵

Medizinische Notwendigkeit (z.B. Pat. ist gehunfähig, Therapie muss im häuslichen Umfeld stattfinden)

1-3 ⁶

Gültigkeit ansonsten 28 Tage

Freitext, z.B. Tonaudiogramm o.ä.

¹ Diagnosegruppe

In den Diagnosegruppen wurden die bisher gültigen Indikationsschlüssel zusammengefasst, beispielsweise WS für WS1+WS2.

Verordnungsfall

Kriterien für einen neuen Verordnungsfall sind der ICD-10-Code in Verbindung mit der Diagnosegruppe und der LANR des Verordnenden.

Hier gilt also: neuer Arzt - neuer Verordnungsfall, auch in Gemeinschaftspraxen!

Ein neuer Verordnungsfall wird 6 Monate nach Ausstellung der letzten Verordnung ausgelöst, bei einem Wechsel der LANR des Verordnenden einer Änderung des ICD-10-Codes bzw. der Diagnosegruppe.

ICD-10

Angabe eines ICD-10-Kodes, zwei Codes werden angegeben, wenn es zur Berücksichtigung eines BVB notwendig ist. (Beispiel Z98.8 + Z96.64)

Orientierende Behandlungsmenge	Jedem Verordnungsfall sind eine Orientierende Behandlungsmenge sowie die Anzahl der Einheiten auf der Verordnung (Höchstmenge) und eine Frequenzempfehlung zugeordnet. Reicht die orientierende Behandlungsmenge nicht aus, können weitere Verordnungen ausgestellt werden, die Anzahl der Einheiten je Rezept sowie die Frequenzempfehlung müssen dabei weiterhin eingehalten werden. Eine medizinische Begründung ist in der Patientendatei festzuhalten. Die Software gibt einen Hinweis über das Erreichen der OBM.
² Leitsymptomatik	Im Heilmittelkatalog sind bis zu 3 Leitsymptomatiken als Regelbeispiel (a,b,c) vorgegeben. Zusätzlich kann eine individuelle Leitsymptomatik als Freitext eingegeben werden, sie muss mit den aufgeführten Regelbeispielen vergleichbar sein.
³ Heilmittelauswahl	<p>Bei Maßnahmen der <u>Physiotherapie</u> können bis zu 3 vorrangige Heilmittel gleichzeitig verordnet werden, die Gesamtverordnungsmenge muss dabei eingehalten werden. Beispiel WS: 6 Behandlungseinheiten werden aufgeteilt in</p> <p>2x klassische Massagetherapie, 2x Manuelle Therapie, 2x Krankengymnastik.</p> <p>Zusätzlich kann ein ergänzendes Heilmittel (z.B. 6x Heißluft) verordnet werden.</p> <p>Bei Maßnahmen der <u>Ergotherapie</u> können bis zu 3 vorrangige Heilmittel miteinander kombiniert werden, die Gesamtverordnungsmenge muss dabei eingehalten werden. Beispiel EN1: 10 Behandlungseinheiten werden aufgeteilt in</p> <p>5x Motorisch funktionelle Behandlung 5x Hirnleistungstraining in der Gruppe</p> <p>In der <u>Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie</u> können maximal 3 verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander kombiniert werden. Neu ist die Schlucktherapie als eigenständiges Heilmittel.</p> <p><u>Podologie</u>: Zur Auswahl stehen Podologische Behandlung (groß) oder (klein), je nachdem ob eine Komplex- oder einzelne Behandlungen wie Nagelbearbeitung oder Hornhautabtragung gewünscht sind.</p>
⁴ Ergänzende Heilmittel	Nur Elektrotherapie, Elektrostimulation oder Ultraschall-Wärmetherapie dürfen auch isoliert verordnet werden.
⁶ Frequenz	Die Frequenzspanne ist auf 1-3 x pro Woche festgelegt und kann individuell geändert werden.

⁵ Höchstmenge je
Verordnung

Von der Höchstmenge je Verordnung darf nicht abgewichen werden. CAVE Außerhalb des Regefalls gibt es nicht mehr!!!
Bei Verordnungen welche die Kriterien für Langfristigen Heilmittelbedarf und Besonderen Verordnungsbedarf erfüllen, darf von den Höchstmengen abgewichen werden.

Langfristiger
Heilmittelbedarf

ergibt sich aus der Diagnose (ICD-10 auf Anlage 2 der HMRL) und dem Diagnoseschlüssel. Liegt eine Genehmigung der Krankenkasse vor, muss diese in der Software hinterlegt sein.
Die Anzahl der Einheiten ergibt sich aus der Behandlungsdauer von 12 Wochen: 36 Einheiten bei einer Frequenz von 1-3 x pro Woche. Es gilt der Höchstwert.
Die Verordnung behält ihre Gültigkeit, auch wenn die Einheiten innerhalb der 12 Wochen nicht vollständig erbracht wurden. Die Software erkennt automatisch den LHB und lässt die Verordnung von z.B. 36 Einheiten zu.

Besonderer
Verordnungsbedarf

ergibt sich aus dem ICD-Code, der Diagnosegruppe und ggfs. der Altersbeschränkung.
Die Anzahl der Einheiten wird für eine Behandlungsdauer von 12 Wochen gewählt: 36 Einheiten bei einer Frequenz von 1-3 x pro Woche. Es gilt der Höchstwert.
Die Verordnung behält ihre Gültigkeit, auch wenn die Einheiten innerhalb der 12 Wochen nicht vollständig erbracht wurden. Die Software erkennt automatisch den BVB und lässt die Verordnung von z.B. 36 Einheiten zu.

Doppel-
behandlungen

werden so verordnet: 6xKG als Doppelbehandlung (nicht 6 Doppelbehandlungen), das bedeutet, dass 3 Sitzungen stattfinden aber 6 Unterschriften geleistet werden. CAVE die Zeit zum An- und Auskleiden ist keine Therapiezeit.

Blankoverordnung

Nach §125a SGB V müssen sich der GKV-Spitzenverband und die Heilmittelleistungserbringer auf Indikationen verständigen, bei denen auf folgende Angaben verzichtet werden kann:
Heilmittel * Anzahl der Einheiten * Frequenz * Spezifizierungen.
Aus wichtigen medizinischen Gründen besteht die Möglichkeit keine Blankoverordnung auszustellen.
(kommt eventuell im 2. oder 3. Quartal 2021)