

Arbeitsgemeinschaft
der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg
BKK Bundesverband, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach,
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Bundesknauschaft, Bochum
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

**Gemeinsames Rundschreiben
der Spitzenverbände der Krankenkassen
zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien**

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen/der Gemeinsame Bundesausschuss (GemBa) hat am 01. Dezember 2003/16.März 2004 die Änderung der Richtlinien für die Verordnung von Heilmitteln beschlossen. Die neuen Heilmittel-Richtlinien wurden vom Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet und treten somit zum 01. Juli 2004 in Kraft.

Federführend für die Spitzenverbände der Krankenkassen:

IKK-Bundesverband

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|--|-------|
| 1. Ausgangssituation und Zielsetzung | 4 |
| 2. Arten der Verordnung | |
| 2.1 Verordnungen im Regelfall | 6 |
| 2.2 Neuer Regelfall nach Behandlungsunterbrechung von 12 Wochen | 7 |
| 2.3 Verordnungen außerhalb des Regelfalls | 7 |
| 2.4 Gültigkeit der Verordnung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens | 8 |
| 2.5 Verzicht auf Langfristverordnungen | 8 |
| 2.6 Fortsetzung einer bereits vor dem 1. Juli 2004 begonnenen Heilmitteltherapie | 9 |
| 3. Diagnosengruppen und Indikationsschlüssel | 10 |
| 4. Anrechnung der Verordnungsmengen innerhalb der Diagnosengruppen (Heilmittelkatalog) | 11 |
| 5. Manuelle Lymphdrainage bei Schwellungen (Heilmittelkatalog) | 12 |
| 6. Hausbesuch | 13 |
| 7. Abgrenzung zu heilpädagogischen bzw. sonderpädagogischen Maßnahmen | 14 |
| 8. Abgrenzung zu therapeutischen Leistungen im Rahmen des § 30 SGB IX i.V. m. der Frühförderungsverordnung | 15 |
| 9. Anforderung des Therapieberichts auf dem Vordruckmuster | 16 |

| | | |
|---------|--|----|
| 10. | Inhaltliche Änderungen bei den Heilmitteln | |
| 10.1.1 | Manuelle Lymphdrainage (MLD): Einführung von Zeitangaben für die Therapiedauer | 17 |
| 10.1.2 | Gerätegestützte Krankengymnastik | 17 |
| 10.1.3 | Differenzierung der Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems einschließlich des Rückenmarks mittels Krankengymnastik nach Altersgrenzen | 17 |
| 10.1.4 | Wegfall der standardisierten Heilmittelkombination "D2" | 18 |
| 10.1.5 | Kohlensäuregasbad | 18 |
| 10.2. | Maßnahmen der Podologischen Therapie | |
| 10.2.1 | Inspektion der vorhandenen Einlagen | 19 |
| 10.2.2. | Podologische Komplexbehandlung | 19 |
| 10.3 | Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie | |
| 10.3.1 | Einführung von Zeitangaben | 19 |
| 10.4 | Maßnahmen der Ergotherapie | |
| 10.4.1 | Temporäre ergotherapeutische Schienen | 19 |
| 10.5 | Redaktionelle Änderungen bzw. Klarstellungen in den Heilmittel-Richtlinien | 20 |
| 10.6 | Heilmittelverordnungsblätter | 21 |

1. Ausgangssituation und Zielsetzung

Mit der Vereinbarung von gemeinsamen Eckpunkten zur Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im August 2003 gemeinsam festgestellt, dass die im Jahr 2001 in Kraft getretene Neufassung der Heilmittel-Richtlinien zu einem erheblichen Anstieg der Heilmittelkosten um ca. 20 v. H. höher als im Jahr 2000 (vor Einführung der überarbeiteten Richtlinien). Da sich dieser Ausgabenanstieg nicht auf die moderaten Anpassungen der Heilmittelvergütung in den letzten Jahren oder eine Zunahme von Krankheitsfällen zurückführen lässt, ist die Mengenentwicklung bei der Verordnung von Heilmitteln als Hauptursache für den Kostenanstieg zu sehen. Insbesondere hat die Ausschöpfung der in dem Heilmittel-Katalog der Heilmittel-Richtlinien aufgeführten maximalen Verordnungsmengen unter Vernachlässigung des individuellen Behandlungsbedarfs zu einer Mengenausweitung geführt.

Hauptziel der erneuten Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinien war es daher, unter der Prämisse einer medizinisch ausreichenden und angemessenen Heilmittelversorgung Fehlentwicklungen bei den Verordnungsmengen entgegenzuwirken. In diesem Sinne wurde der Heilmittel-Katalog nochmals auf den indikationsabhängigen medizinischen Behandlungsbedarf geprüft. Nach wie vor sind die dort aufgeführten Behandlungsmengen an einem Regelfall ausgerichtet. Für die Behandlung schwerer und chronischer Erkrankungen, wie z. B. der Mukoviszidose, ist wegen der absehbaren medizinischen Notwendigkeit von vorne herein eine höhere Behandlungsmenge für den Regelfall vorgesehen. Im Falle leichter Erkrankungen wurden die Behandlungsmengen reduziert. Im Sinne des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird dort eine stärkere Eigenvorsorge und Eigenverantwortung des Patienten eingefordert.

