

**Synopse**  
**zu den**  
**Änderungen der Heilmittel-Richtlinien**  
**ab 01.07.2004**

<b>Allgemeine Vorschriften</b>	Seite	3
<b>Physikalische Therapie</b>	Seite	9
<b>Podologische Therapie</b>	Seite	13
<b>Stimm-, Sprech und Sprachtherapie</b>	Seite	14
<b>Ergotherapie</b>	Seite	15
<b>Redaktionelle Änderungen und Präzisierungen</b>	Seite	16

## Allgemeine Vorschriften

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
<b>Verordnung im Regelfall</b>	<b>11.1 ff</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenfassung von Diagnosen zu Diagnosegruppen.</li> <li>• Reduzierung der Verordnungsmengen je Verordnungsblatt i.d.R. auf 6 Einheiten bei Physikalischer Therapie und 10 Einheiten bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.</li> <li>• Festlegung einer Gesamtverordnungsmenge für den Regelfall.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt: 8/10 Einheiten bei Physikalischer Therapie und Ergotherapie und 20/10 bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.</li> <li>• Die Gesamtverordnungsmenge ergab sich aus den möglichen Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt sowie der möglichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Straffung der Indikationskataloge.</li> <li>• Vermeidung von "Diagnosehopping".</li> <li>• Ausnahmen sind im Indikationskatalog beschrieben.</li> <li>• Vermeidung von Unwirtschaftlichkeiten durch nicht medizinisch begründete Ausschöpfung von maximalen Verordnungsmengen.</li> <li>• Längerfristige Therapien müssen früher begründet werden.</li> </ul>

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeit der Verteilung der Gesamtverordnungsmenge auf eine Erst- und beliebig viele Folgeverordnungen.</li> <li>• Verordnung von maximal 2 Behandlungsmaßnahmen je Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung.</li> <li>• Wegfall der Langfristverordnung im Regelfall.</li> <li>• Einführung eines Indikationsschlüssels.</li> </ul>	<p>Anzahl von Verordnungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzung der Verordnungen auf eine Erst- und maximal 2 Folgeverordnungen; nicht in Anspruch genommene Behandlungseinheiten gingen verloren.</li> <li>• Verordnung von maximal 4 Maßnahmen zur Behandlung derselben Erkrankung.</li> <li>• Möglichkeit einer unbefristeten Langfristverordnung im Regelfall bei festgelegten Indikationen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Höhere Verordnungsflexibilität für den Arzt ohne Verlust von Behandlungseinheiten.</li> <li>• Sicherstellung einer zielgerichteten Behandlung mit medizinisch effektiven Maßnahmen.</li> <li>• Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit der vorherigen Prüfung bei allen längerfristigen Behandlungen.</li> <li>• Erhöhung der Versorgungstransparenz.</li> </ul>
<b>Therapiepause</b>	11.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlängerung der Therapiepause bei Physikalischer Therapie auf 12 Wochen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapiepause für Physikalische Therapie 6 Wochen, für Stimm-, Sprech- und Sprach-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ein Therapieziel erreicht wird, d. h. der Versorgungsfall aus medizinischer Sicht als</li> </ul>

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
			therapie sowie Ergotherapie 12 Wochen.	abgeschlossen betrachtet werden kann, kann ein neuer Regelfall erst nach einer Therapiepause erneut ausgelöst werden. Therapiepausen sind nicht einzuhalten, wenn eine Therapie nach Ausschöpfung der Gesamtverordnungsmenge fortgesetzt werden muss, da das Therapieziel noch nicht erreicht ist.
<b>Verordnung außerhalb des Regelfalls/Genehmigung</b>	<b>11.3 ff</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Ausschöpfung des Regelfalls können weitere Verordnungen unter Angabe einer medizinischen Begründung erfolgen. Die Verordnungen sind der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen, es sei denn, die Kasse verzichtet auf die Genehmigung. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten der Behandlung bis zum Zugang der Entscheidung,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bisher erfolgte bei Ablehnung einer begründungspflichtigen Verordnung keine Kostenübernahme durch die Krankenkassen, auch nicht für bereits erfolgte Behandlungen während eines Genehmigungsverfahrens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durch die Kostenübernahme bis zur Entscheidung werden Behandlungsverzögerungen durch das Genehmigungsverfahren ausgeschlossen.</li> </ul>

