

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
--------	-----------

Richtlinientext

<p>1) Wie ist hinsichtlich der Klassifizierung der Verordnungen ab dem 1. Juli 2004 bei bestehenden Heilmittelversorgungen zu verfahren?</p>	<p>Bestehende Heilmittelversorgungen werden fortgeführt, sofern die kontinuierliche Fortsetzung der Behandlung erforderlich ist. Ist die jetzt gültige Gesamtverordnungsmenge noch nicht erreicht, wird eine Folgeverordnung im Regelfall ausgestellt. Ist die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bereits erreicht, erfolgt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls. Ein neuer Regelfall ist gegeben, wenn bei bestehenden Erkrankungen nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen abgelaufen ist.</p>
<p>2) Können die alten Verordnungsblätter aufgebraucht werden?</p>	<p>Es gilt die vereinbarte Übergangslösung (Schreiben der KBV an die KVen vom 30.06.2004 und Schreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen an die Berufsverbände vom 25. Juni 2004).</p>
<p>3) Sind bei zwei Regelfällen, die im zeitlichen Zusammenhang entstehen, zwei separate Verordnungen auszustellen?</p> <p>Gilt dies sowohl bei unabhängigen Erkrankungen einer Diagnosengruppe als auch bei Erkrankungen aus unterschiedlichen Diagnosengruppen?</p>	<p>Ja!</p>
<p>4) Wie ist mit verordneten aber nicht in Anspruch genommenen Behandlungen bezogen auf die Gesamtverordnungsmenge zu verfahren?</p> <p>Gilt stets die vom Vertragsarzt verordnete Menge, da nur diese für den Arzt nachprüfbar ist?</p>	<p>Es gilt stets die vom Vertragsarzt verordnete Menge. Verordnete, aber nicht in Anspruch genommene Mengen verfallen, es sei denn, es wird nachgewiesen, dass die Verordnung nicht begonnen wurde (Rückgabe der Verordnung).</p>

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
--------	-----------

5) Ist die Frequenz (Anzahl je Woche) stets anzugeben?	Ja. Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist die Angabe entscheidend für die maximale Verordnungsmenge. Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von zwölf Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.
6) Es werden bei einer Erstverordnung (z. B. WS 1 a mit bis zu sechs Einheiten) nur 4 Einheiten verordnet. Können die restlichen 2 Verordnungen bis zum Erreichen der Gesamtverordnungsmenge später im Rahmen des Regelfalles noch nachgeholt werden?	Ja.
7) Muss vor einer Verordnung außerhalb des Regelfalls stets das Verfahren über Erst- und Folgeverordnung(en) durchlaufen werden?	Ja. Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls kann erst ausgestellt werden, wenn die Verordnungen im Regelfall bis zur Gesamtverordnungsmenge durchlaufen wurden. Allerdings ist es möglich, eine Verordnung außerhalb des Regelfalls schon dann auszustellen, wenn aus der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls weniger als drei Einheiten verfügbar sind und die verordnete Menge die verfügbaren Behandlungseinheiten aus der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls überschreitet (z. B. Verordnungsmenge des Regelfalls 24, davon sind 22 Einheiten verbraucht; es werden mehr als die im Regelfall noch verfügbaren 2 Einheiten benötigt; in diesen Fällen kann eine Verordnung außerhalb des Regelfalls mit z. B. 6 Einheiten ausgestellt werden). Diese Regelung gilt auch für chronisch kranke Patienten.

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
--------	-----------

8) Ist eine Begrenzung der Verordnung außerhalb des Regelfalls hinsichtlich der Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung erforderlich?	Ja. Eine Begrenzung der Anzahl ist erforderlich. Eine ausschließlich zeitliche Befristung (z. B. 3 Monate oder bis 31. Oktober 2004) ist nicht möglich. Die Anzahl ist maximal so zu bemessen, dass abhängig von der Behandlungsfrequenz spätestens nach 12 Wochen die Behandlung endet und eine ärztliche Kontrolle erfolgt.
9) Der Katalog sieht Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor. Wie häufig sind solche Verordnungen möglich?	Die Anzahl der möglichen Wiederholungsverordnungen außerhalb des Regelfalls ist nicht festgelegt. Sie richtet sich zwingend nach der medizinischen Notwendigkeit. Jede dieser Verordnungen muss begründet und der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden, sofern die Krankenkasse nicht darauf verzichtet.
10) Liegt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls 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.

