

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK)
Landesverband Baden-Württemberg e.V. · Rotebühlstraße 63 · 70178 Stuttgart

Deutscher Bundestag
Dr. Roy Kühne MdB
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Deutscher Verband für
Physiotherapie (ZVK)

Landesverband
Baden-Württemberg e.V.

Geschäftsstelle:
Rotebühlstraße 63
70178 Stuttgart
Telefon 0711/925 41-0
Telefax 0711/925 41-44
info@bw.physio-deutschland.de
www.bw.physio-deutschland.de

Bankverbindung:
Kreissparkasse Esslingen-Nürtingen
IBAN DE74 6115 0020 0008 2582 56
BIC ESSLDE66XXX

Steuernummer: 99015/03906
Finanzamt Stuttgart/Körperschaften

Stuttgart, den 21.05.2019

Schreiben vom Bundesversicherungsamt vom 24. April 2019 und Stellungnahme der IKK classic zu den Absetzungen der IKK classic

Sehr geehrter Herr Dr. Kühne,

wie wir Sie bereits im Schreiben vom 22.02.2019 informiert haben, fordert die IKK classic in großem Stil bereits abgerechnete Heilmittelleistungen aus den vergangenen Jahren zurück. In diesem Falle hat unser Bundesverband am 11.02.2019 eine Eingabe bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Bundesversicherungsamt (BVA), getätigt, welche die IKK classic zur Stellungnahme aufgerufen hat.

Anbei übersende ich Ihnen die rechtliche Beurteilung des BVA und die Stellungnahme der IKK classic.

Die Stellungnahme der IKK classic erlauben wir uns wie folgt zu kommentieren:

Verpflichtung zur Prüfpflicht, gemäß BSG Urteil vom 27.10.2009, B1 KR 4/09 R, Seite 2

Richtig ist, dass das BSG den Leistungserbringern eine grundsätzliche Prüfpflicht auferlegt hat. Dabei handelt es sich aber mitnichten um eine umfassende Prüfpflicht in materieller und formeller Hinsicht, sondern lediglich um eine Prüfung der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung (siehe hierzu Randziffer 31 des Urteils „[...]der Heilmittelerbringer den Inhalt der ärztlichen Verordnung insoweit prüfen muss, als er nur auf Basis einer gültigen Verordnung mit den für eine wirksame und wirtschaftliche Heilmitteltherapie notwendigen ärztlichen Angaben leisten darf.[...]“).

Ein formaler Fehler, wie z.B. das Fehlen der medizinischen Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls, bewirkt weder einen Zweifel an der Wirksamkeit noch an der Wirtschaftlichkeit.

Im Übrigen bewirkt diese Rechtsprechung ein völlig inakzeptables Novum:

Gilt in den meisten anderen Bereichen im Gesundheitswesen das Verursacherprinzip, zahlen hier die Therapeuten u.U. für die Fehler des verordnenden Arztes (Verursacher).

„Zahlung unter Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung“, Seite 2

Die IKK classic trägt vor, die in den vergangenen Jahren geleisteten Zahlungen unter dem Vorbehalt

der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit geleistet zu haben.

Die IKK Classic hat bei der Einreichung der Heilmittelverordnung diese aber bereits geprüft – also gerade nicht unter Vorbehalt gezahlt.

Dies hat die IKK classic selbst oder durch deren Abrechnungsdienstleister in ihren ersten Rückforderungs-/Absetzungsschreiben sogar so artikuliert und nach unserem Hinweis den Satz aus den Folgeschreiben entfernt.

Es muss also davon ausgegangen werden, dass die Verordnungen seinerzeit auf Ihre Richtigkeit geprüft wurden und gerade nicht unter Vorbehalt einer Prüfung oder Richtigkeit gezahlt wurden. Die erneute Prüfung widerspricht damit dem Grundsatz von „Treu und Glauben“. Ob die IKK classic damals den Fehler erkannt hat und aus Kulanz bezahlt oder einen Fehler bei der Prüfung gemacht hat, darf nicht das Problem des Heilmittelerbringers sein.

Absetzungen von Verordnungen außerhalb des Regelfalls bei prognostisch kurzfristigem Therapiebedarf (WS1, EX1, LY1, ...), Seite 2 f.

