

Verordnungsforum

Schwerpunkt Heilmittel

2



Alles Gute.

KVBW 

IMPRESSUM

Verordnungsforum 2

Schwerpunkt Heilmittel

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Autoren

Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer

Dr. med. Jan Geldmacher

Dr. rer. nat. Iris Milek

Dr. med. Hans Saurle

Dr. rer. nat. Reinhild Trapp

Claudia Speier

Burghard Kuhl

Katrin Oswald

Redaktion

Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer (verantw.)

Dr. rer. nat. Iris Milek

Martina Tröscher

Erscheinungstermin

März 2006

Gestaltung und Realisation

C hoch 3, Stuttgart

Auflage

19.600

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

leider führen die Heilmittelrichtlinien sowie die gerade veröffentlichten Angaben zu den mit den Kassen gemäß § 84 SGB V vereinbarten Richtgrößen immer wieder zu verständlicher Verunsicherung wie zu nachvollziehbarem Unverständnis. Deshalb haben wir uns entschlossen, dieses „Verordnungsforum 2“ ausschließlich dem Thema Heilmittel zu widmen. Wenngleich nicht alle Fachgruppen gleichermaßen mit dieser Problematik konfrontiert sind, werden wir es allen ärztlichen Mitgliedern der KV Baden-Württemberg zur Verfügung stellen.

Wie Sie wissen, sind zum 1. Juli 2004 die überarbeiteten Heilmittelrichtlinien in Kraft getreten. Eine Neufassung wurde notwendig, da mit uns viele Kolleginnen und Kollegen mit großem Unverständnis die früheren Bemühungen konterkariert sahen, gerade in diesem Versorgungssegment rational und mit dem notwendigen Augenmaß zu verordnen. Die grundlegendste Veränderung der neuen Richtlinien sieht daher die grundsätzliche Beschränkung auf sechs Einheiten und zwei Heilmittel pro Verordnung vor. Insbesondere bei weniger schweren Krankheitsbildern wurde damit auch bereits eine Obergrenze festgelegt. Ebenso wurde der routinemäßige Bericht des Heilmittelerbringers an den Arzt nicht mehr automatisch vorgesehen, da er seinen informativen Zweck in der Vergangenheit häufig verfehlt hatte und eher zu einer Aufforderung für die Fortsetzung einer begonnenen Therapie wurde.

Gleichzeitig wurden überarbeitete Verordnungsformulare geschaffen. Diese geben dem Arzt die Möglichkeit, mittels Diagnosekürzeln seine Verordnungen transparenter zu machen. Auch wenn häufig Kritik an der Verwendung von zum Beispiel „EX1a“ laut wurde, sind diese Kürzel nicht nur für eine Betrachtung der eigenen Wirtschaftlichkeit unbedingt heran zu ziehen. Ebenso ist die Eintragung „außerhalb des Regelfalles“ zwangsläufig genauso notwendig wie der Hinweis auf die Genehmigungspflicht durch die Kassen. Auch und gerade dann, wenn diese von den Kassen „großzügig“ als generell erklärt abgetan werden. Diese Verschiebung der Verantwortung ist ein unerträglicher Umstand, an dessen Beseitigung wir auf Bundesebene arbeiten. Allerdings muss uns dabei bewusst sein, dass eine Genehmigung einer Behandlung nicht deren Wirtschaftlichkeit per se bescheinigt. Hier gibt es keinen Unterschied zu Arzneimittelverordnungen.

Die erstmalige Veröffentlichung von Richtgrößen hat bei vielen Kolleginnen und Kollegen zu Unverständnis geführt. Sowohl deren berechnete Höhe als auch die Verteilung auf die einzelnen betroffenen Fachgruppen hat Unmut, aber auch Missverständnisse hervorgerufen. Die Höhe der Richtgrößen wird zwischen Arzneimitteln und Heilmitteln verglichen und für viel zu niedrig gehalten. Ein Blick auf die Unterschiede in den vier Bezirksdirektionen ruft weiteres Unverständnis hervor. Einzelne Fachgruppen und Subspezialisten sehen sich falsch abgebildet. Und dennoch: Es handelt sich um Berechnungen auf der Grundlage von tatsächlichen Verordnungen im Jahre 2004. Hier haben wir eine Bundesempfehlung der KBV sowie der Spitzenverbände fortentwickelt und auf unsere Verhältnisse übersetzt angewandt.

Was noch klargestellt werden muss, sind die jeweiligen Praxisbesonderheiten. Es ist nahe liegend, dass beispielsweise für die Gruppe der Kinder- und Jugendärzte festgelegt werden muss, welche Erkrankungen überdurchschnittliche Verordnungen im Bereich der Logopädie oder Ergotherapie notwendig machen und als Besonderheiten anzuerkennen sind. Gleiches gilt beispielsweise für die Behandlung mit Lymphdrainage bei bestimmten Krankheitsbildern. Auch muss die jeweilige

Verordnungssituation in hausärztlichen Praxen genauso berücksichtigt werden, wie beispielsweise die internistische oder orthopädische Ausrichtung „Rheumatologie“ dem Stellenwert dieser Therapie ausreichend nachkommen muss. Die Richtgrößen für alle Hausärzte müssen zudem in einem nächsten Schritt angepasst werden. Bis dahin wird der aktuellen Versorgungslage Rechnung getragen werden.

Wir haben die Berufsverbände gebeten, uns bei einer Auflistung von Praxisbesonderheiten zur Seite zu stehen. Damit wird die Verordnungsrealität sowie die Notwendigkeit einer ausreichenden Heilmittelversorgung zum Ausdruck gebracht. Wir wehren uns allerdings auch gegen alle untauglichen Versuche, durch falsche Darstellungen oder unwahre Behauptungen Unfrieden in unsere Praxen zu bringen. Es ist die vornehmliche Aufgabe der Krankenkassen, ihre Versicherten dahingehend zu informieren, dass gerade bei Heilmitteln das Wirtschaftlichkeitsgebot „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ genauso Gültigkeit hat. In wohl keinem anderen Therapiebereich kann darüber hinaus die Compliance des Patienten in diesem Maße zur unterstützenden Begleittherapie beitragen oder Behandlungserfolge durch aktive Mithilfe bis weit in die Zukunft gewährleisten. Das muss unsere Antwort auf „letztendlich hat Ihr Arzt zu entscheiden“ sein.

Wenngleich sich die Datenlage auch in diesem Bereich wesentlich verbessert hat, ist die Überprüfbarkeit unserer Verordnungen in der eigenen Praxissoftware leider noch meilenweit von der Datensicherheit bei Arzneimitteln entfernt. Die meisten Systeme bieten allerdings schon heute dann eine Überprüfung und Auswertung an, wenn die Preise für die jeweiligen Heilmittel selbst eingegeben werden. Dieses ist zugegebenermaßen mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden. Auch hier sind wir durch Kontakte mit den Anbietern dabei, schnellstmöglich die für Sie dringend notwendige Transparenz zu schaffen. Vorläufig haben wir Ihnen in dieser Broschüre die wichtigsten Daten zur Einpflege in Ihr System zusammengestellt.

Abschließend stellt sich noch die Frage, ob und wie beispielsweise eine Unterschreitung von Verordnungskosten im Arzneimittelbereich mit einer Überschreitung im Heilmittelbereich ausgeglichen werden kann. Hier sind wir im Verhandlungsstadium. Obwohl es sich auch hierbei um eine Jahresrichtgröße handelt, ist es dringend notwendig, diese Fragen in Ihrem Interesse schnellstmöglich abschließend zu beantworten. Daran arbeiten wir. Auch die Steigerungsraten von Verordnungen für früher aus dem Krankenhaus entlassene Patienten wie auch nach ambulanten Operationen muss einer spezifizierten Betrachtung unterworfen werden.

Für alle weiteren Fragen stehen Ihnen wie immer unsere Beratungsärzte und Apotheker in den Bezirksdirektionen gerne zur Verfügung. Herr Kollege Geldmacher durch seine Ressortverantwortung wie ich selbst als der für die KBV Verantwortliche im Bereich der Heilmittel auf Bundesebene unterstützen Sie auch weiterhin. Insgesamt bitten wir Sie zu berücksichtigen, dass unsere Heilmittelrichtgrößen anders als bei den Arzneimitteln von einem in der Republik einmalig hohen Niveau ausgehen.

