

Hippotherapie-K[®] *Dreams & Realities*

GV Schweizer Gruppe für
Hippotherapie-K[®]
Olten 27. April 2013

Kurzvorstellung Referent



- Marc Chevalier-Swierstra
- Selbständigerwerbender Dipl. Physiotherapeut Biel
- Mitglied des Zentralvorstandes physioswiss
- Mitglied KoSe physioswiss
- Mitglied der PVK physioswiss
- Vorstandsmitglied SERMED
- eDI/eHealth Verantwortlicher physioswiss

Hippotherapie-K® *Dreams&Realities*

Inhalt:

- Rechtsgrundlagen
- Ausgangslage
- Problemstellung
- Lösungsansatz
- Fragen?

Rechtsgrundlagen

Physiotherapie ist geregelt unter:

- ✓ **Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)**
- ✓ **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)**
- ✓ **Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)**
- ✓ **Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV 5)**
- ✓ **Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)**

Rechtsgrundlagen

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG):

- ✓ **Art. 8** Definition von Invalidität
- ✓ **Art. 33** Schweigepflicht
- ✓ **Art. 49** Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung
- ✓ **Art. 52** Einsprache gegen Verfügungen
- ✓ **Art. 57** Kantonales Versicherungsgericht
- ✓ **Art. 62₂₈** Bundesgericht
- ✓ **Art. 64** Heilbehandlung in Reihenfolge zu Lasten:
MV/UV/IV/KK

Rechtsgrundlagen

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG):

- ✓ **Art. 25:** ...auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes...
- ✓ **Art. 32:** WZW (wirksam/zweckmässig/wirtschaftlich)
- ✓ **Art. 35 :** Zulassung der Leistungserbringer
- ✓ **Art. 41:** Wahlfreiheit der PatientInnen
- ✓ **Art. 42:** Tiers garant
- ✓ **Art. 43:** Einzelleistungstarif
- ✓ **Art. 44:** Tarifschutz
- ✓ **Art. 46:** Tarifvertrag
- ✓ **Art. 57:** Vertrauensärzte
- ✓ **Art. 58:** Qualität

Rechtsgrundlagen

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG):

- ✓ **Art. 89:** Kantonales Schiedsgericht
- ✓ **Art. 91:** Bundesgericht

Rechtsgrundlagen

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV):

- ✓ **Art. 24:** Aufsichtspflicht BAG
- ✓ **Art. 35:** Therapeutische Massnahmen bei Geburtsgebrechen (IV>KK)
- ✓ **Art. 47:** Zulassungsbedingungen für Physiotherapeuten
- ✓ **Art. 52:** Organisationen der Physiotherapie
- ✓ **Art. 59:** Form der Rechnungsstellung

Rechtsgrundlagen

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV 5):

- ✓ **Art. 5:** ...Kosten folgender physiotherapeutischer Leistungen werden übernommen...
 8. Physiotherapie auf dem Pferd bei multipler Sklerose