Wie bisher schließt auch in Zukunft die Zugrundelegung eines Regelfalls eine im Einzelfall über die Gesamtverordnungsmenge hinausgehende Behandlung bei entsprechender medizinischer Begründung durch den verordnenden Arzt nicht aus. Damit sind nach wie vor langfristige Therapien möglich, wenn dies aufgrund der Schwere der Erkrankung medizinisch angezeigt und von der zuständigen Krankenkasse – soweit diese hierauf nicht gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen verzichtet hat - genehmigt worden ist. Im Ergebnis stellen die neuen Richtlinien in allen Fällen eine qualitativ gesicherte und ausreichende Heilmittelbehandlung sicher. Der Vorwurf der Rationierung und daraus resultierender Unterversorgungen, insbesondere bei chronisch Kranken und Behinderten von Seiten der Patienten- und Leistungserbringerverbände ist nicht sachgerecht und entspricht nicht den Intentionen der Richtlinien.

Neben der Veränderung der verordnungsfähigen Behandlungsmengen wird das Ziel der am Einzelfall ausgerichteten, bedarfsorientierten Versorgung durch weitere Änderungen unterstützt. Beispielsweise räumen die neuen Heilmittel-Richtlinien dem Arzt einen größeren Entscheidungsspielraum bei der Aufteilung der verordnungsfähigen Gesamtmengen und somit eine flexiblere Abstimmung der Behandlung auf den individuellen Behandlungsbedarf ein. Die Zusammenfassung von Diagnosen zu Diagnosegruppen und deren Verschlüsselung erhöht die Übersichtlichkeit des Heilmittel-Katalogs und schließt gleichzeitig ein "Diagnosehopping" und eine damit verbundene Ausdehnung von Verordnungsmengen aus.

Die Mitglieder des GemBa gehen davon aus, dass die Änderungen eine gezieltere Heilmittelverordnung und eine Kostensenkung zur Folge haben werden.

Im Folgenden werden die Einzelheiten der zukünftigen Verordnungsvorschriften gemäß den ab 01. Juli 2004 gültigen Heilmittel-Richtlinien erläutert.

2. Arten der Verordnung

2.1 Verordnungen im Regelfall (Abschnitt 11.1ff HMR)

Wie bisher gehen die Richtlinien von einem definierten Regelfall aus. Erkrankungen eines Formenkreises sind im Heilmittel-Katalog jetzt komprimiert zu Diagnosengruppen zusammengefasst. Jede Diagnosengruppe hat einen eigenen Schlüssel. Darüber hinaus sind jeder Diagnosengruppe abhängig von der Leitsymptomatik (Schädigung/Funktions- und Fähigkeitsstörung) jeweils die zur Therapie geeigneten Heilmittel, die Verordnungsmenge je Verordnungsblatt und eine Gesamtverordnungsmenge zur Behandlung dieser Erkrankungen im Regelfall zugeordnet. Grundsätzlich sehen die neuen Richtlinien jetzt eine **Verordnungsmenge von bis zu 6 Einheiten je Verordnungsblatt bei Maßnahmen der Physiotherapie und bis zu 10 Einheiten bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprach- sowie der Ergotherapie** vor. Ausnahmen hiervon sind im Heilmittel-Katalog benannt.

Beispiel:

Bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahres sieht der Heilmittel-Katalog im Regelfall bis zu 10 Einheiten je Verordnungsblatt bis zu einer Gesamtverordnungsmenge von 50 Einheiten vor. Als Heilmittel kommen die allgemeine Krankengymnastik (KG) oder die spezifische KG-ZNS-Behandlungen nach Bobath oder Vojta und zusätzlich ggf. Wärme- oder Kältetherapie in Betracht.

Auf eine Klassifizierung nach der Erstverordnung in eine 1. bzw. 2. Folgeverordnung wird verzichtet. **Dafür wird eine Gesamtverordnungsmenge im Regelfall festgelegt, die auf eine Erst- und beliebig viele Folgeverordnungen aufgeteilt werden kann.** Der Vertragsarzt hat somit nunmehr die Möglichkeit, die Behandlungseinheiten unabhängig von der Zahl der ausgestellten Verordnungen bis zur Gesamtverordnungsmenge flexibel einzusetzen. Es gehen keine Behandlungseinheiten bezogen auf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls verloren, wenn je Verordnungsblatt nicht die Höchstmenge verordnet wird.

Die Reduzierung der Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt von 8/10 Einheiten auf grds. 6 Einheiten in der Physiotherapie und von 20/10 Einheiten auf grds. 10 Einheiten in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie trägt der Entwicklung seit In-Kraft-Treten der Richtlinien zum 1. Juli 2001 Rechnung. Zunehmend wurde unabhängig vom Einzelfall die Höchstmenge von Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt ausgeschöpft, ohne dass hierfür eine Veränderung in der Morbidität feststellbar ist.

Es können **maximal zwei Maßnahmen je Verordnung** zur Behandlung derselben Erkrankung verordnet werden. **Bisher waren bis zu vier Maßnahmen** aus einem Heilmittelbereich möglich. **Wie bisher können mehrere Regelfälle nebeneinander bestehen.** Dies gilt bezogen auf dieselbe Erkrankung, wenn Heilmittel aus verschiedenen Heilmittelbereichen (z. B. Sprachtherapie und Krankengymnastik nach einem Schlaganfall mit Sprach- und Bewegungsstörungen) benötigt werden oder wenn unterschiedliche Erkrankungen mit Heilmitteln behandelt werden. Hierfür sind je Regelfall (Erkrankung) separate Verordnungen auszustellen.