Mit kollegialen Grüßen Ihr



Dr. med. Achim Hoffmann-Goldmayer

INHALTSVERZEICHNIS

Verordnungen in der Arztpraxis – eine vielfältige Aufgabe..... **02**

Ihre Ansprechpartner in der KVBW..... **02**

Verordnung von Heilmitteln

Heilmittel-Richtgrößen..... **03**

Heilmittel-Richtgrößen der Bezirksdirektionen..... **04**

Heilmittel-Richtgrößenprüfungen / Richtgrößenvolumen..... **05**

Korrektes Ausstellen der Verordnungsvordrucke für Heilmittel **05**

Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalles..... **06**

Verordnung von Lymphdrainage, Angabe der notwendigen
Behandlungszeit auf dem Verordnungsblatt..... **07**

Grundsätze einer wirtschaftlichen Heilmittel-Verordnung..... **07**

Häufige Fragen zu Heilmitteln..... **08**

Heilmittel-Preise..... **12**

Heilmittel-Preistabelle..... **13**

Verordnungen in der Arztpraxis – eine anspruchsvolle Aufgabe

Vor Ihnen liegt die zweite Ausgabe des Heftes „Verordnungsforum“. Wir haben in dieser Ausgabe das Thema Heilmittel aufgegriffen, da auch aufgrund der neuen Heilmittel-Richtgrößen bei uns hierzu verstärkt Nachfragen eingegangen sind.

Da insbesondere die Preise für die Heilmittel-Behandlungen im Zentrum Ihres Interesses stehen, haben wir im Anhang eine Preisübersicht zusammengestellt. Zur Verordnungsfähigkeit von Heilmitteln gelten die Heilmittel-Richtlinien, die seit dem 1. Juli 2004 in Kraft sind. Die Heilmittel-Richtlinien und ergänzende Hinweise zu den Richtlinien können unter www.kvbawue.de heruntergeladen werden.

Fragen Sie uns!

Wir möchten mit Ihnen einen Dialog starten. Erst Ihre Rückmeldungen an uns eröffnen die Chance, unser Beratungs- und Informationsangebot noch besser an Ihren täglichen Bedürfnissen auszurichten.

Ihre Ansprechpartner in der KVBW

Dr. rer. nat. Reinhild Trapp	Tel.: 0721/5961-370
Claudia Speier	Tel.: 0721/5961-370
Susanne Krause	Tel.: 0621/3379-200
Ute Seene	Tel.: 0721/5961-205
Bernhard Vollmer	Tel.: 07121/917-137
Angelika Mayer	Tel.: 0761/884-230
Alfons Winterhalter	Tel.: 0761/884-331
Dr. med. Hans Säurle	Tel.: 0711/7875-141
Georg Wirth	Tel.: 0711/7875-250

VERORDNUNG VON HEILMITTELN

Heilmittel-Richtgrößen

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen für jedes Kalenderjahr Richtgrößen für Heilmittel vertraglich zu vereinbaren (§ 84 SGB V). Nachdem für das Jahr 2005 keine Einigung zu Heilmittel-Richtgrößen wegen der damals noch bestehenden Datenunsicherheit erzielt wurde, mussten wir für das Jahr 2006 fachgruppenspezifisch Heilmittel-Richtgrößen vereinbaren. Die Datenlage hatte sich durch das von den Kassen eingeführte Heilmittel-Informationssystem (HIS) nachhaltig verbessert. Wir haben in den Verhandlungen erreicht, dass in diesem Jahr noch nicht eine Richtgröße für gesamt Baden-Württemberg gilt, sondern dass die Besonderheiten der Bezirke Berücksichtigung finden. Die Richtgrößen ergeben sich jeweils aus der Division der arztgruppenbezogenen Ausgabenanteile durch die Zahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Arztgruppe im vorletzten Kalenderjahr (arztgruppenspezifische Richtgröße). Die Grundlage für die Berechnungen war somit das jeweils regional vereinbarte Ausgabenvolumen für das Jahr 2006, das auf den Ist-Ausgaben des Jahres 2004 basiert. Im Jahr 2004 hatten die alten Heilmittel-Richtlinien noch bis zum 30. Juni ihre Gültigkeit, sodass daraus ein gewisses „Polster“ resultierte.

Zu den Heilmitteln zählen die Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Podologischen Therapie. Die Heilmittel-Richtgrößen dienen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen als Orientierungsgröße. Sie geben an, welcher Euro-Betrag je

Quartal und je ambulant kurativem Behandlungsfall durchschnittlich zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für Heilmittel zur Verfügung steht. Es handelt sich um einen Bruttowert, eine Bereinigung um die gesetzlichen Zuzahlungen der Versicherten erfolgt nicht. Die Richtgrößen werden für bestimmte Arztgruppen sowie getrennt nach den Versichertengruppen Mitglieder/Familienversicherte und Rentner gebildet. Es gibt Fachgruppen (z.B. Frauenärzte), für die aufgrund des geringen Euro-Betrages keine Richtgröße vereinbart werden musste. Diese Fachgruppen können jedoch selbstverständlich auch weiterhin Heilmittel verordnen. Die Richtgrößen, die für das Jahr 2006 gelten, wurden Ihnen bereits Ende 2005 zugesandt. Für einen besseren Überblick haben wir Ihnen die aktuellen Richtgrößen für die einzelnen Bezirksdirektionen in Baden-Württemberg nochmals zusammengestellt.

Die Richtgrößen sind auf der Grundlage tatsächlicher Verordnungen des Jahres 2004 berechnet worden und müssen daher auch Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgruppen sowie den vier Bezirksdirektionen beinhalten. Die Historie hat nämlich schon früher gezeigt, dass die Ärzte in Baden-Württemberg sehr hohe Verordnungskosten im Bereich der Heilmittel aufweisen und zudem Unterschiede zwischen den einzelnen Bezirksdirektionen schon immer die Regel waren. Eine mögliche Ursache könnte in den überdurchschnittlich auf den Süden der Republik verteilten Einrichtungen wie Angeboten zu suchen sein. Allerdings fließen die Verordnungen im Rahmen der Tätigkeit als Badearzt nicht in die Richtgröße ein.

Heilmittel-Richtgrößen der Bezirksdirektionen

Bezirksdirektion Freiburg

Fachgruppe	M/F €	R €
Chirurgen	22,36	29,21
Internisten	7,04	15,46
Kinderärzte	16,15	16,15
Nervenärzte	7,70	18,31
Neurochirurgen	101,21	107,24
Orthopäden	36,41	40,10
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	89,96	111,99
Allg.-Med./Prakt. Ärzte	10,36	26,64

Bezirksdirektion Reutlingen

Fachgruppe	M/F €	R €
Chirurgen	16,50	19,59
Internisten	6,37	13,32
Kinderärzte	14,61	14,61
Nervenärzte	8,50	17,45
Neurologen	9,39	19,27
Orthopäden	39,12	40,53
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	65,46	61,03
Allg.-Med./Prakt. Ärzte	10,90	24,33

Bezirksdirektion Karlsruhe

Fachgruppe	M/F €	R €
Chirurgen	16,96	24,58
Fachärztliche Internisten (Untergruppe 1: mit Schwer- punkt Hämatologie bzw. Ne- phrologie oder Dialyse-Ge- nehmigung)	2,64	5,51
Fachärztliche Internisten (Untergruppe 2: sonstige Schwerpunkte bzw. ohne Schwerpunkt)	2,84	4,50
Hausärztliche Internisten	9,24	23,59
Fachärztliche Kinderärzte	13,49	13,49
Hausärztliche Kinderärzte	22,04	22,04
Nervenärzte, überwiegend psychiatrisch tätig und Psychiater	8,95	20,61
Nervenärzte, überwiegend neurologisch tätig und Neurologen	9,89	22,17
Kinder- und Jugendpsychiater	24,43	24,43
Neurochirurgen	22,49	15,78
Orthopäden	48,72	52,56
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	45,74	51,33
Allg.-Med./Prakt. Ärzte	12,43	31,00

Bezirksdirektion Stuttgart

Fachgruppe	M/F €	R €
Chirurgen	13,46	16,78
Internisten, fachärztlich	2,44	3,78
Internisten, hausärztlich	6,27	15,01
Kinderärzte	12,36	12,36
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	6,91	15,80
Orthopäden	41,27	43,12
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	80,45	77,36
Allg.-Med./Prakt. Ärzte	8,56	19,75

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass die Richtgrößen des Kalenderjahres 2006 für Sie verbindlich sind! Die Beträge sind Euro-Beträge je Fall und pro Quartal.

