

Informationen für Kassenpatienten

Inhalt

Die Voraussetzungen für die Verordnung von Heilmitteln	2
Der normale Verordnungsfall – Wie viele Behandlungen stehen mir zu?	3
Wirtschaftlichkeitsgebot	5
Was ist zu beachten, wenn ich ein Rezept ausgestellt bekommen habe?.....	6
Wie muss ein Rezept richtig ausgestellt sein?.....	6
Rezeptgebühren	7
Behandlungszeit	8
Was ist unter einer Doppelbehandlung zu verstehen?.....	9
Langzeitverordnung/Besondere Verordnungsbedarfe	10
Individuelle Langfristverordnung	11
Warum verordnet mir mein Arzt nichts?	11
Das Wirtschaftlichkeitsgebot.....	11
Der Vergleich mit anderen Ärzten zur Kontrolle des Wirtschaftlichkeitsgebotes.....	13
Entlassmanagement – Fristen und Dauer der Behandlung nach einem Krankenhausaufenthalt	15
Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie sich nicht ausreichend versorgt und behandelt fühlen?.....	16
Der Bundespatientenbeauftragte bzw. die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)	17
Der direkte Gang zum Therapeuten	18

Die Voraussetzungen für die Verordnung von Heilmitteln

Sie haben Schmerzen und möchten gern eine Behandlung in Anspruch nehmen wie etwa Krankengymnastik oder Massage?

Um eine Verordnung über Heilmittel zu erhalten, muss man gewisse Voraussetzungen erfüllen. Diese sind gesetzlich festgelegt (siehe Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung).

Demnach können Heilmittel nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Laut Gesetz hat man aber, nur, weil man krank ist, noch keinen Anspruch auf einer Verordnung. Eine Verordnung ist erst möglich, wenn man durch die Schmerzen oder Beschwerden Einschränkungen im Alltag hat. Zum Beispiel, wenn man sich nicht mehr alleine anziehen oder versorgen kann oder, wenn man seiner Arbeit nicht mehr nachgehen kann.

Wie sehr jemand im Alltag eingeschränkt ist und wie viele Behandlungen notwendig sind, ist zunächst nicht leicht zu vergleichen. Daher hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den ICF-Code entwickelt, um die Einschränkungen in Alltagssituationen strukturieren und vergleichen zu können. Diesen Code wendet auch der Medizinische Dienst als Richtlinie und Grundlage bei Begutachtungen an.

Der ICF-Code ist jedoch so komplex, dass man sehr lange braucht, bis man die richtige Code-Kombination für die persönliche Situation des Patienten gefunden hat. Diese zusätzliche Zeit geht dann leider zulasten der Behandlungs- bzw. Untersuchungszeit des Patienten. Das versuchen wir zu vermeiden.

Um trotzdem die Notwendigkeit zu belegen, ohne den ICF-Code lange zu suchen, wenden wir in unserer Praxis die niederländische PSK-Skala im Anamnesebogen an. Wir fragen Sie dabei in welchen Alltagssituationen Sie durch Ihre Beschwerden wie stark (zw.1-10) eingeschränkt sind. Außerdem geben wir Ihnen bei länger zu erwartender Behandlungszeit evaluierte Fragebögen zu speziellen Krankheitsbildern mit. Damit versuchen wir möglichst objektiv ihre Einschränkungen im Alltag durch ihre Beschwerden zu dokumentieren, um unter anderem gegenüber ihrer Krankenkasse die wirtschaftliche Notwendigkeit ihrer Behandlung zu dokumentieren.

Für die Diagnose wiederum ist ein anderer Schlüssel von Bedeutung: der ICD-10-Code. Hiernach werden alle Krankheiten mit einer Ziffernfolge bedacht, die dann als Diagnose auf der Verordnung steht. Mehr dazu finden Sie im nächsten Kapitel.

Der normale Verordnungsfall – Wie viele Behandlungen stehen mir zu?



Wenn Sie die oben genannten Voraussetzungen für ein Heilmittel erfüllen, ist im Heilmittel-Katalog geregelt, wie viele und welche Heilmittel verordnet werden dürfen.

Man kann pro Diagnose (entscheidend sind die ersten 3 Zahlen beim ICD-10 Code) und pro Arzt eine Verordnungsreihe (= **Verordnungsfall**) erhalten. Wenn Sie Beschwerden in zwei Bereichen haben, können Sie für jeden Bereich eine Verordnungsreihe erhalten.