2.2 Neuer Regelfall nach Behandlungsunterbrechung von 12 Wochen (Abschnitt 11.1 HMR)

Im Rahmen des Anhörungsverfahrens zu den neuen Richtlinien wurde häufig darauf hingewiesen, dass durch den Wegfall der Langfristverordnung und die gleichzeitige Festlegung eines behandlungsfreien Intervalls von 12 Wochen für alle Heilmittelbereiche (dieses gab es bisher schon für die Sprach- und Ergotherapie) die Behandlungskontinuität bei längerfristig zu behandelnden Erkrankungen nicht gewährleistet ist. Dies ist nicht zutreffend. **Abschnitt 11.1 der Heilmittel-Richtlinien definiert lediglich, wann ein neuer Regelfall beginnt. Dies ist der Fall, wenn nach dem Ende der letzten Heilmittelbehandlung bezogen auf dieselbe Erkrankung ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen vergangen ist. In diesen Fällen steht die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls neu zur Verfügung.** Soweit innerhalb der zwölf Wochen auf Grund von Rezidiven oder neuen Erkrankungsphasen eine erneute Heilmittelbehandlung bei derselben Erkrankung erforderlich ist, kann diese - wie unter Punkt 2.1/2.2 dargestellt - als Folgeverordnung im oder ggf. außerhalb des Regelfalls erfolgen. Die Heilmittelversorgung ist somit weiterhin sichergestellt und Behandlungskontinuität gewährleistet, wo diese im Einzelfall über den Regelfall hinaus erforderlich ist. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass eine chronische Erkrankung eine dauerhafte Behandlung erfordern kann aber nicht zwangsläufig eine Dauerbehandlung notwendig ist. Häufig werden die Behandlungen in Intervallen oder bei akuten Schüben benötigt, so dass auch bei chronisch Kranken Behandlungsunterbrechungen möglich sind.

2.3 Verordnung außerhalb des Regelfalls (Abschnitt 11.3 ff HMR)

Soweit die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht ausreicht und die Behandlung ohne eine Behandlungspause von 12 Wochen kontinuierlich fortgesetzt werden muss, kann der Vertragsarzt gemäß Ziffern 11.3 in Verbindung mit Ziffer 11.5 der Richtlinien wie bisher die Behandlung fortsetzen (Verordnung außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). **Es ist somit nicht möglich, ohne Verordnungen im Regelfall direkt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls auszustellen.** Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist eine **besondere medizinische Begründung** erforderlich. **Die Verordnung ist der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen, es sei denn, diese hat hierauf verzichtet. Nach Vorlage der Verordnung bei der Krankenkasse übernimmt diese die Kosten der Heilmittelbehandlung unabhängig von der Entscheidung bis zum Zugang der Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung.** Eine Rückforderung der entstandenen Kosten ist unzulässig. Die **Entscheidung der Krankenkasse erfolgt mittels Verwaltungsakt.** Legt der Versicherte Rechtsmittel in Form eines Widerspruchs oder einer Verpflichtungsklage ein, hat dies keine aufschiebende Wirkung. **Die Verpflichtung zur Kostenübernahme endet mit dem Zugang des Ablehnungsbescheides beim Versicherten.** Sofern die Krankenkasse nicht unmittelbar entscheidet, bestätigt sie bei Vorlage der Originalverordnung den Eingang der Verordnung, damit der Versicherte die Leistung bis zur Entscheidung in Anspruch nehmen kann.

Um Therapieunterbrechungen zu vermeiden, sollte der Patient rechtzeitig vor Ende der Heilmittelbehandlung den Vertragsarzt aufsuchen, wenn sich abzeichnet, dass die Behandlung fortgesetzt werden sollte. Der Vertragsarzt entscheidet dann über die Fortsetzung der Heilmittelbehandlung oder ob andere Maßnahmen einzuleiten sind. Sofern die Behandlung fortgesetzt wird, stellt er eine Verordnung aus. **Es sollte sichergestellt werden, dass das Genehmigungsverfahren umgehend abgewickelt wird, damit der Zeitraum der Kostenübernahme ohne Genehmigung möglichst kurz ist.**

Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls gelten die Grundsätze des Regelfalls. Es dürfen keine anderen als die jeweils im Heilmittelkatalog zugeordneten Heilmittel verordnet werden. Hinsichtlich der **Die im Regelfall vorgesehene maximale Anzahl von Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt kann bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls überschritten werden, soweit dies im Einzelfall medizinisch notwendig ist und begründet wird.** Bei der Be-

messung der Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt muss unter Berücksichtigung der Behandlungsfrequenz gewährleistet sein, dass innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach Ausstellung des Verordnungsblatts eine ärztliche Kontrolluntersuchung erfolgt.

2.4 Gültigkeit der Verordnung im Rahmen des Genehmigungsverfahrens (Abschnitt 28 HMR)

Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die in Ziffer 28.1 der Richtlinien genannten Fristen für die einzelnen Heilmittelbereiche nicht eingehalten werden. Ist eine Genehmigung einzuholen, beginnt die Frist mit dem Genehmigungszeitpunkt. **D. h., dass der Zeitraum, den die Krankenkasse für die Genehmigung benötigt, nicht auf den in 28.1 genannten Zeitraum angerechnet wird. Dies gilt nicht, wenn die Verordnung erst nach Ablauf der Frist der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt wird. Dann hat die Verordnung ihre Gültigkeit verloren.**

Der Abschnitt wurde um eine für den Bereich der Podologischen Therapie bislang fehlende Frist ergänzt. Danach soll die **Behandlung bei Maßnahmen der Podologischen Therapie** ab 1. Juli **2004 innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung** begonnen werden, sofern der Vertragsarzt auf dem Verordnungsvordruck keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat.