Heilmittel-Richtgrößenprüfungen / Richtgrößenvolumen

Die Richtgrößen stellen einen Durchschnittswert über eine Fachgruppe dar, der die individuellen Besonderheiten bzw. Schwerpunkte einer Praxis zunächst nicht abbildet. In einem Richtgrößen-Prüfverfahren können Sie Ihre Besonderheiten als „Praxisbesonderheit“ geltend machen. Über die Anerkennung als Praxisbesonderheiten entscheiden die fachkundig besetzten Prüfungsgremien.

Die Richtgrößenprüfung wird über die Verordnungstätigkeit eines gesamten Jahres durchgeführt. Ihr persönliches Richtgrößenvolumen ergibt sich aus der Zahl Ihrer in diesem Zeitraum ambulant kurativen Fälle multipliziert mit der Richtgröße Ihrer Fachgruppe in einem Quartal. Eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 15 Prozent löst nach Ablauf des Kalenderjahres eine Prüfung von Amts wegen durch den Prüfungsausschuss aus.

Wir bitten Sie, mögliche Praxisbesonderheiten zu dokumentieren, um gegebenenfalls beim Prüfungsausschuss entlastend argumentieren zu können.

Wir sind mit den Krankenkassen in Verhandlungen, welche Heilmittelverordnungen als Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden können. Wir werden uns besonders für Verordnungen im Rahmen der Betreuung von Patienten in Behinder-

tenheimen oder Pflegeheimen einsetzen. Die Belange der einzelnen Fachgruppen werden wir über die jeweiligen Berufsverbände in Erfahrung bringen und in die Verhandlungen einfließen lassen. Sobald unsere Verhandlungen abgeschlossen sind, werden wir Sie unverzüglich über das Ergebnis informieren.

Die KVBW entwickelt in Zusammenarbeit mit der KV Nordrhein eine Schnittstelle für Ihre Praxissoftware, um Ihnen die Einhaltung Ihrer Heilmittel-Richtgröße zu erleichtern. Wir werden Sie über die Entwicklungen regelmäßig informieren.

Nicht nur bei Prüfungen, auch bei den Honorarverhandlungen spielen die Heilmittelkosten wegen der begrenzten Ressourcen der Krankenkassen eine immer wichtigere Rolle.

Wir bitten Sie deshalb, bei Heilmittelverordnungen folgende Grundsätze zu beachten:

- Überprüfen Sie regelmäßig Dauerverordnungen, ob sie weiterhin medizinisch notwendig und wirtschaftlich sind.
- Verordnen Sie Heilmittel nur entsprechend der Heilmittel-Richtlinien.
- Füllen Sie Heilmittelverordnungen korrekt aus (Diagnosekürzel!).

Korrektes Ausstellen der Verordnungsvordrucke für Heilmittel

Zur Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hat der Gemeinsame Bundesausschuss Heilmittel-Richtlinien beschlossen. Die verordnungsfähigen Heilmittel wurden in Abhängigkeit von Schädigung/Funktionsstörung bzw. Leitsymptomatik festgelegt und für den Regelfall begrenzt. Die Heilmittel-Richtlinien traten zum 1. Juli 2004 in Kraft, sie sind für den Vertragsarzt verbindlich.

Bei einer Erkrankung kann immer nur ein „vorrangiges Heilmittel“ (A) oder ein „optionales Heilmittel“ (B) verordnet werden. Soweit medizinisch erforderlich, ist zusätzlich die Verordnung eines „ergänzenden Heilmittels“ (C) möglich. Lediglich Maßnahmen der Elektrotherapie/-stimulation sowie der Ultraschall-Wärmetherapie können auch isoliert – also ohne gleichzeitige Verordnung eines vorrangigen oder optionalen Heilmittels verordnet werden. **Somit sind maximal zwei Heilmittel verordnungsfähig.**

„Standardisierte Heilmittel-Kombinationen“ (D) sind nur verordnungsfähig bei Vorliegen komplexer Schädigungsbilder, die einer intensiven Heilmittelbehandlung bedürfen und bei welchen eine Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist. **Neben einer standardisierten Heilmittelkombination darf kein weiteres Einzelheilmittel der Physikalischen Therapie rezeptiert werden.**

Offenbar ist die Umstellung auf die neuen Heilmittel-Richtlinien und insofern auch die Verordnung von Heilmitteln für einige Vertragsärzte noch mit Schwierigkeiten behaftet. Laut Mitteilung der AOK Baden-Württemberg soll nur jede fünfte Verordnung von Heilmitteln den Richtlinien entsprechend korrekt bzw. vollständig ausgefüllt sein. Da die Übergangszeit zur Anwendung der neuen Verordnungsvordrucke und der Anwendung der neuen Heilmittel-Richtlinien abgelaufen sei, werden die Krankenkassen nunmehr mit sofortiger Wirkung unvollständig ausgefüllte Verordnungen nicht mehr erstatten.

Aus diesem Anlass ist darauf hinzuweisen, dass die Verordnung von Heilmitteln gemäß den Richtlinien ausschließlich auf den vereinbarten Vordrucken erfolgen darf, das Verordnungsformular vollständig auszufüllen und das/die Heilmittel eindeutig zu bezeichnen ist/sind. Ferner sind alle für die individuelle Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Anzugeben sind insbesondere:

- Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalles)
- Gruppentherapie, sofern möglich beziehungsweise notwendig
- gegebenenfalls der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns
- Hausbesuch (Ja oder Nein)
- Therapiebericht (Ja oder Nein)
- Verordnungsmenge und Anzahl pro Woche (Therapiefrequenz)
- das/die Heilmittel gemäß Katalog
- gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel
- Therapiedauer (bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie manueller Lymphdrainage)
- der vollständige Indikationsschlüssel (Diagnosegruppe mit Leitsymptomatik)
- Diagnose und Leitsymptomatik (sofern die Leitsymptomatik nicht schon im Indikationsschlüssel enthalten ist) in Worten und gegebenenfalls ergänzende Hinweise sowie eine Spezifizierung der Therapieziele
- bei Verordnung außerhalb des Regelfalles eine medizinische Begründung mit prognostischer Einschätzung
- gegebenenfalls für die Heilmitteltherapie spezifische, relevante Befunde, insbesondere bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie und bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles
- gegebenenfalls die Anforderung eines Therapieberichtes

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles bedürfen grundsätzlich der Genehmigung durch die Krankenkasse. Allerdings darf – nach der Heilmittel-Richtlinie 11.5 – die Krankenkasse auf ihr Genehmigungsrecht verzichten. In Übereinstimmung mit dieser Richtlinie haben die meisten Krankenkassen der KV gegenüber erklärt, auf das Steuerungsinstrument des Genehmigungsvorbehaltes zu verzichten. Nicht verzichten wollen sie jedoch auf ihr Recht, bei

Ausgabenüberschreitungen Regressforderungen zu stellen.

Hinweis:

Wir empfehlen deshalb, Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles bis auf weiteres mit dem Vermerk „vorbehaltlich der Genehmigung durch die Krankenkasse“ zu versehen.

Verordnung von Lymphdrainage – Angabe der notwendigen Behandlungszeit auf dem Verordnungsblatt

Häufig fordern Physiotherapeuten bei dem Vertragsarzt beispielsweise die Therapiezeit von 60 Minuten Lymphdrainage an. Da die Dauer der Lymphdrainage auf dem Verordnungsblatt angegeben sein muss und durch die Heilmittelrichtlinien festgelegt ist, möchten wir Ihnen hiermit die maßgebenden Heilmittelrichtlinien kurz erläutern:

Eine Therapiezeit **von 60 Minuten** Lymphdrainage ist nur verordnungsfähig zur Ganzbehandlung bei schwergradigen Lymphödemen zur

- Behandlung eines Armes und eines Beines oder
- Behandlung beider Arme oder
- Behandlung beider Beine oder schwergradigen Lymphödemen mit Komplikationen durch Strahlenschädigungen (mit z. B. Schultersteife, Hüftsteife oder Plexusschädigung) zur Behandlung eines Armes oder eines Beines.

