

Heilmittel-Richtlinien - Richtlinien des Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, in Kraft getreten am 1. Juli 2011

Informationen zur letzten Änderung der Richtlinien

Unter diesem [Link](#) finden Sie die aktuelle Version des Richtlinien textes der Heilmittelrichtlinien (Teil 1) auf der page des GBA.
Zum Heilmittelkatalog (Teil 2) kommen Sie über diesen [Link](#).

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum 1. Juli 2011 beschlossenen Änderungen der Heilmittel-Richtlinie betreffen hauptsächlich den formalen Teil des Richtlinien textes. Der für die Verordnung des Vertragsarztes entscheidende Heilmittelkatalog bleibt unverändert.

Neu geregelt wurde in § 8 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie die Möglichkeit einer langfristigen Genehmigung der Krankenkassen von Verordnungen außerhalb des Regelfalls für Patienten mit schweren, dauerhaften funktionellen und strukturellen Schädigungen. Diese Patienten können von ihrer Krankenkasse auf Antrag die Genehmigung einer langfristigen Verordnung über ein Jahr hinaus erhalten. Für den Vertragsarzt ergibt sich daraus kein besonderer Begründungsbedarf, der über die Begründungen bei Langfristverordnungen hinausgeht.

Letztlich ist dies eine bizarre Änderung, da die meisten Krankenkassen bei den Verordnungen außerhalb des Regelfalls gegenüber der KV Hessen erklärt haben, auf die Genehmigung zu verzichten.

Die Forderung der niedergelassenen Ärzte, die Kasse mit der Genehmigung der Verordnung in die Verantwortung einzubinden, damit die Verordnungskosten außerhalb der Wirtschaftlichkeitsprüfung bleiben, könnte trotzdem absehbar realisiert werden.

Der Referentenentwurf des anstehenden Versorgungsstrukturgesetzes vom 6. Juni 2011 sieht nämlich vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zukünftig das Nähere zu den Genehmigungsvoraussetzungen regeln soll und dass genehmigte Behandlungen für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf als wirtschaftlich gelten und vom Vertragsarzt verordnet werden können, ohne dass diese Verordnungen das Richtgrößenvolumen belasten und Gegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind.

Der geänderte § 11 der Heilmittel-Richtlinie sieht jetzt vor, dass Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres aufgrund der Schwere ihrer Einschränkungen und eines medizinisch notwendigen Bedarfs an Heilmitteln die Behandlung auch in den zu ihrer Förderung ausgerichteten Einrichtungen erhalten können - jedoch ohne die Verordnung eines Hausbesuches.

Welche Heilmittel-Verordnungen können zu Beanstandungen führen?

Leistung	Beanstandung
Ein hoher Anteil an passiven Behandlungen	<p>z.B. Massagen und Wärmeanwendungen gehören zu den passiven Behandlungen. Diese sind wirksam, aber die Therapieerfolge halten nur begrenzt an, so dass man regelmäßig aktive Behandlungen favorisieren sollte.</p> <p>Passive Behandlungsmethoden sind im Heilmittelkatalog der GKV meist nur als optionale Heilmittel (Mittel der zweiten Wahl) oder ergänzende Heilmittel aufgeführt. Bitte sind Sie sehr zurückhaltend mit der Verordnung von passiven Behandlungen.</p>
Wärmetherapie	<p>Als Wärmetherapie stehen z. B. Wärme mittels Strahler (2,88 €), heiße Rolle (6,60 €) und Wärmepackungen mit Peloiden (z. B. Fango; 7,91 €*) zur Verfügung. Auch hier empfehlen wir eine sehr zurückhaltende Indikationsstellung.</p> <p>*Primärkassenvertrag Hessen 2010</p>
Krankengymnastik im Bewegungsbad	<p>Verteuert die Behandlung im Vergleich zur normalen Krankengymnastik. Eine solche Maßnahme ist aus unserer Sicht nur angezeigt, wenn man den Auftrieb des Wasser für die Therapie benötigt (z.B. Gewichtsentlastung nach Gelenk-OP).</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen geht davon aus, dass eine Erkrankung im Regelfall mit einer bestimmten Anzahl an Therapieeinheiten ausreichend behandelt ist.</p>
Verordnungsmenge über den Regelfall hinaus	<p>Sollte eine Therapie (im Ausnahmefall) darüber hinaus notwendig sein, bedarf es einer medizinischen Begründung und einer prognostischen Einschätzung zum Krankheitsverlauf, um eine Verordnung über den Regelfall hinaus zu veranlassen.</p> <p>Der Heilmittelkatalog gibt regelmäßig vor, dass der Patient ein eigenes Übungsprogramm erlernen soll, so dass nicht unbedingt durchgehend Verordnungen notwendig sind.</p>
Dokumentation	<p>Je differenzierter die Verordnungen dokumentiert sind, umso leichter kann die Prüfungsstelle die Notwendigkeit der Therapie nachvollziehen. Es ist sinnvoll neben der Diagnose auch die Symptomatik der Erkrankung zu beschreiben.</p> <p>Der Heilmittelkatalog sieht bei vielen Diagnosegruppen als Ziel der Therapie vor, dass der Patient ein Eigenübungsprogramm erlernt.</p>
Motivation, ein eigenes Übungsprogramm zu erlernen	<p>Der Patient sollte darauf hingewiesen werden, bereits nach der ersten Therapieeinheit eine Übung zu beherrschen.</p> <p>In vielen Fällen kann der Patient dann ohne regelmäßige Verordnung auskommen.</p>

Die Verordnung von Doppelstunden verursacht erhebliche Kosten. Man muss immer hinterfragen, ob die doppelte Therapieeinheit tatsächlich sinnvoll ist. Häufig werden Doppelstunden als Wunschverordnung angefordert bei Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen.