2.5 Verzicht auf Langfristverordnungen (Abschnitt 11.3 ff HMR)

In den bis zum 30. Juni 2004 gültigen Richtlinien besteht die Möglichkeit, bei zahlreichen Erkrankungen gemäß des Heilmittel-Katalogs Langfristverordnungen auszustellen. Diese sind im Heilmittel-Katalog benannt und gelten auch für das Beispiel zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen bei Kindern. Diese Regelung hatte den Nachteil, dass die Heilmittelbehandlung ohne Begrenzung der Einheiten je Verordnungsblatt dauerhaft fortgesetzt werden konnte. Die Krankenkasse erhielt erst im Rahmen der Abrechnung Kenntnis von der Langfristbehandlung. **Die Krankenkasse hatte vor Inanspruchnahme der Verordnung keine Möglichkeit, eine Prüfung der Notwendigkeit der Therapie oder anderer Maßnahmen (z. B. Rehabilitation, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren, etc.) durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorzunehmen. Aus diesem Grund verzichteten die Richtlinien vom 1. Juli 2004 an auf die Langfristverordnungen. Stattdessen sind Folgeverordnungen mit einer gesonderten medizinischen Begründung auszustellen und ggf. der Krankenkasse vorzulegen,** soweit die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls überschritten wird. Die Dauer der Behandlungsserie (Anzahl der Einheiten) kann im Einzelfall auch längerfristig sein (vgl. Punkt 2.2).

Mit den Richtlinien entsteht bei chronisch kranken Patienten mit längerfristigem Heilmittelbedarf auch ab 1. Juli 2004 keine Versorgungslücke. Jedoch erhalten Patienten mit leichten Erkrankungen eine geringere Zahl von Behandlungseinheiten mit dem Ziel, dass nach entsprechender Einweisung durch den Heilmittelerbringer die erworbenen Fähigkeiten durch Eigenübungen des Patienten zu Hause fortgeführt werden. Hierdurch stehen dann ausreichend Ressourcen für Patienten mit hohem Heilmittelbedarf zu Verfügung.

2.6 Fortsetzung einer bereits vor dem 1. Juli 2004 begonnenen Heilmitteltherapie (Fortsetzung des Regelfalls)

Der Vertragsarzt hat bei Heilmitteln, die nach dem 30. Juni 2004 verordnet werden, die zum 1. Juli 2004 in Kraft getretenen Heilmittel-Richtlinien entsprechend zu berücksichtigen. Auch bei einem bestehenden Regelfall ist dann nach Maßgabe der zum 1. Juli 2004 geltenden Heilmittel-Richtlinien zu verfahren.

Soweit die Heilmitteltherapie (der Regelfall) bereits vor dem 1. Juli 2004 begonnen wurde, kein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen seit der letzten Heilmittelbehandlung bestand und die Therapie nach dem 30. Juni 2004 fortgesetzt werden soll, kann dies nur unter Berücksichtigung der nachfolgenden Grundsätze erfolgen:

1. Es sind die ab dem 1. Juli 2004 jeweils maßgebenden Gesamtverordnungsmengen und die max. Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt innerhalb des Regelfalls zu beachten.
2. Darüber hinaus hat die (Folge-)Verordnung von Heilmitteln unter Anrechnung der vor dem 1. Juli 2004 vom Vertragsarzt im Zusammenhang mit der jeweiligen Heilmitteltherapie (Regelfall) verordneten Anzahl von Behandlungseinheiten (Verordnungsmengen) auf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls zu erfolgen (Bsp.: Gesamtverordnungsmenge ab 1. Juli 2004 beträgt 18 Einheiten, 10 Einheiten wurden bereits vor dem 1. Juli 2004 verordnet und erbracht, es können im Regelfall noch 8 Einheiten verordnet werden).
3. Ist die Gesamtverordnungsmenge bereits erreicht, ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalls auszustellen.

3. Diagnosengruppen und Indikationsschlüssel (Abschnitt 22 HMR/Katalog)

Mit den neuen Heilmittel-Richtlinien werden die zahlreichen Einzeldiagnosen im Heilmittel-**Katalog zu Diagnosengruppen zusammengefasst**. Die in den Diagnosengruppen aufgeführten Erkrankungen haben überwiegend nur beispielhaften und beispielgebenden Charakter, die bei diesen und gleichartigen Einzeldiagnosen die Beurteilung eines kurz- oder langzeitigen Behandlungsbedarfs ermöglichen sollen.

Der Heilmittel-Katalog sieht für die einzelnen Diagnosengruppen maximale Verordnungsmengen für die Erst- und jede Folgeverordnung sowie eine Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls vor.

Für das Nachvollziehen der ärztlichen Verordnungstätigkeit und spezifische Auswertungen wird ein **Indikationsschlüssel** eingeführt. Die ersten zwei Stellen des Schlüssels geben als Buchstabenkennung die Kurzbezeichnung der Diagnosengruppe an (Beispiel: AT = Störungen der Atmung). Im Weiteren erfolgt z. T. die Abgrenzung verschiedener Diagnosengruppen mit derselben Buchstabenkennung.

Beispiel: AT1 (Störungen der Atmung mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf)
AT2 (Störungen der Atmung mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf)

In den Bereichen der Physikalischen und der Podologischen Therapie wird in der letzten Stelle zusätzlich das Feld „Leitsymptomatik“ verschlüsselt (z. B. AT1a, CSa). **Der Indikationsschlüssel ist auf der Verordnungsblatt des Arztes sowie im Abrechnungsdatensatz des Leistungserbringers nach § 302 SGB V anzugeben.** Die Angabe des Indikationsschlüssels ersetzt nicht die Angabe der Diagnose mit Leitsymptomatik auf dem Verordnungsblatt.

