

Heilmittel

Normen

§ 32 SGB V
HeilM-RL
HeilM-RL ZÄ

Kurzinfo

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln. Heilmittel sind sächliche Mittel, die überwiegend von außen auf den Körper einwirken. Es handelt sich meist um persönliche medizinische Leistungen. Zu ihnen gehören Maßnahmen der

- physikalischen Therapie,
- podologischen Therapie,
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie,
- Ergotherapie,
- und der Ernährungstherapie.

Einzelheiten regeln die Heilmittel-Richtlinien (HeilM-RL). Diese enthalten auch einen indikationsbezogenen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel (Heilmittelkatalog), in dem die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind, die Art der verordnungsfähigen Heilmittel sowie die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe genannt werden. Die Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung regeln die HeilM-RL ZÄ.

Im Rahmen des Entlassmanagements können Ärzte im Krankenhaus für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Heilmittelverordnungen ausstellen. Aufgrund der aktuellen COVID-19-Pandemie ist bis zum 31.05.2022 eine Verordnung für bis zu 14 Kalendertagen möglich.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen zu Heilmitteln 10 % der Kosten hinzu. Zusätzlich fällt je Verordnung noch eine einmalige Gebühr von 10,00 EUR an.

Unter Verordnung ist das "Rezept" und nicht das einzelne verordnete Heilmittel zu verstehen. Werden auf einem "Rezept" verschiedene Heilmittel (z.B. Massage und Fango) verordnet, hat der Versicherte somit als Zuzahlung 10,00 EUR für die Verordnung sowie 10 % der gesamten Heilmittelkosten zu leisten.

Information

Inhaltsübersicht

1. Verordnungsmenge
2. Langfristiger Behandlungsbedarf
3. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel
4. Zuzahlung
5. Einzug der Zuzahlung

Die "Heilmittel" genannten Dienstleistungen dienen der Heilung oder Besserung einer Krankheit und werden Versicherten gewährt, wenn der Arzt diese zur Behandlung für notwendig hält und verordnet. Es handelt sich beispielsweise um Massagen, medizinische Bäder, Krankengymnastik sowie Sprach-, Elektro-, Inhalations- und Bewegungstherapie. Näheres über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung legt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Heilmittel-Richtlinien fest.

Durch die Richtlinien für Heilmittel sind nicht nur die Dienstleistungen für physikalische, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schluck- und Ergotherapie konkretisiert, sondern es ist auch eine zielgenaue Verordnung und durch

neu gestaltete Verordnungen eine verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Therapeut möglich. Der Arzt hat genügend Raum, den Therapeuten ausführlich darüber zu informieren, welche Erkrankung vorliegt, welche Krankheitszeichen besonders beachtet werden müssen oder wie das Therapieziel des gemeinsamen Patienten aussieht. Durch die blaue Durchschrift des Rezeptformulars berichtet der Therapeut auch dem Arzt über den Heilungsverlauf.

Für gesetzlich Krankenversicherte gibt es die Möglichkeit, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V zu wählen.

Maßnahmen der podologischen Therapie sind nach den Heilmittel-Richtlinien ordnungsfähige Heilmittel, wenn sie der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß infolge Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom) dienen. Seit dem 01.07.2020 ist die Podologie auch bei einer krankhaften Schädigung am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie und einer krankhaften Schädigung am Fuß als Folge eines Querschnittsyndroms ordnungsfähig. Die podologische Therapie kommt nur in Betracht bei Patienten, die ohne diese Behandlung unumkehrbare Folgeschädigungen der Füße wie Entzündungen und Wundheilungsstörungen erleiden würden.

Zur **Ernährungsberatung als Heilmittel** hat der Gemeinsame Bundesausschuss geprüft, ob und inwieweit bestimmte Maßnahmen der Ernährungstherapie als Heilmittel zu bewerten sind und auch zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ordnungsfähig sein können. Hintergrund ist das Urteil des Bundessozialgerichts, nach dem über die Aufnahme der Diättherapie in die Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien in einem förmlichen Verfahren zu entscheiden ist. Mit Wirkung vom 01.01.2018 wurde der Abschnitt H Ernährungstherapie in die Heilmittel-Richtlinien eingefügt, in dem Grundlagen, Inhalt und Qualitätssicherung der Ernährungstherapie festgelegt sind.

1. Verordnungsmenge

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat einen indikationsbezogenen Katalog ordnungsfähiger Heilmittel (Heilmittelkatalog) aufgestellt. Dieser regelt die Indikationen, bei denen Heilmittel ordnungsfähig sind, die Art der ordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen, die Menge der ordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe und die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen).

Der Heilmittelverordnung liegt jeweils ein definierter Regelfall zugrunde. Dieser geht von der Vorstellung aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel i.R.d. Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann. Die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen (Einheiten) je Verordnung im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog. Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls.

Eine Heilmittelverordnung liegt im Regelfall dann vor, wenn die Auswahl zwischen den im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen und die dort festgelegten Verordnungsmengen je Diagnosegruppe nicht überschritten wird. Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sind bis auf die in den Richtlinien genannten Ausnahmen nicht zulässig.

