

Heilmittel-Glossar- rund ums Rezept

Januar 2022

Mit der Reform der Heilmittel-Richtlinie 2021 wurde die Verordnung von Heilmitteln wie zum Beispiel Krankengymnastik oder Logopädie deutlich vereinfacht. Dazu haben auch verbesserte Verordnungsprogramme und das einheitliche Formular (Muster 13) beigetragen.

Richtgrößen, Budgets und damit verbundene mögliche Regresse sind aber weiterhin die Instrumente zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit. Auch deshalb haben wir in diesem Heilmittel-Glossar wichtige Begriffe zusammengetragen und erklären, was dahintersteckt.

Heilmittel-Richtlinie

Die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist bei der Verordnung von Heilmitteln zu beachten. Sie finden die Richtlinie unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien. Bitte nutzen Sie eine zertifizierte Verordnungs-Software. Die komplexen Regelungen der Richtlinie sind darin hinterlegt. Ein zertifiziertes Programm schützt auch vor Verordnungsfehlern und damit verbundenem Stress.

Heilmittel-Katalog

Der Heilmittel-Katalog ist eine Anlage zur Heilmittel-Richtlinie und ebenfalls auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finden. Die Regelungen des Katalogs sind in Ihre zertifizierte Software integriert, so dass die KV Bremen den Katalog jetzt nicht mehr in gedruckter Form vorhält.

Das Muster 13: einheitlich für alle Heilmittel

Ausführliche und illustrierte Erläuterungen zum Ausfüllen der Heilmittel-Vordrucke finden Sie im Internet: www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf

Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden Bitte denken Sie bei der Logopädie und Manuellen Lymphdrainage auch an die Zeitangabe (z.B. MLD-30).

Der ICD-10-Code ist grundsätzlich endstellig anzugeben (z.B. G35.20 und nicht nur G35.2-). Ein zweiter ICD-10-Code auf dem Rezept ist nur in besonderen Fällen erforderlich (Besonderer Verordnungsbedarf).

Das Feld „dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen“ ist nur anzukreuzen, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen muss. Damit ist dieses Feld kein Pflichtfeld.

Ohne die Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs hat die Behandlung innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung zu beginnen.

Nach Ablauf der genannten Zeiträume verliert die Verordnung ihre Gültigkeit und kann auch nicht durch Stempel oder ärztliche Unterschriften „reaktiviert“ werden! Hier ist vorrangig der Patient gefordert, sich an einen Therapeuten mit entsprechenden Terminkapazitäten zu wenden.

Bei weiter bestehendem Therapiebedarf kann in diesen Fällen ggf. eine neue Heilmittelverordnung ausgestellt werden, dazu sollte der Patient aber grundsätzlich aktuell neu untersucht werden. Das abgelaufene Rezept sollte dem Verordner dann zurückgegeben werden.

Behandlungseinheiten und Menge

Die Behandlungseinheiten dürfen die Höchstmenge je Verordnung nach dem Heilmittel-Katalog nicht überschreiten. Eine Überschreitung lässt das Programm nur bei Langfristfällen und dem besonderen Verordnungsbedarf zu (s. unten).

Die Orientierende Behandlungsmenge hat die alte Regelfallsystematik abgelöst. Eine Überschreitung ist möglich, die Notwendigkeit muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Damit entfällt die früher notwendige Genehmigung der Verordnung durch die Krankenkasse (die Kosten sind trotzdem budgetrelevant). Liegt die letzte Verordnung mindestens 6 Monate zurück gilt ein neuer Verordnungsfall.

Beim Verordnungsfall gilt jetzt der Arztbezug. Vorteil: Gegenüber früheren Regelungen müssen keine Verordnungen anderer Ärzte recherchiert werden. Aufgrund der Richtgrößenprüfung in Bremen nach Betriebsstättennummern wäre aber eine Verteilung der Verordnungen (allgemein oder im Einzelfall) auf mehrere Ärzte einer Praxis hinsichtlich des Budgets ohne entlastenden Effekt.

Im Heilmittelkatalog sind die Mengen mit „bis zu“ angegeben. Die Mengen dürfen daher pro Verordnung oder insgesamt auch unterschritten werden. Damit können Sie Ihr Budget entlasten.

Langfristiger Heilmittelbedarf

Die Langfristverordnung ist von Anfang an budgetfrei! Das ergibt sich aus der Diagnose-Liste nach Anlage 2 der HeilM-RL („anerkannte Fälle“). Entscheidend ist also eine korrekte und sorgfältige Kodierung auf dem Verordnungsvordruck. Da der Genehmigungs- Vorbehalt der Krankenkassen entfallen ist, bedarf es vor der Behandlung der Fälle aus der Liste grundsätzlich keiner weiteren Schritte.