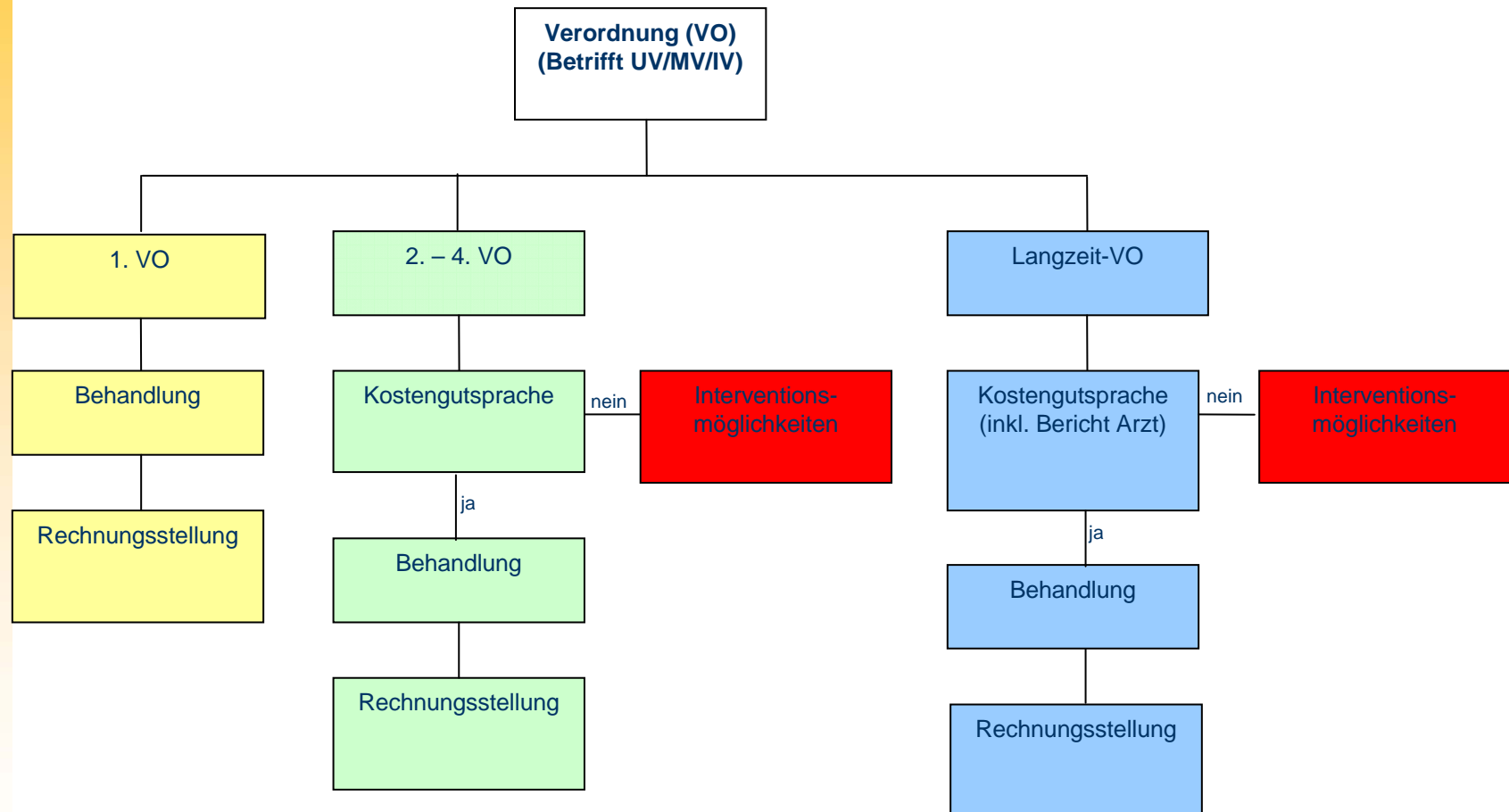
Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL):

