



---

# ERFORDERNIS UND AUSGESTALTUNG EINER POSITIVLISTE FÜR PRÜFKRITERIEN BEI HEILMITTELVERORDNUNGEN

---

Schriftenreihe: Lösungen für eine verbesserte Patientenversorgung

4. DEZEMBER 2019

**TAL gGmbH**

Hartmannsweilerstraße 71, 65933 Frankfurt am Main

## Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund.....	2
1.1 Probleme in der praktischen Umsetzung.....	2
1.2 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015.....	3
1.3 Anlage 3 der Heilmittelrichtlinie.....	5
2. Aktuelle Situation.....	5
3. Exkurs Zuzahlungen für Heilmittelleistungen.....	6
4. Diskussion.....	7
5. Empfehlungen.....	8
6. Quellen.....	10
Anhang.....	12

## Abkürzungsverzeichnis

BSG	Bundessozialgericht
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HeilM-RL	Heilmittelrichtlinie
HIS	Heilmittel-Informationssystem
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
VPT	Verband Physikalische Therapie

## 1. Hintergrund

Seit Jahren berichten Therapie-Praxen von Problemen mit falsch ausgestellten Heilmittelverordnungen (*Ärzteblatt, 2014, S.1*). Eine ordnungsgemäß nach den Vorgaben der Heilmittelrichtlinie ausgestellte Verordnung ist jedoch Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber den Kostenträgern (*BSG, 13.09.2011 - B 1 KR 23/10 R*).

Auch die generelle Pflicht der Leistungserbringer aufgrund der Rahmenbedingungen, die Heilmittelverordnung zu prüfen, wurde bereits durch das Bundessozialgericht bestätigt (*BSG, 27. 10. 2009 – B 1 KR 4/09 R*). Beide Sachverhalte sind unter der aktuellen Rechtsprechung folglich unstrittig.

### 1.1 Probleme in der praktischen Umsetzung

Allein die Kombination unterschiedlicher Inhalte der Verordnungen und daraus möglicherweise resultierender Fehler, führen zu etwa 300 potentiellen Fehlerquellen. So ermittelte der VPT im Jahr 2012 eine Quote von 20-30% fehlerhaft ausgestellter Verordnungen (*Oldenburg, 2012, S.11*). Im Jahr 2012 wurden bundesweit ca. 34 Millionen Heilmittelverordnungen ausgestellt (GKV-HIS, Bundesbericht, 4.Quartal 2012). Bei angenommen 20% falsch ausgestellten Verordnungen handelt es sich dann um etwa 7 Millionen Fälle, in denen nach Prüfung die Verordnung an den Arzt zurückgeht, wobei dies für ältere und schwerst betroffene Patienten eine so große Hürde darstellt, dass die Therapeuten selbst entweder per Fax oder persönlich eine Korrektur vornehmen lassen müssen. Nach erfolgter Korrektur muss die Verordnung erneut geprüft und in einigen Fällen nochmals korrigiert werden. Bei 7 Millionen Fällen ist es nicht unwahrscheinlich, dass trotz eines erheblichen Prüfaufwands fehlerhafte Verordnungen in die Abrechnung gelangen, die dann unter Umständen trotz erbrachter Leistung nicht honoriert werden.

Zudem wurden teilweise Prüfkriterien einseitig von den Kostenträgern anders interpretiert. Zum Teil ging es dabei schlicht um unterschiedliche Formulierungen wie Schlingentisch und Traktion. Oder es erfolgten Absetzungen bei der Diagnose HWS-Syndrom, da diese nach Ansicht der Kostenträger zu unspezifisch sei, obwohl eine konkrete ICD10 Codierung vorlag (*Oldenburg, 2012, S.10*).