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
		<p>auch wenn die Verordnung nicht genehmigt wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei einer längerfristigen Verordnung muss die Bemessung der Behandlungseinheiten unter Berücksichtigung der wöchentlichen Behandlungsfrequenz so erfolgen, dass spätestens nach 12 Wochen eine ärztliche Kontrolle erfolgt.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird eine kontinuierliche ärztliche Überwachung der Behandlung durch den Arzt sichergestellt.</li> </ul>
<b>Therapiebericht</b>	<b>29.5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Therapiebericht ist vom Arzt im Einzelfall schriftlich (durch Ankreuzen auf dem Verordnungsblatt) beim Therapeuten anzufordern.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatorischer Therapiebericht des Therapeuten an den Arzt auf dem Durchschlag des Verordnungsblattes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der obligatorische Bericht hat die Kooperation zwischen Arzt und Therapeut nicht merklich verbessert. Daher wird das Erfordernis eines Berichtes auf die notwendigen Einzelfälle beschränkt.</li> </ul>
<b>Hausbesuch</b>	<b>16.2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird präzisiert, dass die Behandlung grundsätzlich in der Praxis des Therapeuten erfolgt. Hiervon abweichend können</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgrund der höheren Kosten sind Hausbesuche auf die medizinisch notwendigen Fälle zu beschränken.</li> </ul>

	<b>Richtlinienabschnitt</b>	<b>Änderung ab 01.07.2004</b>	<b>bisherige Regelung</b>	<b>Ziel der Änderung</b>
		<p>Hausbesuche in der Wohnung des Versicherten (auch Senioren- oder Behindertenwohnheime) oder in Einrichtungen, wie tagesstrukturierenden Fördereinrichtungen, verordnet werden, wenn medizinische Gründe dies erforderlich machen. Hausbesuchs-Verordnungen aus organisatorischen oder sozialen Gründen sind jedoch nicht erlaubt.</p>		
<b>Abgrenzung von Heilmitteln und heilpädagogischen/sonderpädagogischen Maßnahmen</b>	<b>16.3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird präzisiert, dass Heilmittel nicht als Ersatz von heilpädagogischen/sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden dürfen. Heilmittel können nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation nach Maßgabe der Heilmittel-Kataloge verordnet werden.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostenverschiebungen von anderen Kostenträgern auf die gesetzlichen Krankenkassen durch die Verordnung von Heilmitteln anstelle gebotener heilpädagogischer/sonderpädagogischer Maßnahmen müssen verhindert werden. Der Arzt muss daher bereits erfolgende Maßnahmen für den Patienten in seine Entscheidung über</li> </ul>

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
				die Verordnung von Heilmitteln mit einbeziehen.
<b>Abgrenzung von Heilmitteln zu therapeutischen Frühförderleistungen (§ 30 SGB IX i.V.m der Frühförderverordnung)</b>	<b>16.3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme einer Abgrenzung, die sicherstellt, dass Heilmittel nicht verordnet werden, wenn diese im Rahmen der Frühförderung nach § 30 ff SGB IX bereits als therapeutische Leistung erbracht werden. Heilmittel sind ergänzend zu Frühfördermaßnahmen nur verordnungsfähig, wenn dies medizinisch sinnvoll ist.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Abgrenzung ist im Sinne einer wirtschaftlichen Versorgung der Patienten erforderlich. Der Arzt ist aufgefordert, vor einer Verordnung von Heilmitteln bereits erfolgende Maßnahmen zu berücksichtigen.</li> </ul>

## Physikalische Therapie

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
<b>Manuelle Lymphdrainage (MLD)</b>	<b>Indikationskatalog für Physikalische Therapie</b>  <b>17.A 1.7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Verordnung von MLD bei Schwellungen (z. B. nach Operationen oder Verletzungen an den Extremitäten) erfolgt separat nach der speziellen Diagnosegruppe "Lymphabflussstörungen" (LY1 – LY3).</li> <li>Einführung von Zeitangaben für die Therapiedauer (30, 45 oder 60 Minuten) in Abhängigkeit des Schweregrades der Erkrankung.</li> <li>Die Kompressionsbandagierung stellt zwar kein eigenständiges Heilmittel dar. Die Notwendigkeit zur Kompressionsbandagierung ist jedoch vom Arzt auf der Verordnung gesondert zu dokumentieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Verordnungsfähigkeit von MLD war bisher unter der Hauptdiagnose (z. B. Schaftfrakturen) i.V.m. der Leitsymptomatik "Schmerzen durch Schwellung und Reizung" im Indikationskatalog geregelt.</li> <li>Die Therapiedauer wurde seitens des Arztes nicht festgelegt.</li> <li>Die MLD umfasste die Kompressionsbandagierung ohne gesonderte Verordnung des Arztes. Die Entscheidung über eine Kompressionsbandagierung lag beim Therapeuten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Arzt wird stärker als bisher zur Prüfung der Notwendigkeit von MLD aufgerufen. Ist die Notwendigkeit gegeben, stellt die separate Verordnungsfähigkeit der MLD eine umfassende Versorgung sicher.</li> <li>Der Arzt muss aufgrund der Schwere der Erkrankung über die erforderliche Therapie auch im Hinblick auf die Therapiedauer je Behandlungseinheit entscheiden.</li> <li>Der Arzt soll das Erfordernis einer Kompressionsbandagierung feststellen (unter Berücksichtigung einer ggf. bereits erfolgten Hilfsmittelversorgung). Dadurch wird Unwirtschaftlichkeiten</li> </ul>