Ausgangslage

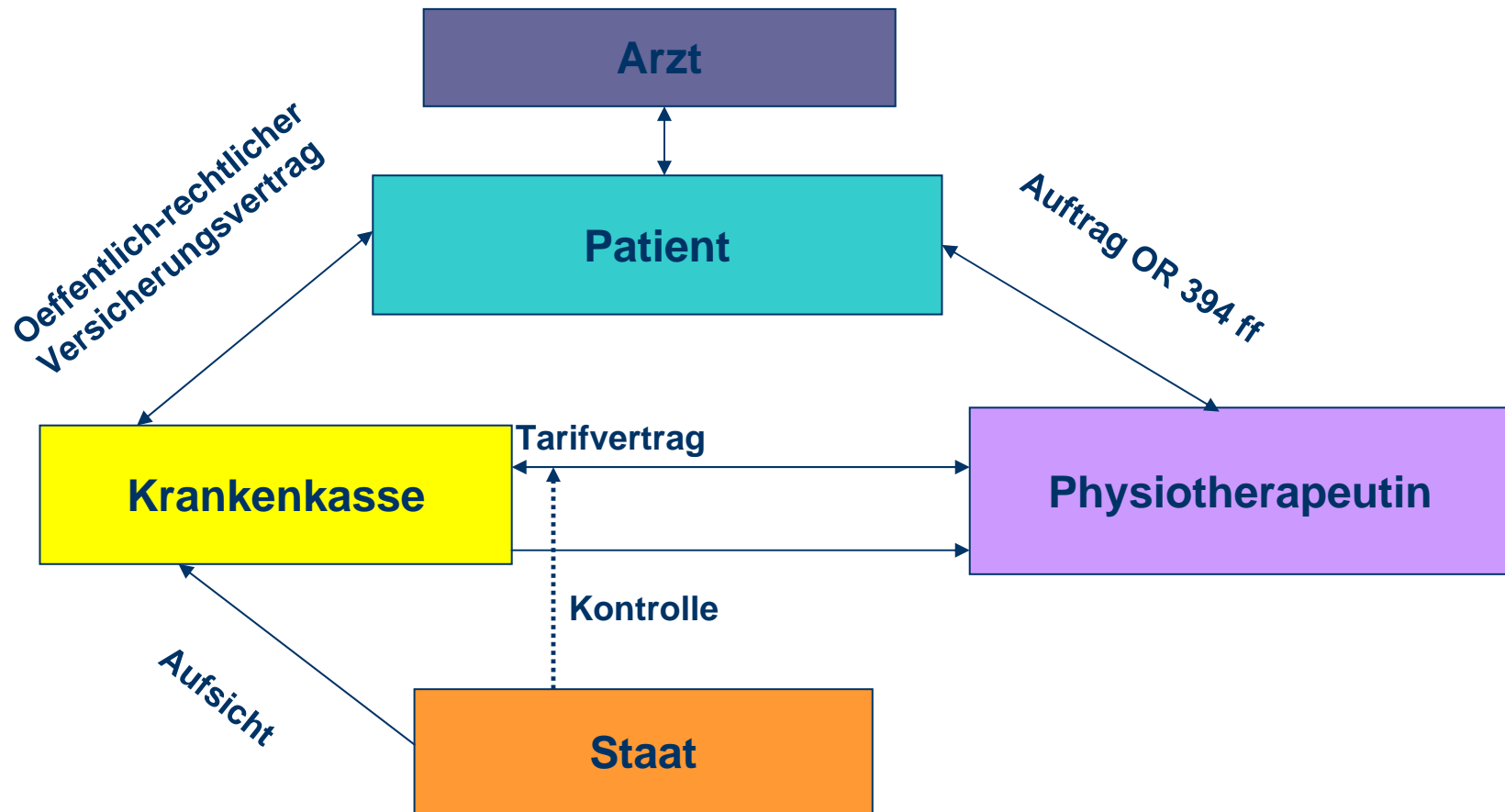
- ✓ **Gültiger Tarifvertrag mit UV/MV/IV**
- ✓ **System Tiers payant (TP)**

- ✓ **Gekündigter Tarifvertrag mit KK**
- ✓ **System Tiers garant (TG)**

Ausgangslage



Ausgangslage



Ausgangslage

IV-spezifische gesetzliche Bestimmungen (IVG):(bis 20 Jährig)

✓ Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen KSME

Hippotherapie – Ponytherapie

1021 Die Hippotherapie wird in der IV als eine anerkannte Behandlungsmethode bei zerebralen Lähmungen betrachtet (siehe Rz 390.5). Bei minderjährigen Versicherten kann sie auch bei *erworbenen* neuromotorischen Störungen übernommen werden, sofern Art. 12 IVG anwendbar ist.

Ausgangslage

390.5 Hippotherapie stellt eine anerkannte medizinische Massnahme zur Behandlung der in 390 GgV genannten angeborenen zerebralen Lähmung dar.

Die Kosten dieser die Bobath-Therapie ergänzenden Behandlung können übernommen werden. Hinsichtlich der Leistungen der IV und der Anforderungen an das Personal ist indessen folgendes zu beachten:

- Bei der Hippotherapie als besonderer Form der Physiotherapie übt der Patient oder die Patientin im Gegensatz zum therapeutischen Reiten keine aktive Einwirkung auf das Pferd aus. Jede andere Form, wie insbesondere das therapeutische Reiten oder die Reittherapie, stellt nach wie vor keine Eingliederungsmassnahme der IV dar.**
- Hippotherapie darf nur von Physiotherapeuten/innen mit abgeschlossener Bobath- und Zusatzausbildung in Hippotherapie durchgeführt werden.**

Ausgangslage

IV-Rundschreiben Nr.107 vom 17. September 1996:

✓ Leistungen der IV bei Hippotherapie

Ab dem 1. Juli 1996 gilt für die Verrechnung der Leistung Hippotherapie der Nachtrag vom 15. August 1995 zu den Richtlinien des Physiotherapievertrages, Ziffer 2.1 (bis), Buchstabe e.

Der bis anhin noch gültige Vertrag zwischen der Schweizer Gruppe für Hippotherapie und dem Bundesamt für Sozialversicherung (für die Invalidenversicherung) vom 5. Oktober 1989, sowie der Anhang zum Vertrag, wurden somit per 30. Juni 1996 hinfällig.