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
<p>11) Können Doppel-Behandlungseinheiten verordnet werden (z. B. 6 verordnete Einheiten werden als 3 Doppeleinheiten angegeben)?</p>	<p>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“ 6 Einheiten angegeben, können 3 Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die im Katalog genannte diagnosebezogene „Verordnungsmenge im Regelfall“ nicht.</p>
<p>12) Können ergänzende Heilmittel alleine ohne ein vorrangiges oder optionales Heilmittel verordnet werden?</p>	<p>Ja. Allerdings nur Maßnahmen der Elektrotherapie/ -stimulation sowie Ultraschall-Wärmetherapie, sofern der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.</p>
<p>13) Können auf einem Verordnungsblatt bei gleicher Indikation zwei ergänzende Heilmittel verordnet werden (z. B. bei WS2 Traktionsbehandlung und Wärmetherapie)?</p>	<p>Nein. Gemäß der Richtlinien Punkt 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 vorrangigem Heilmittel verordnet werden.</p>
<p>14) Können - bezogen auf eine Indikation - auch andere als die zugeordneten Heilmittel aus den Heilmittel-Richtlinien außerhalb des Regelfalles verordnet werden, soweit dies vom Arzt</p>	<p>Nein. Dies ist auch nicht außerhalb des Regelfalls möglich Hinweis: Hinweise aus der Praxis hinsichtlich fehlender Indikationen bzw.</p>

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
medizinisch gesondert begründet wird?	fehlender Zuordnung von Heilmitteln bei bestimmten Indikationen können nur an den Gemeinsamen Bundesausschuss herangetragen werden; diese werden dort bei der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinien geprüft.

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
--------	-----------

15) Ist bezüglich des Hausbesuchs bei jeder Verordnung zwischen Ja und Nein mit einem Kreuz in den dafür vorgesehenen Kästchen zu entscheiden?	Ja.
16) In den Heilmittel-Richtlinien ist unter Punkt 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).
17) Ist bezüglich des Therapieberichts bei jeder Verordnung zwischen Ja und Nein mit einem Kreuz in den dafür vorgesehenen Kästchen zu entscheiden?	Ja!
18) Ist neben dem Indikationsschlüssel stets die Diagnose, die Leitsymptomatik und das Therapieziel anzugeben?	Neben dem Indikationsschlüssel ist die Diagnose + Leitsymptomatik immer anzugeben. „Z.n. Bandscheiben-OP“ allein reicht für eine Verordnung nicht aus. Wenn die Diagnose - z. B. Zustand nach Bandscheiben-OP mit Fußheberschwäche - die Leitsymptomatik – wie in diesem Beispiel schon enthält (hier: Fußheberparese), muss sie nicht noch einmal wiederholt werden. Das Therapieziel muss nur dann angegeben werden, wenn es nicht aus der Diagnose bzw. Leitsymptomatik/Funktionsstörung hervorgeht. Hier kann beispielsweise die Spezifizierung erfolgen: „Verbesserung der Wirbelsäulen-/Gelenkstabilität“. Eine solche Therapiezieldefinition sieht der Katalog nur indirekt vor, wenn beispielsweise die Leitsymptomatik „Muskeldysbalance-, -

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
	insuffizienz und -verkürzung“ angegeben wird.
<p>19) Es wird z. T. 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?</p>	<p>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 Hausbesuchs. 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.</p>
<p>20) Verordnung von Heilmitteln</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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).</p> <p>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</p>

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
	Aufgabe des Pflegepersonals und zählt zum Leistungsspektrum des Pflegeheimes; die Vergütung erfolgt über den Pflegesatz.
21) Der Arzt verordnet eine Gruppentherapie. Der Leistungserbringer kann keine Gruppe zusammenstellen und verlangt vom Arzt die Umwandlung der Verordnung in eine Einzeltherapie.	Die Regelungen in Ziffer 29.4 der Richtlinien schließen eine Änderung der Gruppen- in eine Einzeltherapie im Einzelfall nicht aus. Hierüber ist der Arzt zu informieren. Soweit der Arzt z. B. auf Grund gruppenspezifischer Effekte oder aus wirtschaftlichen Gründen eine Gruppenbehandlung für unabdingbar hält, der Leistungserbringer aber keine Gruppenbehandlung sicherstellen kann, muss die Gruppenbehandlung durch einen anderen Therapeuten, der diese anbieten kann, erfolgen. Eine generelle Weigerung des Heilmittelerbringers zur Durchführung von Gruppentherapie ist nicht möglich.
22) Wird bei einem Wechsel bei gleichbleibendem Krankheitsbild von einer Diagnosengruppe mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf in eine Diagnosengruppe mit länger andauernden Behandlungsbedarf (z. B. von LY1 zu LY2) ein neuer Regelfall ausgelöst?	Nein. Es ist eine Folgeverordnung auszustellen und die vorherigen Behandlungseinheiten gemäß Heilmittelkatalog anzurechnen (z. B. LY2: 30 Einheiten – LY1 12 Einheiten = es verbleiben im Regelfall unter LY2 noch 18 verordnungsfähige Einheiten)
23) 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 Frühförderinstitution. Sollte diese die Heilmittelerbringung nicht leisten können, ist ausnahmsweise eine ambulante Heilmittelerbringung möglich. Dieser Ausnahmefall ist jedoch von der Frühförderstelle zu begründen.
24) Welche Behandlungsmengen sind auf die Gesamt-Verordnung anzurechnen?	Die Verordnungsmenge des vorrangigen Heilmittels ist entscheidend, soweit in Kombination verordnet wird.

Fragen	Antworten
--------	-----------

Physikalische Therapie

25) Unter welcher Diagnosengruppe kann die Faszialisparese heilmitteltherapeutisch behandelt werden?	Unter der Diagnosengruppe: PN (Periphere Paresen)
26) 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.
27) Ist die Kompressionsbandagierung nach MLD zusätzlich zu verordnen?	Ja. Die Kompressionsbandagierung ist im individuellen Einzelfall - sofern erforderlich – auf Muster 13 zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage in der gleichen Zeile zu verordnen. Sie stellt kein eigenes Heilmittel dar. Z. B.: 6 x MLD-45 + Kompressionsbandagierung.
28) Ist die Iontophorese zu Lasten der GKV ordnungsfähig?	Iontophorese ist eine besondere Form der Elektrotherapie und fällt unter die Sonderregelung für die ostdeutschen Bundesländer, soweit dies vertraglich vereinbart ist. Auf der Verordnung ist Elektrotherapie zu verordnen.
29) Können bei Mukoviszidose Inhalation und Krankengymnastik gleichzeitig verordnet werden?	Nach den HMR (einschließlich Heilmittel-Katalog) ist diese Kombination von zwei vorrangigen Heilmitteln nicht möglich. Sie kann aber medizinisch sinnvoll sein. Daher soll bei dem Diagnoseschlüssel AT3 die Inhalation zukünftig als ergänzendes Heilmittel in die HMR aufgenommen werden. Bis zu einer Änderung der Richtlinien akzeptieren die Krankenkassen bei diesem Krankheitsbild die gleichzeitige Verordnung von Krankengymnastik und Inhalation

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
30) Lässt sich die Zentrifugal-Massage in die Massagetherapie nach Punkt 17.1 der Richtlinien einordnen?	Nein. Diese Art der Massage kann nicht unter Punkt 17.1 der Richtlinien subsumiert werden. In diesem Falle wäre ein Antrag nach den Vorgaben des Punktes 33. der Richtlinien i. V. mit den BUB-Richtlinien an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Anerkennung als Heilmittel notwendig.
31) 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.
32) Können Massagen außerhalb des Regelfalls verordnet werden?	Ja. Wenn diese im Regelfall möglich waren, jedoch für alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls zusammen insgesamt bis zu der im Regelfall genannten Anzahl für Massagen. Soweit auch dies nicht ausreicht, ist zu prüfen, ob ggf. Rehabilitationsleistungen oder andere Maßnahmen notwendig sind.
33) Kann die standardisierte Heilmittelkombination außerhalb des Regelfalls verordnet werden?	Ja. Wenn diese im Regelfall möglich war, jedoch für alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls zusammen insgesamt bis zu der im Regelfall genannten Anzahl für diese Kombination. Soweit auch dies nicht ausreicht, ist zu prüfen, ob ggf. Rehabilitationsleistungen oder andere Maßnahmen notwendig sind.