Die Verordnung **von 45 Minuten** Lymphdrainage ist verordnungsfähig zur Großbehandlung am Patienten bei Lymphödemen sowie phlebolymphostatischen Ödemen zur

- Behandlung eines Armes und eines Beines, oder
- Behandlung beider Arme oder
- Behandlung beider Beine.

Die Verordnung **von 30 Minuten** Lymphdrainage ist zur Teilbehandlung des Patienten verordnungsfähig bei leichtgradigen Lymphödemen, Ödemen oder Schwellungen zur

- Behandlung eines Armes oder Beines oder
- Behandlung von Wirbelsäulenabschnitten oder
- Behandlung des Kopfes oder
- Behandlung des Bauches.

Wir bitten Sie, diese Vorgaben bei der Verordnung von Lymphdrainage zu beachten.

Grundsätze einer wirtschaftlichen Heilmittel-Verordnung

Nach einer Untersuchung des MDK Baden-Württemberg wurden Hausbesuche überraschend oft – nämlich in jedem dritten Fall – verordnet, Gruppentherapie dagegen nur in 9 von 707 Fällen. Der MDK weist auch darauf hin, dass Hausbesuche nur bei medizinischer Indikation verordnungsfähig sind und die Möglichkeit einer Gruppentherapie stärker genutzt werden sollte. Denn diese kann sowohl die Motivation erhöhen als auch Selbsthilfepotentiale fördern. Nach Auffassung des MDK kann die Wirtschaftlichkeit bei der Auswahl der Heilmittel erhöht werden: Zum Beispiel durch Verzicht auf nicht erforderliche ergänzende Heilmittel und ggf. durch kostenbewusste Auswahl der Thermotherapie. Sofern Heilmittel längerfristig – als Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalles – angewendet werden müssen, kann eine Einzelverordnung einen Zeitraum bis zu 12 Wochen abdecken. Bei einer langfristigen Verordnung hat der Patient die

Verordnungsgebühr nur einmal zu bezahlen und auch der Arzt kann seinen Verwaltungsaufwand damit etwas vermindern.

Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass die im Heilmittelkatalog genannten Verordnungshöchstmengen im Regelfall das Maximum der möglichen Heilmittelverordnungen darstellen. Damit lässt sich in den allermeisten Fällen das erwünschte Therapieziel erreichen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Höchstmenge regelmäßig auszuschöpfen wäre. In vielen Fällen genügt auch die Verordnung einer geringeren Anzahl von Heilmittelanwendungen. Da das Therapieziel oft im Erlernen eines Eigenübungsprogrammes bestehen wird, sollte die Verantwortung für die Sicherung des Therapiezieles baldmöglichst – ohne Ausschöpfen der Verordnungshöchstmengen – auf die aktive Mitarbeit des Patienten gestützt werden.

Häufige Fragen zu Heilmitteln

Obwohl die Heilmittel-Richtlinien (HMR) recht detailliert die Verordnung von Heilmitteln regeln, ergeben sich doch immer wiederkehrende Fragen. Aus diesem Grund haben die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen einen konsentierten Fragen-/Antworten-katalog erarbeitet, der

die wichtigsten Ordnungsprobleme behandelt und hier auszugsweise wiedergegeben wird. Den gesamten Fragen-/Antworten-katalog finden Sie auf der Homepage der KBV unter dem Thema „Heilmittel“ bzw. unter www.kbv.de/themen/5884.html

Sind bei zwei Regelfällen, die im zeitlichen Zusammenhang entstehen, zwei separate Verordnungen auszustellen? Gilt dies sowohl bei unabhängigen Erkrankungen einer Diagnosengruppe als auch bei Erkrankungen aus unterschiedlichen Diagnosengruppen?

Ja!

Ist die Frequenz (Anzahl je Woche) stets anzugeben?

Ja. Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles ist die Angabe entscheidend für die maximale Verordnungsmenge. Die Verordnungsmenge ist unabhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von zwölf Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.

Es werden bei einer Erstverordnung (z. B. WS1a mit bis zu sechs Einheiten) nur vier Einheiten verordnet. Können die restlichen zwei Verordnungen bis zum Erreichen der Gesamtverordnungsmenge später im Rahmen des Regelfalles noch nachgeholt werden?

Ja.

Liegt eine Verordnung außerhalb des Regelfalles auch dann vor, wenn die Diagnose und ggf. Funktionsstörung im Katalog nicht aufgeführt ist?

Der Katalog enthält sowohl Diagnosengruppen mit einer abschließenden Aufzählung von Diagnosen als auch Diagnosengruppen mit beispielhafter Aufzählung von Diagnosen. Falls eine Diagnose allerdings nicht einer Diagnosengruppe mit beispielhafter Aufzählung zugeordnet werden kann und in den abschließend geregelten Diagnosengruppen nicht aufgeführt ist, ist für diese Diagnose keine Heilmittelverordnung möglich, auch nicht außerhalb des Regelfalles. Solche Diagnosen sollten dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Überprüfung mitgeteilt werden.

Können Doppel-Behandlungseinheiten verordnet werden (z. B. sechs verordnete Einheiten werden als drei Doppeleinheiten angegeben?)

Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag maximal nur einmal verordnet bzw. abgegeben werden; in seltenen medizinischen Fällen kann der Arzt auch eine Doppelbehandlung verordnen. Die vom Arzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl gilt als Höchstmenge. Soweit der Vertragsarzt die Abgabe in Form einer Doppelbehandlung wünscht, kann er im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ dies deutlich machen (z. B. KG als Doppelbehandlung). Sind im Feld „Verordnungsmenge“ sechs Einheiten angegeben, können drei Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die im Katalog genannte diagnosebezogene „Verordnungsmenge im Regelfall“ nicht.

Können auf einem Verordnungsblatt bei gleicher Indikation zwei ergänzende Heilmittel verordnet werden (z. B. bei WS2 Traktionsbehandlung und Wärmetherapie)?

Nein. Gemäß den Richtlinien Nummer 24 können nur Maßnahmen der Elektrotherapie oder Ultraschall-Wärmetherapie isoliert als ergänzende Heilmittel verordnet werden, soweit der Katalog dieses ergänzende Heilmittel vorsieht. Dennoch gilt, dass maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden kann. Folglich kann die Traktionsbehandlung als ergänzendes Heilmittel in den Diagnosengruppen WS1 und WS2 nicht mit anderen ergänzenden Heilmitteln (wie der Wärmetherapie), sondern ausschließlich mit einem vorrangigen Heilmittel verordnet werden.

In den Heilmittel-Richtlinien ist unter „Grundsätze der Heilmittelverordnung“ (II, 6.3) ausgeführt, dass die Verordnung kurortspezifischer Heilmittel nicht Gegenstand der Richtlinien ist. Wie sind kurortspezifische Heilmittel zu verordnen?

Die Verordnung kurortspezifischer Heilmittel kann nur auf der „Verordnung des Kurarztes“ erfolgen (ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V).

Es wird teilweise von Therapeuten darauf hingewiesen, dass bei Patienten (meist Behinderte), die eine Tageseinrichtung besuchen, eine Behandlung am Abend in der Praxis des Therapeuten nicht effizient ist, da die Konzentrationsfähigkeit der Patienten vielfach nicht mehr gegeben ist.

Ist in diesen Fällen ein Hausbesuch zu verordnen? Wie ist zu verfahren?

Therapeutentätigkeit außerhalb der Praxis in z. B. Betreuenden Einrichtungen, Sonderschulen etc. wird unter anderem auch als ausgelagerte Praxistätigkeit des Therapeuten gesehen und erfüllt nicht die Kriterien eines Hausbesuches. Die Notwendigkeit eines Hausbesuches richtet sich nicht nach „Wunschvorstellungen“. Die Regelung zur Verordnung eines Hausbesuches richtet sich ausschließlich nach der Regelung in 16.2 der Richtlinien; das heißt, der Hausbesuch ist nur dann ausnahmsweise zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist. Liegen medizinische Gründe vor, kann der Arzt auch einen Hausbesuch in einer Tageseinrichtung verordnen. Dies sollte in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden. Allerdings sollten solche Gründe im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot sehr gut dokumentiert werden, da ein solches Vorgehen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Bedeutung sein könnte.