Die Schweizer Gruppe für Hippotherapie-K führt eine Liste derjenigen Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, die über die geforderte Spezialausbildung in Hippotherapie verfügen.

Die aktuelle Liste liegt diesem Rundschreiben bei.

Beilage erwähnt*

*Beilagen in Papierform vorhanden

Problemstellung

Gesetzgebung :KVG vs. IVG

(ab 20. Jährig)

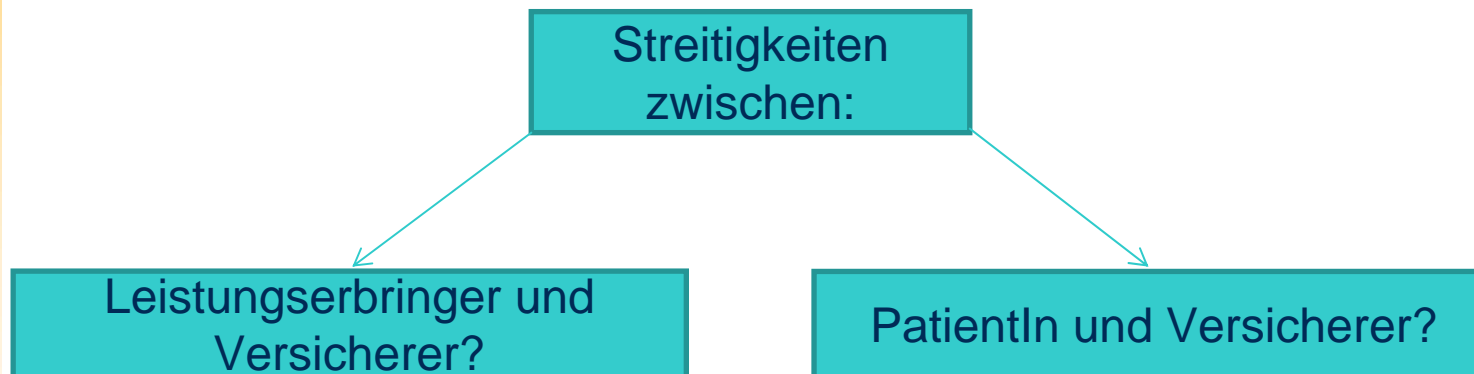
✓ KLV 5 vs. KVV Art. 35

Nach Art. 35 KVV sind die Krankenkassen verpflichtet, die von der IV verfügten Therapien auch nach dem 20. Altersjahr weiterzuführen. In den Absätzen 4 und 5 des Artikels 5 KLV wird dies für die Physiotherapie auch nochmal explizit so erwähnt. Allerdings richten sich die Modalitäten dann nach der Gesetzgebung des KVG und nicht mehr nach derjenigen des IVG. Der Vertrauensarzt der Krankenkasse wird dann über Art und Umfang der Weiterführung der Therapie entscheiden.

