

MB 14 b AV 04/13 Merkblatt zum Thema

Langfristige Genehmigungen

→ Einleitung

Seit der neuen Heilmittel-Richtlinie (HMR) vom 01.07.2011 können Menschen mit schweren und langfristigen funktionellen/strukturellen Schädigungen (z.B. neurologische Erkrankungen oder Behinderungen) künftig eine langfristige Genehmigung von Heilmittelbehandlungen von ihrer gesetzlichen Krankenkasse bekommen. Die in § 8 Abs. 5 der HMR eingefügte Regelung sieht vor, dass sich die Beeinträchtigungen aus der Begründung des Arztes ergeben sollen und die Genehmigung für mindestens ein Jahr lang gelten soll.

Das zum 01.01.2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz (VStG) stellt in § 32 Abs. 1a SGB V die Bestimmung der HMR nunmehr auf eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage. Damit verknüpft sind weitere Neuregelungen in § 84 Abs. 8 Satz 6 (Berechnung von Richtgrößen) sowie § 106 Abs. 2 Satz 18 SGB V (Wirtschaftlichkeitsfiktion). **Somit unterliegen langfristig genehmigte Heilmittelverordnungen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Vertragsarztes.** Ferner sind die auf diese Verordnungen entfallenden Kosten bei der Vereinbarung von Richtgrößen nach § 84 Abs. 6 SGB V zu berücksichtigen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat ein **Merkblatt zur „Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie“** erstellt, das ausführliche Erläuterungen zum langfristigen Heilmittelbedarf enthält sowie eine Liste mit Diagnosen, bei denen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht. Diese Liste ist jedoch nicht abschließend, so dass Patienten im Falle einer anderen, vergleichbar schwerwiegenden Krankheit ebenfalls einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen können.

Das Merkblatt finden Sie zum Download auf der Homepage des DVE unter <http://www.dve.info/praxen/heilmittel-richtlinie.html> . Sie können dieses auch gerne in der Geschäftsstelle des DVE anfordern.

→ Antragsverfahren und Genehmigung

a) Krankenkassen, die auf das Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls verzichten

Stellt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt fest, dass bei Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf bei Vorliegen einer in der Anlage gelisteten Diagnose besteht, ist kein Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung erforderlich. Denn für Verordnungen gemäß der Liste gilt die Genehmigung der Krankenkasse automatisch als erteilt – die Verordnung muss dann den betreffenden ICD 10-Code aus der Liste enthalten.

In diesem Fall können unmittelbar Verordnungen außerhalb des Regelfalls mit einer Verordnungsmenge für bis zu 12 Wochen ausgestellt werden, ohne dass der Regelfall der HMR durchlaufen werden muss.

b) **Krankenkassen mit individuellem Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls**

Stellt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt fest, dass bei Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf bei Vorliegen einer in der Anlage gelisteten Diagnose besteht, können diese bei ihrer Krankenkasse eine Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung beantragen.

Auch in diesem Fall können unmittelbar Verordnungen außerhalb des Regelfalls ausgestellt werden, ohne dass der Regelfall der HMR durchlaufen werden muss.

Die Krankenkassen sollen die Genehmigung, wenn eine gelistete Diagnose vorliegt, in einem vereinfachten Verfahren erteilen, da die Genehmigungsvoraussetzungen hier grundsätzlich als erfüllt gelten.

c) **Antragsverfahren im Einzelfall bei nicht gelisteten Diagnosen:**

Stellt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt fest, dass bei Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf aufgrund einer nicht in der Anlage gelisteten Diagnose vorliegt, können diese bei ihrer Krankenkasse eine Genehmigung einer notwendigen langfristigen Heilmittelbehandlung beantragen. Eine Genehmigung kommt dann in Betracht, wenn Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen mit den in der Anlage aufgeführten Diagnosen vergleichbar ist.

Hier muss zunächst der Regelfall durchlaufen werden, damit eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausgestellt werden kann.

Auch im Fall einer Ablehnung des langfristigen Heilmittelbedarfs sind medizinisch notwendige Heilmittel weiterhin vom Arzt zu verordnen.

Der Antrag (in Fall b oder c) soll enthalten:

- Name, Anschrift, Versichertennummer des Patienten
- bekannte Diagnosen, Pflegestufe oder das Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises
- Zeitraum, seit dem eine regelmäßige Heilmittelbehandlung in Anspruch genommen wird

Dem Antrag soll beigelegt werden:

- **aussagekräftige Belege** wie z. B. vorliegende ärztliche Gutachten, Feststellungen der Pflegekasse oder Krankenhausberichte
- **Heilmittelverordnung** außerhalb des Regelfalls mit medizinischer Begründung sowie **ICD-10-Code** und der Indikationsschlüssel laut Heilmittel-Richtlinie

Die Krankenkassen entscheiden über die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung innerhalb von vier Wochen; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Diese Frist kann sich ggf. verlängern, etwa wenn ergänzende Informationen von der Krankenkasse angefordert werden. In der Zwischenzeit kann die Therapie jedoch wie gewohnt durchgeführt werden.

Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung ersetzt keine Heilmittelverordnung – es ist weiterhin eine Verordnung außerhalb des Regelfalls notwendig. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt legt die Verordnungsmenge so fest, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen gewährleistet ist.