Verordnung von Heilmitteln

- 1. In Altenheimen – unter welchen Bedingungen (Hausbesuch)?**
- 2. In sonderpädagogischen Einrichtungen – unter welchen Bedingungen?**
- 3. In Sonderschulen unter der Trägerschaft beispielsweise des LVR?**
- 4. In integrativen Kindergärten – unter welchen Bedingungen?**

Die Fragen 1. - 4. unterscheiden sich vor allem durch die Tatsache, dass Menschen, die in Altenheimen leben, dort auch ihren häuslichen Lebensmittelpunkt haben. Hausbesuche sind in den jeweiligen Einrichtungen nur dann möglich, wenn medizinische Gründe für die Verordnung eines Hausbesuches vorliegen (siehe 16.2 der Heilmittel-Richtlinien).

Generell ist darauf zu achten, dass eine Verordnung auf der Basis der Heilmittel-Richtlinien durch den Arzt – insbesondere in Altenheimen – nicht als Ersatz für die aktivierende Pflege zur allgemeinen Mobilisation erfolgen darf. Dieser Bereich fällt in den Aufgabenbereich des Pflegepersonals. Bei Altenpflegeheimbewohnern ist die aktivierende Pflege zur Mobilisation Aufgabe des Pflegepersonals und zählt zum Leistungsspektrum des Pflegeheimes; die Vergütung erfolgt über den Pflegesatz.

Dürfen Kinder neben der Versorgung in einer Frühförderstelle mit Maßnahmen aus dem Bereich der Heilmittel-Richtlinien versorgt werden?

Grundsätzlich ist die Heilmittelerbringung laut Frühförderverordnung Aufgabe der Frühfördereinrichtung. Sollte diese die Heilmittelerbringung nicht leisten können, ist ausnahmsweise eine ambulante Heilmittelerbringung möglich. Dieser Ausnahmefall ist jedoch von der Frühförderstelle zu begründen.

Muss der Arzt die Wärmetherapie näher spezifizieren?

Der Arzt ist mit Ausnahme der Bestimmungen zu D1 (17. A 8) gehalten, die Art der zu erbringenden Wärmetherapie aus medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu spezifizieren. Gleiches gilt für die Kältetherapie.

Muss bei der Verordnung von standardisierten Heilmittel-Kombinationen immer die im Katalog angegebene komplette Kombination verordnet werden?

Es ist möglich, D1 ohne nähere Angaben zu verordnen. Dann entscheidet der Therapeut, auch abhängig vom Behandlungsverlauf, über die einzusetzenden Heilmittelmaßnahmen der standardisierten Heilmittelkombination. Eine Spezifizierung durch den Arzt kann aber erfolgen, soweit dies aus medizinischen Gründen sinnvoll ist.

Bei akutem/subakutem radikulären Schmerz konnte nach den alten HMR neben der Traktion auch eine Wärmetherapie verordnet werden. Warum wurde diese Kombination von Heilmitteln gestrichen?

Die Indikationsbezeichnung „akuter/subakuter radikulärer Schmerz“ gibt es nach den neuen HMR nicht mehr. Ist die Durchführung einer Traktion mit Wärmetherapie in diesem Stadium erforderlich, kann dies wegen des akuten Schädigungsbildes und möglicher Gefährdungen des Patienten nur in der ärztlichen Praxis erfolgen. Bei den in den geänderten HMR genannten Indikationen wird die Traktion in der Kombination mit KG als sinnvoll und ausreichend angesehen.

Bei den Indikationen zu CP, wie z. B. Tetraplegie, finden sich sehr häufig Betonungen auf zwei Extremitäten (meist die Beine). Im Vordergrund der Behandlung im Erwachsenenalter steht neben der KG die Massage zwecks Erhaltung der selbständigen Fortbewegung. Warum kann nach den HMR bei ZN1 und ZN2 keine KMT verordnet werden?

Die isoliert durchgeführte KMT gilt nicht als Behandlungsstandard bei der genannten Indikation und kann hier aus diesem Grunde auch nicht verordnet werden. Die Erhaltung der Mobilität ist Kernaufgabe der KG bzw. KG-ZNS. Zum Leistungsinhalt der KG gehört beispielsweise auch die Anwendung von Massagetechniken. Wenn der Physiotherapeut also vor den aktiven Übungen eine verspannte Muskulatur lockern will, ist dies in der Leistung KG enthalten.

Muss der Arzt bei der Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie die notwendige weiterführende Diagnostik auch auf dem Verordnungsblatt 14 dokumentieren und wenn ja – wo?

Die nicht gesondert abgebildete Diagnostik muss unter „ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z. B. psychointellektueller Befund)“ auf den Verordnungsvordrucken oder in einer beigefügten Anlage angegeben werden.

Ist eine separat zu verordnende, ergänzende, sprachtherapeutische Befundung durch den Sprachtherapeuten gewünscht?

Nein. Die stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Befunderhebung ist integraler Bestandteil der Heilmittelerbringung

Im Katalog ist die weiterführende Diagnostik nach einer festgelegten Anzahl von Einheiten vorgesehen.

- Können Folgeverordnungen nur nach erfolgter weiterführender Diagnostik ausgestellt werden?

Ja.

- Müssen alle aufgezeigten diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden?

Nein. Der Arzt entscheidet abhängig vom Störungsbild, welche Diagnostik durchzuführen ist.

- Wo kann diese Diagnostik vorgenommen werden?

Die Diagnostik kann nur von dem Arzt vorgenommen werden, der aufgrund seiner Aus- bzw. Weiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer berechtigt und in der Lage ist diese durchzuführen.

Bei einigen Erkrankungen ist innerhalb einer Diagnosengruppe die Verordnung verschiedener vorrangiger ergotherapeutischer Behandlungen nebeneinander sinnvoll. Ist dies möglich?

Soweit in Einzelfällen notwendig, kann abweichend von Nummer 24 der HMR in der Ergotherapie die Verordnungsmenge je Verordnungsblatt bzw. die Gesamtverordnungsmenge bezogen auf eine Erkrankung einer Diagnosengruppe auch auf zwei vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden. Dabei darf insgesamt die maximale Verordnungsmenge je Verordnungsblatt und die Gesamtverordnungsmenge insgesamt nicht überschritten werden. Daneben kann ein ergänzendes Heilmittel zusätzlich verordnet werden. In diesen Fällen erfolgt die Verordnung der vorrangigen Ergotherapiemaßnahmen in einer Zeile. Die Verordnungsmenge ist in diesen Fällen jeweils unmittelbar vor das vorrangige Heilmittel zu schreiben. (z. B.: sechs x ergoth. Einzelbehandlung bei mot. Störungen und vier x Hirnleistungstraining.)

Heilmittel-Preise

Vor dem Hintergrund der arztgruppenspezifischen fallbezogenen Richtgrößen und der darauf basierenden Richtgrößen-Prüfungen sind die Preise für die verschiedenen Heilmittel von erheblicher Bedeutung. Differenziert zwischen Primär- und Ersatzkassen haben wir Ihnen auf den Folgeseiten eine Preistabelle zusammengestellt. Diese Preisübersicht gilt für Heilmittel-Erbringer in eigener Praxis. In einem Rahmenvertrag der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassenverbänden sind für Heilmittel-Leistungen im Krankenhaus grundsätzlich davon abweichend niedrigere Preise vereinbart worden.