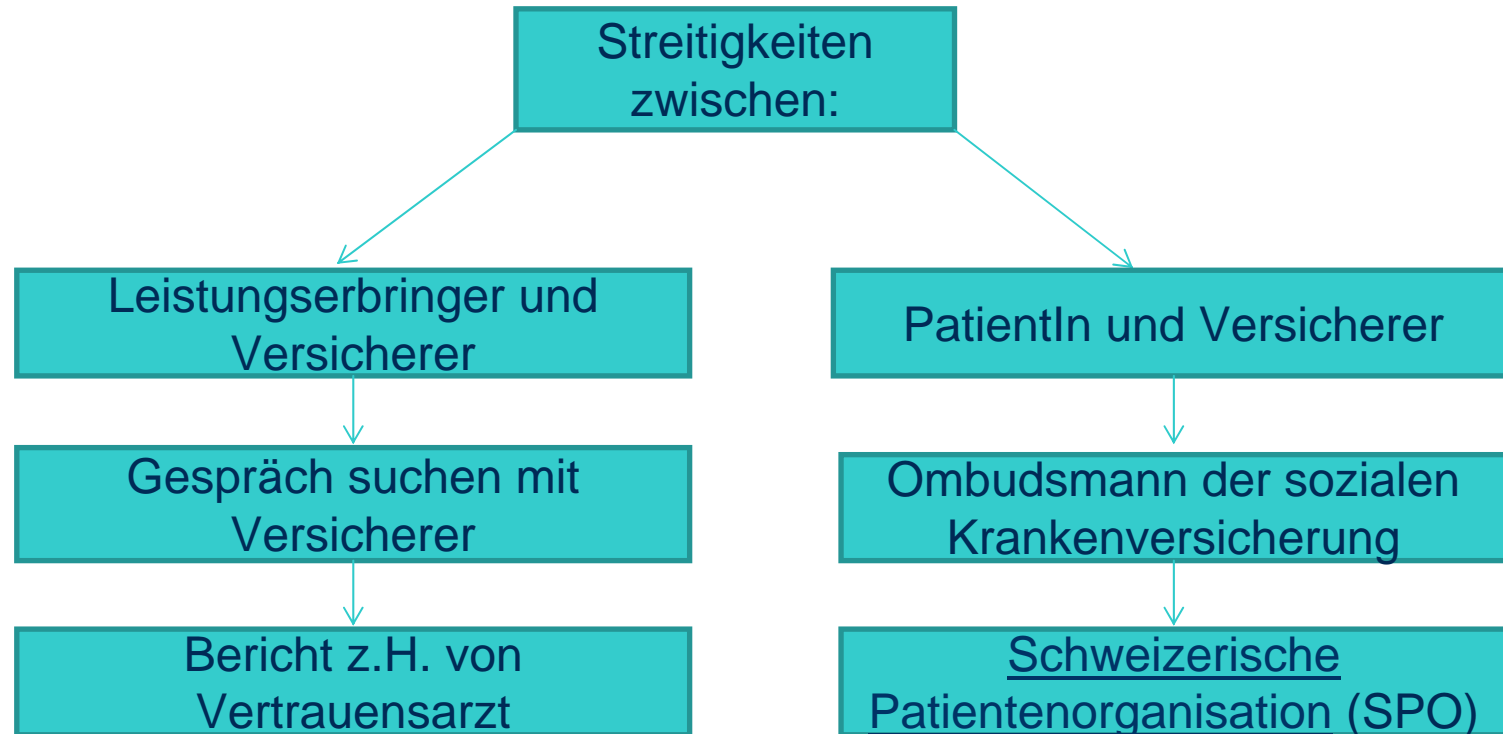
(KLV 5: 8. Physiotherapie auf dem Pferd bei multipler Sklerose)