	<b>Richtlinienabschnitt</b>	<b>Änderung ab 01.07.2004</b>	<b>bisherige Regelung</b>	<b>Ziel der Änderung</b>
				aufgrund der gesonderten Abrechnungsfähigkeit der Kompressionsbandagierung gem. den Verträgen mit den Leistungserbringern entgegen gewirkt.
<b>Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät)</b>	<b>17.A 2.4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präzisierung, dass es sich bei der KG-Gerät um eine parallele Einzelbehandlung handelt, die zwar einer ständigen Anleitung, Aufsicht und Kontrolle durch den Therapeuten bedarf, ein Therapeut/Patientenverhältnis von 1:1 jedoch nicht erfordert.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdeutlichung der Therapiedurchführung in der Praxis.</li> </ul>
<b>Krankengymnastik bei zentralen Bewegungsstörungen</b>	<b>17.A 2.5 und 17.A 2.6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung einer altersbezogenen Abgrenzung (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres/nach Vollendung des 18. Lebensjahres) für die Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen (KG-ZNS-Kinder/KG-ZNS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Differenzierung nach KG zur Behandlung von angeborenen bzw. vor Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen und KG zur Behandlung von nach Abschluss der Hirnreife erworbenen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird den besonderen Behandlungsbedürfnissen von Kindern bei komplexen Schädigungsbildern (körperliche, geistige und seelische Schädigungen) im Hinblick auf eine längere Behandlungszeit und besonders qualifizierte</li> </ul>

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
			zentralen Bewegungsstörungen.	Therapeuten Rechnung getragen (KG-ZNS-Kinder). Die Behandlungszeit bei KG-ZNS ist entsprechend kürzer.
<b>Standardisierte Heilmittelkombinationen</b>	<b>17.A 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wegfall der standardisierten Heilmittelkombination "D2".</li> <li>Die Kombination "D1" kann nur von Therapeuten durchgeführt werden, die über die Qualifikation für alle Bestandteile der Heilmittelkombination verfügen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Therapeut konnte die Maßnahmen aus der Kombination auswählen, für die er über eine Qualifikation und somit Abrechnungsberechtigung gegenüber der Krankenkasse verfügte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patienten, die ein komplexes Schädigungsbild aufweisen und einer intensiveren Therapie zugänglich sind, benötigen i.d.R. aktive Therapiemaßnahmen, insbesondere KG, KG-Gerät und Manuelle Therapie. Die auf passive Maßnahmen ausgerichtete Kombination "D2" wurde daher aus dem Heilmittelkatalog herausgenommen.</li> <li>Ziel einer intensiven Behandlung eines komplexen Schädigungsbildes mittels der Heilmittelkombination ist ein im Behandlungsverlauf variierender Einsatz der in der Kombination enthaltenen</li> </ul>

	<b>Richtlinienabschnitt</b>	<b>Änderung ab 01.07.2004</b>	<b>bisherige Regelung</b>	<b>Ziel der Änderung</b>
				Therapiemaßnahmen. Der Therapeut muss daher zu allen Maßnahmen der Kombination befähigt sein.
<b>Kohlensäuregasbäder</b>	<b>17.A 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiederaufnahme des Kohlensäuregasbades als verordnungsfähiges Heilmittel.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verordnung von Kohlensäuregasbädern wird unter therapeutisch-medizinischen Gesichtspunkten wieder ermöglicht.</li> </ul>