Die Verordnungsfälle werden durch **Indikationsschlüssel** in Gruppen eingeteilt. So finden Sie zum Beispiel alle Erkrankungen bezüglich

- Ihrer Wirbelsäule in der Indikationsschlüssel Gruppe WS
- Ihrer Beine und Arme in der Indikationsschlüssel Gruppe EX für Extremitäten (= Fachbegriff für Arme und Beine)
- Ihres Nervensystems unter ZN (für das Zentrale Nervensystem) bzw. PN (für die peripheren Nerven)
- Ihres Lymphsystems unter LY (Lymphsystem des Kiefers unter LYZ)
- Ihres Kiefers unter CD (für Craniomandibuläre Dysfunktion)
- Ihres Beckenbodens unter SO (für sonstige Erkrankungen)

So dürfen zum Beispiel Behandlungen für Beckenbeschwerden nur mit dem Indikationsschlüssel WS verordnet werden und nicht mit dem Indikationsschlüssel EX (für Extremitäten= Arme und Beine). Durch diese „Gruppeneinteilung“ können außerdem dadurch auf einem Rezept Lymphdrainagen und zum Beispiel Krankengymnastik nicht zusammen verordnet werden.

Je nach Diagnosegruppe stehen dem Arzt nun verschiedene **vorrangige und ergänzende Heilmittel** zur Auswahl.

Pro Rezept gibt es eine maximale verordnungsfähige Höchstbehandlungsmenge. Die Verordnungsmenge richtet sich dabei nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder Beschwerde ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung auszuschöpfen. Die Höchstmenge darf dabei auf verschiedene vorrangige Heilmittel verteilt werden. Wenn nach dem ersten Rezept ein weiterer Behandlungsbedarf besteht, dürfen (wenn medizinisch erforderlich) so oft weitere Rezepte ausgestellt werden, bis die **orientierende Behandlungsmenge** ausgereizt ist. Dafür wird dieselbe Diagnose in Form des gleichen ICD-10-Codes und derselbe Indikationsschlüssel auf dem Rezept oben notiert. Die orientierende Behandlungsmenge bezieht sich dabei nur auf die Summe der vorrangigen Heilmittel, nicht auf das zusätzliche ergänzende Heilmittel.

Haben Sie zum Beispiel eine erste Verordnung aufgrund der Diagnose: Blockierungen in der Brustwirbelsäule, kann der Arzt den Indikationsschlüssel WSA nehmen und Ihnen ein Rezept über 6x Manuelle Therapie und 6x Fango verordnen. Wenn die Blockaden mobilisiert wurden, die Muskulatur nun noch gestärkt werden sollte, damit die Wirbel stabil bleiben und sich keine neue Blockade aufbaut, kann der Arzt Ihnen eine weitere Verordnung mit dem Indikationsschlüssel WSA mit 6x Krankengymnastik verordnen. Da die Manuelle Therapie und die Krankengymnastik jeweils vorrangige Heilmittel sind, haben Sie nun 12 Behandlungen bei einer orientierenden Behandlungsmenge von 18 unter dem Indikationsschlüssel WSA erhalten.

Wenn **eine Pause von mehr als 6 Monaten** zwischen dem Ausstellungsdatum vom letzten und wieder dem ersten Rezept bei gleichem ICD-10-Code besteht, entsteht ein **neuer Verordnungsfall**.

Wenn nach Ausschöpfung der orientierenden Behandlungsmenge immer noch Behandlungsbedarf besteht, kann der Arzt ihnen weitere Verordnungen ausstellen, muss diese aber jedes Mal in ihrer Patientenakte medizinisch begründen.



Wirtschaftlichkeitsgebot

Aber Achtung! Obwohl im Heilmittelkatalog steht, dass Sie aufgrund Ihrer Diagnose und Einschränkungen im Alltag Behandlungen verordnet bekommen können, schützt der Heilmittelkatalog den Arzt nicht vor Regressforderungen. Wenn er insgesamt innerhalb dieses Heilmittelkataloges mehr verordnet als seine Kollegen, wird dem Arzt „unwirtschaftliches Verordnen“ vorgehalten.

Auch wir haben ein Wirtschaftlichkeitsgebot. Wenn Sie nun 2 Rezepte von 2 unterschiedlichen Ärzten mit der gleichen Diagnose haben, dürfen wir Sie nur auf einem der Rezepte behandeln. Wir müssen in diesem Fall, das erste Rezept vom ersten Arzt sofort abbrechen und dürfen dann mit dem neuen Rezept von dem neuen Arzt und somit mit dem neuen Verordnungsfall beginnen. Die Behandlungen von dem ersten Arzt werden dabei nicht in die orientierende Behandlungsmenge des zweiten Arztes eingerechnet. [> Siehe auch: Warum verordnet mir mein Arzt nichts?](#)

Was ist zu beachten, wenn ich ein Rezept ausgestellt bekommen habe?

Wie muss ein Rezept richtig ausgestellt sein?

Rezepte müssen vor Therapiebeginn korrekt ausgestellt sein. Die ausführenden Therapeuten sind zur Kontrolle verpflichtet. Eine Korrektur ist größtenteils nur vor Behandlungsbeginn möglich und muss durch Ihren Arzt erfolgen. Daher bitten wir Sie, Ihr Rezept bereits zur Terminvergabe mitzubringen.

Ihr Vorteil: Alle gesetzlich vorgeschriebenen Bedingungen sind vorab erfüllt und die Therapiezeit kann 100 % für Sie persönlich genutzt werden.

Rezeptausstellungsdatum

Nach Ausstellung des Rezeptes durch den Arzt muss die **Behandlung innerhalb von 28 Tage beginnen**. Liegt ein dringender Behandlungsbedarf vor, muss die Behandlung innerhalb von 14 Tagen begonnen werden (HMK§15 Abs.1).

Wird diese Frist verpasst, verliert das Rezept seine Gültigkeit und muss neu ausgestellt werden.

Daher unsere Empfehlung:

Wenn Sie ein Rezept erhalten haben, suchen Sie möglichst noch am gleichen Tag einen Physiotherapeuten für die Terminvereinbarung auf.

Terminangebote bei Physiotherapeuten sind, verursacht durch Therapeutenmangel, begrenzt. Feiertage, Urlaubszeit oder ihre eigenen beruflichen oder sozialen zeitlichen Einschränkungen können die Auswahl der freien Termine weiter begrenzen.

Behandlungsunterbrechungen

Behandlungsunterbrechungen, die länger als 14 Tage dauern, sind nur in begründeten Ausnahmefällen erlaubt. Diese sind Urlaub oder Krankheit des Patienten oder des Therapeuten. Bitte weisen Sie uns rechtzeitig auf Zeiten hin, in denen Sie abwesend sind, z. B. bei geplanten Reha- oder Krankenhausaufenthalten. Rezepte sind nach Beginn der Behandlung nur 3 Monate gültig. Bei mehr als 6 Behandlungen maximal 6 Monate. Danach muss das Rezept abgebrochen werden und Sie brauchen für die Fortsetzung der Therapie ein neues Rezept vom Arzt.

Anzahl der Behandlungen pro Woche

Bei den meisten Behandlungen sind 1-3 Anwendungen pro Woche sinnvoll. Bei Lymphdrainage reicht oft auch 1 Anwendung pro Woche. Jedoch können wir eventuell die Anwendungen nicht immer so anbieten, wie gefordert, da zum Beispiel:

- Ihr gewünschter Therapeut nicht an den Tagen Behandlungszeit frei hat, wie Sie zur Behandlung kommen können
- Weniger Terminangebote für Behandlungen aufgrund von Feiertagen oder Auslastung unseres Terminplans zur Verfügung stehen
- begrenzte Möglichkeiten Ihrerseits zum Beispiel aufgrund von eigenen beruflichen und sozialen zeitlichen Einschränkungen

Wenn dieses so ist, müsste das Rezept wieder vom Arzt in eine andere Anzahl der Behandlung pro Woche geändert werden. Damit Sie dem Arzt und uns organisatorische Zeit sparen können, sprechen Sie Ihren Arzt direkt bei der Rezeptausstellung an, ob er 1-3 Behandlungen pro Woche verordnen

können. So können wir dann versuchen, 2 Behandlungen pro Woche zu planen, müssen aber nicht sofort Kontakt zu Ihrem Arzt aufnehmen, wenn dies aus organisatorischen Gründen nicht innerhalb von 2 Wochen direkt umgesetzt werden kann.

Rezeptgebühren



Jeder Patient muss in Deutschland **Rezeptgebühren** bezahlen. Diese setzen sich folgendermaßen zusammen:
10 € Pauschale pro Rezept zzgl. 10 % des Rezeptwertes.

Wir rechnen die Rezeptgebühren anhand der aktuellen Preislisten für Sie aus und müssen diese für die Krankenkassen einziehen. Diese werden uns anschließend bei der Vergütung des Rezeptes wieder abgezogen.

Befreiung von Zuzahlungen



Kinder bis zum 18. Lebensjahr sind von diesen Zuzahlungen automatisch befreit. Wenn die Beschwerden schwangerschaftsbedingt sind, ist auch eine Schwangere von den Zuzahlungen befreit.

Die Zuzahlung beträgt grundsätzlich 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch kranke Versicherte gilt unter bestimmten Voraussetzungen eine Belastungsgrenze von 1 %. Bis zum Vorliegen eines Befreiungsausweises müssen wir Rezeptgebühren einziehen.

Zuzahlungspflicht bei Jahreswechsel

Haben Sie einen Befreiungsausweis für das Jahr 2016 und erhalten beispielsweise im Dezember 2016 eine Verordnung, deren Behandlungen in das Jahr 2017 hineinreichen, so ergibt sich für Sie die folgende Situation:

Für alle Behandlungen, die noch im Jahre 2016 stattfinden, leisten Sie keine Zuzahlung.

Behandlungszeit



Die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) bezahlen eine Regelbehandlungszeit für die Heilmittel. Der Therapeut darf die Behandlung z. B. bei Krankengymnastik nach 15 Minuten inklusive der unten genannten Vor- und Nachbereitungen beenden und er wird für maximal 25 Minuten bezahlt.

Wenn ein medizinischer Grund vorliegt, kann der Therapeut die Behandlung auch vorzeitig abbrechen. Trotzdem darf er die gesamte Behandlungszeit in Rechnung stellen.

Wenn z. B. beim Gespräch mit dem Patienten eine Kontraindikation seitens des Patienten erwähnt wird oder der Körper des Patienten erste Überreaktionen auf die Behandlung zeigt, aufgrund dessen eine weitere Behandlung Komplikationen für den Patienten bedeuten würden, darf und muss die Behandlung sogar abgebrochen werden.

Die gesetzliche Krankenkasse sieht folgende Regelbehandlungszeiten vor:

- Krankengymnastik: 15–25 Min.
- Manuelle Therapie: 15–25 Min.
- Krankengymnastik PNF/Bobath: 25–35 Min.
- Klassische Massage: 15–20 Min.
- Lymphdrainage: 30, 45 oder 60 Min. gem. Verordnungszeit

Zur Behandlungszeit zählen sämtliche Vor- und Nachbereitungen einer Behandlung:

- Unterstützung beim An- und Ausziehen
- Befundung mit Aufnahme der Vorgeschichte des Patienten inkl. Lesen und Übertragen von Arztbefunden, Untersuchungsergebnissen, OP-Verläufen, Behandlungsplänen (dies kann je nach Umfang 20 Min. betragen)
- Aufklärungspflicht des Patienten
- physiotherapeutische Befundung des Patienten:
dies sind Tests, die wir durchführen, um herauszufinden, welche Muskeln, Gelenke, Faszienketten oder Nerven an den Ursachen Ihrer Beschwerden beteiligt sind
- Behandlung der betroffenen Bereiche:
dies braucht eine gewisse Zeit zum Erspüren der Strukturen in diesen Bereichen
- Vorstellen von Übungen, Kontrolle der Durchführung und Dokumentation für Therapeut und Patient
- Dokumentationspflicht: Unterschrift des Patienten auf dem Rezept, Notieren der durchgeführten Behandlung
- bei Anforderung durch den Arzt auf dem Rezept Schreiben eines Therapieberichtes in der letzten Behandlung

Was ist unter einer Doppelbehandlung zu verstehen?

Eine Doppelbehandlung bedeutet, dass der Patient an einem Tag zwei Behandlungseinheiten direkt hintereinander erhält. Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag nur einmal verordnet bzw. abgegeben werden. Allerdings kann es medizinisch bedingte Ausnahmen geben, bei denen eine Doppelbehandlung angezeigt ist.

Solche medizinischen Begründungen können z. B. sein:

- mehrere oder besonders schwere neurologische Diagnosen > der Patient braucht länger, um auf Fragen oder Bewegungsaufträge zu reagieren
- mehrere gleichzeitig vorliegende Erkrankungen > bei der Entkleidung, Lagerung und Behandlung muss auf mehrere Besonderheiten gleichzeitig geachtet werden
- ängstlicher Patient > dieser Patient braucht eine ruhige, stressfreie Atmosphäre, um Bedenken und Fragen zu klären und um sich bei der Behandlung zu entspannen
- Schmerzpatienten > der Patient braucht längere Zeit zum Entkleiden und auch ein Lagerungswechsel erfordert mehr Zeit
- kognitiv eingeschränkte Menschen > diese Patienten brauchen mehr Zeit, um auf Fragen eine klare Antwort zu geben, eine Übung umzusetzen oder einen Lagerungswechsel durchzuführen

Dabei dürfen nur die vorrangigen Heilmittel als Doppelbehandlung durchgeführt werden. Sind 6 Einheiten als Doppelbehandlung verordnet worden, dürfen wie Sie dann an 3 Tagen jeweils 2x direkt hintereinander behandeln.

Bei Kieferbeschwerden, Beckenbodenproblematiken und Lungenkrankheiten empfehlen wir Ihnen Doppelbehandlungen. Bei diesen Krankheitsbildern brauchen wir etwas mehr Zeit, um ihre Gewebe einfühlbar zu untersuchen und zu behandeln.

Lieber behandeln wir Sie 1x die Woche gründlich und geben Ihnen Übungen mit, für dessen Umsetzung Sie dann auch in Ruhe Zeit haben. So können Sie uns dann bei der nächsten Behandlung ihre Erfahrungen mit den Übungen mitteilen und könnten versuchen die Verhaltensänderungen im Alltag zu integrieren.

Langzeitverordnung/Besondere Verordnungsbedarfe

Da bei gewissen Diagnosen tatsächlich ein längerer Behandlungsbedarf besteht, hat sich die Politik darauf geeinigt, dass die Rezepte dieser Diagnosegruppen nicht in das Budget (= Richtgrößen) des Arztes eingerechnet werden. Es kann dem Arzt also keine Unwirtschaftlichkeit vorgeworfen werden. Diese Diagnosen findet man hier <https://www.kvwl.de/arzt/verordnung/heilmittel/index.htm>.

Bei diesen Rezepten darf der Arzt ein Verhältnis von Anzahl der Leistungen/Anzahl der Behandlungen pro Woche von max. 12 verordnen. Hat er Ihnen also eine Behandlung pro Woche verordnet, darf er max. 12 Einheiten verordnen. Hat er Ihnen 3 Behandlungen pro Woche verordnet, darf er max. 36 Einheiten verordnen.

Folgende Krankheitsbilder sind in dieser Liste u.a. genannt

Gerade unsere Schwerpunkte wie

- Harn-/Stuhlinkontinenz (ab 70.Lebensjahr)
- MS, Parkinson
- M. Bechterew
- Post-COVID, COPD < 35% des Sollwertes
- Sturzneigung, Gehbeschwerden, Schwindel (ab 70.Lebensjahr)

Bis zu 1 Jahr nach dem Akutereignis

- Schlaganfall
- Verletzungen von Nerven und Rückenmark

Bis zu 6 Monaten nach dem Akutereignis

- Bandscheibenschaden mit Nervenbeteiligung
- Schulter-/Hüft-/Knie-Teps (Gelenkersatz)
- Chronische Instabilität des Kniegelenks
- Schulterluxation

Individuelle Langfristverordnung

Wenn Ihre Diagnose nicht im Anhang 2 des HMK vorkommt, Sie aber eine chronische Erkrankung haben, die der Erkrankungen in der oben genannten Liste ähnelt, können Sie eine individuelle Langfristverordnung bei den Krankenkassen beantragen.

Dafür stellt man zusammen mit seinem Arzt einen Antrag für die individuelle Langfristverordnung, die die Krankenkassen zuerst prüfen müssen.

Während dieser Prüfung dürfen wir Sie schon anfangen zu behandeln.

Der Patient muss vor Behandlungsbeginn das Originalrezept zu seiner gesetzlichen Krankenkasse bringen und sich den Eingang des Rezeptes bestätigen lassen. Die Krankenkassen behalten eine Kopie davon bei sich. Mit dem Original des Rezeptes kann der Patient während des Genehmigungsverfahrens allerdings schon direkt mit der Behandlung beginnen. Die Krankenkassen haben nun max. 4 Wochen Zeit, das Rezept zu prüfen.

Sobald der Patient von seiner Krankenkasse eine Ablehnung der Verordnung erhält, müssen das Rezept bzw. die Behandlung sofort abgebrochen werden. Die Ablehnung geht dem Patienten z. B. am 7. August zu. Dann kann nur noch die Behandlung am 7. abgerechnet werden. Nach den Allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) wird der Tag des Zugangs der Ablehnung noch nicht mitgezählt.

Wenn die Krankenkassen länger als 3 Wochen Prüfzeit brauchen, ist die Langzeitverordnung automatisch anerkannt. Es sei denn, der Medizinische Dienst wird eingeschaltet. Dann verlängert sich die Frist auf 5 Wochen, der Patient muss darüber aber benachrichtigt werden.

Warum verordnet mir mein Arzt nichts?

Das Wirtschaftlichkeitsgebot

Unser gesetzliches Krankenkassensystem wird im Sozialgesetzbuch 5 und u. a. in den Heilmittel-Richtlinien geregelt. Damit unser Krankenkassensystem nicht ausgenutzt wird, gibt es ein Wirtschaftlichkeitsgebot, dessen Einhaltung die Kassenärztliche Vereinigung (KV) überprüft.

[Sozialgesetzbuch \(SGB V\) § 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot:](#)

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

[\[spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/wirtschaftlichkeitspruefung/wirtschaftlichkeitspruefung_leistungen.jsp\]\(https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/wirtschaftlichkeitspruefung/wirtschaftlichkeitspruefung_leistungen.jsp\), aufgerufen am 24.04.2019](https://www.gkv-</u></p></div><div data-bbox=)



Auch in den Heilmittel-Richtlinien wird beschrieben, wieviel und was der Arzt verordnen darf. Unter anderem taucht auch hier wieder das Wirtschaftlichkeitsgebot auf:

§ 9 HeilM-RL Wirtschaftlichkeit

„(1) Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch

- durch eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten (z. B. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms, durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung),*
- durch eine Hilfsmittelversorgung oder*
- durch Verordnung eines Arzneimittels*

unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.“

- https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1484/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01.pdf*

Zum ersten Punkt:

- Hier ist es auch gesetzlich verankert, dass Patienten mithelfen müssen, gesund zu werden. Wenn Sie die Übungen Ihres Therapeuten wiederholt nicht umsetzen und Ihre Lebensführung nicht ändern, haben Sie gemäß der Heilmittel-Richtlinie kein weiteres Recht, Verordnungen zu erhalten. Wir als Therapeuten sind verpflichtet, dem Arzt mitzuteilen, wenn der Patient nicht mithilft, gesund zu werden.