Problemstellung

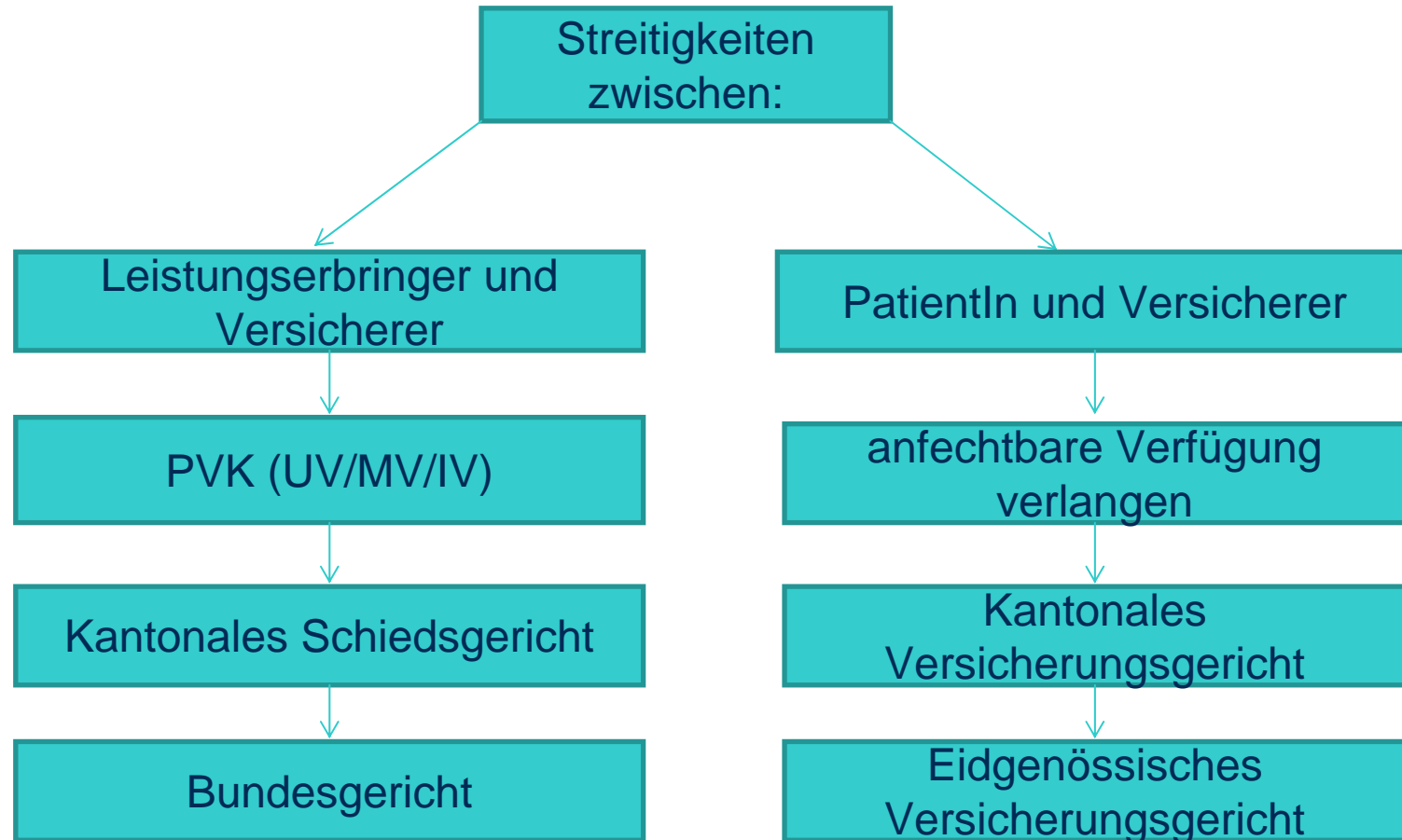
**Hippotherapieleistungen werden
verweigert:
Was nun?**



Lösungsansatz



Lösungsansatz



Take home message

- ✓ **Sich an die gesetzlichen Rahmenbedingungen halten**
- ✓ **Das Gespräch mit den Versicherungen/Vertrauensärzte suchen**
- ✓ **Sich weniger «zum Anwalt» der PatientInnen machen**

Fragen?



Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)

2. Kapitel: Definitionen allgemeiner Begriffe

Art. 8 Invalidität

1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

2 Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird.¹²

3 Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Artikel 7 Absatz 2 ist sinngemäss anwendbar.^{13 14}

4. Kapitel: Allgemeine Verfahrensbestimmungen

1. Abschnitt: Auskunft, Verwaltungshilfe, Schweigepflicht

Art. 33 Schweigepflicht

Personen, die an der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung der Sozialversicherungsgesetze beteiligt sind, haben gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren.

2. Abschnitt: Sozialversicherungsverfahren

Art. 49 Verfügung

1 Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich Verfügungen zu erlassen.

2 Dem Begehren um Erlass einer Feststellungsverfügung ist zu entsprechen, wenn die gesuchstellende Person ein schützenswertes Interesse glaubhaft macht.

3 Die Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Sie sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen. Aus einer mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf der betroffenen Person kein Nachteil erwachsen.

4 Erlässt ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, so hat er auch ihm die Verfügung zu eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person.

4. Kapitel: Allgemeine Verfahrensbestimmungen

2. Abschnitt: Sozialversicherungsverfahren

Art. 52 Einsprache

1 Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle Einsprache erhoben werden; davon ausgenommen sind prozess- und verfahrensleitende Verfügungen.

2 Die Einspracheentscheide sind innert angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen.

3 Das Einspracheverfahren ist kostenlos. Parteientschädigungen werden in der Regel nicht ausgerichtet.

3. Abschnitt: Rechtspflegeverfahren

Art. 57 Kantonales Versicherungsgericht

Jeder Kanton bestellt ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung.

Art. 62²⁸ Bundesgericht

1 Gegen Entscheide der kantonalen Versicherungsgerichte kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005²⁹ beim Bundesgericht Beschwerde geführt werden.

1bis Der Bundesrat regelt das Beschwerderecht der Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen vor dem Bundesgericht.

