

Grundsätze

Die Verordnung von Heilmitteln wird gesetzlich geregelt im **Sozialgesetzbuch V** in den §§ 32 und 84. Der gemeinsame Bundesausschuss erstellt die **Heilmittelrichtlinie** mit allgemeinen Bestimmungen, der zweite Teil der Heilmittelrichtlinie ist der **Heilmittelkatalog** (<https://www.g-ba.de/richtlinien>).

In der Richtlinie geregelt sind beispielsweise die Voraussetzungen für Hausbesuche durch den Therapeuten, Verordnungsausschlüsse, die Definition für "Regelfall" sowie die Grundsätze zum Ausfüllen der Verordnungsvordrucke.

Im 2. Teil, dem Heilmittelkatalog, sind alle verordnungsfähigen Heilmittel mit der entsprechenden Leitsymptomatik, der Verordnungsmenge pro Regelfall, der Frequenzempfehlung und zusätzlichen Hinweisen aufgelistet.

Häufige Fragen zu Heilmittelverordnungen

(in alphabetischer Reihenfolge der Stichworte)

Stichwort	Erläuterung
Aktivierende Pflege	Die Mobilisation bettlägeriger Patienten (insbesondere in Pflegeheimen) gehört zur allgemeinen Pflegeleistung. Heilmittel zu Lasten der Krankenkasse dürfen nur verordnet werden um eine Krankheit zu heilen oder ihre Verschlimmerung zu verhindern oder Beschwerden zu lindern. Außerdem dürfen Heilmittel verordnet werden, wenn eine Schwächung der Gesundheit in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde oder Pflegebedürftigkeit vermieden oder vermindert werden soll.
Akutereignis bei Praxisbesonderheiten	Das Akutereignis ist der Tag der ersten Verordnung nach Entlassung aus der Rehabilitation und nicht das Datum des (z.B.) Schlaganfalls (s.u.).
Behandlungsbeginn	Die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Aus medizinischen Gründen darf der Arzt einen späteren Behandlungsbeginn angeben.
D1 Kombinationen	Es dürfen im Regelfall maximal 10 Einheiten standardisierte Heilmittelkombination D1 verordnet werden, außerhalb des Regelfalls geht eine Verordnung nur, wenn die Anzahl im Regelfall nicht ausgeschöpft wurde bis zur Höchstmenge von 10 D1-Kombinationen. D1-Kombinationen werden bei komplexen Schädigungen eingesetzt und beinhalten in 60 Minuten mindestens drei vorrangige Heilmittel (KG, KG-Gerät, manuelle Therapie, Massage) mit ergänzenden Heilmitteln (Wärme-, Kälte-, Elektrotherapie). Der verordnende Arzt kann hier spezifizieren, welche Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Der Patient muss in der Lage sein eine so umfangreiche Behandlung zu absolvieren. Nach 10 Einheiten entscheidet der Arzt, welches Heilmittel sinnvoll weiter verordnet werden kann, braucht der Patient z.B. KG und KG-Gerät so kann man das nur nacheinander verordnen aber nicht gleichzeitig.
Diagnose/ICD 10 Code auf Heilmittelrezepten	Seit dem 01.07.2014 muss der ICD-10-Code auf der Verordnung angegeben werden. Dies hat den Vorteil, dass Praxisbesonderheiten im Falle einer Prüfung sofort vorliegen.

