

Heilmittelrichtlinien / Heilmittelkatalog (HMK)

Privatpatienten (PKV):

Anders als in der GKV gehen Privatpatienten einen direkten Behandlungsvertrag mit dem Leistungserbringer ein, aus dem sich nach den Regelungen des Vertragsrechts ein unmittelbarer Honoraranspruch des Leistungserbringers *gegenüber dem Patienten* ergibt - unabhängig davon, ob und in welcher Höhe dieser ggf. einen Erstattungsanspruch gegenüber einer privaten Krankenversicherung (PKV) geltend machen kann. Somit ist auch für die Zahlungsfrist die gesetzliche Regelung bindend und nicht der Termin einer eventuellen Erstattung durch die PKV. Verordnungen für Privatpatienten sind an keine festen Vorgaben wie die HMR in der GKV gebunden, allerdings existieren auch bei PKVen eingeschränkte Tarifbedingungen sowie Kataloge erstattungsfähiger Heilmittel und Listen mit Erstattungshöchstsätzen. Diese sind von Gesellschaft zu Gesellschaft unterschiedlich und auch vom gewählten Tarif abhängig. Dabei bemühen sich verschiedene PKVen, im Zuge der Kosteneinsparung unter Verweis auf angebliche "ortsübliche" Preise die Erstattungssätze weiter zu verringern. Von PKVen wird dabei immer wieder der sogenannte Beihilfesatz als oberste Erstattungsgrenze angeführt. Das ist so nicht zutreffend, denn es sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

1. Diese Beihilfe deckt nur den "Arbeitgeberanteil" an den Krankheitskosten von Beamten ab, und diese sind nach der neuesten Rechtslage nicht mehr nur gehalten, sondern sogar verpflichtet, zur Absicherung der kompletten Behandlungskosten eine private Zusatzversicherung abzuschließen.
2. Die Beihilfelisten sieht größtenteils längere Behandlungszeiten vor als das Heilmittelverzeichnis der GKV.
3. Die beihilfefähigen Höchstsätze für Physiotherapeuten sind seit 2002 unverändert geblieben. Dem entsprechend hat das Bundesministerium des Inneren (BMI) bereits 2004 in einer Pressemitteilung ("Keine 'Extrawurst' für Beamte" vom 07.02.04) festgestellt, dass die Beihilfesätze nicht kostendeckend sind.

Daher sind die Beihilfesätze allenfalls als der unterste anzusetzende Kostensatz für Privatpatienten anzusehen. Bitte beachten Sie auch, dass solche Tarife darüber hinaus oft Regelungen enthalten, die sich kaum noch von denen der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheiden (z.B. 14-Tages-Frist bis zum Behandlungsbeginn, Zuzahlung, Genehmigung) bzw. sogar auf den HMK der GKV Bezug nehmen (z.B. hinsichtlich maximaler Verordnungsmenge und erstattungsfähiger Leistungen) - der Patient aber trotzdem als Privatpatient in die Praxis kommt mit den eingangs genannten vertragsrechtlichen Konsequenzen.

Dies gilt auch für den seit 01.01.2009 gesetzlich vorgeschriebenen Basistarif.

Die PKV sind seit dem 01.01.2009 gesetzlich verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, der in seinem Leistungsumfang dem der GKV entspricht und sich durch folgende Besonderheiten auszeichnet:

- der Maximalbeitrag ist auf den Höchstsatz der GKV beschränkt
- weder krankheitsbedingte Ausschlüsse noch Beitragszuschläge sind zulässig
- Die Leistungserbringung entspricht weitestgehend den für die GKV gültigen Regelungen.

Weitere Informationen zu dem Thema sind z.B. auf www.pkv-basistarif.org zu finden.

Gesetzliche Krankenkassen (GKV):

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht ein besonderes Vertragsverhältnis dadurch, dass der Arzt bzw. Therapeut den Patienten im Auftrage und auf Kosten der Krankenkasse behandelt. Damit haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Rahmenbedingungen für diesen Behandlungsauftrag auch unter finanziellen Gesichtspunkten vorzugeben. Für die Versorgung mit Heilmitteln, zu denen u.a. physiotherapeutische Leistungen gehören, sind so besondere Regelungen erlassen worden, die per Gesetz im Sozialgesetzbuch, 5. Buch (SGB V), in Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Leistungserbringer und in der sog. Heilmittelrichtlinie (HMR), die letztmals zum 1. Juli aktualisiert wurde, festgelegt sind. Diese reglementieren das gesamte Verfahren der Verordnung, Erbringung und Abrechnung von Heilmitteln und sind sowohl für die verordnenden Ärzte als auch für die behandelnden Therapeuten verbindlich. Insbesondere wurde ein Heilmittelkatalog (HMK) festgelegt, in dem Erkrankungen und Verletzungen bestimmten Indikationsgruppen ("Schlüsseln") zugeordnet werden. Für diese Indikationsschlüssel sind jeweils einzelne oder mögliche Kombinationen von zugelassenen therapeutischen Maßnahmen aufgeführt sowie Vorgaben zu

- maximaler Zahl der (Folge-)Verordnungen
- maximaler Zahl der Behandlungen für das einzelne Rezept und für den gesamten Behandlungsfall
- Fristen bis zum Behandlungsbeginn (neu: 14 Tage)
- Behandlungsunterbrechungen (neu: 14 Tage)
- Behandlungsfrequenz

enthalten. Außerdem ist genau festgelegt, welche Angaben ein Rezept enthalten muss, damit es von der Krankenkasse zur Abrechnung akzeptiert wird. Der Arzt ist in jedem Fall an die Einhaltung all dieser Vorschriften gebunden (und wir zu dessen Kontrolle verpflichtet), und Änderungen auf dem Rezept müssen i.d.R. vom verordnenden Arzt gegengezeichnet werden.

HMR 2011 - NEU: Die neu gefassten HMR gelten für alle Verordnungen, die ab dem 1. Juli 2011 ausgestellt werden.

Die Änderungen gegenüber der bisher gültigen Fassung sind aber eher gering. Für Sie als Patient ist zunächst die von 10 auf 14 Tage verlängerte Gültigkeit des Rezepts von der Ausstellung bis zum Behandlungsbeginn von Bedeutung. Für die ärztliche Verordnung sind einige Klarstellungen zu bisher unklaren Formulierungen und zum Ausfüllen des Formulars enthalten sowie Änderungen bei einigen Positionen von Bedeutung, z.B.:

- Ergänzende Heilmittel
 - können auch isoliert, also ohne vorrangiges oder optionales Heilmittel, verordnet werden, soweit sie für die jeweilige Indikation im Heilmittelkatalog aufgeführt sind
 - müssen explizit auf der Verordnung benannt werden (also nicht Wärmetherapie, sondern Fango, heiße Rolle, Heißluft usw.)
- Krankengymnastik-Atemtherapie, Manuelle Lymphdrainage, Traktionsbehandlung
- bei einzelnen Indikationen (z.B. Muskeldystrophie)
- bei Behandlung in Fördereinrichtungen für Kinder und Jugendliche

Detailliertere Informationen zu den Neuerungen können Sie auf der Internetseite des [Intellimed](#)-Verlages nachlesen.

Außerhalb des Regelfalls: Der Arzt kann eine Verordnung "**außerhalb des Regelfalls**" vornehmen, wenn der spezielle Fall sich nicht nach den Vorgaben des HMK behandeln lässt oder besonders kompliziert ist.

Ein zeitlicher Abstand zu einer vorhergegangenen Verordnung muss in diesem Fall nicht eingehalten werden. Dies bedarf allerdings einer speziellen Begründung durch den Arzt und (krankenkassenabhängig) meist auch einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Ob eine Genehmigung erforderlich ist, können Sie bei Ihrer Krankenkasse oder auch bei uns erfragen. Haben Sie von ihrem Arzt also ein Rezept mit der Kennzeichnung "außerhalb des Regelfalls" erhalten, legen Sie dies bitte **umgehend** Ihrer Krankenkasse vor und informieren Ihren Therapeuten über den Termin der Vorlage, *da ab diesem Zeitpunkt die Behandlung zunächst bis zu einer Entscheidung durch die Krankenkasse fortgesetzt werden kann*. Neu ist, dass Versicherte für sich bei ihrer Krankenkasse eine langfristige Genehmigung von Leistungen außerhalb des Regelfalls beantragen können.

Zahnärzte: Eine Ausnahme stellen Heilmittelverordnungen dar, die von **Zahnärzten** ausgestellt werden. Diese unterliegen auch nach der Neufassung von 2011 nicht den Regelungen der HMR.

Zuzahlung: Bei der Inanspruchnahme von Heilmitteln ist für gesetzlich Krankenversicherte in § 32 SGB V und § 61 SGB V die Zahlung eines Eigenanteils (Zuzahlung) vorgeschrieben, der z.Z. 10% des Rechnungsbetrages zuzüglich 10,- € pro Verordnung ("Rezeptgebühr") beträgt. Neben der generellen Zuzahlungsfreiheit von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre ist unter bestimmten Bedingungen eine Befreiung von der Zuzahlung möglich (§ 62 SGB V). Näheres dazu erfahren Sie auch bei Ihrer Krankenkasse.

Bitte, haben sie Verständnis, wenn wir also gelegentlich ein vorgelegtes Rezept nicht ohne weiteres akzeptieren können und dies nochmals Ihrem Arzt vorgelegt werden muss, um die den HMR entsprechenden Eintragungen vornehmen oder ändern zu lassen, die auch immer mit Unterschrift und Stempel des Arztes versehen werden müssen, damit die Krankenkassen das Rezept zur Abrechnung akzeptieren. Wir werden uns bemühen, den damit verbundenen Aufwand so gering wie möglich zu halten.

Diese und weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Internetseite:

www.Altstadt-Physio.com

Wir hoffen wir konnten Ihnen mit diesen Informationen weiterhelfen!

Ihr Team der Altstadt-Physio