2 Für die Vollstreckbarkeit der vorinstanzlichen Beschwerdeentscheide ist Artikel 54 sinngemäss anwendbar.

5. Kapitel: Koordinationsregeln

1. Abschnitt: Leistungskoordination

Art. 63 Allgemeines

1 Die Koordinationsbestimmungen dieses Abschnitts beziehen sich auf Leistungen verschiedener Sozialversicherungen.

2 Die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung gelten zusammen als eine Sozialversicherung.

3 Die Koordination von Leistungen innerhalb einer Sozialversicherung richtet sich nach dem jeweiligen Einzelgesetz.

Art. 64 Heilbehandlung

1 Die Heilbehandlung wird, soweit die Leistungen gesetzlich vorgeschrieben sind, ausschliesslich von einer einzigen Sozialversicherung übernommen.

2 Sind die Voraussetzungen des jeweiligen Einzelgesetzes erfüllt, so geht die Heilbehandlung im gesetzlichen Umfang und in nachstehender Reihenfolge zu Lasten:

- a. der Militärversicherung;
- b. der Unfallversicherung;
- c. der Invalidenversicherung;
- d. der Krankenversicherung.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

3. Kapitel: Leistungen

1. Abschnitt: Umschreibung des Leistungsbereichs

Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit

1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

2 Diese Leistungen umfassen:

3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen;

2. Abschnitt: Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme

Art. 32 Voraussetzungen

1 Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

2 Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

4. Kapitel: Leistungserbringer

1. Abschnitt: Zulassung

Art. 35 Grundsatz

1 Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen.

2 Leistungserbringer sind:

- e. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen;

2. Abschnitt: Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

Art. 41

1 Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt.⁸⁹

3. Abschnitt: Schuldner der Vergütung; Rechnungstellung

Art. 42 Grundsatz⁹⁶

1 Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des *Tiers garant*). In Abweichung von Artikel 22 Absatz 1 ATSG⁹⁷ kann dieser Anspruch dem Leistungserbringer abgetreten werden.⁹⁸

3 Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm auch alle Angaben machen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Im System des *Tiers payant* erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist.

4. Abschnitt: Tarife und Preise

Art. 43 Grundsatz

1 Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

2 Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:

- a. auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);
- b. für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);
- c. pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);

5 Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, so legt der Bundesrat diese Tarifstruktur fest.

Art. 44 Tarifschutz

1 Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.

Art. 46 Tarifvertrag

6. Abschnitt:

Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Art. 56 Wirtschaftlichkeit der Leistungen

1 Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

Art. 57 Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen

Art. 58 Qualitätssicherung

5. Titel:

Besondere Bestimmungen zum Verfahren und zur Rechtspflege,

Strafbestimmungen¹⁷²

Art. 89 Kantonales Schiedsgericht

1 Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern entscheidet ein Schiedsgericht.

Art. 91²¹⁸ Bundesgericht

Gegen Entscheide des kantonalen Schiedsgerichts kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes

vom 17. Juni 2005²¹⁹ beim Bundesgericht Beschwerde geführt werden.

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

5. Kapitel: Aufsicht

1. Abschnitt: Zuständigkeiten

Art. 24 Aufsicht über die Versicherungstätigkeit

1 Das BAG beaufsichtigt die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 24–31 und 67–77 des Gesetzes.

3. Titel: Leistungen

1. Kapitel: Bezeichnung der Leistungen

Art. 35 Therapeutische Massnahmen bei Geburtsgebrechen

Die bis zum Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von der Invalidenversicherung

für Geburtsgebrechen erbrachten therapeutischen Massnahmen

nach Artikel 52 Absatz 2 des Gesetzes sind anschliessend von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen.

6. Abschnitt:

Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen

Art. 46 Im Allgemeinen

1 Als Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, werden Personen zugelassen, die einen der folgenden Berufe selbständig und auf eigene Rechnung ausüben:

Art. 47 Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen

1 Die Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen haben nachzuweisen:

a.134 das Diplom einer Schule für Physiotherapie, das von einer von den Kantonen gemeinsam bezeichneten Stelle anerkannt oder als gleichwertig anerkannt worden ist, oder ein nach dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002¹³⁵ über die Berufsbildung anerkanntes Diplom;

b.136 eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einem Physiotherapeuten, einer Physiotherapeutin oder in einer Organisation der Physiotherapie, die nach dieser Verordnung zugelassen sind, in einer physikalisch-therapeutischen Spezialabteilung eines Spitals oder in einer fachärztlichen Praxis unter der Leitung eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, welche die Zulassungsvoraussetzungen dieser Verordnung erfüllen.