Häufige Fragen zu Heilmittelverordnungen (in alphabetischer Reihenfolge der Stichworte)	
Stichwort	Erläuterung
Doppelbehandlungen	Doppelbehandlungen 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.
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung	In der ersten Sitzung erfolgt eine Einzelbehandlung (zusätzliche Abrechnungsziffer 54002), danach nur noch 9 Gruppensitzungen.
Ergotherapie bei psychischen Störungen	In den Hinweisen des Heilmittelkatalogs steht der Vermerk, dass eine psychiatrische Eingangsdiagnostik zwingend erforderlich ist.
Ergotherapie und Logopädie bei Kindern	Siehe Heilmittelkatalog „Hinweis“ (nach ca. 10 Behandlungen fachärztliche Überprüfung). Wenn gleichzeitig Frühförderung durchgeführt wird, dürfen Heilmittel nur bei schweren Störungen verordnet werden wenn diese durch die Frühförderung nicht behandelt werden.
Ernährungstherapie	ist verordnungsfähig bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (HMRL), bei denen die Ernährungstherapie alternativlos ist, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen. Die Verordnung erfolgt auf Muster 18 (Ergotherapiezept) und nur durch für diese Erkrankungen spezialisierte Ärzte. Leistungserbringer sind Oecotrophologen.
Frequenz	Die Frequenz sollte genau angegeben werden. Angaben 1-2x pro Woche sollten unterbleiben da auch hier die medizinische Notwendigkeit zu beachten ist. Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls darf die Anzahl der Therapieeinheiten pro Rezept frei gewählt werden, es muss aber anhand der Frequenz ersichtlich sein, dass der Arzt sich einmal im Quartal von der Notwendigkeit der Therapie überzeugt hat.
gleichzeitig 2 vorrangige Heilmittel verordnen	Das ist möglich, wenn entweder 2 Diagnosen vorliegen oder 2 verschiedene Indikationsschlüssel z.B. HWS-Syndrom und Beckenfraktur: WS1a mit KG und EX3b mit KG Gerät z.B. Lymphödem und Schulter-Arm-Syndrom: LY2a mit manueller Lymphdrainage und EX2a mit KG Es geht <i>nicht</i> , KG und Klassische Massage gleichzeitig zu verordnen bei einer Diagnose (z.B. Lumboischialgie).
Gruppentherapie	Gruppentherapie sollte verordnet werden, wenn Einzeltherapie nicht zwingend erforderlich ist. Der Heilmittelerbringer ist zur Erbringung von Gruppentherapie verpflichtet. Kann er dies im Einzelfall nicht, so kann er ohne Änderung durch den Arzt Einzeltherapie abgeben und muss dies auf der Rückseite des Verordnungsvordrucks begründen. Er muss den Arzt darüber informieren.
Hausbesuch	ist möglich wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Praxis des Therapeuten nicht aufsuchen kann, Kinder dürfen in der Tageseinrichtung behandelt werden, Hausbesuch darf hier aber nicht verordnet werden (Heilmittelrichtlinie §11).
Heilmittelrezept BG-Fall	Darf nur durch D- oder H-Arzt ausgestellt werden. Formulare gibt es bei der BG.

Häufige Fragen zu Heilmittelverordnungen (in alphabetischer Reihenfolge der Stichworte)	
Stichwort	Erläuterung
Hemiparese nach Schlaganfall	Der Schlaganfall gilt nur bis zu einem Jahr nach dem Akutereignis als Besonderer Verordnungsbedarf . Bestehen Folgen des Schlaganfalls (z.B. Hemiparese) erfolgt ein Wechsel der Diagnose/ICD-10-Code auf dem Heilmittelrezept aber der Indikationsschlüssel (ZN2) bleibt gleich, also ist es eine Folgeverordnung und gilt ebenfalls als Besonderer Verordnungsbedarf .
Indikationsschlüssel	Der Indikationsschlüssel wird anhand des Heilmittelkatalogs der Diagnose zugeordnet. Anhand des Indikationsschlüssels ergibt sich wie viele Verordnungen bei welcher Frequenz zu diesem Regelfall gehören.
Krankengymnastik im Bewegungsbad	Laut Heilmittelrichtlinie darf die Krankengymnastik auch im Bewegungsbad durchgeführt werden (muss dazu geschrieben werden).
Krankengymnastik bei ZN1/ZN2	Es darf KG oder KG-ZNS verordnet werden. Bei KG-ZNS ist die Anleitung einer Bezugsperson zur täglichen Beübung zwingend vorgeschrieben-CAVE immer nachfragen, welche Betreuungsperson dazu in der Lage ist.
Logopädie	Kann auch vom Hausarzt verordnet werden, nach spätestens 10 Behandlungen muss eine weiterführende Diagnostik stattfinden (Hinweise im Heilmittelkatalog beachten).
Marburger Konzentrationstraining	ist nicht verordnungsfähig als psychisch-funktionelle oder sensomotorisch-perzeptive Ergotherapie (SGBV §2)
Massagen	Es dürfen im Regelfall maximal 10 Massagen verordnet werden, außerhalb des Regelfalls gehen Massagen nur, wenn die Anzahl im Regelfall nicht ausgeschöpft wurde.
Neurofeedback	ist nicht als eigenständiges Heilmittel verordnungsfähig, kann aber als Psychisch Funktionelle Behandlung (PNF) und Neuropsychologisch orientierte Behandlung/ Hirnleistungstraining (NOB) im Rahmen der Ergotherapie eingesetzt werden. CAVE alle psychischen Erkrankungen bedürfen der psychiatrischen Eingangsdiagnostik.
Podologieverordnung	Die Verordnung von Podologie ist nur möglich beim Diabetischen Fußsyndrom im Stadium Wagner 0. Es muss also ein Diabetes mellitus mit Angiopathie und/oder Polyneuropathie vorliegen und der Fuß muss gefährdet sein durch z.B. Hyperkeratose, Fehlstellung oder pathologisches Nagelwachstum. Liegt bereits ein Defekt vor, gehört die Behandlung in die Hand des Arztes (Wagner-Stadien 1-5). Blindheit, Rheuma, Adipositas oder ähnliche Diagnosen können keine Podologieverordnung auslösen, der Patient kann ein Privatrezept erhalten, dadurch spart er die Mehrwertsteuer.
Besonderer Verordnungsbedarf und Langfristiger Heilmittelbedarf	Es handelt sich um Diagnosen, die der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht unterliegen. Eine Übersicht über alle Diagnosen findet sich in einer Broschüre der KVSH (siehe auch auf der Homepage der KVSH). Wichtig ist die korrekte Angabe des ICD 10-Codes und des Heilmittel- Indikationsschlüssels . Langfristverordnungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse sofern diese nicht darauf verzichtet hat (siehe auch Verordnung außerhalb des Regelfalls)