Fragen	Antworten
<p>34) 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?</p>	<p>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.</p>
<p>35) Bei den Indikationen zu CP, wie z. B. Tetraplegie, finden sich sehr häufig Betonungen auf 2 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?</p>	<p>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.</p>
<p>36) Warum lassen die HMR in der Diagnosengruppe ZN2 keine Verordnung von Elektrotherapie zu?</p>	<p>Die Elektrotherapie gehört bei ZN2 derzeit nicht zum Behandlungsstandard. Unterlagen, vor allem aussagefähige Studien über neuere Erkenntnisse sollten dem G-BA zur Prüfung zugeleitet werden.</p>
<p>37) a. Ist die Indikation „Lipoedem“ nach den HMR behandelbar? Wenn ja, unter welcher Diagnosengruppe könnte es eingeordnet werden (denn es handelt sich nicht um eine Lymphabflussstörung)?</p>	<p>37) a. Das Lipoedem wird synonym auch Lipolymphoedem genannt; demnach ist eine Einordnung unter LY1 oder LY2 möglich und könnte mit einer MLD behandelt werden.</p>

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
<p>37) b. Im Richtlinien-text zu MLD-45 und MLD-60 ist die Mitbehandlung des Kopfes nicht erwähnt. Nach welchen Vorgaben ist hier für die Mitbehandlung des Kopfes zu verfahren?</p>	<p>37) b. Bei einer ausschließlichen Behandlung des Kopfes besteht die Möglichkeit, MLD-30 zu verordnen. Sind Bereiche des Halses oder auch des Gesichtes neben beispielsweise dem Hauptbereich beider Arme in die MLD einzubeziehen (z. B. nach OP eines Mammakarzinoms), so ist dies – wie bisher auch in der Praxis geschehen – im Rahmen der MLD-45 und MLD-60 möglich.</p>
<p>38) Wie kann der Begriff „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ konkretisiert werden?</p>	<p>Das „chronifizierte Schmerzsyndrom“ definiert den chronischen und/oder chronisch-rezidivierenden Schmerz selbst als eigenständige Krankheit.</p>
<p>39) Wenn im Katalog der Begriff „Massagetechniken“ verwendet wird, sind damit sämtliche Massage“formen“ (KMT, UWM, SM, PM und BGM) gemeint?</p>	<p>Ja. In Bezug auf die Begrenzung „davon für Massagetechniken bis zu 10 Einheiten“, sind alle Techniken gemeint, die in der jeweiligen Diagnosengruppe aufgeführt sind.</p>
<p>40) In der Diagnosegruppe EX2 werden für die Behandlung der Leitsymptomatik unter b keine Wärme-/Kältetherapien als ergänzende Heilmittel genannt. Diese gehören jedoch auch hier zum Behandlungsstandard.</p>	<p>Der Katalog trennt explizit Muskeldysbalance, -insuffizienz, -verkürzung (EX2b) von der (schmerzhaften) Muskelspannungsstörung (EX2c). Sofern im Zentrum der Leitsymptomatik die (schmerzhaft) Verkürzung von Muskelstrukturen behandelt werden soll, sollte auf die Leitsymptomatik unter EX2c ausgewichen werden.</p>

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
<p>41) Mit welchem Alter endet das unter EX4 genannte Kindesalter?</p>	<p>Diese Frage ist weder in den Richtlinien noch im Katalog abschließend geklärt. Damit ist aber auch eine flexible Anwendung der Diagnosengruppe EX4 gewährleistet.</p>
<p>42) Unter welche Diagnosengruppe sind Muskelerkrankungen einzuordnen? Mit welchen HMR-Vorgaben könnte beispielsweise ein Behandlungsbedarf der Rumpfmuskulatur erfolgen?</p>	<p>Muskelerkrankungen (z.B. primäre und sekundäre Muskeldystrophien) sind im Heilmittel-Katalog nicht explizit als Diagnosenbeispiele berücksichtigt, sie können aber unter Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und/oder Bindegewebsbeteiligung subsumiert werden.</p> <p>Erkrankungen mit Muskelbeteiligungen (z. B. Muskeldystrophien) können je nach Lokalisation und Behandlungsbedürftigkeit den Diagnosengruppen WS2 oder EX2 bzw. EX3 zugeordnet werden.</p> <p>Bei Muskelerkrankungen bzw. neuromuskulären Erkrankungen mit Beteiligung des ZNS und/oder des Rückenmarks und der Notwendigkeit, auch gezielt neurophysiologische Techniken, wie PNF, anwenden zu müssen, können Heilmittelverordnungen auch über die Diagnosengruppen ZN1 oder ZN2 erfolgen. Dies gilt dann, wenn die dort erwähnten Leitsymptomatiken vorliegen und einer gezielten Behandlung bedürfen.</p>
<p>43) Wie ist die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall zu ermitteln, wenn die Kombination von KMT und Elektrotherapie nach den im Regelfall max. möglichen 10 KMT-Behandlungen mit Elektrotherapie werden soll?</p>	<p>Die Elektrotherapie kann unter Berücksichtigung der vorherigen KMT-Behandlungen bis zur Gesamtverordnungsmenge fortgesetzt werden (Beispiel: Gesamtverordnungsmenge 18, Erstverordnung 6x KMT und Elektrotherapie, 1. Folgeverordnung 4x KMT und 6x Elektrotherapie, danach könnten noch bis zu 6 Einheiten Elektrotherapie im Regelfall verordnet werden).</p>