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Ergotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen

5 41 02	Einzelbehandlung (Regelbehandlungszeit 30 - 45 Minuten)	25,17	25,28
5 41 07	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuches; je Einheit (einmal pro Regelfall, bis zu 3 Einheiten an einem Tag)	25,17	----
5 42 05	Abrechnung bei verordneter Pos. 5 41 02 und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten - pro Patient ¹	20,14	----
5 42 09	Gruppenbehandlung, 3 - 5 Patienten; je Patient (Regelbehandlungszeit 30 - 45 Minuten)	9,05	8,80

Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen

5 41 03	Einzelbehandlung (Regelbehandlungszeit 45 - 60 Minuten)	33,53	33,61
5 41 08	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuches; je Einheit (einmal pro Regelfall, bis zu 3 Einheiten an einem Tag)	33,53	----
5 42 06	Abrechnung bei verordneter Pos. 5 41 03 und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten - pro Patient ¹	26,82	----
5 42 10	Gruppenbehandlung, 3 - 5 Patienten; pro Patient (Regelbehandlungszeit 45 - 60 Minuten)	12,34	11,38

Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/ Neuropsychologisch orientierte Behandlung

5 41 04	Einzelbehandlung (Regelbehandlungszeit 30 - 45 Minuten)	27,87	27,97
5 42 07	Abrechnung bei verordneter Pos. 5 41 04 und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten - pro Patient ¹	22,30	----
5 42 11	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, 3 - 5 Patienten; pro Patient (Regelbehandlungszeit 45 - 60 Minuten)	11,90	11,38

* Es wurde der Text des Vertrages der Primärkassen abgedruckt, die Leistungsbeschreibung im Vertrag mit den Ersatzkassen ist nahezu identisch.

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Ergotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen

5 41 05	Einzelbehandlung (Regelbehandlungszeit 60 - 75 Minuten)	42,24	42,48
5 41 09	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuches; je Einheit (einmal pro Regelfall, bis zu 2 Einheiten an einem Tag)	42,24	----
5 41 10	Einzelbehandlung als Belastungserprobung (Regelbehandlungszeit 120 - 150 Minuten)	78,14	77,61
5 42 08	Abrechnung bei verordneter Pos. 5 41 05 und gleichzeitiger Anwesenheit von 2 Patienten - pro Patient ¹	33,79	----
5 42 12	Gruppenbehandlung, 3 - 5 Patienten; pro Patient (Regelbehandlungszeit 90 - 120 Minuten)	21,00	20,96
5 42 13	Gruppenbehandlung als Belastungserprobung, 3 - 5 Patienten; pro Patient (Regelbehandlungszeit 180 - 240 Minuten)	38,85	38,81
5 43 01	Thermische Anwendungen (Wärme oder Kälte) (nur zusätzlich neben motorisch-funktioneller oder sensomotorisch/perzeptiver Behandlung abrechenbar)	3,74	3,85
5 44 05	Ergotherapeutische temporäre Schiene (ohne Kostenvoranschlag)	bis 100,00	bis 130,00
5 44 06	Ergotherapeutische temporäre Schiene (mit Kostenvoranschlag)	über 100,00	über 130,00
5 40 02	Ergotherapeutische Funktionsanalyse (nur einmal bei Behandlungsbeginn abrechenbar)	17,85	18,81
5 41 11	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (Die Abrechnung erfolgt zzgl. Kilometrigeld. Die Leistung kann nur einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden.)	----	81,81

Ärztlich verordneter Hausbesuch

5 97 01	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (Diese Leistung kann pro Verordnung nur einmal abgerechnet werden.)	----	0,56
---------	--	-------------	-------------

¹ Die Abrechnung der Ergotherapeutischen Einzelbehandlung bei gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patienten ist nur dann möglich, wenn die Art der therapeutischen Maßnahme die gleichzeitige Therapie zweier Patienten zulässt.

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Ergotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

5 99 01	Hausbesuch (sofern ärztlich verordnet)	7,47	8,59
5 99 02	Besuch eines weiteren Patienten derselben sozialen Gemeinschaft/Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang	3,84	4,17
5 99 32	Hausbesuch bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (nur einmal pro Regelfall nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt abrechenbar)	7,47	----
5 99 06	Wegegeld-Pauschale je Besuch	2,81	2,95
5 99 07	oder Wegegeld je gefahrenem Kilometer	0,30	0,30

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Logopädie *	Preise in € gültig ab	
		1.5.2003 PKK	1.5.2001 EKK

1. Befunderhebung

X 30 02	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstuntersuchung (nur einmal abrechenbar pro Behandlungsfall ¹)	18,12	25,79
X 30 09	Kurzer stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Status (Die Position X 30 09 ist in einem Behandlungsfall ¹ nicht neben der Position X 30 03 abrechenbar. Sie kann nur einmal pro Behandlungsfall ¹ berechnet werden.)	9,06	----
X 30 03	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Status / Befunderhebung (Ausführliche stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Befunderhebung bei zentralen und kindlichen Sprach- und Sprechstörungen, Dysphonien, Stottern im Erwachsenenalter. Die Position X 30 03 ist in einem Behandlungsfall ¹ nicht neben der Position X 30 09 abrechenbar. Sie kann nur einmal pro Behandlungsfall ¹ berechnet werden.)	27,55	25,79
X 30 04	Logopädische Befunderhebung für sprachentwicklungsgestörte Kinder und bei zentralen Sprachstörungen unter Anwendung standardisierter Testverfahren (nur einmal abrechenbar pro Behandlungsfall ¹)	----	51,59

¹ Als Behandlungsfall gilt grundsätzlich die vollständige Durchführung der vertragsärztlich verordneten Therapieeinheiten. Die Fortsetzung der Behandlung aufgrund einer neuerlichen ärztlichen Verordnung zählt nur als neuer Behandlungsfall, wenn

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Logopädie *	Preise in € gültig ab	
		1.5.2003 PKK	1.5.2001 EKK

X 30 05	Besprechen des stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Status / Befunderhebung (Die Position X 30 05 kann je Einzelbehandlung nur einmal, je Behandlungsfall ¹ höchstens zweimal abgerechnet werden.)	9,06	----
---------	---	-------------	------

2. Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung zuzüglich Vor- und Nachbereitung von durchschnittlich 15 Minuten

X 31 02	a) mindestens 30 Minuten (Therapiezeit am Patienten)	27,23	21,22
X 31 03	b) mindestens 45 Minuten (Therapiezeit am Patienten)	36,29	29,86
X 31 04	c) mindestens 60 Minuten (Therapiezeit am Patienten) (nur bei ärztlicher Verordnung abrechenbar)	----	38,27

3. Gruppentherapie

X 32 04	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung je Teilnehmer (maximal 5 Teilnehmer)	11,40	----
X 32 06	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung für Stotterer je Teilnehmer	18,12	----
X 32 07	Logopädische Gruppenbehandlung bei Kindern (durchschnittliche Therapiezeit 60 - 90 Min. je Teilnehmer)	----	17,13
X 32 08	Logopädische Gruppenbehandlung bei Erwachsenen (durchschnittliche Therapiezeit 90 - 120 Min. je Teilnehmer)	----	24,24

4. a) Hausbesuche

X 99 01	Ärztlich verordneter Hausbesuch (pauschal)	7,34	6,75
X 99 02	Weiterer Besuch in derselben sozialen Gemeinschaft	----	3,37

mind. 8 Wochen zwischen der letzten Behandlung der vorhergehenden Verordnung und der ersten Behandlung der Folgeverordnung vorliegen.