Häufige Fragen zu Heilmittelverordnungen (in alphabetischer Reihenfolge der Stichworte)	
Stichwort	Erläuterung
Regelfall	Der Regelfall bezieht sich immer auf den Patienten und seine Erkrankung. Stellt z.B. der Orthopäde die Erstverordnung aus, stellt der weiterbehandelnde Hausarzt eine Folgeverordnung aus.
Rehasport und Funktionstraining	Die Therapien dauern mindestens 1 Jahr und belasten die Heilmittelrichtgröße nicht. Die Verordnung erfolgt über Muster 56 und bedarf keiner besonderen Qualifikation des Arztes. Die Krankenkasse muss eine Genehmigung erteilen. Laut Rechtsprechung dürfen auch Folgeverordnungen ausgestellt werden.
Rückbildungsgymnastik durch Physiotherapeuten	Ist nicht Bestandteil des Heilmittelkataloges und wird auf einem Privat Rezept verordnet.
Therapiebericht	Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls empfiehlt sich die Anforderung eines Therapieberichtes um bei Nachfragen der Krankenkasse mehr Informationen zu haben und sachgerechtere Begründungen geben zu können.
Verordnung außerhalb des Regelfalls	Auf dem Verordnungsvordruck muss eine medizinische Begründung angegeben werden, warum das Behandlungsziel im Regelfall nicht erreicht werden konnte. Aus der Begründung soll hervorgehen, warum die Verordnungsmenge im Regelfall nicht ausreicht, dass noch rehabilitatives Potentials vorhanden ist sowie eine Einschätzung der Prognose. Die Krankenkasse muss eine Genehmigung erteilen. Einige Krankenkassen haben auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet. Welche Krankenkassen darauf nicht verzichtet haben, findet man auf der Seite der GKV-Spitzenverbandes- <i>Krankenversicherung-Ambulante Leistungen-Heilmittel-Genehmigung außerhalb des Regelfalls</i> .
Verordnungsvordrucke	Die Therapeutinnen sind verpflichtet, die Verordnung vor dem Beginn der Behandlung auf Vollständigkeit und inhaltliche Korrektheit zu prüfen. Bei fehlerhaften Verordnungen sind sie verpflichtet, den Arzt um Korrektur zu bitten. Zur Vermeidung dieser ständigen Änderungswünsche sollte bei der Ausstellung der Verordnung sehr sorgfältig vorgegangen werden: -der Indikationsschlüssel muss zur Diagnose passen - ICD10-Code muss eingetragen werden. Zwei ICD-10-Codes sind nur bei ausgewählten Diagnosen einzutragen (siehe auch Broschüre "Besondere Verordnungsbedarfe/Langfristiger Heilmittelbedarf" Seite 4) -es muss immer ein X bei Erst- oder Folgeverordnung bzw. Verordnung außerhalb des Regelfalls gesetzt werden -die Leitsymptomatik muss angegeben werden - Hausbesuch ja bzw. nein - Therapiebericht ja bzw. nein -Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalls -Verordnungsmenge laut Heilmittelkatalog - Frequenz - Behandlungsbeginn
Ein Service der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein	