



Verordnung Aktuell Heilmittel

Stand: 13. September 2019

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns · Verordnungsberatung@kvb.de · www.kvb.de/verordnungen

■ FAQs zum besonderen Verordnungsbedarf und langfristigen Heilmittelbedarf

In dieser Information beantworten wir die an uns gestellten Fragen.

Die „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs“ wurde zum 1. Januar 2017 abgelöst. Die Praxisbesonderheiten (bisher Anlage 1) werden als Anhang der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen unter der Bezeichnung „Besondere Verordnungsbedarfe“ fortgeführt. Außerdem werden noch weitere Diagnosen in den [Katalog der besonderen Verordnungsbedarfe](#) aufgenommen.

Künftig sind die Diagnosen des langfristigen Heilmittelbedarfs (bisher Anlage 2) als Anlage zur [Heilmittel-Richtlinie](#) gelistet.

Allgemeines	
Frage	Antwort
Ist eine Verordnung außerhalb des Regel-falls automatisch auch immer eine Verordnung außerhalb des „Budgets ¹ “?	Nein!

¹ In Bayern wurden keine Richtgrößen vereinbart. Ein festes Budget gibt es deshalb nicht! Ihre Verordnungskosten würden mit dem Durchschnitt Ihrer Arztfachgruppe verglichen werden.

Allgemeines	
Frage	Antwort
Sind alle Verordnungen mit langfristigem Heilmittelbedarf und besonderen Verordnungsbedarf außerhalb des „Budgets“?	Ja! Verordnungen im Rahmen <i>des langfristigen Heilmittelbedarfs</i> unterliegen grundsätzlich dem Gebot der Wirtschaftlichkeit; sie unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Verordnungen, die einen <i>besonderen Verordnungsbedarf</i> darstellen, werden erfasst und sind bei einer Prüfung zu berücksichtigen.
Soll auch auf Verordnungen, die außerhalb der Regelungen des besonderen Verordnungsbedarfs und langfristigem Heilmittelbedarf erfolgen, der ICD-10-Code aufgetragen werden?	Ja! Die Angabe des ICD-10-Codes ist für alle Heilmittel-Verordnungen verpflichtend! Bei einigen wenigen Diagnosen ist die Angabe eines zweiten ICD-10-Codes notwendig, damit ein besonderer Verordnungsbedarf anerkannt wird. Dies gilt zum Beispiel bei einer chronischen Instabilität des Kniegelenks (erster ICD-10-Code) mit postoperativer Versorgung (zweiter ICD-10-Code). Bisher waren diese Verordnungen nicht erkennbar, da ein zweiter ICD-10-Code elektronisch nicht erfasst werden konnte. Um im Vorfeld einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eindeutig die Identifikation sicherzustellen, wurde ein zweites elektronisch lesbares ICD-10-Feld geschaffen.
Muss eine Heilmittel-Verordnung eines besonderen Verordnungsbedarfs bzw. einer langfristigen Heilmittelbehandlung gesondert begründet werden?	Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs <i>können</i> als Verordnungen außerhalb des Regelfalls verordnet werden, ohne dass zuvor der definierte Regelfall durchlaufen werden muss. Ein besonderer Verordnungsbedarf <i>muss</i> zunächst den Regelfall durchlaufen bevor eine Verordnung außerhalb des Regelfalls möglich ist. Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind immer zu begründen, inkl. einer prognostischen Einschätzung, auch für die Antragstellung zur langfristigen Heilmittelbehandlung.
Ist ein „ Regelfall “ patienten- oder arztbezogen? - NEU	Der Regelfall ist patientenbezogen und hängt ausschließlich mit dem Behandlungsfall zusammen, d. h. Verordnung durch mehrere Ärzte möglich (Stellt z. B. der Orthopäde die Erstverordnung aus, stellt der weiterbehandelnde Hausarzt eine Folgeverordnung aus). Wobei eine Überweisung allein zum Zweck der Ausstellung von Verordnungen nicht zulässig ist.

