



Verordnung Aktuell Heilmittel

Stand: 8. Dezember 2021

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ [Kontakt zu Ihrem Beratungszentrum](#) ▪ www.kvb.de/verordnungen

■ FAQ zu Maßnahmen Physiotherapie

In dieser Information beantworten wir die an uns gestellten Fragen. Unter <https://www.kvb.de/verordnungen/heilmittel/physikalische-therapie/> finden Sie weitere Informationen, z. B. eine Ausfüllhilfe für das Muster 13.

Grundlagen	
Frage	Antwort
Ist ein „ Verordnungsfall “ patienten- oder arztbezogen?	Der Verordnungsfall ist arztbezogen, d. h. wenn Sie eine Verordnung ausstellen, werden zur Bemessung der Verordnungsmenge die Verordnungen anderer Ärzte nicht berücksichtigt. Mitwirkungspflicht Ihres Patienten: Ihre Patienten haben Sie über bereits verordnete Heilmittel zu informieren. Bitte fragen Sie Ihre Patienten danach, damit Sie die Verordnung planen und einordnen können und um parallele Behandlungen derselben Erkrankung durch andere Ärzte zu vermeiden. (Fragen reicht aus - keine Detektivarbeit!)

Grundlagen	
Frage	Antwort
<p>Wie lange ist eine Verordnung über Physiotherapie gültig?</p>	<p>Die Behandlung muss innerhalb von 28 Kalendertagen beginnen, sonst verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Zudem wurde ein Feld für einen dringlichen Behandlungsbedarf (innerhalb von 14 Tagen) auf der Verordnung geschaffen. Sie kreuzen es an, wenn die Erkrankung einen früheren Behandlungsbeginn erfordert. Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ebenfalls ihre Gültigkeit.</p>
<p>Darf ich in Vertretung für meine/n BAG-Partner*in eine Heilmittelverordnung ausstellen?</p>	<p>Vertreter im Sinne des Vertragsarztrechts ist derjenige Arzt, der in Abwesenheit des Praxisinhabers in dessen Namen, an dessen Stelle und in dessen Praxis unter Verwendung dessen LANR/BSNR die vertragsärztliche Tätigkeit weiter ausübt. --> gleicher Verordnungsfall</p> <p>Sogenannte „kollegiale Vertretung“: Hier übernimmt ein Vertragsarzt, dessen Praxis in der näheren Umgebung ist, in seiner eigenen Praxis unter seiner LANR und BSNR die Behandlung der Patienten des abwesenden Vertragsarztes --> neuer Verordnungsfall</p> <p>Keine „Vertretung“ im eigentliche Sinne ist indes das „Auffangen“ der Praxisabwesenheit eines Vertragsarztes durch den BAG-Partner oder der Praxisabwesenheit eines angestellten Arztes durch den anstellenden Vertragsarzt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LANR soll grundsätzlich mit der Unterschrift übereinstimmen --> LANR des anwesenden Arztes --> neuer Verordnungsfall ▪ In versorgungsbereichs- und fachgruppengleichen Gemeinschaftspraxen, die nur an einer Betriebsstätte betrieben werden, ist jeder der Ärzte (fachgleich) unterschriftsberechtigt. --> LANR des abwesenden Arztes --> gleicher Verordnungsfall

Grundlagen	
Frage	Antwort
Wie viele Behandlungseinheiten pro Verordnung sind verordnungsfähig?	Die Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung ist begrenzt! Die konkrete Anzahl steht im Heilmittelkatalog. Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes (ggf. auch durch Fremdbefunde) erforderlich ist. Hinweis: Bitte denken Sie daran, dass nur bei Vorliegen eines BVB und LHB die Heilmittel für einen Zeitraum von maximal zwölf Wochen verordnet werden können
Sind Therapiepausen einzuhalten?	Auch für Maßnahmen der Physiotherapie gibt der Heilmittelkatalog eine <i>orientierende Behandlungsmenge</i> an. Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Es kann notwendig sein, das Erlernte erst einmal setzen zu lassen und zuhause weiter zu üben.
Bin ich an die Frequenzempfehlung des Heilmittelkatalogs gebunden?	Die Frequenzempfehlungen des Heilmittelkatalogs werden einheitlich als Frequenzspannen hinterlegt, z. B. „1-3 x wöchentlich“. Eine Abweichung von dem Vorschlag ist für Sie jederzeit möglich, z. B. 2x wöchentlich, wenn dies aus ärztlicher Sicht indiziert ist. Ihre Angabe zur Therapiefrequenz auf der Verordnung ist für den Therapeuten bindend.
Wie sind kurortsspezifische Heilmittel zu verordnen?	Die Verordnung kurortsspezifischer Heilmittel kann nur auf der „Verordnung des Kurarztes“ erfolgen (§ 23 Abs. 2 SGB V).

