

Begutachtungsanleitung

Heilmittel

Stand 12. Mai 2014

Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.

Die Begutachtungsanleitung wurde vom GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) am 12.05.2014 als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V erlassen.

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Tel.: 0201 / 8327 0
Fax: 0201 / 8327 100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: <http://www.mds-ev.org>

Vorwort

Für viele Patientinnen und Patienten ist die Versorgung mit Heilmitteln, dies sind Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie, ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ihrer Krankheitsbeschwerden und bei der Beseitigung oder Linderung von Krankheitsfolgen bis hin zu Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

Die Heilmittel-Richtlinie des G-BA unterscheidet die Verordnung von Heilmitteln im Regelfall und außerhalb des Regelfalls. Für den Regelfall ist im Heilmittelkatalog eine Gesamtverordnungsmenge angegeben, mit der das Therapieziel erreicht werden soll. Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls - ausgenommen Podologische Therapie). Diese müssen vom verordnenden Arzt auf dem Verordnungsvordruck begründet werden. Ferner sind sie der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen, sofern die Krankenkasse nicht auf die Durchführung eines Genehmigungsverfahrens verzichtet hat.

Das Sozialgesetzbuch – fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung sieht auch vor, dass sich Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf erforderliche Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen lassen können. Diese Regelung soll u. a. die Behandlungskontinuität bei schwerstbehinderten, fortlaufend behandlungsbedürftigen Patienten fördern, bei denen besonders schwere, dauerhafte funktionelle und strukturelle Schädigungen bestehen. Krankenkassen haben innerhalb der gesetzlich bestimmten Frist (4 Wochen) über Anträge auf eine langfristige Genehmigung für eine fortlaufende Heilmitteltherapie bei andauerndem Behandlungsbedarf mit Heilmitteln zu entscheiden.

Diese Begutachtungsanleitung verfolgt den Zweck, die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten konkret zu regeln und die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK effektiv und effizient zu strukturieren. Sie benennt Qualitätskriterien für die zu erstellenden Gutachten und gewährleistet damit die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung nach einheitlichen Kriterien. Die Begutachtungsanleitung ist für die Krankenkassen und den MDK verbindlich.

Die Erarbeitung der Begutachtungsanleitung erfolgte in Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und der MDK-Gemeinschaft. Hierfür gebührt allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe unser Dank.

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstands
GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS

Inhaltsverzeichnis:	Seite:
Vorwort	3
1 Einleitung	6
2 Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit Heilmittelverordnungen	8
2.1 Rechtliche Grundlagen	8
2.1.1 Versorgung mit Heilmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung	8
2.1.2 Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	9
2.1.3 Praxisbesonderheiten	13
2.1.4 Begutachtung	14
2.1.5 Heilmittel bei besonderen Ursachen / Abgrenzung der Zuständigkeiten	14
2.2 Heilmittel - sozialmedizinische Aspekte	22
2.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von Heilmittelverordnungen	27
2.3.1 Arbeits- und Bewertungsschritte: Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls	28
2.3.2 Arbeits- und Bewertungsschritte: Antrag auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen	33
2.3.3 Weitere Fragestellungen / Spezielle Begutachtungsaufträge / besondere Aspekte im Zusammenhang der Begutachtung von Heilmitteln	39
3 Zusammenarbeit Krankenkasse / MDK in der Einzelfallbegutachtung	42
3.1 Fallbearbeitung, Fallauswahl und Einleitung der sozialmedizinischen Fallberatung durch die Krankenkasse	43
3.1.1 Genehmigung Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL)	43
3.1.2 Anträge auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8 Abs. 5 HeilM-RL	43
3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB)	44
3.2.1 Fallabschluss und Ergebnismitteilung im Rahmen der SFB	45
3.2.2 Fallsteuernde SFB / Einleitung einer Begutachtung	45
4 Gutachten	46
4.1 Begutachtung nach Aktenlage	46
4.2 Gutachten mit persönlicher Befunderhebung	46
4.3 Inhalte der Gutachten nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung	46
5 Vorgehen bei Einspruch / Widerspruch	49
6 Ergebnismitteilung	49

7	Anlagen	50
7.1	Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	51
7.2	Merkblatt G-BA	52
7.3	Vereinbarung Praxisbesonderheiten	64
7.4	Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung mit Erläuterungen	77
7.4.1	Maßnahmen der Physikalischen Therapie / Podologischen Therapie	77
7.4.2	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	82
7.4.3	Maßnahmen der Ergotherapie	86
7.5	SFB Fallberatungsbogen (Beispiel)	90
7.6	Erläuterungen zur ICF und zum Behinderungsbegriff	92

1 Einleitung

Heilmittel nach § 32 SGB V sind Bestandteil der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V. Nach Definition der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung - Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) - sind Heilmittel persönlich zu erbringende medizinische Leistungen.

Heilmittel im Sinne der HeilM-RL sind die einzelnen Maßnahmen der

- Physikalischen Therapie,
- Podologischen Therapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und
- Ergotherapie.

Die vom G-BA auf der Grundlage des § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und § 92 Abs. 6 SGB V in Verbindung mit § 138 SGB V beschlossene Richtlinie dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln (§ 1 Abs. 1 HeilM-RL).

Mit der sozialmedizinischen Bewertung einer Heilmittelverordnung kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt werden. Im Vordergrund stehen dabei Fragen zu Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls. Die HeilM-RL sieht hinsichtlich der Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls zwei Konstellationen vor:

- Erstens sind Verordnungen außerhalb des Regelfalls der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen, sofern diese nicht ganz oder teilweise auf das Genehmigungsverfahren verzichtet hat (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL). Nach Vorlage der Verordnung übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung.
- Zweitens sieht die Richtlinie auf der Grundlage von § 32 Abs. 1a SGB V vor, dass Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf bei der Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung der erforderlichen Heilmittel stellen können (§ 8 Abs. 5 HeilM-RL).

Aufgabe des Gutachters ist es in diesen Fällen, im Auftrag der Krankenkasse die Heilmittelverordnung zu prüfen und dabei zu bewerten, ob das Behandlungsziel durch die verordneten Heilmittel (Art und Menge), durch andere Heilmittel oder ggf. auch durch andere Maßnahmen zu erreichen ist (§ 9 Abs. 1 HeilM-RL). Eventuell andere erforderliche Maßnahmen wie eigenverantwortliche Maßnahmen, Hilfsmittel, Arzneimittel bis hin zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind aufzuzeigen. Seine Feststellungen teilt der MDK der Krankenkasse schnellstmöglich in Form einer sozialmedizinischen Empfehlung mit.

Ergeben sich im Rahmen der Beratung und Begutachtung medizinische Hinweise auf die Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger, so ist die Krankenkasse hierauf hinzuweisen (z.B. beim Vorliegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder bei Eingliederungs- oder Teilhabeleistungen).

Die Begutachtungsanleitung soll die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem MDK auf diesem Begutachtungsfeld regeln und eine einheitliche Begutachtung von Fragen zu Heilmittelverordnungen in der MDK-Gemeinschaft gewährleisten.

Das Ziel dieser Anleitung ist, die Inhalte der Begutachtung sowie Art und Umfang der Instrumente darzustellen, die für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkasse wesentlich sind. Zu nennen sind insbesondere:

- rechtliche Rahmenbedingungen,
- einheitliche Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung,
- organisatorische Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit,
- Verfahren der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB),
- Art und Inhalte der Gutachten sowie Dokumentationsanforderungen.

2 Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit Heilmittelverordnungen

Im Zusammenhang mit der Beratung der Krankenkassen und der Begutachtung von Heilmittelverordnungen durch den MDK sind Rechtsgrundlagen zu beachten, u.a. die für die Krankenkassen und die anderen Sozialleistungsträger geltenden Normen, die HeilM-RL und weitere Beschlüsse des G-BA sowie die rechtlichen Grundlagen der Begutachtung durch den MDK (Kapitel 2.1). Weiterhin sind auch sozialmedizinisch relevante Aspekte der Behandlung mit Heilmitteln von Bedeutung (Kapitel 2.2). Die Begutachtung umfasst die systematische Erfassung und Beurteilung der medizinischen Befunde und die prognostische Abschätzung des weiteren Therapiebedarfs des Versicherten (Kapitel 2.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von Heilmittelverordnungen).

2.1 Rechtliche Grundlagen

Der Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln ist im deutschen Sozialleistungssystem in verschiedenen Sozialgesetzbüchern geregelt. Einerseits besteht ein Anspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), andererseits kann z.B. auch die Unfallversicherung (SGB VII) bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen zuständig sein.