Besonderer Verordnungsbedarf	
Frage	Antwort
Was sind „besondere Verordnungsbedarfe“?	Es handelt sich um Heilmittel für schwerkranke Patienten. Diese Heilmittel werden meist für einen begrenzten Zeitraum, jedoch in einem intensiven Ausmaß benötigt. In Anhang 1 der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden „besondere Verordnungsbedarfe“ abschließend aufgeführt.
Ist ein Genehmigungsverfahren für die Verordnung von „besonderen Verordnungsbedarfen“ notwendig?	Ein spezielles Genehmigungsverfahren für besondere Verordnungsbedarf ist nicht vorgesehen! Lediglich bei den Krankenkassen, die auf eine generelle Genehmigung aller Verordnungen außerhalb des Regelfalls bestehen, gilt das Genehmigungsverfahren auch für den besonderen Verordnungsbedarf. Eine Übersicht zu diesen Krankenkassen finden Sie unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/genehmigung_ausserhalb_des_regelfalls/genehmigung_ausserhalb_des_regelfalls.jsp .
Müssen „besondere Verordnungsbedarfe“ gekennzeichnet werden?	Über die Eintragung der entsprechenden ICD-10-Codes auf dem Verordnungsmuster wird der „Besondere Verordnungsbedarf“ erfasst und im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von der Prüfungsstelle in vollem Umfang berücksichtigt. Bei einigen wenigen Diagnosen ist die Angabe eines zweiten ICD-10-Codes notwendig, damit ein besonderer Verordnungsbedarf anerkannt wird.
Ich habe einen schwerkranken Patienten, dessen Diagnose nicht in Anhang 1 aufgeführt wird. Habe ich eine Chance diese nicht gelistete Erkrankung als besonderen Versorgungsbedarf geltend zu machen?	Nein! Die besonderen Verordnungsbedarfe werden in Anhang 1 abschließend aufgelistet.
Besonderer Versorgungsbedarf – Zählen hierzu auch die Erst- und Folgeverordnungen?	Ja! Ein besonderer Verordnungsbedarf besteht - bei den in Anhang 1 aufgeführten Diagnosen - von Anfang an.

Langfristiger Heilmittelbedarf (Anlage 2)

Frage	Antwort
Was muss ich unter „langfristigem Heilmittelbedarf“ verstehen?	Bei den in der Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs auszugehen. Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs sind Heilmittelverordnungen für schwer kranke Patienten mit einem Behandlungsbedarf von mindestens einem Jahr . Sie sollen die Behandlungskontinuität der Patienten fördern.
Sind Verordnungen mit langfristigen Heilmittelbedarf immer „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“?	Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs können als Verordnungen außerhalb des Regelfalls verordnet werden, ohne dass zuvor der definierte Regelfall durchlaufen werden muss (§ 8a Abs. 8 Heilm-RL).
Ist ein Genehmigungsverfahren für die Verordnung von langfristigen Heilmittelbedarf notwendig?	Nein! Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren für in der Anlage 2 gelistete Diagnosen findet nicht statt. Für Patienten mit einer funktionellen/strukturellen Schädigung, die mit einer Diagnose aus der Anlage 2 vergleichbar ist, ist ein Genehmigungsverfahren durchzuführen.
Müssen Verordnungen über einen langfristigen Heilmittelbedarf gekennzeichnet werden?	Über die Eintragung des entsprechenden ICD-10-Codes auf dem Verordnungsmuster wird die Verordnung über einen langfristigen Heilmittelbedarf erfasst und von der Prüfungsstelle im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung in vollem Umfang berücksichtigt.
Für welchen Zeitraum ist eine Verordnung im Rahmen eines langfristigen Heilmittelbedarfs maximal möglich?	Bei Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs bzw. einer Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung können die Heilmittel für einen Zeitraum von maximal zwölf Wochen verordnet werden. Die Verordnungsmenge muss so festgelegt werden, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von zwölf Wochen gewährleistet ist.
Darf ich meinem Patienten bei einem Arztwechsel eine Heilmittel-Verordnung gemäß dem langfristigen Heilmittelbedarf ausstellen?	Ja! Sowohl die Verordnung als auch die Genehmigung sind patientenbezogen, nicht arztbezogen.