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Logopädie *	Preise in € gültig ab	
		1.5.2003 PKK	1.5.2001 EKK

4. b) Wegegebühren			
X 99 06	Wegegebühr bei Überschreiten der Ortsgrenze pauschal oder	----	2,71
X 99 10	Wegegeld je Kilometer	----	0,30
X 99 12	Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel: Ersatz der tatsächlichen Kosten	tats. Kosten	----
X 99 07	Bei Benutzung des eigenen Kraftfahrzeuges Vergütung je Kilometer (Steuerrecht gilt)	0,30	----
X 99 09	Wegepauschale innerhalb geschlossener Ortschaften	----	2,71
X 99 09	Mindestgebühr Mit der Mindestgebühr werden Ortsfahrten im 2-km-Bereich abgegolten. Werden von dem (der) Logopäde(in)/Atem-, Sprech- und Stimmlehrer(in) an einem Tag mehrere Patienten behandelt, die zu einer Haushaltung gehören oder im selben Haus wohnen, so können die unter 4 b) genannten Beträge nur einmal berechnet werden. Bei einer Behandlung in der Zweitpraxis besteht weder Anspruch auf Bezahlung einer Hausbesuchspauschale noch einer Wegegebühr.	1,20	----

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Physiotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

Massagetherapie			
	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost- und Colonmassage)		
X 01 06	Klassische Massage (KMT) (Behandlungsdauer 15 - 20 Minuten)	10,20	9,37
X 01 07	Bindegewebsmassage (BGM) (Behandlungsdauer 15 - 20 Minuten)	10,20	9,37
X 01 08	Reflexzonenmassage, Segment-, Periost-, Colonmassage (Behandlungsdauer 15 - 20 Minuten)	10,20	9,37

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Physiotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

X 01 02	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe (Behandlungsdauer 15 - 20 Minuten) Voraussetzung für die Berechnung dieses Preises ist, dass die Wanne für jeden Patienten mit frischem, nicht aufbereitetem Wasser gefüllt wird.	17,45	16,13
---------	--	--------------	--------------

Manuelle Lymphdrainage (MLD)			
	Die Positionen X 02 05, X 02 01, X 02 02 und X 02 04 sind von Physiotherapeuten bzw. Masseur/Masseuren und med. Bade-meistern abrechenbar, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung in Manueller Lymphdrainage von mind. 170 Std. mit Abschlussprüfung in einer Weiterbildungseinrichtung, die die Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V erfüllt, nachweisen. Die unter diesen Positionen beschriebenen Leistungen können nur abgerechnet werden, wenn die fachliche Qualifikation überprüft und die Erweiterung der Leistungsberechtigung von den zulassenden Stellen erteilt wurde. Der Nachweis ist den zuständigen Stellen (Anlage 1 Ziffer 2 a) des Rahmenvertrages vorzulegen.		
X 02 05	MLD - Teilbehandlung (Behandlungsdauer 30 Minuten)	14,30	14,11
X 02 01	MLD - Großbehandlung (Behandlungsdauer 45 Minuten)	21,55	21,09
X 02 02	MLD - Ganzbehandlung (Behandlungsdauer 60 Minuten)	33,90	35,49
X 02 04	Kompressionsbandagierung einer Extremität (nach ärztlicher Verordnung nur in Verbindung mit den Positionen der Lymphdrainage)	6,10	5,78

Bewegungstherapie			
Übungsbehandlung			
X 03 01	Einzelbehandlung (Behandlungsdauer 10 - 20 Minuten)	7,70	5,73
X 04 01	Gruppenbehandlung mit 2 - 5 Patienten (Behandlungsdauer 10 - 20 Minuten)	5,00	3,88

* Es wurde der Text des Vertrages der Primärkassen abgedruckt, die Leistungsbeschreibung im Vertrag mit den Ersatzkassen ist nahezu identisch.

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Physiotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe

X 03 05	Einzelbehandlung (Behandlungsdauer 20 - 30 Minuten)	15,45	15,56
X 04 02	Gruppenbehandlung mit 2 - 3 Patienten (Behandlungsdauer 20 - 30 Minuten)	11,50	11,57
X 04 05	Gruppenbehandlung mit 4 - 5 Patienten (Behandlungsdauer 20 - 30 Minuten)	7,10	7,74
X 03 06	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik) (Behandlungsdauer 15 - 20 Minuten) Die unter dieser Position beschriebene Leistung setzt den Nachweis über einen abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung und die Ausstattung der Praxis mit einer speziellen Behandlungsliege voraus. Die Position kann nur abgerechnet werden, wenn die fachliche Qualifikation überprüft und die Erweiterung der Leistungsberechtigung von den zulassenden Stellen erteilt wurde. Der Nachweis ist den zuständigen Stellen (Anlage 1 Ziffer 2 a) des Rahmenvertrages vorzulegen.	10,30	9,93

Krankengymnastik (KG)

X 05 01	Krankengymnastische Behandlung, auch auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung (Behandlungsdauer 15 - 25 Minuten)	14,40	13,94
X 06 01	Krankengymnastik in der Gruppe mit 2 - 5 Patienten (Behandlungsdauer 20 - 30 Minuten)	5,50	3,88
X 08 05	Krankengymnastik in der Gruppe bei cerebral bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre (2 - 4 Kinder) (Behandlungsdauer 20 - 30 Minuten) Diese Position kann nur abgerechnet werden, wenn die fachliche Qualifikation (Nachweis über einen erfolgreichen Abschluss eines Lehrgangs „Psychomotorik“) überprüft und die Erweiterung der Leistungsberechtigung von den zulassenden Stellen erteilt wurde. Der Nachweis ist den zuständigen Stellen (Anlage 1 Ziffer 2 a) des Rahmenvertrages) vorzulegen.	6,65	8,23

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Physiotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

Krankengymnastik im Bewegungsbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe

X 09 02	Einzelbehandlung (Behandlungsdauer 20 - 30 Minuten)	15,45	15,35
X 10 04	Gruppenbehandlung mit 2 - 3 Patienten (Behandlungsdauer 20 - 30 Minuten)	11,50	11,30
X 10 05	Gruppenbehandlung mit 4 - 5 Patienten (Behandlungsdauer 20 - 30 Minuten)	7,10	6,07
X 07 02	Krankengymnastische (Atemtherapie) zur Behandlung von Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung (Behandlungsdauer 60 Minuten)	42,45	41,57

Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät)

X 05 07	Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten (Behandlungsdauer 60 Minuten je Patient) Die unter dieser Position beschriebene Leistung setzt eine entsprechende Fortbildung voraus. Der Nachweis ist den zuständigen Stellen (Anlage 1 Ziffer 2 a) des Rahmenvertrages) vorzulegen.	25,30	25,05
---------	---	--------------	--------------

Krankengymnastik zur Behandlung von angeborenen oder vor Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen nach Bobath oder Vojta als Einzelbehandlung

	(Behandlungsdauer 30 - 45 Minuten) Die Positionen X 07 08 und X 07 09 sind abrechenbar von: <ul style="list-style-type: none"> Fachphysiotherapeuten für infantile Cerebralpareesen, Fachphysiotherapeuten für spinale Lähmungen und Extremitätendefekte sowie Physiotherapeuten, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung von mind. 300 Std. mit Abschlussprüfung in einer Weiterbildungseinrichtung, die die Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V erfüllt, nachweisen. Die unter dieser Position beschriebenen Leistungen können nur abgerechnet werden, wenn die fachliche Qualifikation überprüft und die Erweiterung der Leistungsberechtigung von den zulassenden		
--	---	--	--



* Es wurde der Text des Vertrages der Primärkassen abgedruckt, die Leistungsbeschreibung im Vertrag mit den Ersatzkassen ist nahezu identisch.

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Physiotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

X 07 08	Stellen erteilt wurde. Der Nachweis ist den zuständigen Stellen (Anlage 1 Ziffer 2 a) des Rahmenvertrages vorzulegen. Bobath	26,10	24,95
X 07 09	Vojta	26,10	24,95

Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife nach Bobath, Vojta, PNF als Einzelbehandlung

	(Behandlungsdauer 25 - 35 Minuten) Die Positionen X 07 10, X 07 11 und X 07 12 sind abrechenbar von: <ul style="list-style-type: none"> Fachphysiotherapeuten für infantile Cerebralpareesen Fachphysiotherapeuten für spinale Lähmungen und Extremitätendefekte Fachphysiotherapeuten für funktionelle Störungen und psychische Erkrankungen Physiotherapeuten, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung in Bobath, Vojta oder PNF von mind. 120 Std. mit Abschlussprüfung in einer Weiterbildungseinrichtung bzw. bei einem anerkannten Fachlehrer (Bobath, PNF), die/der die Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V erfüllt, nachweisen. <p>Die unter dieser Position beschriebenen Leistungen können nur abgerechnet werden, wenn die fachliche Qualifikation überprüft und die Erweiterung der Leistungsberechtigung von den zulassenden Stellen erteilt wurde. Der Nachweis ist den zuständigen Stellen (Anlage 1 Ziffer 2 a) des Rahmenvertrages vorzulegen.</p>		
X 07 10	Bobath	19,95	19,42
X 07 11	Vojta	19,95	19,42
X 07 12	PNF	19,95	19,42
X 12 01	Manuelle Therapie (Behandlungsdauer 15 - 25 Minuten) Die unter dieser Position beschriebene Leistung ist abrechenbar von Physiotherapeuten, die eine erfolgreich abgeschlossene spezielle Weiterbildung in Manueller Therapie von mind. 260 Std. mit Abschlussprüfung in einer Weiterbildungseinrichtung, die die Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V erfüllt, nachweisen. →	17,05	15,68