Das SGB IX regelt den Anspruch auf und die koordinierte Bereitstellung von Leistungen zur Teilhabe für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen [→ Kapitel 2.1.5].

2.1.1 Versorgung mit Heilmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Behandlung mit Heilmitteln ist sektoral unterschiedlich geregelt. Die Versorgung mit Heilmitteln ist u.a. Bestandteil

- der Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 i.V.m. § 32 SGB V)
- medizinischer Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 1, 2 und 4 sowie § 24 SGB V),
- der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),
- der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 und § 41 SGB V) und
- der vertragsärztlichen Leistungen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab genannt sind (§ 87 SGB V).

Die Begutachtungsanleitung befasst sich ausschließlich mit den Heilmitteln, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach ärztlicher Verordnung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V) von zugelassenen Heilmittelerbringern erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden, d.h. mit Heilmitteln, die Bestandteil der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 i.V.m. § 32 SGB V sind.

Die Verantwortung für die Auswahl der Heilmitteltherapie und die Indikationsstellung liegt beim verordnenden Vertragsarzt. Als Hilfeleistung einer nichtärztlichen Person dürfen Heilmittel nur erbracht werden, wenn sie ärztlich angeordnet und verantwortet sind (§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V i.V.m. § 92 Abs. 6 SGB V eine Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie / HeilM-RL) [→ Kapitel 2.1.2].

Der Bundesmantelvertrag (§ 87 SGB V) führt aus, dass in der Verordnung das Heilmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen ist; ferner alle für die individuelle Therapie oder Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen sind. Das Nähere bestimmt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Des Weiteren wird ausgeführt, dass die Abgabe von Heilmitteln keiner Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf, soweit die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nichts anderes vorsieht.

Vertragsärztlich verordnete Heilmittel dürfen nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden (§ 124 Abs. 1 SGB V). Der GKV-Spitzenverband gibt gemäß § 124 Abs. 4 SGB V Empfehlungen zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen (sog. Zulassungsempfehlungen) ab. Die Zulassung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erteilt (§ 124 Abs. 5 SGB V).

Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln ab (§ 125 Abs. 1 SGB V). Diese Rahmenempfehlungen enthalten Regelungen zu den Inhalten der Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendung im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit, zu Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt, zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie Vorgaben für Vergütungsstrukturen.

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, 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 (§ 125 Abs. 2 SGB V).

Nach § 11 Abs. 6 SGB V können die Krankenkassen in ihren Satzungen zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Heilmittel sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Diese Leistungen sind nicht Gegenstand dieser Begutachtungsanleitung.

2.1.2 Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die HeilM-RL dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Sie etabliert damit maßgebliche Standards zur Verordnung von Heilmitteln, die beachtet werden müssen.

Die HeilM-RL enthält einen (abschließenden) Katalog der zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Heilmittel. Im Heilmittelkatalog finden sich die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen sowie weitere Modalitäten zur Verordnung von Heilmitteln (§ 92 Abs. 6 Satz 1 SGB V). Die HeilM-RL ist Bestandteil des Bundesmantelvertrages (§ 92 Abs. 8 SGB V). Sie ist für die Versicherten, die Krankenkassen sowie für die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und für Leistungserbringer verbindlich (§ 91 Abs. 6 SGB V).

Nach § 3 Abs. 2 der HeilM-RL können Heilmittel zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

2.1.2.1 Verordnungen innerhalb des Regelfalls

Die HeilM-RL sieht Verordnungen im Regelfall und Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor. Verordnungen im Regelfall (als Erst- und Folgeverordnungen) können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden (§ 7 Abs. 9 HeilM-RL). Verordnungen im Regelfall werden den Krankenkassen nicht zur Genehmigung vorgelegt.

2.1.2.2 Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen (außerhalb des Regelfalls) möglich (§ 8 Abs. 1 bis Abs. 3 HeilM-RL).