Grundlagen	
Frage	Antwort
Wann ist ein Hausbesuch verordnungsfähig?	Ein Hausbesuch ist nur zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn er aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Beispiele, die für sich alleine noch <u>keine</u> ausreichende medizinische Begründung eines Hausbesuchs darstellen, sind: das Alter, eine allgemeine Gehunfähigkeit, ein Rollator oder Rollstuhl, Gehstützen, Verbandsschuhe, Visuseinschränkungen oder -verlust, schlechte Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel.
Es wird z. T. von Therapeuten darauf hingewiesen, dass bei Patienten (meist Menschen mit Behinderung), 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?	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. Liegen medizinische Gründe vor, können Sie auch einen Hausbesuch in einer Tageseinrichtung verordnen. Dies sollten Sie in jedem Einzelfall sorgfältig prüfen und die Gründe im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot sehr gut dokumentieren, da ein solches Vorgehen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Bedeutung sein könnte.
Können - bezogen auf eine Indikation -auch andere als die zugeordneten Heilmittel aus der Heilmittel-Richtlinie verordnet werden?	Nein! Dies ist in keinem Fall möglich. Hinweise hinsichtlich fehlender Indikationen bzw. fehlender Zuordnung von Heilmitteln bei bestimmten Indikationen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie geprüft.
Dürfen Kinder neben den Leistungen der Frühförderstelle zusätzlich mit Maßnahmen der Physikalischen Therapie versorgt werden?	Nein! Die Frühförderstelle erbringt grundsätzlich alle notwendigen Therapien. Ausnahmen sind insbesondere möglich für Kinder, die in speziellen Frühförderstellen für sinnesbehinderte Kinder betreut werden.

Grundlagen	
Frage	Antwort
Dürfen zeitgleich zur IRENA- oder T-RENA-Maßnahme ¹ bei derselben Diagnose Heilmittel verordnet werden?	Die Krankenkassen verweisen auf ein von ihnen veranlassenes MDK-Gutachten, wonach grundsätzlich keine Leistungspflicht für zusätzliche Heilmittelverordnungen neben der ambulanten rentenversicherungsfinanzierten Reha-Maßnahme „IRENA“ bestehen würde. Infolgedessen empfehlen wir während der Zeit dieser Reha-Maßnahme keine zusätzlichen Heilmittelverordnungen auszustellen. Allenfalls bei interkurrenten Erkrankungen, die während der Reha-Maßnahme neu auftreten, kann ggfs. eine zusätzliche Heilmittelverordnung, soweit zur Behandlung der neu aufgetretenen Erkrankung notwendig, zulässig sein.
Können Doppelbehandlungseinheiten verordnet werden (z. B. 6 verordnete Einheiten werden als 3 Doppereinheiten angegeben)?	Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag maximal nur einmal verordnet bzw. abgegeben werden. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet werden. Hinter dem zu verordnenden Heilmittel ist dann z. B. der Text „als Doppelbehandlung“ einzufügen. Die Möglichkeit zur Verordnung einer Doppelbehandlung besteht nicht für ergänzende Heilmittel. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß Heilmittel-Richtlinie zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht. Sind im Feld „Verordnungsmenge“ bspw. 6 Einheiten angegeben, können 3 Doppelbehandlungen durchgeführt werden.

¹ IRENA: Intensivierte Rehabilitationsnachsorge; T-RENA: Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge; https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Nachsorge/reha-nachsorge_node.html

Grundlagen	
Frage	Antwort
Muss ich mich für ein vorrangiges Heilmittel entscheiden, wenn die Richtlinie mehrere zur Auswahl listet? Oder macht das der Therapeut?	Sie tragen die Verantwortung für die Verordnung, daher treffen Sie die Entscheidung darüber, ob und in welcher Menge die Verordnung von Heilmitteln im Einzelfall zur Krankheitsbehandlung medizinisch notwendig und erforderlich ist. Hinweis: Sie können bis zu drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel verordnen, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht.
Ist es möglich innerhalb einer Diagnosegruppe das vorrangige Heilmittel zu wechseln ?	Ja! Ein Wechsel der Heilmittel innerhalb einer Diagnosegruppe ist möglich. Es können - auch auf einer Verordnung- maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht.
Eine Physiotherapie-Praxis rief bei mir an und verlangte eine Änderung der Verordnung (z. B. Frequenzangabe fehlt). In welchen Fällen muss ich diesem Wunsch, wie nachkommen? - NEU!	In Anlage 3 der Heilmittel-Richtlinie (https://www.g-ba.de/richtlinien/12/) wird tabellarisch dargestellt, in welchen Fällen eine Änderung auf der Verordnung notwendig ist und in welcher Form diese Änderung erfolgen muss.
Sind standardisierte Heilmittelkombinationen verordnungsfähig? - NEU!	Ja , sofern Ihre/Ihr Patient:in an einer komplexen Schädigung leidet und eine intensive Behandlung benötigt (vgl. § 12 Abs. 4). Bitte bedenken Sie, dass eine standardisierte Heilmittelkombination bei den Diagnosegruppen WS und EX auf 12 Einheiten je Verordnungsfall begrenzt (vgl. § 12 Abs 6 HeilM-RL) ist.
Ist Massagetherapie verordnungsfähig? - NEU!	Ja , wobei Massagetherapie bei den Diagnosegruppen WS, EX und CS auf 12 Einheiten je Verordnungsfall begrenzt (vgl. § 12 Abs 6 HeilM-RL) sind.