## 1.2 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015

Der Gesetzgeber erkannte diese Problematik und schaffte 2015 im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zwei konkrete Lösungen. Zum einen sollte die Software der Ärzte durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert werden und künftig bei der Heilmittelverordnung eine richtlinienkonforme Ausstellung ermöglichen, zum anderen sollten die Kostenträger und die maßgeblichen Verbände der Heilmittelerbringer in der Anlage 3 zu den jeweiligen Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs.1 SGB V konkrete Inhalte als Prüfkriterien vereinbaren. Wörtlich heißt es in der Gesetzesbegründung:

„Durch die Ergänzung wird bestimmt, dass in den Rahmenempfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln insbesondere die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung zu regeln sind. Ein Vergütungsanspruch des Heilmittelerbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Die Angaben der Verordnung sind erforderlich, damit eine sachgerechte und wirtschaftliche Therapie erfolgen kann. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 27. Oktober 2009, Az. B 1 KR 4/09, Urteil vom 13. September 2011, Az. B 1 KR 23/10) sind die Leistungserbringer im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen. Durch die Regelung werden die Vertragspartner in ihrem Bemühen unterstützt, sich in gemeinsamer Verantwortung auf praktikable Verfahrensweisen im Umgang mit fehlerhaft ausgestellten Verordnungen zu verständigen. Die obligatorische Regelung der notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung in den Rahmenempfehlungen soll insoweit zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen, verordnenden Ärztinnen und Ärzten und den Heilmittelerbringern beitragen und sicherstellen, dass formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung vermieden werden. In den einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen sollen insbesondere die Pflichten der Leistungserbringer sowie Korrekturmöglichkeiten, Korrekturform und Korrekturzeitpunkt der Abrechnungen festgelegt werden. Die Regelung soll sicherstellen, dass Rechnungskürzungen nur in berechtigten Fällen erfolgen und Nullretaxationen aufgrund rein formaler Fehler bei der Ausstellung der Verordnung sowie Nullretaxationen ohne Korrekturmöglichkeiten unterbunden werden. (...) Zur Unterstützung des Ziels der Vermeidung unberechtigter Retaxationen regelt der neue § 125 Absatz 1 Satz 8 darüber hinaus, dass die Vorgaben der Rahmenempfehlungen für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung für die Verträge nach Absatz 2 maßgeblich sind. Dies trägt bundesweit und einheitlich zur Rechtsklarheit zwischen den Beteiligten bei.“ (*Deutscher Bundestag, 2015 S. 117*).

Für die Ergotherapie wurde am 15.04.2016 eine entsprechende Regelung getroffen (*GKV-Spitzenverband, 2016*).

Ob, dies dazu geführt hat, dass es im Bereich der Ergotherapie weniger Absetzungen oder eine geringere Fehlerquote bei den ausgestellten Verordnungen gegeben hat, lässt sich anhand der Literatur nicht darstellen.

Zu der Notwendigkeit einer zertifizierten Software heißt es in der Begründung zum Gesetzentwurf:

„Es wird – ähnlich wie in § 73 Absatz 8 Satz 7 für die Verordnung von Arzneimitteln – bestimmt, welche Kriterien die zu nutzende Praxissoftware erfüllen muss; auch damit sollen formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung vermieden werden. Insbesondere muss durch die Praxissoftware eine heilmittelrichtlinienkonforme Verordnung und die Berücksichtigung von besonderen Verordnungsbedarfen gewährleistet sein. Zudem muss die Software von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sein. Die Zuständigkeit für die Zertifizierung dieser Programme liegt bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die inhaltlichen Vorgaben für die Praxissoftware vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam im Bundesmantelvertrag. Die Vereinbarung ist im Rahmen einer angemessenen Übergangsfrist innerhalb eines halben Jahres bis zum letzten Tag des sechsten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats abzuschließen,“ (*Deutscher Bundestag, 2015, S. 84*).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung benennt die Vorteile einer zertifizierten Software wie folgt:

#### **Vorteile der zertifizierten Software im Überblick**

- **Mehr Zeit:** Alle Informationen sind elektronisch hinterlegt und schnell verfügbar, langes Suchen im Heilmittelkatalog oder in den Diagnoselisten entfällt.
- **Mehr Sicherheit:** Die Software unterstützt das korrekte Ausstellen der Verordnungen und weist auf Fehler hin; dies kann gerade für Ärzte hilfreich sein, die nur selten Verordnungen ausstellen.
- **Immer aktuell:** Durch die Quartalsupdates der Praxisverwaltungssysteme sind alle Informationen immer auf dem aktuellen Stand.
- **Alles inklusive:** Ob Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Podologie – die Software unterstützt die Verordnung sämtlicher Heilmittel.

(*KBV, 2016, S.2*)

### 1.3 Anlage 3 der Heilmittelrichtlinie

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die Möglichkeit geschaffen bundeseinheitliche Rahmenverträge zwischen dem GKV Spitzenverband und den maßgeblichen Heilmittelverbänden zu verhandeln. Praktisch wäre ein solcher Rahmenvertrag auch als geeigneter Ort anzusehen, Regelungen zu Prüfinhalten zu konkretisieren. So weisen folgerichtig die maßgeblichen Verbände in ihren Stellungnahmen zur Neugestaltung der Heilmittelrichtlinie darauf hin, dass der G-BA keine Regelungskompetenz für diese Inhalte gemäß § 92 Abs.1 Nr.6 SGB V besitzt (*Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a, S.702f*). Interessanterweise hatten die Verbände noch im ersten Stellungnahmeverfahren dahingehend argumentiert, dass eine Aufnahme der Anlage 3 in die HeilM-RL sinnvoll wäre (*Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019a, S.218*). Zu diesem Zeitpunkt waren jedoch die Beratungen zum TSVG und damit die Möglichkeit eines bundeseinheitlichen Rahmenvertrages noch nicht abzusehen. Schließlich wurde die Aufnahme der Anlage 3 in die HeilM-RL am 22.11.2019 beschlossen (siehe Anhang).

## 2. Aktuelle Situation

Regional unterschiedliche Prüfkriterien und Vorgehensweisen der Krankenkassen führen zu einer weiteren Verschlechterung der Situation (*Optica, 2018, S.1*) Therapiepraxen verlieren dann zwangsläufig den Überblick und fühlen sich als Vertragspartner im Stich gelassen.

Die IKK Classic führte 2018 systematisch rückwirkende Kürzungen von bereits abgerechneten und bezahlten Verordnungen bis zum Jahr 2015 durch und nutzte entsprechende Regelungen des Rahmenvertrags aus (*Optica, 2019, S.1*).

Ob diese Problematiken durch das Ausbleiben der Konkretisierung zu der Anlage 3 der HeilM-RL im Bereich der Physiotherapie ausgelöst oder begünstigt wurden, lässt sich anhand der vorhandenen Literatur nicht beurteilen. Offenkundig wurde dem ausdrücklich bekundeten Willen des Gesetzgebers, die Heilmittelverordnungen fehlerfrei und ohne Absetzungen aufgrund formaler Fehler besser zu stellen, bisher nicht entsprochen.

Das Beispiel der IKK Classic zeigt hingegen, dass die Patienten zusätzlich betroffen sind, wenn speziell diese Versicherten aufgefordert werden, ihre Verordnungen vor Therapiebeginn grundsätzlich durch die IKK prüfen zu lassen oder über Absetzungen informiert werden (*Optica, 2019, S.1*). Teilweise wurde die Zusammenarbeit mit der IKK Classic durch Therapiepraxen schon beendet (*Intermedtris, 2019*), oder zumindest wird dies in Erwägung gezogen (*Fischer, 2019, S.1*).

Eine Online-Befragung für Heilmittelerbringer mit 1174 Teilnehmern gibt weiteren Aufschluss über die aktuelle Situation. 68% der Befragten sehen den Aufwand für Abrechnungsprüfungen als so gewichtigen Teil der Arbeitszeit an, dass weniger Zeit für die Patientenversorgung zur Verfügung steht. 38% der Befragten können sich vorstellen die Behandlung von Patienten abzulehnen, deren Krankenkasse besonders hohe Absetzungsquoten hat. Nur knapp 13% der Therapeuten lehnen aktuell eine solche Maßnahme ab (*Therapeuten am Limit, 2019, S.11*).

Als Ergebnis der Befragung wird subsummiert, dass falsch ausgestellte Heilmittelverordnungen noch immer ein großes Problem in der Patientenversorgung darstellen. Die Bemühungen des Gesetzgebers die Situation zu entschärfen seien gescheitert, mit allen negativen Konsequenzen für die Patientenversorgung.