Bitte beachten Sie, dass auch bei nicht anerkannten Fällen eine Budgetfreiheit im Einzelfall beantragt werden kann:

Bei nicht gelisteten, aber vergleichbar schweren Fällen (bei denen voraussichtlich auch mindestens ein Jahr Heilmittel-Therapie zu erwarten ist) kann der Patient einen individuellen Antrag auf Langfrist-Genehmigung stellen. Hier ist also für die Budgetfreiheit des Vertragsarztes die Genehmigung der Kasse erforderlich („individuelle Fälle“). Für die Antragsstellung legt der Patient u.a. eine Kopie der aktuellen Verordnung bei seiner Kasse vor.

Der Vertragsarzt sollte ggf. seine dauerhaften Heilmittel-Fälle darauf prüfen und den Patienten im Sinne der Budgetentlastung bei der Antragsstellung unterstützen. Lassen Sie sich ggf. eine Kopie der Kassen-Genehmigung vom Patienten geben und dokumentieren sie diese in seiner Akte.

Patienten finden beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Musterantrag:

<https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>

In den Langfrist-Fällen genügt die Angabe eines ICD-10-Codes. Auf der Homepage der KV Bremen finden Sie eine Liste, die sowohl die anerkannten Langfrist-Fälle als auch den besonderen Verordnungsbedarf enthält: <https://www.kvhb.de/praxen/arzneimittel-co/heilmittel>

Diese Liste führt nur die budgetfreien Fälle auf und ist nicht zu verwechseln mit dem Heilmittel-Katalog, der sämtliche Fälle aufführt.

In den hier beschriebenen Langfristfällen können budgetfrei Einheiten für bis zu 12 Wochen verordnet werden. Lässt Ihr Programm diese Menge nicht zu, wird entweder ein nicht gelisteter ICD-10-Code verwendet oder das Datum der individuellen Kassengenehmigung wurde noch im Programm eingetragen.

Die Krankenkassen erkennen die Langfristfälle daneben auch am ICD-10-Code. Eine weitere Markierung auf dem Muster 13 ist nicht vorgesehen bzw. nicht erforderlich.

Einige Krankenkassen stellen teilweise Langfristgenehmigungen speziell für Massagen aus. Diese sind aber regulär nicht vorgesehen und lassen sich daher auch nicht über die Verordnungsprogramme umsetzen.

Besonderer Versorgungsbedarf (früher Praxisbesonderheiten)

Die Fälle des besonderen Verordnungsbedarfs sind auch budgetfrei! Im Gegensatz zum langfristigen Heilmittelbedarf werden die Kosten dieser Fälle erst im Prüfungsfalle abgezogen und die Budgetfreiheit ist teilweise zeitlich begrenzt (z.B. „höchstens ein Jahr nach Akutereignis“). Eine Verordnung über die Begrenzung hinaus ist bei Bedarf möglich, dann aber nicht mehr „besonders“ und daher wieder budgetrelevant.

Achten Sie auf die entsprechende Angabe des ICD-10-Code. Genau wie bei den Langfristfällen wird hierüber bei der Buchung der Kosten ggf. die Budgetfreiheit erkannt. Näheres entnehmen Sie bitte der entsprechenden Übersicht auf der Homepage der KV Bremen: <https://www.kvhb.de/praxen/arzneimittel-co/heilmittel>

Ein zweiter ICD-10-Code ist nur anzugeben, wenn es in dieser Übersicht ausdrücklich vorgesehen ist.

Wie bei Langfristfällen (s. oben) kann auch hier die Menge für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden.

Richtgrößen

Die altersgestaffelten Richtgrößen der jeweiligen Fachgruppe finden Sie auf der Homepage der KV Bremen: <https://www.kvhb.de/download-item-detail//vertrag-heilmittelvereinbarung-und-richtgroessen>

Zur Berechnung des Budgets bzw. Richtgrößenvolumens hier ein fiktives Beispiel (Stand 2022) einer orthopädischen Praxis mit einer Jahresfallzahl von 4.600 Fällen:

500 Patienten von 0 bis 15 Jahren x 33,17 EUR = 16.585 EUR

1.000 Patienten von 16 bis 49 Jahre x 42,73 EUR = 42.730 EUR

1.500 Patienten von 50 bis 64 Jahre x 56,69 EUR = 85.035 EUR

1.600 Patienten ab 65 Jahre x 64,27 EUR = 102.832 EUR

Daraus ergibt sich ein Jahresbudget bzw. Richtgrößenvolumen von 247.182 EUR. Gewertet werden alle kurativ-ambulant Fälle, unabhängig davon, ob ein Heilmittelrezept ausgestellt wurde.

Für (nichtärztliche) Psychotherapeuten wurden hinsichtlich der Verordnung von Ergotherapie noch keine Richtgrößen festgelegt. Hier soll zur Orientierung vorerst die Richtgröße bzw. das Budget der Nervenärzte gelten.