Grundlage für die Durchführung der Heilbehandlung sind die Heilmittelrichtlinien und der Heilmittelkatalog. Sowohl in den Richtlinien als auch im Katalog hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GB-A) aber nirgendwo geregelt, dass es keine Verordnungen außerhalb des Regelfalls bei „im Regelfall kurzfristigen Behandlungsbedarf“ geben kann (z.B. bei EX1, WS1).

Es ist zwar freundlich, dass KBV und KV einen gemeinsamen „Frage- und Antwortenkatalog“ erstellt haben, welcher deren Rechtsauffassungen widerspiegelt. Dieser hat aber weder eine rechtliche Bindung für die Therapeuten, noch spiegelt es in allen Teilen die Rechtsauffassung von PHYSIO-DEUTSCHLAND wider. Im Verlauf schreibt die IKK classic ja selbst „Für die gesetzlichen Krankenversicherungen bilden die Aussagen der Heilmittelrichtlinien und des dazugehörigen Heilmittelkatalogs die Rechtsgrundlage zur Leistungserbringung und sind für die IKK classic bindend.“ Dem ist nichts mehr hinzuzufügen.

Information der betroffenen Leistungserbringer, Seite 3

Dies geschieht augenscheinlich gerade nicht. Die Kolleginnen und Kollegen, die Ihre Heilmittelverordnungen ebenfalls über einen Abrechnungsdienstleister mit der IKK classic abrechnen, erhalten keine Information über die Absetzungen, sondern werden direkt mit den laufenden Abrechnungen verrechnet.

Schlussbemerkung

Dass die bürokratischen Hürden der Heilmittelrichtlinie und des Heilmittelkatalogs so überbüdend und fehleranfällig sind, hat auch der GB-A festgestellt.

In dem seit letzter Woche zur Stellungnahme vorliegenden Überarbeitungsentwurf werden nahezu alle Absetzungstatbestände der Vergangenheit aus den Richtlinien entfernt.

Dass die IKK mit mehr als vier Jahren Abstand genau diese Punkte als „Grundlage für die Wirtschaftlichkeit“ zu einer Nachprüfung heranzieht, mutet doch ein wenig einem Kasperletheater an und zeigt die Verzweiflung der betreffenden Krankenkasse im Wettbewerb zum Thema „Zusatzbeitrag“.

Dass jetzt die Heilmittelerbringer durch eine erneute, in unseren Augen dem Grundsatz von Treu und Glauben widersprechenden Überprüfung, finanziell gemolken werden, konterkariert aus unserer Sicht die von uns sehr begrüßten Bemühungen der Politik, die Heilmittelerbringerbranche zu stabilisieren.

Wir bitten Sie daher dringend auf die IKK classic einzuwirken, ihren Zusatzbeitrag über Einsparungen in anderen Bereichen reduzieren zu können und nicht Physiotherapeuten vier Jahre nach der Leistungserbringung die Vergütung zu entziehen.

In jedem Fall werden wir gerichtlich klären lassen, ob die IKK classic gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstößt.

Weiter könnte man mit der aktuellen Überarbeitung der Heilmittelrichtlinien und -katalog auch die Frage aufwerfen, ob nicht das intertemporale Recht gelten müsste.

Gerne stehe ich für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Uwe Eisner
Vorstandsvorsitzender
PHYSIO-DEUTSCHLAND Baden-Württemberg

Anlagen

Kopie des Briefwechsels von PHYSIO-DEUTSCHLAND mit dem Bundesversicherungsamt zu den Absetzungen der IKK classic

Kopie der Stellungnahme der IKK classic vom 08. April 2019

- Diesen Brief hat ebenfalls Herr Minister Jens Spahn erhalten sowie zur Kenntnisnahme als Kopie das Bundesversicherungsamt.



Bundesversicherungsamt

E I N G A N G

2 6. April 2019

Beantwortet.....
Erledigt.....

Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Deutscher Verband für Physiotherapie
(ZVK) e.V. Köln
Herrn Thorsten Vogtländer
Deutzer Freiheit 72-74
50679 Köln

HAUSANSCHRIFT
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1700
FAX +49 228 619 1866

krankenversicherung@bvamt.bund.de
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Frau Hogenacker

24. April 2019

AZ 216-982/19
(bei Antwort bitte angeben)

**Gesetzliche Krankenversicherung – Leistungen –
hier: Rückforderungen abgerechneter Heilmittelbehandlungen außerhalb des
Regelfalls**

Ihre Eingabe vom 11. Februar 2019

Sehr geehrter Herr Vogtländer,
sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrem o.g. Schreiben wenden Sie sich gegen die Rückforderung bereits abgerechneter Heilmittelbehandlungen „außerhalb des Regelfalls“ bis zu fünf Jahren durch die IKK classic bzw. deren beauftragtes Abrechnungszentrum Emmendingen. Weiter monieren Sie, dass die IKK classic in Ihrer Eingabe genannte Indikationsschlüssel entgegen der Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen nicht als Verordnung „außerhalb des Regelfalls“ abrechenbare Leistungen akzeptiert.

Die von uns erbetene Stellungnahme der IKK classic in Ihrer Angelegenheit liegt uns vor. Wir haben die Verwaltungsunterlagen zu dem von Ihnen vorgetragenen Sachverhalt aufsichtsrechtlich geprüft.

Wir sind zu dem Ergebnis gelangt, dass die Vorgehensweise der IKK classic nicht zu beanstanden ist.

Zur Vermeidung von Wiederholungen erlauben wir uns, auf die Stellungnahme der IKK classic an das Bundesversicherungsamt vom 8. April 2019 zu verweisen. Die Rechtslage wird dort zutreffend wiedergegeben.

Die Bezugnahme auf den Schriftwechsel der Krankenkasse erfolgt nach eingehender Prüfung der Sach- und Rechtslage. Die Ausführungen der IKK classic treffen aus unserer Sicht zu. Wir bitten um Verständnis für diese Verfahrensvereinfachung.

Sehr geehrter Herr Vogtländer, sofern durch das Abrechnungszentrum Emmendingen veranlasste Rückforderungen die in der Stellungnahme der IKK classic beschriebene rechtlich korrekte Verjährungsfrist von vier Jahren überschreiten sollte, wären wir Ihnen für eine Benennung dieser Vorgänge im Einzelfall dankbar.

Wir bedauern, Ihnen insgesamt keine günstigere Nachricht geben zu können, hoffen jedoch, Ihnen den Sachverhalt sowie die rechtlichen Hintergründe anhand der beigefügten Unterlagen hinreichend erläutert zu haben.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Hogenacker



1.

BR
2014/4



IKK classic • PF 20 40 • 32377 Minden

Bundesversicherungsamt
Abteilung 2
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Datenschutz und Revision

Petra Lohmeier

Tel. 0571 8882-105129
Fax 0571 8882-105137
petra.lohmeier@ikk-classic.de

Bundesversicherungsamt
Eingereicht am:

10. APR. 2019

Abteilung: 216 Anl.: *BR*

8. April 2019

**Gesetzliche Krankenversicherung – Leistungen –
hier: Abrechnung Physiotherapie**

**Eingabe des Herrn Thorsten Vogtländer i. S. des Deutschen Verbandes für Physiotherapie
(ZVK) e. V. Köln, 50679 Köln, vom 11. Februar 2019
Ihr Schreiben vom 11. März 2019
Ihr Zeichen: 216 - 982/19**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Eingabe des Herrn Thorsten Vogtländer, Geschäftsführer des Deutschen Verbandes für
Physiotherapie (ZVK) e. V. Köln, vom 11. März 2019 nehmen wir nachfolgend Stellung.

Mit der Eingabe beanstandet der Verband für Physiotherapie Rückforderungen der IKK classic von
bereits seit längerem abgerechneten Heilmittelleistungen und stellt deren Rechtmäßigkeit in Frage.

SACHVERHALTSDARSTELLUNG

Im Rahmen unserer Rechnungsprüfung wurde festgestellt, dass Heilmittelerbringer vermehrt ihren
gesetzlichen und vertraglichen Vereinbarungen nicht nachgekommen sind. Beauftragt mit der
Rechnungsprüfung und Abwicklung ist unser Dienstleister, das Abrechnungszentrum
Emmendingen. Da es sich bei den betreffenden Rechnungen um bereits ausgezahlte
Heilmittelabrechnungen handelt, führt dies zu Rückforderungen. Dieses geschieht
selbstverständlich im Einklang mit den jeweiligen landesvertraglichen Regelungen.

