

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Heilmittelverordnung

Dezember 2016

Langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf: Das ist neu ab 1. Januar 2017

Patienten mit schweren dauerhaften Schädigungen können langfristig Heilmittel wie Krankengymnastik, Sprachtherapie oder Ergotherapie benötigen. Zum 1. Januar 2017 gibt es in diesem Bereich einige Neuerungen. So wird das Genehmigungsverfahren zum langfristigen Heilmittelbedarf vereinfacht. Außerdem werden mehr Diagnosen berücksichtigt, was Ärzte im Falle von Wirtschaftlichkeitsprüfungen entlastet. Auch die Diagnoseliste beim besonderen Verordnungsbedarf (bisher Praxisbesonderheiten) wird erweitert. Alles Wichtige zu den Neuerungen stellt diese Praxisinformation vor.

LANGFRISTIGER HEILMITTELBEDARF

Das sind die Neuerungen in Kürze:

- Eine Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs durch die Krankenkasse des Versicherten ist generell nicht mehr erforderlich, wenn die Erkrankung auf der Diagnoseliste steht.
- Die Diagnoseliste wird um weitere Erkrankungen ergänzt und als Anlage der Heilmittel-Richtlinie verankert.
- Für nicht gelistete Erkrankungen gibt es ab Januar klare Regeln.

Langfristiger
Heilmittelbedarf:
Neuerungen in
Kürze

Genehmigung bei gelisteten Diagnosen fällt weg

Für Patienten, deren Erkrankung auf der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf steht, entfällt ab 1. Januar 2017 das Genehmigungsverfahren. Einige Krankenkassen hatten dies bisher verlangt. Durch den Wegfall hat der Arzt nicht mehr den Aufwand, entsprechende Krankenkassenlisten vor der Verordnung zu prüfen.

Verordnung gilt als
genehmigt, wenn
Diagnose auf
Diagnoseliste steht

Das heißt: Für Erkrankungen laut Diagnoseliste gilt – im Zusammenhang mit der entsprechenden Diagnosegruppe laut Heilmittel-Richtlinie – ein langfristiger Heilmittelbedarf von vorn herein als genehmigt.

Bisher haben KBV und GKV-Spitzenverband über Änderungen der Diagnoseliste entschieden. Nun wird dies im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entschieden. Hierfür wurde die Diagnoseliste als Anlage 2 in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA verankert.

Erweiterung der Diagnoseliste

Zum 1. Januar 2017 wird die Diagnoseliste erweitert. Neu aufgenommen wurden unter anderem angeborene Fehlbildungssyndrome, schwere COPD, Chromosomenanomalien, Syringomyelie und Syringobulbie, Systemischer Lupus sowie Thalidomid-Embryopathie.

Diagnoseliste
erweitert



Dass weitere Diagnosen auf der Liste stehen, entlastet die Vertragsärzte im Falle von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Denn alle Verordnungen aufgrund von Erkrankungen, die einen langfristigen Heilmittelbedarf begründen, unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung und werden gar nicht erst in ein Prüfverfahren einbezogen.

Regelung bei nicht gelisteten Diagnosen

Patienten haben weiterhin die Möglichkeit bei Erkrankungen, die nicht auf der Diagnoseliste definiert sind, individuelle Anträge bei ihrer Krankenkasse zu stellen. Hierfür wurden einige neue Regelungen und Fristen festgelegt beziehungsweise klargestellt. Die wichtigsten Festlegungen, wie sie künftig gelten, stellen wir nachfolgend vor:

- **Antragsunterlagen:** Versicherte reichen bei der Krankenkasse weiterhin einen formlosen Antrag ein. Zusätzlich legen sie künftig eine Kopie der gültigen Heilmittelverordnung bei. Das Original bleibt beim Patienten.

Die dem Antrag des Patienten beiliegende Heilmittelverordnung bedarf weiterhin einer medizinischen Begründung. Um Nachfragen der Krankenkasse oder des Medizinischen Dienstes (MDK) zu vermeiden, sollte aus der medizinischen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen / strukturellen Schädigungen, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Therapiebedarf des Patienten hervorgehen. Die Begründung ist auf dem Verordnungsformular anzugeben.