Ein häufig erwähnter Absetzungsgrund ist in der Systematik der Zuzahlungsleistungen zu erkennen.

### **3. Exkurs Zuzahlungen für Heilmittelleistungen**

Die Rechtsgrundlage für Zuzahlungen im Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung findet sich in § 61 SGB V. Hier wird deutlich, dass die Zuzahlungen in den verschiedenen Leistungsbereich unterschiedlich geregelt sind. Für die Bereiche Häusliche Krankenpflege und Heilmittel werden die Zuzahlungen nicht wie in allen anderen Bereichen mit maximal 10 Euro begrenzt, sondern es wird eine Zahlung von 10 Euro je Verordnung und zusätzlich eine 10 prozentige Kostenbeteiligung erhoben. Dadurch wird sichergestellt, dass die Versicherten, die auf eine Leistung in den beiden letztgenannten Versorgungsbereichen angewiesen sind, immer an möglichen Honorarerhöhungen beteiligt werden. Hier wäre eine Ungleichbehandlung zu diskutieren.

Aktuell stellte die Fraktion DIE LINKE Anfragen betreffend der Zuzahlung im Heilmittelbereich an die Bundesregierung. In ihrer Antwort nennt die Bundesregierung als gewünschten Effekt von Zuzahlungen, dass das Bewusstsein für die Kosten medizinischer Leistungen geschärft und die Eigenverantwortung von Versicherten gestärkt werden soll. Im Detail wird erwähnt, dass die Höhe an Zuzahlungen in den einzelnen Leistungsbereichen sehr unterschiedlich war. So wurden 2018 für Heilmittel 240 Millionen Euro mehr an Zuzahlungen geleistet, als für Krankenhausbehandlungen (*Gebhardt, 2019, S.2*). Bei Versicherten muss folglich die Annahme entstehen, dass Heilmittel verhältnismäßig teure Leistungen sind.

Wenn in einem solidarisch finanzierten System mit endlichen Ressourcen eine Eigenbeteiligung eine Möglichkeit der Finanzierung darstellen soll, dann müssten als Mindestforderung, dem Solidarprinzip folgend, Versicherte mit unterschiedlichen Leistungsansprüchen auch gleich belastet werden. Das dies im Heilmittelbereich nicht der Fall

ist, zeigen die Bestimmungen in § 61 SGB V sowie die Summen der Zuzahlungen im Verhältnis zu den Gesamtausgaben.

Zudem widersprechen Zuzahlungen dem Versicherungsprinzip, das darauf beruht, dass Menschen im Voraus für einen möglicherweise eintretenden Schadensfall bezahlen, um sich gegen finanziellen Folgen, die aus diesem Schadensfall resultieren könnten, abzusichern. Zuzahlungen werden hingegen grundsätzlich erst mit dem Eintritt eines Gesundheitsproblems fällig. Diese Finanzierungform beschränkt sich folglich auf Kranke und verschont Gesunde. So wirken jegliche Formen von Selbstbeteiligungen von Patienten einem Grundelement des Solidarprinzips entgegen, nach dem die Gesunden für die medizinische Behandlung der Kranken aufkommen. Eine sozial gerechte Gesundheitsfinanzierung hat den Anspruch, dass die Beitragserhebung unabhängig vom Krankheitseintritt beziehungsweise der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erfolgt (*Holst, Laaser, 2003, S.3*).

Es muss auch diskutiert werden, ob Zuzahlungen zu einem Leistungsverzicht führen können und zwar unabhängig von Härtefallregelungen. So besteht nach Aussage des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages Konsens darin, dass von der Selbstbeteiligung besonders einkommensschwache sowie Versicherte mit schlechtem Gesundheitszustand betroffen sind, und darüber hinaus negative Folgewirkungen durch unterbliebene rechtzeitige Behandlung bestünden (*Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, 2010, S.1*).