Bei der Rechnungsprüfung wurden insbesondere die Einhaltung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL)
und des Heilmittelkatalogs unter Berücksichtigung der landesvertraglichen Regelungen
beanstandet.

IKK classic
Ringstraße 52
32427 Minden

Commerzbank AG
Konto-Nr. 0304408800
BLZ: 850 400 00
BIC: COBADEFF850
IBAN: DE06850400000304408800
IK: 107 202 793

Kostenlose IKK-Servicehotline:
0800 455 1111

Die Heilmitteltherapeuten sind verpflichtet, die Vollständigkeit und Richtigkeit der vertragsärztlichen Heilmittelverordnungen vor Beginn der Behandlung auf formale und inhaltliche Mängel hin zu prüfen. Sämtliche Angaben auf den Verordnungen müssen den Heilmittel-Richtlinien sowie dem Heilmittelkatalog nicht nur formell sondern auch inhaltlich entsprechen. Ist die Heilmittelverordnung fehlerhaft oder unvollständig, muss der Sachverhalt vor Behandlungsbeginn vom Leistungserbringer mit dem verordnenden Arzt geklärt werden. Die weitere Vorgehensweise ist in den Richtlinien und Verträgen geregelt. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat dies mit seinem Urteil vom 27.10.2009, B 1 KR 4/09 R bestätigt.

Entsprechend den landesvertraglichen Regelungen haben wir seinerzeit die Rechnungen innerhalb der jeweils gültigen Frist unter dem Vorbehalt einer sachlichen und rechnerischen Prüfung gezahlt. Die Fristen für die nachfolgende Prüfung sind in Baden-Württemberg und Bayern vertraglich geregelt. Sie beginnt vier Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem gezahlt wurde. In Hessen fehlt es hierzu an einer vertraglichen Aussage, daher gilt die gesetzliche Frist gemäß § 45 SGB I von vier Jahren. Eine zeitliche oder technische Zusammenlegung verschiedener Prüfstufen ist nicht festgelegt.

Eines der Kriterien unserer qualitätssichernden Maßnahme ist die Prüfung von Verordnungen, die „außerhalb des Regelfalls“ gekennzeichnet wurden.

Der Verband ZVK führt an, dass eine Verordnung bei den beispielhaft genannten Indikationsschlüsseln EX1, EX2, WS1, LY1 „außerhalb des Regelfalls“ verordnet werden dürfen, da die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bzw. die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dahingehend informiert haben.

Bei den beispielhaft genannten Indikationsschlüsseln/Diagnosegruppen handelt es sich um Erkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf. Hier geht der Gesetzgeber davon aus, dass bei den dort genannten Krankheitsbildern die Verordnungsmenge beispielsweise bei EX1 mit 6 Einheiten ausreicht. Wird das Therapieziel mit diesen 6 Einheiten im Einzelfall nicht erreicht, ist ein Wechsel in die nächsthöhere Diagnosegruppe bei medizinischer Notwendigkeit vorzunehmen. Analoge Aussagen werden auch bei den anderen o.g. Indikationsschlüsseln getroffen.

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen und die KBV haben gemeinsam die „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten“ geschlossen. In dieser Vereinbarung wurden die Diagnoseschlüssel/ICD 10-Codes aufgelistet, bei denen eine Verordnung „außerhalb des Regelfalls“ erfolgen darf.

Bei den beanstandeten Verordnungen entsprechen die bescheinigten Diagnoseschlüssel/ ICD-10-Codes nicht den in der Heilmittel-Richtlinie geregelten Ausnahmen.

Ergänzend zum Heilmittelkatalog hat der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen in dem Fragen-/Antwortkatalog zum Heilmittelkatalog die Frage, ob bei den Diagnosegruppen WS1, EX1, EX2, LY1 eine Verordnung außerhalb des Regelfalls möglich ist, verneint: „Frage 51: In den Diagnosegruppen WS1, EX1, EX2, LY1, LY2 und AT1 ist, sofern medizinisch begründet, ein Wechsel in die jeweils nächsthöhere Diagnosegruppe vorgesehen. Ist bei diesen Diagnosegruppen mit prognostisch „kurzzeitigem“ bzw. „mittelfristigem“ Behandlungsbedarf eine „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ daher nicht möglich, sondern nach ausgeschöpfter Verordnungsmenge nur ein Wechsel in die nächsthöhere Diagnosegruppe möglich? Antwort: Bei den Diagnosegruppen