§ 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls

- (1) *1Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). 2Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung. 3Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall mit Ausnahme des § 7 Abs. 10 anzuwenden. 4Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.*
- (2) *Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist nach vorausgegangenem Heilmittelanwendungen kein behandlungsfreies Intervall zu beachten.*
- (3) *Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt störungsbildabhängig eine weiterführende Diagnostik durchzuführen, um auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten.*

Nach **§ 8 Abs. 4** ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalls der Krankenkasse zur **Genehmigung** vorzulegen, sofern diese nicht ganz oder teilweise darauf verzichtet hat. Versicherte erhalten die verordneten Heilmittel nach Vorlage der Verordnung bei der Krankenkasse allerdings so lange, bis die Krankenkasse ihre Genehmigung ausdrücklich versagt hat.

§ 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls

- (4) *1Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. 2Nach Vorlage der Verordnung durch die oder den Versicherten übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung. 3Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung. 4Sie informiert hierüber die Kassenärztliche Vereinigung.*

2.1.2.3 Antrag des Versicherten auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittel

Gemäß § 32 Abs. 1a SGB V haben Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf die Möglichkeit, sich Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen.

§ 32 Abs. 1a SGB V

1Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf haben die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen. 2Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. 3Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. 4Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

Gemäß Gesetzesbegründung soll diese Genehmigung die Behandlungskontinuität von Versicherten fördern, die langfristig Heilmittelbehandlungen benötigen. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der G-BA in seiner HeilM-RL. Ergänzend hat der G-BA zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen ein Merkblatt beschlossen (→ Anlage 7.2).

Gemäß § 8 Abs. 5 HeilM-RL entscheidet die Krankenkasse auf **Antrag des Versicherten** darüber, ob die auf der vorliegenden ärztlichen Verordnung genannten und jeweils verordnungsfähigen Heilmittel **langfristig genehmigt** werden können. Die Genehmigung kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens ein Jahr umfassen.

§ 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls

- (5) *1Auf Antrag der oder des Versicherten entscheidet die Krankenkasse darüber, ob der oder dem Versicherten wegen der sich aus der ärztlichen Begründung ergebenden besonderen Schwere und Langfristigkeit ihrer oder seiner funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und des nachvollziehbaren Therapiebedarfs die insoweit verordnungsfähigen Leistungen in dem insoweit verordnungsfähigen Umfang langfristig genehmigt werden können. 2Die Genehmigung kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens ein Jahr umfassen.*

In den **Tragenden Gründen des Gemeinsamen Bundesausschusses** wird zu § 8 Abs. 5 Heilm-RL u.a. ausgeführt:

...

In diesem Zusammenhang wird die Heilmittel-Richtlinie in § 8 Abs. 5 auch um eine Regelung bezüglich einer langfristigen Genehmigung von Heilmittel-Verordnungen bei schweren, dauerhaften funktionellen und strukturellen Schädigungen ergänzt. Die Regelung trägt insbesondere den Fällen Rechnung, in denen der Behandlungsbedarf mit Heilmitteln für einen längeren Zeitraum feststeht und wenn hinsichtlich des Krankheitsstatus des Versicherten keine Veränderung hinsichtlich der Notwendigkeit einer Therapie mit Heilmitteln zu erwarten ist (z. B. dauerhaft behandlungsbedürftige funktionelle/strukturelle Schädigungen). Die Etablierung eines besonderen Begründungsverfahrens wird vom G-BA mehrheitlich für nicht erforderlich gehalten, da der in Frage kommende kleine Kreis schwerstbehinderter, fortlaufend behandlungsbedürftiger Patienten bei der Krankenkasse bekannt ist.

...

Mit der Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen sind weitere Regelungen in § 84 Abs. 8 Satz 6 (Berechnung von Richtgrößen) sowie § 106 Abs. 2 Satz 18 SGB V (Wirtschaftlichkeitsfiktion) verknüpft. Danach unterliegen von der Genehmigung nach § 32 Abs. 1a SGB V umfasste Heilmittelverordnungen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Vertragsarztes nach § 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Nach § 32 Abs. 1a Satz 3 SGB V ist über Anträge innerhalb einer Frist von vier Wochen zu entscheiden. Anderenfalls gilt die Genehmigung als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Information unterbrochen.

Merkblatt des G-BA: Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen

In einem Merkblatt gibt der G-BA Hinweise zur Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen (→Kapitel 7.2: Beschluss des G-BA über ein „Merkblatt Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie“).