#### **4. Diskussion**

Heilmittelerbringer sind im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Heilmittelverordnung angewiesen, um ihre Leistungen abzugeben und einen Vergütungsanspruch gegenüber der Kostenträger zu erwirken. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt dafür ohne Mitbestimmungsrecht der Heilmittelerbringer Rahmenbedingungen fest, für deren Einhaltung wiederum die Heilmittelerbringer mit ihrem Einkommen haften. Diese Rahmenbedingungen scheinen so komplex zu sein, dass Ärzte nicht in der Lage sind, durchgängig richtlinienkonforme Heilmittelverordnungen auszustellen. Die Frage, ob diese Rahmenbedingungen überhaupt wissenschaftlich vertretbar sind, sei an dieser Stelle ausdrücklich ausgenommen, denn dies wäre aufgrund der notwendigen Detailtiefe an anderer Stelle zu diskutieren. Zu hinterfragen ist, ob ein relativ starres Konstrukt wie der Heilmittelkatalog die geeignete Methode darstellt um den jeweils wissenschaftlich aktuellen Stand der Versorgung abzubilden, der nach § 2 Abs.1 SGB V gewährleistet sein muss, auch um eine wirtschaftliche Versorgung gemäß § 12 SGB V erbringen zu können. Genau auf diesen Aspekt der wirtschaftlichen Leistungserbringung weitete das Bundessozialgericht die Prüfpflicht der Heilmittelerbringer aus. Es wäre folglich denkbar, dass ein Teil der Prüfpflicht, die Prüfung auf Vollständigkeit und Regelkonformität mit den Heilmittelrichtlinien, mit einem



anderen Aspekt der Prüfpflicht, der Leistungserbringung nach aktuellem Kenntnisstand und unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, kollidiert.

Hier wird ersichtlich, dass eine viel detailliertere Untersuchung der Systematik der Heilmittelversorgung angezeigt ist.

Der Gesetzgeber hat zum Schutz der Patienten und zur Sicherstellung der Versorgung im Jahr 2015 klar seinen Willen bekundet, dass Absetzungen im Heilmittelbereich aufgrund formaler Fehler ausgeschlossen sein müssen. Vier Jahre später muss konstatiert werden, dass dieses Ziel nicht erreicht wurde. Im Gegenteil hat sich die Situation für Patienten deutlich verschlechtert. Verbesserungen mit Inkrafttreten der neuen Heilmittelrichtlinie im Oktober 2020 scheinen möglich, sind jedoch nicht garantiert, wie die bisherigen Erfahrungen zeigen.

## 5. Empfehlungen

Kurzfristig sollten die Probleme in der täglichen Versorgung minimiert werden. Wie die bisherigen Erfahrungen zeigen, gelingt dies nicht im Rahmen der Selbstverwaltung, viel eher wäre eine gesetzliche Regelung anzustreben. Patienten bekommen aufgrund ihrer Problematik eine ärztliche Verordnung und sollten ebenso wie Therapeuten davon ausgehen können, dass diese fehlerfrei ausgestellt wurde. Daraus folgt, dass Therapeuten zwar unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung die Verordnung auf Vollständigkeit prüfen müssen, die Plausibilitätsprüfung aber entfallen kann, zumal für die Ärzte die Verwendung einer zertifizierten Software seit mehr als zwei Jahren vorgeschrieben ist.

Den Kostenträgern kann ein Recht auf Rechnungsprüfung nicht verwehrt werden, diese Prüfung sollte jedoch nur zuvor klar beschriebene Sachverhalte beinhalten dürfen, die dann auch zu Absetzungen führen können. Mögliche Inhalte einer solchen Positivliste wären:

- Fehlende Arztunterschrift
- Fehlende Bestätigung des Versicherten
- Kein bestehender Versicherungsschutz
- Keine Erlaubnis für abgerechnete Leistung (Zertifikatsleistung)
- Behandlungstermin wurde bereits mit einer anderen Verordnung abgerechnet
- Überschneidung mit stationärer Behandlung (jedoch nicht am Tag der Aufnahme/Entlassung)
- Falscher Preis
- Fehlende Zulassung
- Unzulässige Nachberechnung
- Abgerechnete und verordnete Maßnahme stimmen nicht überein (auch Hausbesuch)
- Falsche Hausbesuchspauschale
- Unspezifische Wärmetherapie (günstigste Maßnahme wird erstattet)