- **Sofortige Gültigkeit:** Die ärztliche Verordnung, die dem Antrag in Kopie beigelegt wird, ist unmittelbar nach dem Ausstellen gültig. Dies wurde klargestellt. Das heißt, die Heilmittelbehandlung kann sofort beginnen oder fortgesetzt werden, auch wenn die Krankenkasse noch nicht über den Antrag entschieden hat.
- **Vier-Wochen-Frist:** Die Krankenkasse muss innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang über die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs entscheiden. Nach Ablauf dieser Frist ohne Rückmeldung der Krankenkasse gilt die Genehmigung als erteilt.
- **Entscheidungsgrundlagen:** Für die Genehmigung ist entscheidend, dass eine dauerhafte funktionelle / strukturelle Schädigung vorliegt, die mit denen der Diagnoseliste vergleichbar ist. Hierzu wurden folgende Festlegungen getroffen:
 - Von einer Langfristigkeit ist auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr nötig ist.
Von daher gilt auch: Eine mit der Diagnoseliste vergleichbare Schwere und Langfristigkeit kann ausgeschlossen werden, wenn für die Erkrankung oder Diagnosegruppe im Heilmittelkatalog nur ein kurzzeitiger Behandlungsbedarf prognostiziert ist.
 - Eine Schwere und Langfristigkeit kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller / struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten

Entlastung im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

Antragsverfahren bei Erkrankungen, die nicht auf der Liste stehen

Patient reicht Antrag plus Kopie der Verordnung ein

Verordnung medizinisch begründen

Verordnung sofort gültig

Krankenkasse hat für Entscheidung vier Wochen Zeit

Krankenkasse muss Entscheidungsgrundlagen beachten



Thema: Heilmittelverordnung

ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen. Diese müssen insgesamt betrachtet jedoch einen Therapiebedarf begründen, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen laut Diagnoseliste zu erwarten ist.

- Benötigt die Krankenkasse zusätzlichen medizinischen Sachverstand, muss sie den MDK einbeziehen. Dabei berücksichtigt sie den Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieziele und die Therapieprognose des Versicherten.
- Eine Genehmigung darf nicht versagt werden, nur weil sich das Heilmittel oder die Behandlungsfrequenz im Genehmigungszeitraum ändern können.
- Die Genehmigung der Krankenkasse kann unbefristet erfolgen.
- Eine Befristung darf ein Jahr nicht unterschreiten und kann mehrere Jahre umfassen. Der Bescheid muss die therapierelevante Diagnose und Diagnosegruppe(n) enthalten.

Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Ob laut Diagnoseliste oder mit individueller Genehmigung: Für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf können benötigte Heilmittel als „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ verordnet werden, ohne dass zuvor der Regelfall durchlaufen werden muss. Das heißt, Ärzte sind hinsichtlich der Angabe der Verordnungsmenge nicht an den Heilmittelkatalog gebunden. Die Menge der Behandlungseinheiten muss in Abhängigkeit von der Behandlungsfrequenz so gewählt werden, dass alle zwölf Wochen eine ärztliche Untersuchung gewährleistet ist.

Davon ausgenommen sind Verordnungen, für die noch keine abschließende Genehmigung der Krankenkasse vorliegt. In diesen Fällen ist der Regelfall (mit Erst- und Folgeverordnung) regulär zu durchlaufen.

BESONDERER VERORDNUNGSBEDARF

Was bisher als „Praxisbesonderheit“ bezeichnet wurde, heißt ab 2017 „besonderer Verordnungsbedarf“. Hier gibt es zwei wesentliche Neuerungen:

- Die Diagnoseliste wird erweitert.
- Es wurde ein zweites ICD-10-Feld auf den Verordnungsformularen Muster 13, 14 und 18 geschaffen.

Erweiterung der Diagnoseliste

Patienten mit besonders schweren Erkrankungen wie Multiple Sklerose oder bestimmten rheumatischen Erkrankungen benötigen oftmals mehr Heilmittel und haben daher einen „besonderen Verordnungsbedarf“. Welche Erkrankungen das sind, fasst eine Liste mit Diagnosen zusammen, die seit 2013 bundesweit als Praxisbesonderheiten (ab 2017 besonderer Verordnungsbedarf) anerkannt werden. Die Kosten für diese Verordnungen werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Verordnungsvolumen des Vertragsarztes herausgerechnet.

Bei langfristigem Heilmittelbedarf Verordnung außerhalb des Regelfalls

Ausnahme

Besonderer Verordnungsbedarf statt Praxisbesonderheiten

Weitere Diagnosen



Auch diese Diagnoseliste wird zum 1. Januar um weitere Diagnosen ergänzt:

- In die Kategorie „Geriatrische Syndrome“ wird eine Reihe von Diagnosen aufgenommen, die ab dem vollendeten 70. Lebensjahr einen besonderen Ordnungsbedarf darstellen – etwa Demenz und Osteoporose mit pathologischer Fraktur.
- Neben Demenz mit Altersbeschränkung ab vollendetem 70. Lebensjahr wird zusätzlich die Versorgung von Patienten mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (vor 65. Lebensjahr) aufgenommen.
- Zudem werden spezifische Diagnosen aus den folgenden Bereichen in die Liste aufgenommen: Entwicklungsstörungen bei Kindern, sekundäres Parkinson-Syndrom, chronische Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode, Versorgung von Schulterläsionen, Systemkrankheiten des Bindegewebes, Kyphosen, Skoliosen sowie juvenile Osteochondrosen.