## Podologische Therapie

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
<b>Inspektion von Einlagen</b>	<b>17.B 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtung des Arztes zur Prüfung ggf. vorhandener Einlagen bei der Verordnung von podologischer Therapie.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Prüfung von Einlagen zählt neben der Prüfung des getragenen Schuhwerks zu einer sachgerechten Versorgung bei Diabetes mellitus.</li> </ul>
<b>Podologische Komplexbehandlung</b>	<b>17.B 3.3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung einer podologischen Komplexbehandlung mit gleichzeitiger Verordnung von Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird eine in den Versorgungsverträgen zwischen den Leistungsanbietern und den Krankenkassen bereits vorgesehene komplexe Behandlung in den Richtlinien verankert.</li> </ul>

## Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
<b>Zeitangaben</b>	<b>18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einführung von Zeitangaben für die Therapiedauer (30, 45 oder 60 Minuten) in Abhängigkeit vom Störungsbild und der Belastbarkeit des Patienten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Therapiedauer wurde seitens des Arztes nicht festgelegt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Arzt muss aufgrund des Störungsbildes sowie der Belastbarkeit des Patienten über die erforderliche Therapie auch im Hinblick auf die Therapiedauer je Behandlungseinheit entscheiden.</li> </ul>

## Ergotherapie

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
<b>Temporäre ergotherapeutische Schienen</b>	<b>20.5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporäre ergotherapeutische Schienen können nicht mehr als "Heilmittel" verordnet werden. Die Notwendigkeit wird gesondert als therapieergänzende Maßnahme auf der Verordnung dokumentiert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temporäre ergotherapeutische Schienen wurden als "ergänzendes Heilmittel" verordnet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Arzt soll weiterhin das Erfordernis einer temporären ergotherapeutischen Schiene feststellen. Gleichzeitig wird richtiggestellt, dass es sich bei der temporären ergotherapeutischen Schiene nicht um ein Heilmittel i.S.d. § 32 SGB V handelt.</li> </ul>

## Redaktionelle Änderungen und Präzisierungen

	Richtlinienabschnitt	Änderung ab 01.07.2004	bisherige Regelung	Ziel der Änderung
<b>Maßnahmen der Massage-, Bewegungs-, Elektrotherapie/-stimulation und Thermotherapie</b>	<b>17.A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einführung einer Unter- nummerierung für die speziellen Therapieformen der Maßnahmen.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Erhöhung der Transparenz.</li> </ul>
<b>Gruppenbehandlung</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Streichung der Angabe zur Maximalanzahl der Personen bei Gruppenbehandlungen.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Regelung ist nicht Gegenstand der Richtlinien, sondern der Verträge zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen.</li> </ul>
<b>Definition von Kohlen-säurebädern und Kohlen-säuregasbädern</b>	<b>17.A.5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>neue Definition: "Kohlensäurebäder und Kohlensäuregasbäder wirken durchblutungsfördernd und stoffwechselstimulierend, wenn eine standardisierte Konzentration von CO<sub>2</sub> auf die Haut einwirkt."</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>bisherige Definition: "Kohlensäurebäder wirken durchblutungsfördernd und stoffwechselstimulierend, wenn mindestens 1g freies gasförmig gelöstes CO<sub>2</sub> / kg Wasser in dem physikalisch oder chemisch bereiteten Bad enthalten ist."</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Konkretisierung der technischen Standards erfolgt in den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen.</li> </ul>

	<b>Richtlinienabschnitt</b>	<b>Änderung ab 01.07.2004</b>	<b>bisherige Regelung</b>	<b>Ziel der Änderung</b>
<b>Verordnungsfähigkeit von Einzel-/Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Ergotherapie</b>	<b>18 und 20.1 bis 20.4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präzisierung, welche Maßnahmen als Einzel- bzw. Gruppenbehandlung verordnet werden können.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präzisierung lag nur für die Physikalische Therapie vor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präzisierung im Sinne der Wirtschaftlichkeit.</li> </ul>
<b>Ärztliche Diagnostik bei Physikalischer Therapie und Ergotherapie</b>	<b>III.17.A.9 und V.20.6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme von Hinweisen zur ärztlichen Diagnostik und damit Klarstellung, dass vor der Erstverordnung eine Eingangsdagnostik und vor Folgeverordnungen eine störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes durchgeführt oder veranlasst und dokumentiert werden muss.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anforderungen an die ärztliche Diagnostik bisher nur für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie die Podologische Therapie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klarstellungen im Sinne der Qualität der Versorgung.</li> </ul>