Die Heilmittel sind nach Maßgabe des Kataloges im Regelfall als Erst- oder Folgeverordnung ordnungsfähig.

Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalls) als Folgeverordnung. Folgeverordnungen im Regelfall können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden.

Die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen beträgt bis zum Erreichen der Gesamtverordnungsmenge jedes Regelfalls in der

- physikalischen und podologischen Therapie bis zu sechs,
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie bis zu zehn,
- Ergotherapie bis zu zehn Einheiten,
- Ernährungstherapie je nach Bedarf für max. 12 Wochen

Ausnahmen werden im Heilmittelkatalog aufgeführt. Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung.

Verordnungen, die über die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse. Die in der Vergangenheit durchgeführten Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls waren mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden und wurden ohnehin nur noch von wenigen Krankenkassen durchgeführt.

Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefasst. Den Diagnosegruppen sind die jeweiligen Leitsymptomatiken (Funktionsstörungen/Schädigungen), Therapieziele, die einzeln verordnungsfähigen Heilmittel, Angaben zur Verordnung, die Verordnungsmengen und solche Empfehlungen zur Therapiefrequenz zugeordnet.

2. Langfristiger Behandlungsbedarf

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Heilmittel-Richtlinien das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf geregelt. Er hat insbesondere bestimmt, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festgelegt, in welchen Fällen ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. Ist nach der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/ strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben (§ 8a HMR). Bei den in der Anlage 2 der HMR gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges oder der Auflistung auf der Diagnoseliste über einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V auszugehen. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren findet dabei nicht statt. Bei schweren dauerhaften funktionellen/ strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 oder der Auflistung auf der Diagnoseliste über einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V vergleichbar und nicht auf diesen gelistet sind, trifft die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten die Feststellung darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf i.S.v. § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.

3. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel

Das Bundessozialgericht (BSG, 20.11.2001 - B 1 KR 31/99 R , - B 1 KR 26/00 R) stellte bezüglich der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel klar, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt.

Derzeit existieren keine pauschalierten Vergütungsregelungen im Heilmittelbereich, die eine taggenaue Zuordnung der Leistungserbringung ausschließen. Leistungspflichtig für die Erbringung von Heilmitteln ist daher die Krankenkasse, die am Tag der Erbringung der Leistung die Versicherung auch tatsächlich durchführt. Dies gilt auch bei Serienbehandlungen (vgl. LeistAbgrVIb Abschnitt 2 Nr. 5).

4. Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen zu Heilmitteln 10 % der Kosten hinzu. Zusätzlich fällt je Verordnung noch eine einmalige Gebühr von 10,00 EUR an. Die Zuzahlung hat der Versicherte bei der Abgabe von Heilmitteln auch dann zu zahlen, wenn diese in der Praxis des Arztes oder bei ambulanter Behandlung im Krankenhaus, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden; in diesem Fall richtet sich die Zuzahlung nach besonderen vertraglichen Preisen. Die Stellen, die die Heilmittel abgeben,

haben die Zuzahlungen zugunsten der Krankenkasse zu verrechnen. Die Zuzahlungen können übernommen werden, soweit sie die Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) überschreiten (Belastungsgrenze).

Unter Verordnung ist das "Rezept" und nicht das einzelne verordnete Heilmittel zu verstehen. Werden auf einem "Rezept" verschiedene Heilmittel (z.B. Massage und Fango) verordnet, hat der Versicherte somit als Zuzahlung 10,00 EUR für die Verordnung sowie 10 % der gesamten Heilmittelkosten zu leisten.

Im Falle der Heilmittelerbringung als Bestandteil der ärztlichen Behandlung ist aus Gründen der Gleichbehandlung der Versicherten neben der 10%igen Zuzahlung auch die Verordnungsgebühr zu entrichten.

Beispiel:

Verordnung einer Serie von sechs Massagen (je 9,31 EUR) plus Wärmepackung (je 6,65 EUR).

Berechnung der Zuzahlung:

10 % von 9,31 EUR = 0,93 EUR (kaufm. gerundet) × 6 (Einheiten)	= 5,58 EUR
10 % von 6,65 EUR = 0,67 EUR (kaufm. gerundet) × 6 (Einheiten)	= 4,02 EUR
+ eine Verordnung	<u>= 10,00 EUR</u>
Gesamtzuzahlungsbetrag	= 19,60 EUR

5. Einzug der Zuzahlung

Der Leistungserbringer hat die gesetzliche Zuzahlung, die der Versicherte zu entrichten hat, einzuziehen und mit seinem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen (§ 43c Abs. 1 SGB V). Dies gilt sowohl für die prozentuale Zuzahlung als auch für die Verordnungsgebühr. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

Siehe auch

Arznei- und Verbandmittel

Belastungsgrenze

Hilfsmittel

BSG, 28.06.2000 - B 6 KA 26/99 R