4. Anrechnung der Verordnungsmengen innerhalb der Diagnosengruppen (Heilmittelkatalog)

Im Bereich der Physikalischen Therapie erfolgt eine Sortierung innerhalb der Diagnosengruppen nach Schweregraden (von leicht nach schwer). In Einzelfällen erlaubt der Heilmittel-Katalog in diesem Abschnitt den unmittelbaren **Wechsel zu einer Diagnosengruppe höheren Schweregrades**, sofern dies medizinisch erforderlich ist. **In diesen Fällen ist die bereits erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmenge der Diagnosengruppe, zu der gewechselt wurde, anzurechnen.**

Beispiel:

Nach Inanspruchnahme von 6 Einheiten Krankengymnastik innerhalb der Diagnosengruppe WS1 (Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf) erfolgt aus medizinischen Gründen ein Wechsel zu WS2 (Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf).

Die bereits in WS1 vorgenommenen 6 Einheiten Krankengymnastik sind auf die Gesamtverordnungsmenge von WS2 (18 Einheiten) anzurechnen. Somit sind für diesen Regelfall innerhalb WS2 nur noch 12 Einheiten Krankengymnastik verordnungsfähig.

Beim Wechsel von anderen Diagnosengruppen des Abschnittes Physikalische Therapie zur Diagnosengruppe CS (Chronifiziertes Schmerzsyndrom) ist ebenfalls die bereits erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmenge CS anzurechnen.

5. Manuelle Lymphdrainage bei Schwellungen (Heilmittelkatalog)

Der Heilmittel-Katalog sieht bei einzelnen Diagnosengruppen (z. B. EX 1 nach Operationen und Verletzungen) selbst nicht mehr die Verordnungsmöglichkeit der Manuellen Lymphdrainage zur Behandlung von Schwellungen vor. **Soweit bei Verletzungen und nach Operationen auf Grund von Schwellungen die Manuelle Lymphdrainage im Einzelfall erforderlich ist, ist eine Verordnung der Manuellen Lymphdrainage unter Angabe der Diagnosengruppe LY1 möglich.**

6. Hausbesuch (Abschnitt 16.2 HMR)

Grundsätzlich erfolgt die Behandlung der Versicherten in der Praxis des Heilmittelerbringers, da zur Durchführung einer Behandlung neben der Anwesenheit des Therapeuten auch u.a. Therapiegeräte/technische Gerätschaften und Materialien benötigt werden. Dies betrifft alle Bereiche der Heilmittelerbringung. Eine vertragsärztliche Verordnung zur Durchführung der Behandlung in der Wohnung des Versicherten (dies wäre auch das Senioren- oder Behindertenwohnheim) ist als Hausbesuch nur dann zulässig, wenn hierfür medizinische Gründe in der Person des Versicherten liegen. Dies gilt auch für die Behandlung in einer Einrichtung (z.B. tagesstrukturierenden Fördereinrichtung). In diesen Fällen ist eine Behandlung allein aus sozialen Gründen ebenfalls keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs (vgl. Ziffer 16.2 der HMR).

Medizinische Gründe können z. B. sein:

- Immobilität, d.h. der Versicherte ist (noch) nicht in der Lage, die Praxis des Therapeuten aufzusuchen.
- Therapeutisch zwingende Gründe. Dies ist insbesondere bei Maßnahmen der Ergotherapie der Fall, bei denen der Versicherte die in der ergotherapeutischen Praxis erworbenen Fähigkeiten in seiner häuslichen Umgebung umsetzen soll. Hierzu bedarf es z. B. der spezifischen Ergotherapie durch den Ergotherapeuten in der häuslichen Umgebung.

Die Verordnung eines Hausbesuchs aus organisatorischen Gründen und bei Patienten, bei denen keine medizinischen Gründe für einen Hausbesuch vorliegen, ist im Sinne einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nach § 12 SGB V nicht zulässig. Wie der Hausbesuch des behandelnden Arztes ist auch die Durchführung einer Heilmitteltherapie außerhalb der Praxis des Therapeuten, z. B. durch die zusätzliche Vergütung des Anfahrtsweges kostenintensiver. Weiterhin kann auch die Qualität der Leistungserbringung in der Wohnung des Patienten aufgrund der fehlenden spezifischen Gerätschaften, die im Rahmen einer Therapie benötigt werden, nicht immer optimal sichergestellt sein.

7. Abgrenzung zu heilpädagogischen bzw. sonderpädagogischen Maßnahmen (Abschnitt 16.3 Abs. 1 HMR)

Sind störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten, dürfen Heilmittel an deren Stelle nicht verordnet werden, auch wenn diese Maßnahmen vor Ort faktisch nicht erbracht werden oder nicht durchführbar sind. **Eine Verordnung von Heilmitteln nach § 32 SGB V außerhalb heilpädagogischer / sonderpädagogischer Maßnahmen kann daher nur dann erfolgen, wenn eine entsprechende medizinische Indikation nach Maßgabe des Heilmittel-Katalogs vorliegt.** Der verordnende Vertragsarzt hat bei seiner Entscheidung also zu prüfen, welche Leistungen indikationsabhängig überhaupt erforderlich sind, um das Therapieziel zu erreichen. Dabei hat er in seine Überlegungen Leistungen anderer Kostenträger einzubeziehen und ggf. bei Aufstellung des Therapie- und Behandlungsplans zu berücksichtigen und zu dokumentieren.

8. Abgrenzung zu therapeutischen Leistungen im Rahmen des § 30 SGB IX i.V.m. der Frühförderungsverordnung (Abschnitt 16.3 Abs. 2 HMR)

Die Klarstellung in der Neufassung der Heilmittel-Richtlinien hinsichtlich der Abgrenzung zu den therapeutischen Frühförderleistungen (Ziffer 16.3 Absatz 2) bedeutet keine Einschränkung bei der Versorgung des betroffenen Personenkreises, da grundsätzlich über entsprechende Verträge zwischen Frühfördereinrichtungen und den Kostenträgern auf Landesebene sicherzustellen ist, dass ein entsprechendes Angebot zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30 SGB IX) in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56 SGB IX) als Komplexleistung zur Verfügung steht.