Langfristiger Heilmittelbedarf (Anlage 2)

Frage	Antwort
<p>Gibt es eine Frist bis wann eine Genehmigung/Ablehnung der Krankenkasse erteilt sein muss?</p>	<p>Ja! Die Krankenkassen entscheiden innerhalb von vier Wochen; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Da für eine qualifizierte Entscheidung die Prüfung der eingereichten Unterlagen und gegebenenfalls ein Gutachten des medizinischen Dienstes erforderlich ist, ist es möglich, dass eine Entscheidung nicht umgehend getroffen werden kann und ergänzende Informationen von der Krankenkasse bei dem Antragsteller (= Patient!) angefordert werden. In diesem Fall wird die Vier-Wochen-Frist so lange unterbrochen, bis die ergänzenden Informationen bei der Krankenkasse eingegangen sind.</p> <p>Die Heilmittelbehandlung kann sofort nach Ausstellung begonnen werden. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten des Heilmittels gemäß der dem Antrag beigefügten Verordnung außerhalb des Regelfalls unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag.</p> <p>Sollte der Antrag nicht genehmigt werden, gelten die Regelungen der Heilmittel-Richtlinie (zu Erst- und Folgeverordnungen sowie Verordnungen außerhalb des Regelfalls) unverändert fort. Diese Kosten werden bei Ihren Heilmittelkosten erfasst.</p>
<p>Kann mein Patient gegen die Ablehnung der Krankenkasse Widerspruch einlegen?</p>	<p>Ja! Ihr Patient hat die Möglichkeit gegen die Ablehnung seiner Krankenkasse einen Widerspruch oder eine Verpflichtungsklage einzulegen. Bei einer endgültigen Ablehnung sind die anfallenden Kosten für Sie budgetrelevant.</p>
<p>Habe ich eine Mitwirkungspflicht?</p>	<p>Nein! Ihr Patient muss Widerspruch einlegen.</p>
<p>Verfällt eine Genehmigung, wenn es zu einer längeren Therapieunterbrechung kommt?</p>	<p>Nein! Eine Genehmigung im Rahmen eines langfristigen Heilmittelbedarfs verliert ihre Gültigkeit nicht.</p>

Langfristiger Heilmittelbedarf (nicht in Anlage 2 gelistet)

Frage	Antwort
<p>Ich habe einen schwerkranken Patienten, dessen Diagnose nicht in Anlage 2 aufgeführt wird. Habe ich eine Chance diese nicht gelistete Erkrankung als langfristigen Heilmittelbedarf geltend zu machen?</p>	<p>Ja! Patienten mit einer schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung, die nicht in der Anlage 2 gelistet ist, können auch weiterhin gegenüber der Krankenkasse eine Feststellung beantragen, ob im Einzelfall ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht und die medizinisch notwendigen Heilmittel langfristig <u>genehmigt</u> werden können. Dem Antrag fügt Ihr Patient eine Kopie der gültigen und vollständig ausgefüllten Verordnung bei; Entscheidungsgrundlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Schwere und Langfristigkeit kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller/struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, insgesamt betrachtet jedoch einen Therapiebedarf begründen, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen laut Diagnoseliste zu erwarten ist. ▪ Von einer Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit ist auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr nötig ist. ▪ Benötigt die Krankenkasse zusätzlich medizinischen Sachverstand, muss sie den MDK einbeziehen. Dabei berücksichtigt sie den Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieziele und die Therapieprognose des Patienten. ▪ 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 Diagnosegruppen enthalten. <p>Ein Muster für eine ärztliche Bestätigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs finden Sie unter https://www.kvb.de/verordnungen/heilmittel/verordnungs-und-heilmittelbedarf/</p>

Langfristiger Heilmittelbedarf (nicht in Anlage 2 gelistet)	
Frage	Antwort
Darf ich die Diagnosegruppe ZN1 auch für erwachsene Patienten verwenden?	Nein! ZN1 ist längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (= 18. Geburtstag) zu verwenden. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres verwenden Sie bitte ZN2. Gleiches gilt für EN1. Ausschlaggebend ist das Alter Ihres Patienten am Tag der Ausstellung der Verordnung.
Handelt es sich bei der Diagnose „Lymphöden“ um einen langfristigen Behandlungsbedarf gem. der Diagnoseliste?	Ein Lymphödem ab Stufe II wird in der Diagnoseliste aufgeführt. Voraussetzung für den reibungslosen Ablauf, auch administrativ bei den Krankenkassen, ist, dass der korrekte ICD-10-Code in Verbindung mit dem gelisteten Indikationsschlüssel auf die Verordnung gedruckt wurde. In unserer Verordnung Aktuell finden Sie weitere Informationen: https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Verordnung/VO-aktuell/2017/KVB-VA-170601-HMP-Lymphoedem-LHB.pdf

Ansprechpartner für Ordnungsfragen stehen Ihnen - **als Mitglied der KVB** - unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30 zur Verfügung.

Oder Sie hinterlassen uns über das Kontaktformular unter www.kvb.de/Beratung einen Rückrufwunsch.