Physiotherapie	
Frage	Antwort
Meine Patientin leidet an einem Lymphödem . Muss die Verordnung über manuelle Lymphdrainage von der Krankenkasse genehmigt werden?	Nein! Das Lymphödem ab Stadium II wird als LHB gelistet und bedarf keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.
Muss die Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie) näher spezifiziert werden?	Aus medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten sollten Sie die Thermotherapie spezifizieren.
Mein Patient leidet an einem Lipödem. Muss die Verordnung über manuelle Lymphdrainage von der Krankenkasse genehmigt werden?	Nein! Das Lipödem erfüllt nicht die Voraussetzungen, die für ein Genehmigungsverfahren zur Anerkennung eines individuellen langfristigen Heilmittelbedarfs vorliegen müssen. Aber, ein Lipödem im Stadium I bis III, auch ohne Lymphödem, wird als BVB gelistet.
Müssen bei der Verordnung von standardisierten Heilmittelkombinationen die konkreten Maßnahmen immer angegeben werden?	Es ist möglich die „standardisierte Heilmittelkombination“ ohne nähere Angaben zu verordnen. Dann entscheidet der Therapeut, auch abhängig vom Behandlungsverlauf, über die einzusetzenden Maßnahmen. Eine Spezifizierung durch Sie kann aber erfolgen, soweit dies aus medizinischen Gründen sinnvoll ist.
Darf ich neben Physiotherapie andere Heilmittel (Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie, Ergotherapie, Podologie) verordnen?	Ja! Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges ist bei entsprechender Indikation zulässig. Dabei sind jeweils getrennte Verordnungsvordrucke (Muster 13) zu verwenden.

Physiotherapie	
Frage	Antwort
Darf ich einen Geburtsvorbereitungskurs - durchgeführt von einem Physiotherapeuten - verordnen?	<p>Ja! Auch Physiotherapeuten können diese Kurse anbieten und werden wegen des Hebammenmangels zunehmend in Anspruch genommen. Damit der Physiotherapeut abrechnen kann, benötigt die Patientin ein Kassenrezept (Muster 16!). Es können maximal 14 Einheiten (1 Einheit = 60 min) verordnet werden. Die Verordnung auf dem Muster 16 lautet dann z. B. „Unterweisung zur Geburtsvorbereitung, 14 Einheiten“. Die Kosten werden, ohne vorherige Genehmigung, von den Krankenkassen übernommen.</p>
Ist Rückbildungsgymnastik verordnungsfähig?	<p>Sie können Rückbildungsgymnastik für Versicherte der Ersatzkassen auf einem Arzneimittelrezept (Muster 16) verordnen; die Leistung wird von Physiotherapeuten und Krankengymnasten erbracht. Es sind maximal 10 Einheiten á 60 Minuten zu verordnen (Quelle: Vergütungsvereinbarung vom 01.01.2017). Voraussetzung: Die Behandlung wird in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen.</p> <p>Für Versicherte der übrigen Krankenkassen ist eine Verordnung von Rückbildungsgymnastik nicht möglich. Rückbildungsgymnastik wird von Hebammen ohne ärztliche Verordnung erbracht. Freiberuflich tätige Hebammen sind berechtigt, Rückbildungsgymnastik für Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen ohne ärztliche Verordnung zu erbringen und abzurechnen. Voraussetzung: Die Rückbildungsgymnastik wird in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen.</p>

Physiotherapie	
Frage	Antwort
Sind die Kompressionsbinden im Zusammenhang mit einer Manuellen Lymphdrainage zusätzlich zu verordnen?	<p>Ja! Die Binde ist als Verbandmittel auf Muster 16 zu verordnen.</p> <p>Die Kompressionsbandagierung ist im individuellen Einzelfall - sofern erforderlich und die Verwendung von Kompressionsstrümpfen nicht möglich bzw. nicht indiziert ist - 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. Polstermaterial sowie Schlauchverbände sind nicht verordnungsfähig. Diese Materialien sind bei der Leistungserbringung durch Physiotherapeuten abgegolten.</p> <p>Wichtig! Die Kompressionsbandagierung erfolgt <u>nach</u> der definierten Behandlungszeit, nicht innerhalb.</p>

Ansprechpartner für Verordnungsfragen stehen Ihnen - **als Mitglied der KVB** - unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30 zur Verfügung. Oder Sie hinterlassen uns über Ihr Beratungscener unter <https://www.kvb.de/service/beratung/beratungscener/> einen Rückrufwunsch.