Verordnung eines Hausbesuchs

Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die Behandlung in einer Einrichtung (z.B. Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs. Hausbesuche verursachen budgetrelevante Mehrkosten.

Podologie

Um Folgeschädigungen der Füße zu verhindern, können Ärzte seit Juli 2020 eine Podologie auch für Patienten mit krankhaften Schädigungen am Fuß infolge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder infolge eines Querschnittsyndroms verordnen. Bislang war die Verordnung nur beim diabetischen Fußsyndrom möglich. Was Ärzte zur Verordnung der Podologie wissen sollten, stellt diese Praxisinformation vor: „Heilmittel Podologie bei weiteren Indikationen möglich“

<https://www.kvhb.de/praxen/arzneimittel-co/heilmittel>

Heilmittelbudget

Es gilt der Grundsatz, dass die Heilmittelverordnungen Ihr Budget belasten. Die Richtgrößenprüfung wurde in Bremen nur für Arznei- und Verbandsstoffe abgeschafft, nicht aber für die Verordnungen der Physikalischen Therapie, der Logopädie, Ergotherapie, Podologie und Ernährungstherapie (SAS, CF) auf Muster 13.

Budgetfrei sind lediglich Langfristfälle oder die Verordnungen des besonderen Verordnungsbedarfs (für Hilfsmittel wie z.B. Kompressionstrümpfe gibt es kein Budget).

Statistik

Ihre Heilmittel-Verordnungsstatistik (HIS) finden Sie passwortgeschützt auf dem Portal der KV Bremen. HIS ist eine von den Krankenkassen erstellte und nach LANR ausgewertete Statistik. Daten für den einzelnen Arzt erhält die KV Bremen nur dann, sofern dieser mehr als 30 Verordnungen im Quartalsdurchschnitt ausstellt. Die KV Bremen sortiert diese Daten dann entsprechend der in Bremen üblichen Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Praxen (Prüfung nach Betriebsstättennummer und Kalenderjahr).

HIS ermöglicht zum Beispiel den Vergleich mit der Fachgruppe, enthält aber keinen Bezug zu den Richtgrößen. Sofern Sie Ihre Budgetausschöpfung über Ihr Praxisverwaltungs-System kontrollieren wollen, benötigen Sie die Richtgröße Ihrer Fachgruppe und die Preise der Heilmittel:

<https://www.kvhb.de/download-item-detail//vertrag-heilmittelvereinbarung-und-richtgroessen>

https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/heilmittelpreise/heilmittelpreise.jsp

Tipp: In der HIS-Statistik des 4. Quartales sind für das jeweilige Kalenderjahr die Kosten für Langfristfälle und den besonderen Verordnungsbedarf separat ausgewiesen.

Heilmittelpreise

Die Preislisten der Krankenkassen finden Sie auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes:

https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/heilmittelpreise/heilmittelpreise.jsp

Seit 01.07.2019 gelten bundeseinheitliche Preise. Trotzdem kann, je nach Verhandlungsstand, die Information zur Gültigkeit der Preise unübersichtlich sein.

Kurze Tipps zur Wirtschaftlichkeit

- Im Gegensatz zur Heilmittelverordnung ist die Verordnung von Reha-Sport (Muster 56) budgetfrei
- Doppelbehandlungen sind nur in Ausnahmefällen vorgesehen
- Prüfen Sie sorgsam, ob ein Hausbesuch wirklich medizinisch notwendig ist (s. oben)
- Beachten Sie die deutlichen Preisunterschiede z.B. bei der Physiotherapie (Manuelle Therapie vs. Krankengymnastik)
- Kommen Patienten für eine individuelle Langfrist-Genehmigung der Krankenkasse (s.oben) in Betracht?
- Die Mengenangaben im Katalog dürfen auch unterschritten werden (s. oben: „bis zu“)

Entfallene Regelungen (bis 2020)

Die Unterscheidung nach Erstverordnung und Folgeverordnung ist entfallen. Ebenso die frühere Regelfall-Systematik. Die Verordnungen sind damit weniger kompliziert.

Zu ergänzen ist, dass die früher von der Krankenkasse genehmigten Verordnungen außerhalb des Regelfalls trotzdem budgetrelevant waren.

Ausblick

Die bereits seit langem angekündigte Blankverordnung lässt weiter auf sich warten!

Die Heilmittelerbringer wie z.B. Physiotherapeuten sollen bei ausgewählten Indikationen über Auswahl und Dauer sowie über die Frequenz der Behandlung selbst entscheiden. Die entsprechende Diagnose- u. Indikationsstellung für eine Verordnung erfolgt weiterhin durch den Vertragsarzt. Der Arzt kann dann aber aus medizinischen Gründen von einer Blankverordnung absehen (Blankverordnungen sollen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen).

Hinweis:

Das vorliegende Glossar ist kein Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie und ersetzt diese auch nicht.