- Fehlende oder unvollständige Unterlagen
- Fehlende Zuständigkeit (z.B. bei Zuständigkeit einer Berufsgenossenschaft)
- Falsches Verordnungsmuster
- Abgerechnete Leistung wurde nicht erbracht
- Änderung, die eine Bestätigung des Arztes erfordert hätte
- Der späteste Behandlungsbeginn wurde überschritten
- Leistung ist verjährt
- Behandlungsmenge übersteigt die Verordnungsmenge
- Versicherter ist zum Zeitpunkt der abgerechneten Leistung bereits verstorben

Zuzahlungen im Bereich der Heilmittelversorgung sollten zukünftig entfallen oder zumindest auf 10 Euro pro Behandlungsfall reduziert werden. Durch diese Maßnahme könnte eine spürbare Entbürokratisierung im Praxisalltag und eine steigende Zahl an Therapeutenstunden für die Patientenversorgung erreicht werden. Fehlanreize, die zu einem Leistungsverzicht führen können, könnten minimiert werden.

Langfristig sollte die Systematik der Wirtschaftlichkeit der Heilmittelversorgung hinterfragt werden. Dazu gehört auch die Überprüfung der Mengensteuerung unter rechtlichen, ethischen und ökonomischen Gesichtspunkten.

## 6. Quellen

Ärzteblatt; (2014); „Heilmittelverordnungen sind häufig falsch ausgefüllt“, online: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57447/Heilmittelverordnungen-sind-haeufig-falsch-ausgefuellt>, Aufruf 04.12.19

Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste; (2010); Selbstbeteiligung als Steuerungselement im Gesundheitswesen, WD 9 – 3000-142/10

Deutscher Bundestag; (2015); Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), Drucksache 18/4095, 18. Wahlperiode

Fischer, A.; (2019); Ärger um Abrechnungen - Warum Physiotherapeuten einige Patienten bald nicht mehr behandeln könnten, Badische Nachrichten, 3.11.2019, online: <https://bnn.de/nachrichten/sonntag/warum-physiotherapeuten-einige-patienten-bald-nicht-mehr-behandeln-koennten>, Aufruf 04.12.2019

Gebhart, T; (2019) Antwort auf die Schriftliche Frage Februar 2019, Arbeitsnummer 2/364, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss; (2019a); Zusammenfassende Dokumentation - Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL), online: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6034/2019-09-19\\_HeilM-RL\\_Ueberarbeitung-HeilM-RL-HMK\\_ZD.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6034/2019-09-19_HeilM-RL_Ueberarbeitung-HeilM-RL-HMK_ZD.pdf), Aufruf 04.12.2019

Gemeinsamer Bundesausschuss; (2019b); Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 19. September 2019 zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs, online: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4031/2019-11-22\\_HeilM-RL\\_Ueberarbeitung-HeilM-RL-HMK.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4031/2019-11-22_HeilM-RL_Ueberarbeitung-HeilM-RL-HMK.pdf), Aufruf 04.12.2019

GKV-Spitzenverband; (2016); Anlage 3: Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung für Maßnahmen der Ergotherapie, online: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/heilmittel/heilmittel\\_rahmenempfehlungen/heilmittel\\_ergotherapie/20160314\\_RErgotherapie\\_Anlage\\_3\\_Unterschriftfassung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/heilmittel_ergotherapie/20160314_RErgotherapie_Anlage_3_Unterschriftfassung.pdf), Aufruf 04.12.2019

Holst, J; Laaser, U; (2003); Zuzahlungen im Gesundheitswesen Unsozial, diskriminierend und ineffektiv, Dtsch Arztebl 2003; 100: A 3358–3361 (Heft 51–52)

INTERMEDTRIS; (2019); Änderung bei der Kassenzulassung, online:  
<https://www.intermedtris.de/de/therapiezentrum/news/kassenzulassung/>, Aufruf  
04.12.2019

KBV; (2016); Informationen für die Praxis – Heilmittelverordnung, Newsletter  
„PraxisNachrichten“, Ausgabe November 2016

Oldenburg, E.; (2012); Modernes Raubrittertum – Wie Krankenkassen Therapeuten  
ausbeuten, physiopraxis 7-8/12, Thieme Verlag