Zum umfassten Personenkreis ist festgehalten: „Menschen mit besonders schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen haben die Möglichkeit, eine langfristige Genehmigung für eine fortlaufende Heilmitteltherapie zu erhalten, wenn ein andauernder Behandlungsbedarf mit Heilmitteln zu erwarten ist. Dieser langfristige Heilmittelbedarf besteht in der Regel bei Vorliegen der Diagnosen aus der anliegenden Liste.“

Als Anlage zum Merkblatt des G-BA findet sich die „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V“.

Das Antragsverfahren wird erläutert, Hinweise zum Genehmigungsverfahren werden gegeben. Zur Frage, welche therapeutischen Leistungen umfasst werden, heißt es: „Die Genehmigung bezieht sich auf die verordnungsfähigen Heilmittel der Diagnosengruppe, die aus der dem Antrag beiliegenden ärztlichen Verordnung hervorgeht. Es gilt die Heilmittel-Richtlinie.“

Und es wird festgehalten, dass die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung nach § 8 Abs. 5 Heilm-RL keine Heilmittelverordnung ersetzt. „Die verordnende Vertragsärztin oder der

verordnende Vertragsarzt legt die Verordnungsmenge so fest, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen gewährleistet ist. Auch bei Vorliegen einer Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung können die Heilmittel für einen Zeitraum von max. 12 Wochen verordnet werden. Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung stellt die Versicherten im Genehmigungszeitraum aber davon frei, sich die weiteren Verordnungen von der Krankenkasse erneut genehmigen zu lassen.“

2.1.3 Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) Besonderheiten bei der Patientenversorgung, die vom Durchschnitt der Arztgruppe signifikant abweichen und die sich aus einem spezifischen Zuschnitt der Patientenschaft des geprüften Arztes ergeben, der im Regelfall in Wechselbeziehung zu einer besonderen Qualifikation des Arztes steht (BSG-Urteil vom 06.05.2009 B 6 KA 17/08 R). Ferner sind Praxisbesonderheiten aus der Zusammensetzung der Patienten herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind (BSG-Urteil vom 23.02.2005, B 6 KA/ 79/03 R).

GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich auf Grundlage von § 84 Abs. 8 SGB V auf eine **Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel** mit 2 Anlagen verständigt, die bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen des Arztes anzuerkennen sind (→ Kapitel 7.3).

Danach ist eine Verordnung immer dann als Praxisbesonderheit anzusehen, wenn sie eine in den Anlagen aufgeführte ICD-codierte Diagnose in Verbindung mit einem dazu in den Anlagen aufgeführten Indikationsschlüssel gemäß HeilM-RL enthält. In Bezug auf die Bedeutung für die Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittel muss zwischen Anlage 1 und 2 unterschieden werden:

- In der **Anlage 1** (Liste über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V) sind ICD-Diagnosen mit Diagnosengruppen/Indikationsschlüssel des Heilmittelkataloges kombiniert, die aufgrund der oben genannten Kriterien in der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheiten anzuerkennen sind. Bei diesen Kombinationen liegt ein langfristiger Behandlungsbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V in der Regel nicht vor.
- Als Praxisbesonderheiten nach **Anlage 2** (Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V) sind ICD-Diagnosen mit Diagnosengruppen / Indikationsschlüssel des Heilmittelkataloges kombiniert, für die in der Regel ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V gesehen werden kann. Diese Praxisbesonderheiten sind gemäß der Vereinbarung nach § 84 Abs. 8 SGB V einer erteilten langfristigen Genehmigung nach § 32 Abs. 1a SGB V im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung gleichgestellt. Zur Abrechnung gelangende Verordnungen mit ICD-codierter Diagnose mit entsprechender Diagnosengruppe bzw. entsprechendem Indikationsschlüssel entsprechend Anlage 2 der Vereinbarung sind gemäß § 106 Abs. 2 Satz 18 SGB V nicht Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

2.1.4 Begutachtung

Die Begutachtung zu Fragen der Verordnung von Heilmitteln erfolgt auf Grundlage des § 275 SGB V. Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, unter bestimmten Voraussetzungen eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

§ 275 Begutachtung und Beratung

- (1) *Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,*
1. *bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,*
 2. *zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,*
 3. ...
eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls, die der Krankenkasse zur Genehmigung nach § 8 Abs. 4 vorgelegt werden, oder Anträge auf Genehmigung von langfristigen Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8 Abs. 5 der HeilM-RL kann die Krankenkasse somit nach pflichtgemäßem Ermessen durch den MDK begutachten lassen. Auch andere Fragen zur Versorgung mit Heilmitteln können nach dieser Vorschrift dem MDK zur Beratung und Begutachtung vorgelegt werden.