Art. 52a¹⁵⁷ Organisationen der Physiotherapie

2. Kapitel: Rechnungsstellung

Art. 59165 Rechnungsstellung im Allgemeinen

1 Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Artikel 42 Absätze 3 und 3bis des Gesetzes notwendig sind. Insbesondere sind folgende Angaben zu machen:

- a. Kalendarium der Behandlungen;
- b. erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
- c. Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind;
- d. Kennnummer der Versichertenkarte nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f der Verordnung vom 14. Februar 2007¹⁶⁶ über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- e. Versichertennummer nach dem Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946¹⁶⁷ über die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

2 Der Leistungserbringer muss für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen.

2. Kapitel: Rechnungsstellung

Art. 59165 Rechnungsstellung im Allgemeinen

4 Haben Versicherer und Leistungserbringer vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des *Tiers payant*), so hat der Leistungserbringer der versicherten Person die Kopie der Rechnung nach Artikel 42 Absatz 3 des Gesetzes zukommen zu lassen. Er kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass dieser die Rechnungskopie zustellt.

**Verordnung des EDI
über Leistungen in der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung¹
(Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)**

2. Kapitel:

**Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin
erbrachte Leistungen**

1. Abschnitt: Physiotherapie

Art. 5

1 Die Kosten folgender Leistungen werden übernommen, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin von Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen im Sinne der Artikel 46 und 47 KVV oder von Organisationen im Sinne von Artikel 52a KVV und im Rahmen der Behandlung von Krankheiten des muskuloskelettalen oder neurologischen Systems oder der Systeme der inneren Organe und Gefäße, soweit diese der Physiotherapie zugänglich sind, erbracht werden:¹⁶

2. Kapitel:

Art. 5

- a. Massnahmen der physiotherapeutischen Untersuchung und der Abklärung;
- b. Massnahmen der Behandlung, Beratung und Instruktion:
 - 1. aktive und passive Bewegungstherapie,
 - 2. manuelle Therapie,
 - 3. detonisierende Physiotherapie,
 - 4. Atemphysiotherapie (inkl. Aerosolinhalationen),
 - 5. medizinische Trainingstherapie,
 - 6. lymphologische Physiotherapie,
 - 7. Bewegungstherapie im Wasser,
 - 8. Physiotherapie auf dem Pferd bei multipler Sklerose,
 - 9. Herz-Kreislauf-Physiotherapie,
 - 10.17 Beckenboden-Physiotherapie;
- c. Physikalische Massnahmen:
 - 1. Wärme- und Kältetherapie,
 - 2. Elektrotherapie,
 - 3. Lichttherapie (Ultraviolett, Infrarot, Rotlicht)
 - 4. Ultraschall,
 - 5. Hydrotherapie,
 - 6. Muskel- und Bindegewebsmassage.18

2. Kapitel:

Art. 5

1bis Massnahmen nach Absatz 1 Buchstaben b Ziffern 1, 3–5, 7 und 9 können in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden.19

1ter Die medizinische Trainingstherapie beginnt mit einer Einführung in das Training an Geräten und ist maximal drei Monate nach der Einführung abgeschlossen. Der medizinischen Trainingstherapie geht eine physiotherapeutische Einzelbehandlung voran.20

2 Die Versicherung übernimmt je ärztliche Anordnung die Kosten von höchstens neun Sitzungen, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss.21

Für die Übernahme von weiteren Sitzungen ist eine neue ärztliche Anordnung erforderlich.

4 Soll die Physiotherapie nach einer Behandlung, die 36 Sitzungen entspricht, zu Lasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin zu berichten und einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie zu unterbreiten. Der Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin prüft den Vorschlag und beantragt, ob, in welchem Umfang und für welche Zeitdauer bis zum nächsten Bericht die Physiotherapie zu Lasten der Krankenversicherung fortgesetzt werden kann.22

Anhang

2. Kapitel:

Art. 5

5 Bei Versicherten, welche bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf Leistungen nach Artikel 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959²³ über die Invalidenversicherung haben, richtet sich die Kostenübernahme für die Fortsetzung einer bereits begonnenen Physiotherapie nach dem vollendeten 20. Altersjahr nach Absatz

4.²⁴

Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom
29. September 1995

Liste der von den Krankenversicherern im Rahmen der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung als Pflichtleistung zu vergütenden Mittel und
Gegenstände