WS1, EX1, EX2, LY1 und AT1 ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht möglich. Die Diagnosegruppe LY2 ist ein Sonderfall. Wenn LY2 bei einer bösartigen Erkrankung verordnet wurde (dies ist nicht untersagt), dann kann Überstieg auf LY3 erfolgen. Wenn LY2 bei einer nicht-bösartigen Erkrankung verordnet wurde und die Verordnungsmenge des Regelfalls nicht ausreicht, folgt dann die Verordnung außerhalb des Regelfalls.“

Für die gesetzliche Krankenversicherung bilden die Aussagen der Heilmittel-Richtlinien und des dazugehörigen Heilmittelkatalogs die Rechtsgrundlage zur Leistungsentscheidung und sind für die IKK classic bindend.

Auch der Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten - IFK e.V. („die Physiotherapeuten“) trifft in seiner Schulungsunterlage „Korrekte Ausstellung von Heilmittelverordnungen“ die Aussage „bei den Indikationsschlüsseln bei WS1, EX1, EX2 und LY1 ist eine Verordnung „außerhalb des Regelfalls“ nicht möglich“.

In den beschriebenen Fällen sind die Heilmittelerbringer ihren Verpflichtungen nicht hinreichend nachgekommen. Dabei ist uns weiterhin an einer guten Kommunikation mit den betroffenen Praxen gelegen. Der von uns beauftragte Abrechnungsdienstleister informiert die betroffenen Leistungserbringer daher in diesen Fällen über den Rückforderungsbetrag, nennt den Grund der Rückforderung und legt eine Kopie der Verordnung bei. Sofern der Leistungserbringer trotz unserer Qualitätsbemühungen mit der Rückforderung nicht einverstanden ist, hat dieser die Möglichkeit, in begründeten Fällen Einspruch einzulegen. Dieser wird im Einzelfall geprüft. Bei Auffälligkeiten würden in einem automatisierten Verfahren auch die mit dem Dienstleister abgestimmten Prüfroutinen überprüft und bei erkennbaren Fehleinstellungen Anpassungen eingeleitet.

RECHTLICHE WÜRDIGUNG

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmittel (§ 32 Abs. 1 Satz 1 SGB V), soweit diese ärztlich verordnet wurden (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3, § 28 Abs. 1 Satz 2 und § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

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 (§ 12 Abs. 1 SGB V).

Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 2 Abs. 4 SGB V).

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Er soll insbesondere Richtlinien unter anderem über die Verordnung von Heilmitteln beschließen (§ 92 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 6 SGB V).

In der (Heilmittel-)Richtlinie ist insbesondere der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel (Heilmittelkatalog), die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen, die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer zu regeln (§ 92 Abs. 6 Satz 1 SGB V).

Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich (§ 91 Abs. 6 SGB V). Auch in § 1 Abs. 3 Satz 1 der HeilM-RL wird die Verbindlichkeit für die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, für die Versicherten, für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen (Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) sowie die weiteren Leistungserbringer bestätigt.

Die Richtlinie regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 2 Abs. 2 Satz 1 HeilM-RL).

Nach § 3 Abs. 4 HeilM-RL regelt der indikationsbezogene Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Abs. 6 SGB V (Heilmittelkatalog), der Bestandteil dieser Richtlinie ist, die Indikationen bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind, die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen, die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosengruppe und die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen).

Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf vereinbarten Vordrucken. Die Vordrucke müssen nach Maßgabe des Absatzes 2 vollständig ausgefüllt werden (§ 13 Abs. 1 Sätze 1 und 2 HeilM-RL).

Nach § 13 Abs. 2 HeilM-RL sind in der Heilmittelverordnung nach Maßgabe der vereinbarten Vordrucke die Heilmittel eindeutig zu bezeichnen. Ferner sind alle für die individuelle Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Anzugeben sind insbesondere

- a) Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks,
- b) die Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls),
- c) Hausbesuch (ja oder nein),
- d) Therapiebericht (ja oder nein),
- e) die Durchführung der Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie,
- f) ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 15 notwendig,
- g) die Verordnungsmenge,
- h) das/die Heilmittel gemäß dem Katalog,
- i) ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel...,
- j) die Frequenzempfehlung,
- k) die Therapiedauer...,
- l) der vollständige Indikationsschlüssel...,
- m) die konkrete Diagnose mit Therapieziel(en) nach Maßgabe des jeweiligen Heilmittelkataloges...,
- n) die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls,
- o) spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde....