Beratungs- und Begutachtungsaufgaben hinsichtlich der weiteren Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V sind nicht Gegenstand dieser Begutachtungsanleitung.

2.1.5 Heilmittel bei besonderen Ursachen / Abgrenzung der Zuständigkeiten

Bei behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ist, entsprechend des gegliederten sozialen Sicherungssystems, aus dem die Versicherten Ansprüche ableiten können, die Abgrenzung der Zuständigkeiten von besonderer Bedeutung. Liegt ein Versicherungsfall bzw. die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers vor, haben Versicherte diesem gegenüber ggf. Anspruch auf Krankenbehandlung / Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

Allgemeine Anspruchsgrundlage ist das SGB IX. Es regelt den Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe und sorgt für eine koordinierte Bereitstellung von Teilhabeleistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Die Regelungen des SGB IX gelten, soweit die für den jeweiligen Leistungsträger geltenden spezialgesetzlichen Regelungen nichts Abweichendes vorsehen (vgl. § 7 SGB IX).

Nach § 5 SGB IX werden die Leistungen zur Teilhabe nach folgenden Leistungsgruppen unterschieden:

Zur Teilhabe werden erbracht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen und
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

§ 6 SGB IX benennt die jeweiligen Rehabilitationsträger:

- (1) Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein
 1. die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
 2. die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nr. 2 und 3,
 3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
 4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 3, die Träger der Alterssicherung der Landwirte für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
 5. die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
 6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4,
 7. die Träger der Sozialhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4.

Sind Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder Rehabilitationsträger erforderlich, hat der leistende Rehabilitationsträger die Aufgabe, die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen - in Abstimmung mit den Trägern und dem Leistungsberechtigten - funktionsbezogen festzustellen. Die Leistungen sollen dabei für den Versicherten entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet werden, nahtlos eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen (vgl. § 10 Abs. 1 SGB IX).

Teilhabe

Die Leistungen zur Teilhabe umfassen gem. § 4 Abs. 1 SGB IX die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache einer Behinderung

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

2.1.5.1 Rentenversicherung

Ein Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln besteht gegenüber der Rentenversicherung nicht. Es können aber Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 9 ff. SGB VI beantragt werden, sofern die entsprechenden persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Die Anwendung von Heilmitteln ist integraler Bestandteil von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation können im zeitlichen Zusammenhang d. h. spätestens 3 Monate nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme Ansprüche auf Nachsorge-Programme bestehen (u. a. IRENA - „Intensivierte Rehabilitationsnachsorge“ oder KARENA - „Kardiovaskuläres Reha-Nachsorgeprogramm“), die Elemente der Heilmitteltherapie beinhalten können. Zusätzlich zu Nachsorge-Programmen der Rentenversicherung sind i. d. R. keine gleichen oder ähnlichen Heilmittel zu Lasten der GKV erforderlich.

2.1.5.2 Unfallversicherung

Bei Unfällen und Krankheiten, für die die (ggf. frühere) berufliche Tätigkeit ursächlich ist, kann ein Versicherungsfall der Unfallversicherung vorliegen. Dieser begründet eine entsprechende Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers (Berufsgenossenschaft), die ggf. auch die Heilmittelversorgung nach § 30 SGB VII umfasst.

Dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegen u.a. auch Personen, die im Interesse der Allgemeinheit handeln (z.B. ehrenamtlich Tätige, Ersthelfer bei Unfällen), bzw. Personen, die aus anderen sozialstaatlichen Gründen Versicherungsschutz genießen (z.B. meldepflichtige Arbeitslose, häusliche Pflegepersonen). Die vom Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung umfassten Tätigkeiten regelt § 2 SGB VII.

Bei einem Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) besteht gemäß § 11 Abs. 5 SGB V kein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung. Die zur berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung zugelassenen Ärzte müssen im Zusammenhang mit der Behandlung Arbeitsunfallverletzter spezielle Vordrucke benutzen.