Zum letzten Punkt:

- Der Arzt verordnet Ihnen daher oft zuerst ein Medikament anstatt ein Heilmittel, wenn er nach der oben erwähnten Abwägung diese Behandlung als gleichwertig, aber kostengünstiger einschätzt.

Der Vergleich mit anderen Ärzten zur Kontrolle des Wirtschaftlichkeitsgebotes

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) überprüft die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit der Ärzte allerdings nicht auf die notwendige Behandlung jedes einzelnen Patienten, sondern im Vergleich mit anderen Ärzten.

Der einzelne Arzt wird also von der KV angeschrieben und geprüft, wenn er deutlich mehr als seine Kollegen verordnet hat.

Damit die Ärzte schneller wissen, wieviel sie selber im Vergleich zu anderen Ärzten verordnet haben, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen der verschiedenen Bundesländer zur Veröffentlichung von Richtgrößen verpflichtet.

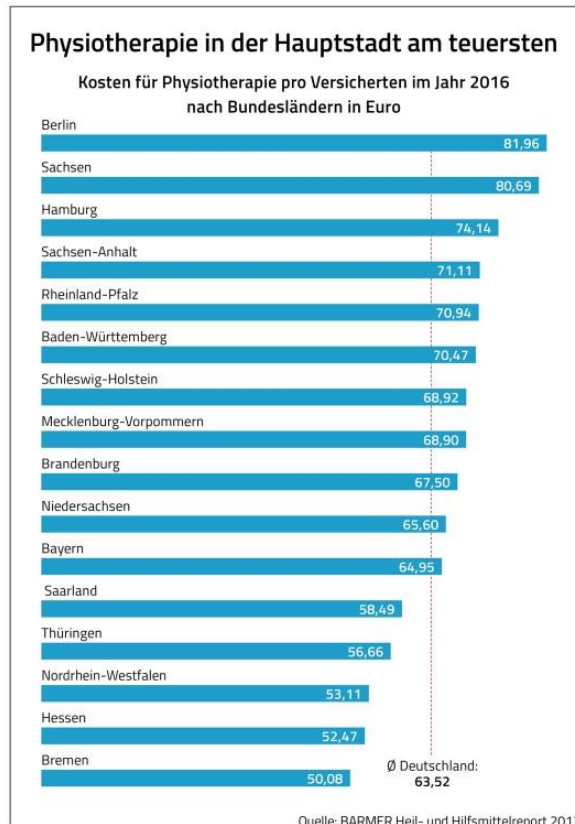
Diese Richtgrößen beschreiben, wieviel ein Arzt pro Patient an Heilmitteln bzw. Arzneimitteln pro Quartal verordnen darf.



Überschreitet ein Arzt die Richtgrößensumme um mehr als 15 %, wird sein Ordnungsverhalten geprüft. Bei einer Überschreitung von bis zu 25 % droht ihm ein Regress. Dies ist eine finanzielle Rückforderung der Kassen bei überproportionaler Ordnungsweise des Arztes.

Rezepte mit Diagnosen von den Langzeitverordnungen und besonderen Ordnungsbedarfen werden bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht mitberechnet und fallen daher nicht in das Budget des Arztes.

Sie können nun vielleicht den Arzt verstehen, warum er so zurückhaltend ist, Ihnen ein Rezept auszustellen. Die Angst vor einer Richtgrößenüberschreitung begleitet leider manchmal auch sein Verordnungsverhalten – auch wenn das eigentlich nicht so sein sollte. Da die Ärzte nur regional miteinander verglichen werden, wird in den unterschiedlichen Bundesländern unterschiedlich viel verordnet. Möchten Sie mehr dazu erfahren, vergleichen Sie die Richtgrößen-Angaben der KV der unterschiedlichen Länder miteinander. Sie werden sehen, dass in NRW zum Beispiel mit am wenigsten verordnet wird.