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
---------------	------------------

Fragen	Antworten
---------------	------------------

Podologische Therapie

44) Erfolgen alle Folgeverordnungen über Podologische Therapie innerhalb des Regelfalls?	Ja, da keine Gesamtverordnungsmenge festgelegt ist, erfolgen alle Verordnungen zur kontinuierlichen Behandlung als Folgeverordnungen im Regelfall . Bei einer Therapiepause von 12 Wochen wird ein neuer Regelfall mit einer Erstverordnung ausgelöst.
45) Darf der Podologe einen Fuß mit Schädigungen, klassifiziert nach Wagner-Stadium 1 bis Wagner-Stadium 5, behandeln?	Ja, wenn sich eine geschlossene Fehlbeschwiellung (Wagner-Stadium 0) an einem anderen Ort am gleichen Fuß befindet und der Behandlung mit podologischen Maßnahmen bedarf. Die Stellen mit Wagner-Stadium 1 bis 5 dürfen nicht durch den Podologen behandelt werden.

Fragen	Antworten
--------	-----------

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

<p>46) 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?</p>	<p>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.</p>
<p>47) Ist eine separat zu verordnende, ergänzende, sprachtherapeutische Befundung durch den Sprachtherapeuten gewünscht?</p>	<p>Nein. Die stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Befunderhebung ist integraler Bestandteil der Heilmittelerbringung.</p>
<p>48) Im Katalog ist die weiterführende Diagnostik nach einer festgelegten Anzahl von Einheiten vorgesehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Können Folgeverordnungen nur nach erfolgter weiterführender Diagnostik ausgestellt werden? • Müssen alle aufgezeigten diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden? • Wo kann diese Diagnostik vorgenommen werden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja. • Nein. Der Arzt entscheidet abhängig vom Störungsbild, welche Diagnostik durchzuführen ist. • 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.

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
49) Welche Diagnostik ist gemeint mit neuropsychologischer Diagnostik bzw. mit entsprechenden Tests?	<p>Die neuropsychologischen Untersuchungen können sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen sinnvoll sein. Hierbei kommen, abhängig vom Störungsbild und der konkreten Fragestellung, unterschiedliche Tests zur Anwendung.</p> <p>Bei Kindern wird diese Diagnostik z.B. von Neuropädiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern, Sozialpädiatrischen Zentren (z.B. durch angestellte Klinische Psychologen) und Phoniater und Pädaudiologen (auch in entsprechenden Zentren) durchgeführt. Das Test-Instrumentarium umfasst dabei ein breites Spektrum, wie z.B. Intelligenz, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Kognition und auch diverse Teilleistungen.</p> <p>Bei Erwachsenen stehen für diese spezifische Diagnostik Neurologen, Psychiater, Psychologe, Nervenärzte, Phoniater und entsprechende Einrichtungen zur Verfügung. Diese spezifische Diagnostik wird oftmals bei entsprechender Indikation bereits im Rahmen der neurologischen Reha durchgeführt.</p>

Fragen	Antworten
--------	-----------

Ergotherapie

50) Wie wird die ggf. erforderliche ergotherapeutische Schiene verordnet?	Die Verordnung erfolgt, da der Ergotherapeut diese abgibt, auf der Heilmittelverordnung Muster 18. Da die ergotherapeutische Schiene kein Heilmittel darstellt, erfolgt die Angabe der Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Schiene unter "ggf. neurologische/psychiatrische orthopädische Besonderheiten". Damit wird sichergestellt, dass im Abrechnungsverfahren der Heilmittelerbringer kein anderer Vordruck zur Abrechnung kommt. Durch die feststehende Abrechnungspositionsnummer für die ergotherapeutische Schiene ist sichergestellt, dass diese Leistungen bei der arztbezogenen Erfassung nicht zu Lasten des Arztes als Heilmittel berücksichtigt werden.
51) 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 Abschnitt 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.: 6x ergoth. Einzelbehandlung bei mot. Störungen und 4x Hirnleistungstraining.)