Berufskrankheiten (BK) sind die in der Anlage der Berufskrankheitenverordnung (BKV) bezeichneten Krankheiten, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden (§ 1 BKV). Beruflich verursachte Erkrankungen, die nicht in der BK-Liste stehen, werden unter bestimmten Voraussetzungen vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ebenfalls als Berufskrankheit anerkannt und ggf. entschädigt (§ 9 Abs. 2 SGB VII). Bei begründetem Verdacht ist jeder Arzt zur Meldung einer Berufskrankheit an die gesetzliche Unfallversicherung oder den zuständigen Gewerbearzt verpflichtet (§ 202 SGB VII).

Schädigende Einwirkungen und definierte Berufskrankheiten (siehe Berufskrankheitenliste) müssen bezogen auf das bestehende körperliche Schadensbild im Zusammenhang stehen. Ebenso muss der Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gegeben sein. Dabei kann die schädigende Einwirkung auch durch eine länger zurückliegende berufliche Tätigkeit begründet sein, die zu der aktuellen Tätigkeit des Versicherten keine Verbindung aufweist, z.B. Asbesteinwirkung.

Ein **Arbeitsunfall** liegt vor, wenn eine versicherte Person bei einer versicherten Tätigkeit (§§ 2, 3 oder 6 SGB VII) einen Unfall (zeitlich begrenzte Einwirkung, von außen einwirkendes Ereignis, Gesundheitsschaden / Tod) erleidet (§ 8 Abs. 1 SGB VII). Als Arbeitsunfall gilt auch ein Unfall auf

einem mit der Tätigkeit im Betrieb zusammenhängenden Weg zur und von der Arbeitsstelle (§ 8 Abs. 2 SGB VII).

Der ursächliche Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall sowie dem Unfall und dem Gesundheitsschaden ist mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Der Unfallversicherungsträger führt im geeigneten Fall ein Heilverfahren mit entsprechenden Vorstellungspflichten für den Verletzten durch (Durchgangsarztverfahren, Verletzungsartenverfahren).

Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen (§ 20b Abs. 1 Satz 3 SGB V).

2.1.5.3 Soziales Entschädigungsrecht

Fragen der Abgrenzung einer Zuständigkeit ergeben sich auch in Richtung des sozialen Entschädigungsrechts. Wer einen Gesundheitsschaden erleidet, für dessen Folgen die staatliche Gemeinschaft in Abgeltung eines besonderen Opfers oder aus anderen Gründen nach versorgungsrechtlichen Grundsätzen einsteht (§ 5 Satz 1 SGB I), hat Anspruch auf Versorgung gegenüber dem Staat. Dem liegt der Gedanke zu Grunde, dass die staatliche Gemeinschaft für einen Schaden einzutreten hat, den ein Bürger bei einer für den Staat erbrachten „Leistung“ erlitten hat (z.B. Kriegsbeschädigung als Soldat) bzw. der einem Bürger deshalb entstanden ist, weil der Staat seine „Fürsorgepflicht“ verletzt hat (z.B. Opfer eines Gewaltverbrechens, dessen Verhinderung dem Staat im Rahmen der Verbrechensverhütung nicht gelang).

Das zur Versorgung der Opfer des (ersten und) zweiten Weltkrieges verabschiedete **Bundesversorgungsgesetz (BVG)** legte den gesetzlichen Grundstein für eine umfassende soziale Absicherung und gilt als „Grundnorm“ des Entschädigungsrechts. Neben der Anspruchsgrundlage für die Kriegsoffer der Weltkriege findet es heute insbesondere entsprechende Anwendung auf alle sogenannten weiteren Nebengesetze des sozialen Entschädigungsrechts. An Gesetzen, aus denen die Versicherten Ansprüche ableiten können, sind insbesondere zu nennen:

- das **Opferentschädigungsgesetz (OEG)** - Versorgung der Opfer von Gewalttaten,
- das **Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG)** - Hilfe für bestimmte Frauen und Kontaktpersonen, die in den Jahren 1978 und 1979 durch Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert wurden,
- das **Soldatenversorgungsgesetz (SVG)** - Versorgung von erlittenen Schäden bei ehemaligen Soldaten und Wehrdienstleistenden,
- das **Zivildienstgesetz (ZDG)** - Versorgung von erlittenen Schäden bei Zivildienstleistenden,
- das **Infektionsschutzgesetz (IfSG)** - Versorgung bei erlittenen Impfschäden,
- das **Häftlingshilfegesetz (HHG)** - Versorgung von Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik in Gewahrsam genommen wurden,
- das **Strafrechtliche Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)** - Versorgung von Beschädigten infolge einer Freiheitsentziehung in der ehemaligen DDR,
- das **Verwaltungsrechtliche Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)** - Versorgung von Beschädigten infolge einer hoheitlichen Maßnahme (Verwaltungsentscheidung) in der ehem. DDR.