Jedoch konnten sich die Vertragspartner auf Bundesebene nicht auf ein bundesweit einheitliches Konzept für die Ausgestaltung der einzelnen Frühfördereinrichtungen einigen. Es bestehen daher auf der Landesebene zum Teil sehr unterschiedliche Anforderungen an die einzelnen Einrichtungen. Dies gilt sowohl für das Leistungsangebot als auch den Kreis der dafür zur Verfügung stehenden Leistungserbringer-Fachgruppen. Auch die Vergütungssysteme für die in den Frühfördereinrichtungen erbrachten Leistungen sind sehr heterogen. Die vorgenannten Aussagen gelten für alle von der Frühförderungsverordnung - FrühV - umfassten Leistungen.

Der Vertragsarzt hat daher im Rahmen der Verordnung von Heilmitteln nach § 32 SGB V zu prüfen, ob bereits Leistungen im Rahmen der Frühförderung erbracht oder erbracht werden können. **Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach § 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden oder hierfür ein entsprechendes Angebot besteht. Heilmittel können im Einzelfall daneben verordnet werden, wenn dies ergänzend medizinisch sinnvoll ist. Dabei ist der von den Frühförderstellen aufzustellende Förder- und Behandlungsplan entsprechend zu berücksichtigen. Grundsätzlich sollte es jedoch Ziel sein, dass der weitere Heilmittelbedarf der Frühförderstelle angezeigt wird, damit der jeweilige Behandlungsplan entsprechend angepasst und in der Folge der zusätzliche Heilmittelbedarf ebenfalls im Rahmen der Frühförderung abgedeckt werden kann.**

9. Anforderung des Therapieberichts auf dem Vordruckmuster (Abschnitt 29.5 HMR)

Der bislang obligatorische **Bericht** des behandelnden Therapeuten ist nach der Neufassung der Heilmittel-Richtlinien nur noch bei Bedarf und **nach Anforderung durch den verordnenden Vertragsarzt** zu erstellen. Die Anforderung erfolgt **auf dem Verordnungsvordruck**. Die diesbezüglich auf Landes- bzw. Kassenebene getroffenen Vereinbarungen sind daher entsprechend anzupassen. Hintergrund für die Änderung ist, dass nach Aussage der Vertragsärzte die Therapieberichte überwiegend die Fortsetzung der Heilmittelbehandlung zum Inhalt hatten. Hiermit wurde oftmals eine medizinisch nicht begründbare Erwartungshaltung des Patienten gegenüber dem Arzt erzeugt.

10. Inhaltliche Änderungen bei den Heilmitteln

10.1 Maßnahmen der Physikalischen Therapie

10.1.1 Manuellen Lymphdrainage (MLD): Einführung von Zeitangaben für die Therapiedauer (Abschnitt 17.A HMR)

Für die MLD wurde in Abhängigkeit des Schweregrades der Erkrankung, der jeweiligen Indikation und des damit verbundenen Therapiebedarfs eine **Unterteilung nach Therapiezeiten** (30, 45 bzw. 60 Minuten) vorgenommen. Bei den jeweiligen Minutenangaben handelt es sich unabhängig von ggf. erforderlichen Vor- und Nachbereitungen um die reine Therapiezeit am Patienten.

Die **Kompressionsbandagierung (Lymphologischer Kompressionsverband)** stellt kein eigenständiges Heilmittel dar und ist ggf. in der gleichen Spalte auf dem **Verordnungsblatt mit der MLD zu verordnen (MLD-30 und Kompressionsbandagierung)**, sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (Kompressions-Strümpfe oder Kompressions-Strumpfhose) vorhanden sind. Ggf. erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel auf dem Vordruckmuster 16 zu verordnen.

10.1.2 Gerätegestützte Krankengymnastik (Abschnitt 17.A 2.4HMR)

Die gerätegestützte Krankengymnastik wird grundsätzlich als **parallele Einzelbehandlung mit maximal 3 Patienten** verordnet, wobei die unmittelbare Anleitung, Aufsicht und Kontrolle durch den behandelnden Therapeuten unabdingbar ist. Mit der Formulierung „parallele Einzelbehandlung“ wird klargestellt, dass die gerätegestützte Krankengymnastik dem Grunde nach nur in Form einer Einzelbehandlung erbracht werden kann. **Gleichwohl ist ein ständiges Therapeuten-/Patientenverhältnis von 1:1 aufgrund der im Vordergrund stehenden Wiederholung von indikationsbezogenen ausgewählten Bewegungsabläufen nicht erforderlich**, so dass durchaus bis zu 3 Patienten gleichzeitig parallel behandelt werden können. Es handelt sich dabei nicht um eine Gruppenbehandlung im herkömmlichen Sinne, da auch Patienten mit unterschiedlichen Indikationen an den verschiedenen Geräten behandelt werden können. Zudem muss die Behandlung der Patienten nicht zeitgleich beginnen. Allerdings darf ein Therapeut gleichzeitig nur 3 Patienten betreuen, da nur so eine kontinuierliche Aufsicht zur Korrektur der Bewegungsabläufe möglich ist. Im Ergebnis handelt es sich insoweit um eine Anpassung der Heilmittel-Richtlinien an die bereits heute schon geltende Leistungsbeschreibung der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V bzw. an die vertraglichen Regelungen.