<https://www.barmer.de/presse/infotehk/studien-und-reports/heil-und-hilfsmittelreport/barmer-heil-hilfsmittel-report-2017-139728>

Entlassmanagement – Fristen und Dauer der Behandlung nach einem Krankenhausaufenthalt

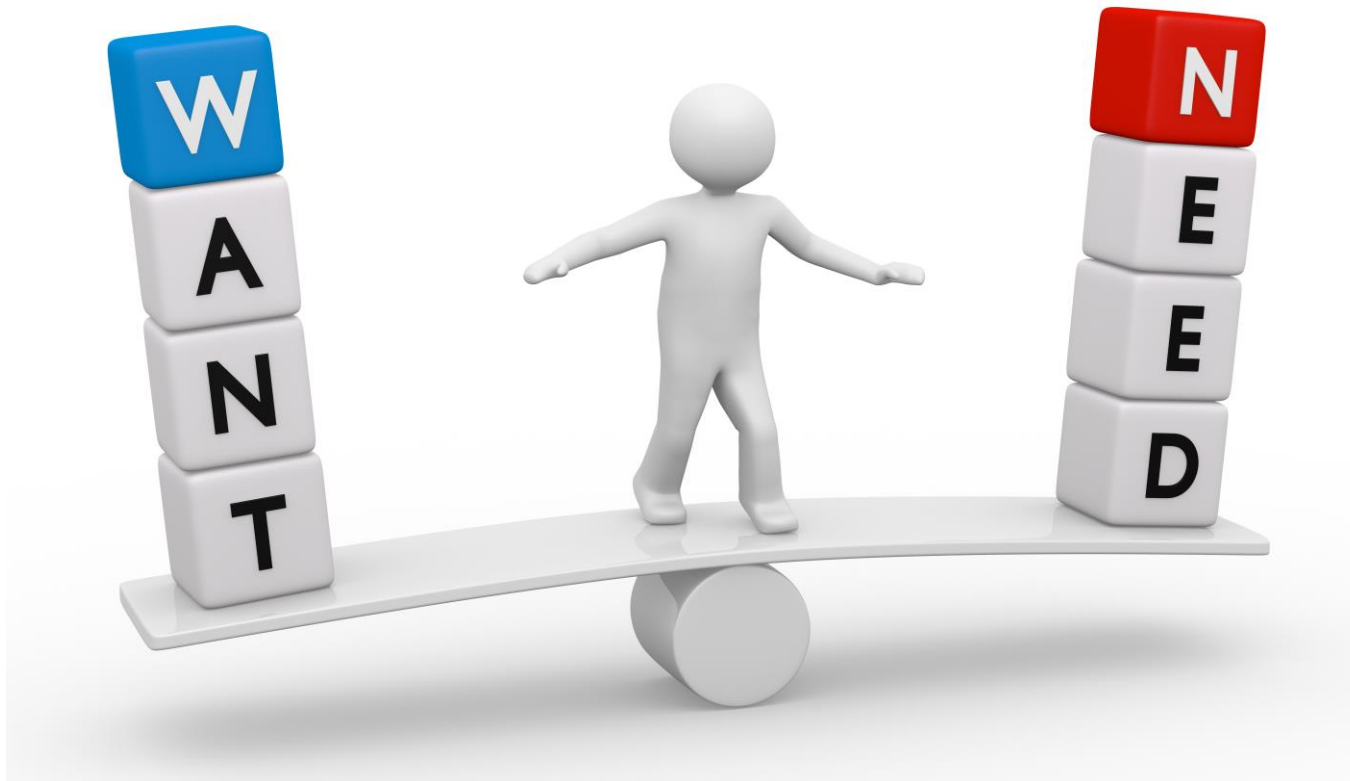
Seit dem 01.07.2017 gilt das Entlassmanagement. Dies soll helfen, die Behandlungslücke zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und ambulanten Behandlungen zu schließen. Der Patient stellt sich oft erst 2 Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt bei einem Arzt vor, um eine Verordnung zu bekommen. Daher dürfen nun auch Krankenhäuser Rezepte ausstellen, allerdings nicht Tageskliniken.

Diese Rezepte vom Krankenhaus müssen innerhalb von 1 Woche angefangen sein und nach 12 Tagen beendet werden. Die nicht innerhalb von 12 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung durchgeführten Behandlungen verfallen. HMK§16aAbs.3

Der Krankenhausarzt verordnet auf dem gewohnten Muster 13, dieses muss jedoch die Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement“ enthalten. Dieses Wort ist auf dem Verordnungsmuster der Krankenhausärzte aufgedruckt.

Dieses Rezept wird nicht mit in die orientierende Behandlungsmenge ihres Verordnungsfalles eingerechnet. Der Verordnungsfall beginnt erst mit der Ausstellung der Erstverordnung außerhalb des Entlassmanagement.

The image shows a medical prescription form for ergotherapy. At the top, it is dated 'Freigebe 00.09.2017' and titled 'Heilmittelverordnung 18 Maßnahmen der Ergotherapie'. The form is divided into several sections: patient information, treatment details, and a section for 'Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Stapel)'. This section includes checkboxes for 'Ergotherapie', 'Physiotherapie', and 'Medizinische Rehabilitation'. A red stamp 'Verbindliches Muster' is visible in the bottom right corner. The form is numbered 'Muster 18 (1.2017)' at the bottom.



Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie sich nicht ausreichend versorgt und behandelt fühlen?

Sie können sich an den Bundespatientenbeauftragten bzw. an die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wenden und dort Ihr Anliegen vortragen. Gehen Sie jedoch direkt zum Therapeuten, sparen Sie Zeit. Im Folgenden geben wir Ihnen zum ersten Punkt sowie für den direkten Gang zum Therapeuten notwendige Informationen mit auf den Weg.

Der Bundespatientenbeauftragte bzw. die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)



Als Patient hat man manchmal das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden und in seiner persönlichen gesundheitlichen Situation nicht ausreichend versorgt zu sein. Die Aussage von Patienten „Ich habe über Jahre in die Krankenkasse eingezahlt, nun steht mir auch mal etwas zu“ entspringt allerdings leider einem falschen Denken. Die Sozialversicherungen sind eine Solidargemeinschaft. Das Prinzip der solidarischen Finanzierung heißt: Jeder soll entsprechend seiner wirtschaftlichen Leistungskraft zur Finanzierung der allgemeinen Ausgaben beitragen. Man spart also nicht für seine persönlichen Bedürfnisse einen Betrag durch seine geleisteten Beiträge an.

Es hilft nicht, sich bei seiner Versicherung persönlich zu beschweren. Diese werden ihnen antworten: „Wenn der Arzt meint, dass Sie die Behandlungen/Hilfsmittel brauchen, werden wir diese auch bezahlen.“ Diese Aussage beachtet allerdings nicht das Wirtschaftlichkeitsgebot des Arztes, das nicht von ihrer Krankenkasse, sondern von der Kassenärztlichen Vereinigung überprüft wird.

Besser ist es, sich bei Fragen und Beschwerden an den Bundespatientenbeauftragten zu wenden. Dies ändert zwar nichts an ihrer privaten Situation. Je mehr Patienten sich allerdings an diese Stelle wenden, desto eher werden diese Themen in der Politik wahrgenommen und eventuell neu überdacht.

<https://www.patientenbeauftragter.de/>

Darüber hinaus ist seit Februar 2011 die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) für Sie zu erreichen unter:

<https://www.patientenberatung.de>

Hier können Sie zu Ihrer persönlichen Situation weitere Hilfe und Unterstützung bekommen.

Der direkte Gang zum Therapeuten

Damit Sie möglichst schnell keine Beschwerden mehr haben und wir Sie intensiv untersuchen und behandeln können, haben wir uns zu sektoralen Heilpraktikern ausbilden lassen. Denn ein großer Vorteil für Sie als Patient liegt im Faktor Zeit.

Zum einen verlieren Sie keine Zeit mehr damit, auf einen Untersuchungstermin beim Arzt zu warten. In unserer Funktion als sektoraler Heilpraktiker dürfen wir Sie ohne ärztliche Verordnung selbstständig behandeln. Außerdem sparen Sie die Umsatzsteuer, da bei Heilbehandlungen durch Heilpraktiker ein Heilbedarf besteht und dieser in den meisten Fällen von der Umsatzsteuer befreit ist.



Zum anderen ist ein wesentlicher Aspekt der erfolgreichen Behandlung eine erhöhte zeitliche Zuwendung. Ein straff organisiertes Gesundheitssystem geht wenig auf individuelle Bedürfnisse ein. Doch um den Patienten umfassend zu betreuen, ist mehr Zeit notwendig. So befasst sich der sektorale Heilpraktiker ausführlich mit Anamnese und Befunderhebung, bevor die Diagnose gestellt und entsprechende Maßnahmen definiert werden. Auf diese Art und Weise wird Ihre ganz individuelle Situation hinreichend beleuchtet. Entsprechende Therapieziele werden direkter angegangen.

Wir möchten Sie nicht nur ausreichend, sondern sehr gut behandeln. Die intensive Kommunikation mit den Patienten sowie eine individuelle, effektive Behandlung sind wesentliche Bausteine der erfolgreichen und nachhaltig wirkenden Therapie.

Wer bezahlt die Behandlung?

Diese Therapie wird ohne Verordnung vom Arzt nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Jedoch für alle Privatpatienten oder Patienten mit privater Zusatzversicherung gibt es die Möglichkeit der Erstattung. Die Rechnungen des Heilpraktikers (erstellt nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker „GebüH“) können bei den Privatversicherungen als Heilbehandlung ggf. in Abhängigkeit von dem individuellen Versicherungsvertrag geltend gemacht werden. Bitte erkundigen Sie sich vor der Behandlung bei Ihrer Versicherung.

Selbstverständlich ist eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten gewährleistet. Bei unklarer Befundlage wird der Patient unverzüglich zum Arzt weitergeleitet, um das Krankheitsbild abklären und geeignete Therapiemaßnahmen einleiten zu lassen.