Wichtig – Tipps für den Alltag!

- ✓ Voraussetzung für eine langfristige Genehmigung ist immer die Ausstellung einer Verordnung außerhalb des Regelfalls.
- ✓ diese wird in den Fällen a und b unmittelbar ausgestellt, in Fall c erst, wenn der Regelfall durchlaufen ist.
- ✓ Prüfen Sie, ob evtl. eine Praxisbesonderheit vorliegt – im Merkblatt 30 AV finden Sie dazu weitere Informationen.
- ✓ Der Antrag wird von der Patientin/dem Patienten gestellt – Sie und/oder die ausstellende Arztpraxis können dabei selbstverständlich unterstützen.
- ✓ Auch ohne eine langfristige Genehmigung kann die Patientin/der Patient mit Ergotherapie versorgt werden.
- ✓ Eine Liste der Krankenkassen, die auf das Genehmigungsverfahren verzichtet haben, können Sie gerne beim DVE anfordern oder auf downloaden (<http://www.dve.info/praxen/genuehmigungsverzicht.html>).

Weitere Veröffentlichungen des DVE zum Thema:

- Broschüre „Richtiges Ausstellen der Heilmittelverordnung“
- Broschüre „Längerfristiger Heilmittelbedarf – per Antragsverfahren zur extrabudgetären Verordnung“.
- Broschüre „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Ergotherapie – Patientinnen und Patienten mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen extrabudgetär versorgen“
- Mini-Flyer Heilmittel-Richtlinie
- Kontrollfolie Verordnung

Sie erhalten diese Materialien kostenpflichtig im Ergoshop, Anruf unter 07248-9181-92 (vormittags außer Mittwoch) oder E-Mail an shop@dve.info genügt.

Beispiel Antrag langfristige Genehmigung

Krankenkasse
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

Muster

Ihr Zeichen

Datum

Versicherungsnummer: (Versicherungsnummer einfügen)

Antrag auf längerfristige Genehmigung meiner Heilmittelverordnungen nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8 Abs 5 HeilM-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Genehmigung der ergotherapeutischen Leistungen für mind. ein Jahr, um eine ordnungsgemäße Versorgung mit diesem Heilmittel auch weiterhin sicher zu stellen.

Aufgrund der bei mir vorliegenden Krankheit besteht bereits seit einem längeren Zeitraum regelmäßiger Therapiebedarf, der auch langfristig weiter bestehen wird.

Zur Feststellung der besonderen Schwere und Langfristigkeit meiner Erkrankung füge ich die folgenden Unterlagen bei: ärztliche Verordnung (*und evtl. weitere Unterlagen, z. B. ärztliche Gutachten, Krankenhausberichte, Feststellungen der Pflegekasse*).

Bitte senden Sie mir einen rechtsmittelfähigen, schriftlichen Bescheid innerhalb der vorgegebenen Frist von vier Wochen zu.

Mit freundlichen Grüßen

(Name Versicherter)

Anlagen

Wege zur extrabudgetären Verordnung

Praxisbesonderheiten

bundesweite Liste
mit Diagnosen
→ Anlage 1
→ strukturiert nach ICD-10

zu tun:

1. Ausstellen einer Verordnung
(Erst-, Folgeverordnung,
Verordnung außerhalb des
Regelfalls)

2. passenden ICD-10-Code auf
der Verordnung auftragen

3. ICD-10-Code wird vom
Leistungserbringer an die
Krankenkasse übermittelt

4. extrabudgetäre Anerken-
nung als Praxisbesonderheit
nach § 84 Absatz 8 SGB V im
Rahmen einer Wirtschaftlich-
keitsprüfung

Broschüre des DVE:
Vereinbarung über
Praxisbesonderheiten

Langfristiger Heilmittelbedarf

bundesweite Liste mit Diagnosen
→ Anlage 2/Merkblatt des G-BA
→ strukturiert nach ICD-10

zu tun:

1. Ausstellen einer Verordnung außer-
halb des Regelfalls
→ immer möglich nach Erläuterung
des G-BA, auch ohne Durchlaufen
des Regelfalls

2. passenden ICD-10-Code auf der
Verordnung auftragen

entweder:
Kasse verzichtet
auf Genehmi-
gungsverfahren

→ automatisch
langfristig ge-
nehmigt

3. ICD-10-Code wird vom Lei-
stungserbrin-
ger an die
Krankenkasse
übermittelt

oder:
Kasse führt
Genehmigungs-
verfahren durch

→ Antrag auf
langfristige
Genehmigung

3. langfristige
Genehmigung wird
bei Kasse
hinterlegt

4. unmittelbare extrabudgetäre Anerkennung als längerfristiger Heilmittelbedarf nach §§ 32 Absatz 1a, 84 Absatz 8, 106 Absatz 2 SGB V

Broschüre des DVE:
Längerfristiger Heilmittelbedarf

Antrag auf langfristige
Genehmigung bei nicht
gelisteten Diagnosen

zu tun:

1. Ausstellen einer Verordnung
außerhalb des Regelfalls
→ nach Durchlaufen des
Regelfalls

2. Antrag **durch Patient** bei
allen Krankenkassen möglich

3. langfristige Genehmigung
wird bei Kasse hinterlegt