Weitere Zusatzbedingungen für einige Diagnosen

Bei einigen Erkrankungen der Diagnoseliste wird ein besonderer Ordnungsbedarf nur eingeschränkt anerkannt. So werden Verordnungen beispielsweise nach Operationen oder nach einem Hirninfarkt nur für einen bestimmten Zeitraum als besonderer Ordnungsbedarf anerkannt. In diesen Fällen ist das Ordnungsdatum der ersten Heilmittelverordnung maßgeblich.

Bei einigen weiteren Diagnosen müssen Zusatzbedingungen erfüllt sein, zum Beispiel bei Demenz und Entwicklungsstörungen ein bestimmtes Alter des Versicherten oder bei Kyphosen und Skoliosen ein bestimmter Krümmungsgrad. Alle Zusatzbedingungen stehen in der Diagnoseliste.

Neue Formulare besitzen zweites ICD-10 Feld

Ab 1. Januar 2017 gibt es neue Vordrucke für die Verordnung von Physiotherapie und Podologie (Muster 13), Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Muster 14) sowie Ergotherapie (Muster 18). Sie enthalten ein weiteres Feld für einen zweiten ICD-10-Kode und müssen ab dann verwendet werden. Alte Vordrucke dürfen nicht aufgebraucht werden.

Zum Hintergrund: Bei einigen wenigen Diagnosen ist die Angabe eines zweiten ICD-10-Kodes notwendig, damit ein besonderer Ordnungsbedarf anerkannt wird. Dies gilt zum Beispiel bei einer chronischen Instabilität des Kniegelenkes (erster ICD-10-Kode) mit postoperativer Versorgung (zweiter ICD-10-Kode). Bisher waren diese Verordnungen aber nicht erkennbar, da ein zweiter Kode nicht elektronisch erfasst werden konnte. Um im Vorfeld einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eindeutig die Identifikation sicherzustellen, wurde ein zweites elektronisch lesbares ICD-10-Feld geschaffen. Damit können verordnende Ärzte im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung noch besser entlastet werden.

Für Ärzte besteht keine Verpflichtung, dieses zweite ICD-10-Feld zu befüllen. Der zweite ICD-10-Kode ist nur erforderlich, um bestimmte besondere Ordnungsbedarfe für die postoperative Versorgung oder einer Myelopathie oder Radikulopathie bei Bandscheibenschäden geltend zu machen.

Zusatzbedingungen
für einige Diagnosen

Neue Formulare:
zweites ICD-10-Feld

Stichtagsregelung

Wichtig im Falle einer
Wirtschaftlichkeits-
prüfung



Unterstützung durch die Praxissoftware

Die überarbeiteten Diagnoselisten zum langfristigen Heilmittelbedarf und zum besonderen Verordnungsbedarf sind ab 1. Januar 2017 in der Verordnungssoftware hinterlegt.

So wird automatisch angezeigt, wenn die Verordnung einen besonderen Verordnungsbedarf oder langfristigen Heilmittelbedarf begründet.

Auch die drei neuen Verordnungsformulare sind in den Praxisverwaltungssystemen (PVS) hinterlegt. Sie können direkt am Praxisrechner ausgefüllt und mittels Blankoformularbedruckung erstellt werden. Praxen, die Vordrucke benötigen, können diese über ihre regulären Bezugswege erhalten.

Praxissoftware
unterstützt

Auch neu ab 2017: Heilmittelverordnung mit zertifizierter Software

Vertragsärzte nutzen zur Heilmittelverordnung in der Regel ihr PVS. Hierbei ist ab 1. Januar 2017 gesetzlich vorgeschrieben, eine zertifizierte Verordnungssoftware zu nutzen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Software alle benötigten Informationen der Heilmittel-Richtlinie enthält. Über die zertifizierte Software wird dem Arzt verbindlich angezeigt, wenn die Verordnung einen besonderen Verordnungs- oder langfristigen Heilmittelbedarf begründet.

Die KBV hat dazu eine separate Praxisinformation veröffentlicht. Sie kann hier abgerufen werden: www.kbv.de/711542

Neu: zertifizierte
Software für die
Verordnung von
Heilmitteln

Mehr Informationen

Die zusammenfassende aktuelle Diagnoseliste ist online auf der KBV-Themenseite Heilmittel abrufbar: www.kbv.de/514019. Hier stellt die KBV auch weitere Informationen rund um die Heilmittelverordnung bereit.

Die Heilmittel-Richtlinie und der Heilmittelkatalog finden Ärzte online auf der Seite des G-BA: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/. Hier steht auch die überarbeitete Patienteninformation „Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs“ bereit, die Ärzte für ihre Patienten nutzen können.

Weitere
Informationen
im Internet

Kennen Sie schon die PraxisNachrichten? Sie können den Newsletter der KBV hier kostenlos abonnieren: www.kbv.de/html/1641.php