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Physiotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

X 11 04	Die Position kann nur abgerechnet werden, wenn die fachliche Qualifikation überprüft und die Erweiterung der Leistungsberechtigung von den zulassenden Stellen erteilt wurde. Der Nachweis ist den zuständigen Stellen (Anlage 1 Ziffer 2 a) des Rahmenvertrages vorzulegen. Hinweis: Die Position ist grundsätzlich nur von Physiotherapeuten abrechenbar. Masseure bzw. Masseure und med. Bademeister, die eine Zulassungserweiterung für diese Position vor dem 30. Juni 1995 erhalten hatten, genießen Bestandschutz, d. h. diese Position ist für sie weiter abrechenbar. Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung (Behandlungsdauer 10 - 20 Minuten)	4,30	4,20
X 13 02	Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile (Behandlungsdauer 10 - 20 Minuten)	4,30	4,06
X 13 03	Elektrostimulation bei Lähmungen (Behandlungsdauer je Muskelnerveinheit 5 - 10 Minuten)	9,30	9,07
X 13 12	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) (Behandlungsdauer 10 - 20 Minuten)	14,25	14,09
X 13 10	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad) (Behandlungsdauer 10 - 20 Minuten)	7,10	7,04
X 17 14	Kohlensäurebad (Behandlungsdauer 10 - 20 Minuten)	13,20	13,83
X 18 01	Inhalationstherapie als Einzelbehandlung (Behandlungsdauer 5 - 30 Minuten)	4,35	4,43
	Wärmetherapie		
X 15 17	Wärmeanwendung mittels Strahler bei einem oder mehreren Körperteilen (Behandlungsdauer 10 - 20 Minuten)	4,25	2,93
X 15 01	Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile mit Parafango (Behandlungsdauer 20 - 30 Minuten)	7,80	7,85
X 15 08	Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile mit Natur-Fango oder Natur-Moor (Behandlungsdauer 20 - 30 Minuten)	9,10	----

* Es wurde der Text des Vertrages der Primärkassen abgedruckt, die Leistungsbeschreibung im Vertrag mit den Ersatzkassen ist nahezu identisch.

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Physiotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

X 15 30	Heiße Rolle (Behandlungsdauer 10 - 15 Minuten)	6,90	6,52
X 15 31	Ultraschall-Wärmetherapie (Behandlungsdauer 10 - 20 Minuten)	7,25	7,16

Bäder (Voll- oder Teilbäder) mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor

X 15 32	Vollbad (Behandlungsdauer 15 - 45 Minuten)	28,70	28,78
X 15 33	Teilbad (Behandlungsdauer 15 - 45 Minuten)	21,70	21,76

Kältetherapie

X 15 34	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen (Behandlungsdauer 5 - 10 Minuten)	5,35	6,23
---------	---	-------------	-------------

Standardisierte Kombination von Maßnahmen der Physiotherapie („Standardisierte Heilmittelkombination“)

X 20 01	Die Position X 20 01 kann abgegeben werden, wenn die zugelassene Praxis über die fachlichen, sächlichen und räumlichen Anforderungen zur Abgabe der in der verordneten standardisierten Heilmittelkombination erstgenannten (obligatorischen) Maßnahmen verfügt. Dies gilt auch für die weiteren (ergänzenden) Maßnahmen der standardisierten Heilmittelkombination, sofern der Vertragsarzt diese spezifisch verordnet hat. Die unter dieser Position beschriebenen Leistungen können nur abgerechnet werden, wenn die fachliche Qualifikation überprüft und die Erweiterung der Leistungsberechtigung von den zulassenden Stellen erteilt wurde. Der Nachweis ist den zuständigen Stellen (Anlage 1 Ziffer 2 a) des Rahmenvertrages vorzulegen.	30,45	30,68
	D1 (Behandlungsdauer 60 Minuten)		

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Physiotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

Leistungen außerhalb der Heilmittelversorgung

X 19 01	Unterweisung zur Geburtsvorbereitung (Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen) (Unterweisungsdauer 60 Minuten, maximal 14 Stunden)	5,11	5,09
X 9701	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (Diese Leistung kann pro Verordnung einmal abgerechnet werden.)	----	0,56

Ärztlich verordneter Hausbesuch

	Bei routinemäßigen Hausbesuchen in Altersheimen bzw. Wohngemeinschaften, sofern mehrere Personen an einem Tag behandelt werden, gilt Folgendes pro Behandler:		
X 99 01	Für den ersten Patienten die volle Abrechnung der Hausbesuchspauschale	8,05	7,67
X 99 02	Für jeden weiteren Patienten	4,00	2,91

Wegegeldgebühr

X 99 12	a) Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel: Ersatz der tatsächlichen Kosten	tats. Kosten	----
X 99 07	b) Bei Benutzung eines eigenen Kraftwagens, je km	0,30	----
X 99 03	c) mit einer Mindestgebühr von Mit dieser Mindestgebühr sollen Ortsfahrten im 2-km-Bereich abgegolten sein. Das Wegegeld bei Hausbesuchen mehrerer Versicherter einer sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) am selben Tag ist je Behandler nur einmal abrechenbar. In begründeten Ausnahmefällen ist eine zweimalige Abrechnung der Wegegeldgebühr je Behandler möglich.	2,10	----
X 99 09	Wegegeld in geschlossenen Ortschaften - pauschal je Besuch (kann in Verbindung mit den Positionen X 99 01 und X 99 02 nur einmal abgerechnet werden)	----	2,61
X 99 06	Wegegeld, sofern die Ortsgrenze überschritten wird, entweder pauschal (kann in Verbindung mit den Positionen X 99 01 und X 99 02 nur einmal abgerechnet werden)	----	2,61

* Es wurde der Text des Vertrages der Primärkassen abgedruckt, die Leistungsbeschreibung im Vertrag mit den Ersatzkassen ist nahezu identisch.

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Physiotherapie *	Preise in € gültig ab	
		1.7.2002 PKK	1.2.2002 EKK

X 99 10	oder je km (kann in Verbindung mit den Positionen X 99 01 und X 99 02 nur einmal abgerechnet werden)	----	0,27
---------	---	------	-------------

Heilmittel-Pos.-Nr.	Maßnahmen der Podologie	Preise in € gültig ab	
		1.9.2002 PKK	1.9.2002 EKK

7 80 01	Hornhautabtragung/-bearbeitung (beider Füße) (Richtwert: 20 - 30 Minuten)	14,50	14,50
7 80 04	Hornhautabtragung/-bearbeitung (eines Fußes) nur bei Amputation (Richtwert: 10 - 20 Minuten)	8,70	8,70
7 80 02	Nagelbearbeitung (beider Füße) (Richtwert: 20 - 25 Minuten)	13,05	13,05
7 80 05	Nagelbearbeitung (eines Fußes) nur bei Amputation (Richtwert: 10 - 15 Minuten)	7,25	7,25
7 80 03	Podologische Komplexbehandlung (beider Füße) Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung (Richtwert: 40 - 50 Minuten)	26,10	26,10
7 80 06	Podologische Komplexbehandlung (eines Fußes) Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung nur bei Amputation (Richtwert: 20 - 30 Minuten)	14,50	14,50

Ärztlich verordneter Hausbesuch

7 99 01	Zuschlag	7,00	7,65
7 99 02	Besuch mehrerer Kranker derselben sozialen Gemeinschaft je Person – beispielsweise in Altenheimen – in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit 7 99 01 abrechenbar)	3,50	2,90
7 99 07	Wegegebühr je Kilometer	0,28	0,28

* Es wurde der Text des Vertrages der Primärkassen abgedruckt, die Leistungsbeschreibung im Vertrag mit den Ersatzkassen ist nahezu identisch.

www.kvbawue.de

Alles Gute.