10.1.3 Differenzierung der Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems einschließlich des Rückenmarks mittels Krankengymnastik nach Altersgrenzen (Abschnitt 17.A 2.5 und 17.A 2.6 HMR)

Bisher wurden die Leistungen als KG zur Behandlung von angeborenen bzw. vor Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen einerseits bzw. als KG zur Behandlung von nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen andererseits abgegrenzt. **Bei der Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen mittels Krankengymnastik (KG-ZNS-Kinder bzw. KG-ZNS) wurde jetzt dem besonderen Behandlungsbedarf der Kinder Rechnung getragen und eine altersbezogene Abgrenzung (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und nach Vollendung des 18. Lebensjahres) vorgenommen.** Die Behandlung von Kindern mit ZNS-Schädigungen, die sowohl körperliche, als auch geistige und seelische Schädigungen aufweisen können, erfordert, insbesondere bei komplexen Schädigungsmustern, eine längere Behandlungszeit und Therapeuten, die sich zur Behandlung von

ZNS-geschädigten Kindern entsprechend in Fort- und Weiterbildungen qualifiziert haben und dieses durch Zertifikate ausweisen können (Weiterbildung von mindestens 300 Stunden).

Nach Vollendung des 18. Lebensjahres ist die ggf. erforderliche **Behandlung mittels KG-ZNS mit einer reduzierten Behandlungszeit** ausreichend. Diese Behandlung kann auf Grund der Qualifikation vom gleichen Therapeuten durchgeführt werden. Darüber hinaus kann die KG-ZNS-Kinder bzw. KG-ZNS generell **nur als Einzeltherapie** verordnet werden.

10.1.4 Wegfall der standardisierten Heilmittelkombination „D2“ (Abschnitt 17.A 8 HMR)

Die bisher insbesondere zum Einsatz bei Muskelspannungs- und Muskelfunktionsstörungen vorgesehene standardisierte Heilmittelkombination „D2“ mit ihrem Schwerpunkt auf Massage-therapie wurde für die Dauer der seit Juli 2001 geltenden Heilmittel-Richtlinien nahezu nicht verordnet. Die Gründe hierfür liegen darin, dass Patienten, die mehrere gleichrangige Schädigungen aufweisen und außerdem einer intensiveren Behandlung zugänglich sind, vorwiegend aktive Maßnahmen der physikalischen Therapie benötigen. Es besteht somit ein vordringlicher Behandlungsbedarf durch Krankengymnastik („KG“), gerätegestützte Krankengymnastik („KG-Gerät“) sowie Manuelle Therapie (MT). Darüber hinaus werden die im Rahmen der standardisierenden Heilmittelkombination „D2“ vorgesehene notwendige Behandlung inhaltlich auch durch die standardisierte Heilmittelkombination „D1“ abgedeckt. So sind ggf. notwendige Massagegriffe auch Bestandteil des Heilmittels „KG“ und somit ausweislich im Leistungsinhalt der Krankengymnastik enthalten. Daher ist die **standardisierte Heilmittel-Kombination „D2“ entfallen**.

Wesentliche Voraussetzung für die Abgabe von „KG“, „KG-Gerät“ sowie „MT“ ist jedoch, dass der Behandler eine ausreichende Qualifikation vorweisen kann, die ihn in die Lage versetzt, wegen des Vorliegens mehrerer Schädigungen situationsbezogen jederzeit die in der standardisierten Heilmittelkombination genannten Maßnahmen durchzuführen. Der Vertragsarzt muss somit bei der Verordnung der standardisierten Heilmittelkombination erwarten können, dass der Heilmittelerbringer insbesondere die Leistungen „KG“, „KG-Gerät“ und „MT“ jederzeit schädigungsbezogen abgeben kann. **Daher kann die Leistung „D1“ nur von Praxen abgegeben und mit der Krankenkasse abgerechnet werden, in denen die Therapeuten über sämtliche Qualifikationen der standardisierten Heilmittelkombination verfügen.**

10.1.5 Kohlensäuregasbad

Die Heilmittel-Richtlinien sehen jetzt das **Kohlensäuregasbad** wieder **als Leistung** vor, die bei der letzten Änderung der Heilmittel-Richtlinien entfallen ist.

10.2 Maßnahmen der Podologischen Therapie

10.2.1 Inspektion der vorhandenen Einlagen (Abschnitt 17.B.1 HMR)

Da zur Vermeidung von Schädigungen der Füße in Folge Diabetes mellitus neben der regelmäßigen Inspektion des getragenen Schuhwerkes durch den Arzt auch die Prüfung der ggf. vorhandenen Einlagen erforderlich sein kann, wurden die Heilmittel-Richtlinien in diesem Bereich entsprechend ergänzt.

10.2.2 Podologische Komplexbehandlung (Abschnitt 17.B.3.3 HMR)

Des Weiteren wurde eine **podologische Komplexbehandlung** für die Fälle eingeführt, in denen **eine gleichzeitige Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung** medizinisch erforderlich ist. Die Einführung einer podologischen Komplexbehandlung ist notwendig geworden, da zukünftig maximal ein vorrangiges oder optionales und ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden kann; die Nagelbearbeitung und die Hornhautabtragung sind jedoch beide als vorrangige Heilmittel ausgewiesen. Beide Maßnahmen hätten dann ohne die Komplexbehandlung nicht gleichzeitig verordnet werden können. Die podologische Komplexbehandlung ist allerdings bereits auch heute schon Gegenstand von Verträgen, so dass sich für die Praxis insoweit keine Änderungen ergeben.