Optica; (2018); AOK Bayern: keine Rückgabe von fehlerhaften Rezepten und strengere  
Prüfungen, online: [https://www.optica.de/wissenswert/detail/artikel/aok-bayern-keine-  
rueckgabe-von-fehlerhaften-rezepten-und-strengere-pruefungen/](https://www.optica.de/wissenswert/detail/artikel/aok-bayern-keine-rueckgabe-von-fehlerhaften-rezepten-und-strengere-pruefungen/), Aufruf 4.12.2019

Optica; (2019); IKK kürzt rückwirkend – Hintergründe und Empfehlungen, online:  
[https://www.optica.de/wissenswert/detail/artikel/ikk-kuerzt-rueckwirkend-hintergruende-  
und-empfehlungen/](https://www.optica.de/wissenswert/detail/artikel/ikk-kuerzt-rueckwirkend-hintergruende-und-empfehlungen/), Aufruf 04.12.2019

Therapeuten am Limit; (2019); Absetzungen von Honoraren der Gesetzlichen  
Krankenversicherung in der ambulanten Heilmittelversorgung - Onlinebefragung vom 01.11.  
bis 06.11.2019, online: [https://therapeuten-am-limit.de/wp-  
content/uploads/2019/11/Auswertung-Onlinebefragung-Absetzungen-im-Heilmittelbereich-  
2-2.pdf](https://therapeuten-am-limit.de/wp-content/uploads/2019/11/Auswertung-Onlinebefragung-Absetzungen-im-Heilmittelbereich-2-2.pdf), Aufruf 04.12.2019

## Anhang

Anhang zum Beschluss

### Anlage 3 zur HeilM-RL: Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen

Diese Anlage stellt die Anforderungen der §§ 13 und 16 dieser Richtlinie in einer Übersicht zusammen. Sie bildet für die hier aufgelisteten Fälle die Grundlage für die formale Überprüfung der vom Arzt oder der Ärztin ausgestellten Verordnung durch die Therapeutin oder den Therapeuten. Bei inhaltlichen Auslegungsfragen zu einzelnen Angaben in dieser Tabelle sind die Ausführungen in den §§ 13 und 16 der Heilmittel-Richtlinie maßgeblich.

In der Tabelle ist dargestellt, in welchen Fällen von unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf der Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie eine Änderung notwendig ist und in welcher Form diese Änderung erfolgen muss. Sofern Änderungen eine neue Unterschrift durch die Ärztin oder den Arzt erfordern, so sind diese mit Datumsangabe auf der Verordnung vorzunehmen. Darüber hinaus enthalten die Verträge nach § 125 SGB V Regelungen zu den notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung, die von der Therapeutin oder dem Therapeuten ebenfalls zu beachten sind.

Angabe auf der Verordnung		Änderung nur mit erneuter Arztunterschrift und Datumsangabe	Änderung nur im Einvernehmen mit Arzt ohne erneute Arztunterschrift	Änderung nach Intervention an Arzt ohne erneute Arztunterschrift
a. Personalienfeld (fehlt, unvollständig oder unplausibel)		X		
b. Heilmittelbereich				X
c. Hausbesuch	bei Änderung auf „ja“	X		
d. Therapiebericht			X	
e. Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs		X		
f. Anzahl der Behandlungseinheiten	fehlt	X		
	bei Überschreitung der zulässigen Höchstmenge je VO			X
g. Heilmittel gemäß dem Katalog	fehlt oder nach Diagnosegruppe nicht verordnungsfähig	X		
	bei Änderung von Einzel- auf Gruppen-therapie (§ 8 Abs. 6 Satz 2)		X	
	bei Änderung von Gruppen- auf Einzeltherapie (§ 16 Abs. 6 Satz 1)			X
h. gegebenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel			X	
i. Therapiefrequenz (Angabe auch als Frequenzspanne möglich) [entfällt für Ernährungstherapie]			X	
j. Diagnosegruppe		X		
k. konkrete(n) behandlungsrelevante(n) [...] Diagnose(n)		X		
l. Leitsymptomatik nach HeilM-Katalog (buchstabencodiert oder Klartext) [...]			X	

(Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019b, S.4)