Doppelstunden

Doppelstunde einer Krankengymnastik bedeutet z.B., dass der Patient anstelle von 15 - 25 Minuten (eine Therapieeinheit) dann 30 - 50 Minuten übt.

Es gibt aus unserer Sicht nur sehr wenige Krankheitsbilder, wo eine doppelte Therapieeinheit angezeigt ist. Doppelstunden können grundsätzlich nicht auf Dauer bei einem Patienten verordnet werden.

Hausbesuch

Der Hausbesuch verteuert die Behandlungskosten. Der Hausbesuch ist beispielsweise dann nötig, wenn der Patient die Arztpraxis nicht mehr aufsuchen kann. Somit kann der Patient auch nicht mehr den Therapeuten aufsuchen. Ein Krankentransport zum Therapeuten ist bei diesen Patienten die falsche Option.

Der Hausbesuch muss immer medizinisch und nicht organisatorisch begründet sein.

Therapieziel immer überdenken

Im Anschluss beispielsweise an eine Operation oder eine Hirnblutung besteht ein intensiver Behandlungsbedarf. Mit zunehmendem Abstand zum Ereignis - Teilbesserung, veränderte Symptomatik - ändert sich das Ziel der Behandlung. Ggf. ist keine vollständige Rehabilitation mehr möglich und der Fokus richtet sich darauf, eine Spastik zu verhindern.

Dies gilt neben der physikalischen Therapie natürlich auch für die Logo- und Ergotherapie.

Ersatz für die mobilisierende Pflege

Die Verordnung von physikalischer Therapie kann nicht die mobilisierende Pflege ersetzen, diese ist Teil der Leistungspflicht der Pflegeeinrichtung. Somit kann bei alten und bettlägerigen Patienten eine tägliche Krankengymnastik keine Leistung sein, die ärztlicherseits verordnet wird.

Verordnung ohne regelmäßigen Arzt-Patienten-Kontakt

Eine Verordnung kann ohne einen Arzt-Patienten-Kontakt nicht erfolgen. Der behandelnde Arzt hat sich von der Erkrankung und ggf. dem Therapieerfolg zu versichern.

Verordnungen am Kurort

Eine Therapie kann nicht alleine deshalb veranlasst werden, weil der Patient seinen Urlaub in einem „Kur-Ort“ verbringt.

Verordnungen, die von einem Therapeuten abgerechnet werden, der an einem entfernten Kur-Ort niedergelassen ist, werden gerne als Wunschverordnungen interpretiert und im Prüfverfahren kritisiert.

Manuelle Lymphdrainage nach Operationen

Bei der Lymphabflussstörung mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf z.B. nach Verletzungen oder Operationen sollte man zunächst mit einer 30-minütigen Behandlungseinheit therapieren.

Ohne anschließende Kompression ist der Nutzen einer Lymphdrainage gering.

Manuelle Lymphdrainage

Lymphabflussstörungen mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf werden mit MLD-45 min oder MLD-60 min therapiert. Die Behandlung über 60 Minuten führen häufig zur Kritik seitens der Prüfungsstelle, da man hier die Therapie von zwei Extremitäten und zzgl. Rumpf oder Becken etc. subsumiert.

Podologie (medizinische Fußpflege)

Maßnahmen der Podologischen Therapie sind nur dann ordnungsfähige Heilmittel, wenn sie der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß infolge **Diabetes mellitus** (diabetisches Fußsyndrom) dienen. Hierzu zählen Schädigungen der Haut **und** der Zehennägel bei nachweisbaren Gefühls- und/oder Durchblutungsstörungen der Füße (**Makro-, Mikroangiopathie, Neuropathie, Angioneuropathie**).

Kurz nach einem Schlaganfall besteht die größte Chance einer Rehabilitation. Je nach den Ausfallerscheinungen sind physikalisch-therapeutische Maßnahmen, Ergotherapie und Logopädie angezeigt.

Therapie nach einem Schlaganfall

Vertraglich ist zwischen den Krankenkassen in Hessen und der KV Hessen geregelt, dass die Verordnungskosten bei akutem Apoplex für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis als Praxisbesonderheiten anerkannt werden. Danach sollten die Therapieziele überprüft und die Therapiemaßnahmen angepasst werden.

Zur Prophylaxe einer Spastik raten wir zunächst zur 1 x wöchentlichen Behandlung.