10.3 Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

10.3.1 Einführung von Zeitangaben (Abschnitt 18 HMR)

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind in Abhängigkeit vom Störungsbild und der Belastbarkeit als **30-, 45- oder 60-minütige Behandlung** mit dem Patienten verordnungsfähig. Die Zeitangabe erfolgt auf dem Verordnungsblatt. Auch hier handelt es sich bei den jeweiligen Minutenangaben unabhängig von ggf. erforderlichen Vor- und Nachbereitungen um die reine Therapiezeit am Patienten.

10.4 Maßnahmen der Ergotherapie

10.4.1 Temporäre ergotherapeutische Schienen (Abschnitt 20.5 HMR)

Die Herstellung und individuelle Anpassung von temporären ergotherapeutischen Schienen als zusätzliche Maßnahme zu einer motorisch-funktionellen (Abschnitt 20.1 der HMR) oder sensorisch-perzeptiven Behandlung (Abschnitt 20.2 der HMR) ist vom 1. Juli 2004 an nicht mehr als „ergänzendes Heilmittel“ verordnungsfähig. Soweit **temporäre ergotherapeutische Schienen** zur Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung notwendig sind, **können diese auf dem Vordruckmuster 18 unter der Rubrik "ggf. neurologische/psychiatrische ..., orthopädische Besonderheiten" mit verordnet werden. Die Leistungserbringung und Abrechnung mit der Krankenkasse sollte weiterhin ohne förmliche Zulassung als Hilfsmittelerbringer durch Ergotherapeuten gemäß der Heilmittelverträge nach § 125 SGB V und mit der Heilmittelabrechnung erfolgen; eine Zuzahlung für die ergotherapeutische Schiene wird nicht erhoben.**

10.5 Redaktionelle Änderungen bzw. Klarstellungen in den Heilmittel-Richtlinien

Neben den o. a. inhaltlichen Änderungen erfolgten auch zahlreiche redaktionelle Anpassungen.

1. Die Maßnahmen der Massage-, Bewegungs-, Elektrotherapie/-stimulation und Thermo- therapie wurden hinsichtlich ihrer jeweiligen speziellen Therapieformen mit Unternummerierun- gen versehen.
2. Die bislang zum Teil bei einigen Therapiemaßnahmen konkret aufgeführte Maximalanzahl von Personen bei Gruppenbehandlungen wurde gestrichen, da dies nicht im Rahmen der Heilmittel-Richtlinien, sondern im Verhältnis zu den Heilmittelerbringern in den Rahmenemp- fehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V geregelt ist.
3. Im Bereich der Kohlensäurebäder und Kohlensäuregasbäder ist die Mindestangabe von „mindestens 1g freies gasförmiges gelöstes CO²/kg Wasser“ durch die Begrifflichkeit „Stan- dardisierte Konzentration von CO²“ ersetzt worden. Die technischen Standards hierzu wer- den in den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V konkretisiert.
4. Zu den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Abschnitt 18) sowie zu den einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie (Abschnitt 20.1 bis 20.4) wurde – wie bislang schon bei den Maßnahmen zur Physikalischen Therapie – der Hinweis aufgenommen, welche Be- handlungen als Einzel- und/oder Gruppenbehandlung verordnet werden kann. Der generelle Hinweis war allerdings bislang schon unter Abschnitt 16.2 der Heilmittel-Richtlinien veran- kert und wird nach wie vor dort geführt.
5. Mit der Aufnahme von Hinweisen zur ärztlichen Diagnostik bei Maßnahmen der Physikali- schen Therapie (III.17.A.9) und bei Maßnahmen der Ergotherapie (V.20.6.) erfolgte eine Anpassung an die Anforderungen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (IV.19. ff.) bzw. der Podologischen Therapie (III.17.B.2). Es wird unmissverständlich für alle Heilmittelberei- che dargelegt, dass vor der Erstverordnung eine Eingangsdiagnostik und vor Folgeverord- nungen eine störungsbildabhängigen Erhebung des aktuellen Befundes durchgeführt oder veranlasst werden muss und zu dokumentieren ist, um einen exakten Befund zu Schädi- gungen und Funktionsstörungen zu erhalten. Insbesondere bei Nichterreichen des individu- ell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßge- bend ist für die ggf. notwendige Einleitung anderer ärztlicher, psychotherapeutischer, opera- tiver oder rehabilitativer Maßnahmen bzw. für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Therapie. Der Vertragsarzt hat dabei störungsbildabhängig zu entscheiden, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik er durchführt bzw. veranlasst. Bei der Erhe- bung des aktuellen Befundes können im übrigen auch zeitnah erhobene Fremdbefunde he- rangezogen werden.

Insbesondere zur Prüfung von Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls kann sich für die Krankenkasse – wie auch schon bereits in der Vergangenheit – ggf. der Bedarf erge- ben, die erforderlichen medizinischen Unterlagen für eine Bewertung durch den Medizini- schen Dienst der Krankenkassen (MDK) anzufordern.

10.6 Heilmittelverordnungsblätter

Vom **1. Juli 2004** an muss der Vertragsarzt **ausschließlich die** dann gültigen **neuen Verordnungsblätter** verwenden. Ein Aufbrauchen der bisherigen Verordnungsblätter ist nicht möglich. Neben der Verordnungsmenge und dem Heilmittel ist stets die **Therapiefrequenz** je Woche **anzugeben. Der Indikationsschlüssel ist zwingend anzugeben**, ersetzt aber nicht die Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik durch den Vertragsarzt. Das Therapieziel muss nur dann angegeben werden, wenn es nicht aus der Diagnose in Verbindung mit der Leitsymptomatik/Funktionsstörung hervorgeht.