Die Behandlung kann nur durchgeführt werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die in § 13 Abs. 2 erforderlichen Angaben enthalten sind (§ 16 Abs. 1 HeilM-RL).

Entsprechend der Heilmittel-Richtlinie können Verordnungen (für Heilmittel) im Regelfall (§ 7 HeilM-RL) und außerhalb des Regelfalls (§ 8 HeilM-RL) verordnet werden. Begründungspflichtige Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung

16

vorzulegen, es sei denn die Krankenkasse hat auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL).

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sind bis auf die in der Richtlinie genannten Ausnahmen nicht zulässig (§ 7 Abs. 4 Satz 3 HeilM-RL).

Die Ausnahmen werden in der Anlage 1 (HeilM-RL), Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und KBV, mit dem Titel „Liste der Praxisbesonderheiten“ genannt.

Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, ist nur zu gewährleisten, wenn die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit den ausführenden Therapeutinnen und Therapeuten eng zusammenwirken. Dies setzt voraus, dass zwischen den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, die bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage ihrer Verordnung gemacht haben, und den Therapeutinnen oder Therapeuten, die die sachgerechte und qualifizierte Durchführung der verordneten Maßnahme gewährleisten, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt insbesondere für den Beginn und die Durchführung der Heilmittelbehandlung (§ 14 HeilM-RL).

In den Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln und Verträgen nach § 125 SGB V wird der in dieser Richtlinie beschriebene Leistungsrahmen nicht überschritten (§ 1 Abs. 6 HeilM-RL).

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, der erforderlichen Weiterbildungen, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise (§ 125 Abs. 2 SGB V).

Zwischen (unter anderem) dem Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) und der IKK classic wurden Rahmenverträge auf Landesebene für Baden-Württemberg, Bayern und Hessen nach § 125 Abs. 2 SGB V abgeschlossen.

Ansprüche auf Sozialleistungen verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind (§ 45 Abs. 1 SGB I).

In den Rahmenverträgen in Baden-Württemberg und Bayern sind die Rückforderungsfristen vertraglich geregelt, sie betragen vier Jahre. In Hessen enthält der Vertrag keine expliziten Regelungen zu den Rückforderungsfristen, es gilt § 45 SGB I.

FAZIT

Der Gesetzgeber verpflichtet alle Akteure im Gesundheitssystem zur wirtschaftlichen Mittelverwendung. Darüber hinaus wurden mit der Heilmittel-Richtlinie sowie dem Heilmittelkatalog weitere verbindliche Regelungen geschaffen, die klare Handlungsvorgaben liefern und so das Zusammenwirken der Beteiligten erleichtern. In die Rahmenverträge wurden ähnlich lautende Generalformulierungen aufgenommen. Die IKK classic hat darauf basierend bereits vor Jahren auch bei Versorgungen von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls einen sogenannten Genehmigungsverzicht nach § 8 Abs. 4 HeilM-RL ausgesprochen. Damit haben wir uns

entsprechend der Zielsetzung dieser Regelungen dafür entschieden, die Verfahren zu entbürokratisieren. Für uns zeugt das von großem Vertrauen in unsere Vertragspartner.

Wir verstehen den Unmut, den einige Leistungserbringer aufgrund der rückwirkenden Rückforderung äußern. Allerdings handeln wir in jedem Fall rechtskonform, auch bei den beanstandeten Diagnoseschlüsseln/Indikationsschlüsseln EX1, EX2, WS1, LY1. Als gesetzliche Krankenkasse sind wir verpflichtet, bei festgestellten und nachgewiesenen Falschabrechnungen Korrektur- oder Rückforderungsmöglichkeiten zu prüfen und umzusetzen; ansonsten würde die Versicherungsgemeinschaft ungerechtfertigt belastet und der Sinn gesetzlicher Regelungen verfehlt.

Gern stehe ich Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüße


Petra Lohmeier