Für die Durchführung des Sozialen Entschädigungsrechts sind die örtlich zuständigen Versorgungsbehörden sowie die Träger der Kriegsofferfürsorge in den einzelnen Ländern verantwortlich.

Darüber hinaus können ebenfalls Ansprüche aus dem **Bundesentschädigungsgesetz (BEG)** resultieren. Dieses regelt die Wiedergutmachung für die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung insoweit, als sie die Entschädigung betrifft u.a. für Schaden an Leben, Körper und Gesundheit. Die Krankenversorgung dieses Personenkreises wird ausschließlich von den AOKn erbracht. Die hierdurch entstehenden Aufwendungen werden vom zuständigen Bundesland erstattet.

2.1.5.4 Weitere Leistungen für Menschen mit Behinderungen, Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe

Von Behinderung bedrohte oder betroffene Menschen haben neben den Leistungen der Krankenbehandlung häufig auch Anspruch auf Leistungen anderer Sozialleistungsträger, bspw. Leistungen der Eingliederungs- und Behindertenhilfe, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

Bei Kindern können darüber hinaus auch Leistungen der Frühförderung sowie pädagogische, heil-, sprachheil- und sonderpädagogische Maßnahmen zum Einsatz kommen. Diese werden zum Teil auch von ausgebildeten Physiotherapeuten und Krankengymnasten, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten sowie Ergotherapeuten, meist im Rahmen eines Teams, erbracht, so dass sich hierbei Überschneidungen und Abgrenzungsschwierigkeiten mit Heilmittelleistungen der medizinischen Krankenbehandlung ergeben können.

Die HeilM-RL enthält diesbezüglich folgende Ausführungen:

§ 6 Verordnungsausschlüsse

(1) ...

(2) ¹Maßnahmen, die nicht aufgrund der in § 3 Absatz 2 genannten Voraussetzungen veranlasst und durchgeführt werden, dürfen nicht zu Lasten der GKV verordnet und durchgeführt werden.

²Dies gilt auch, wenn die Maßnahmen von nach § 124 SGB V zugelassenen Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern durchgeführt werden. ³Weiterhin dürfen Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach dem Kapitel 7 des SGB IX). ⁴Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. ⁵Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.

(3) Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den §§ 30, 32 Nummer 1 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

Bei der Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen den Krankenkassen und den weiteren Sozialleistungsträgern bestehen zum Teil unterschiedliche regionale Regelungen. Die regionale Versorgungssituation ist bei der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem jeweiligen MDK zu berücksichtigen.

Die weiteren Leistungen für Menschen mit Behinderungen ergeben sich insbesondere aus den nachstehend genannten Vorschriften der einzelnen Sozialgesetze:

SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe

§ 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

- (1) *Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn*
- 1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und*
 - 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.*

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Abs. 4 gilt entsprechend.

SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

§ 30 Früherkennung und Frühförderung

- (1) *Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 umfassen auch*
- 1. die medizinischen Leistungen der mit dieser Zielsetzung fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen,*
 - 2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.*

Leistungen nach Satz 1 werden als Komplexleistung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56) erbracht.

§ 55 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

- (1) *Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden.*
- (2) *Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere*
- 3. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,*
 - 4. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,*
 - 5. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,*
 - 6. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,*
 - 7. Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,*
 - 8. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,*
 - 9. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.*

§ 56 Heilpädagogische Leistungen

- (1) *Heilpädagogische Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 2 werden erbracht, wenn nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch*
- 1. eine drohende Behinderung abgewendet oder der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt oder*
 - 2. die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert werden können. Sie werden immer an schwerstbehinderte und schwerstmehrfachbehinderte Kinder, die noch nicht eingeschult sind, erbracht.*
- (2) *In Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30) und schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger werden heilpädagogische Leistungen als Komplexleistung erbracht.*

SGB XII Sozialhilfe

§ 54 Leistungen der Eingliederungshilfe

- (1) *Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 des Neunten Buches insbesondere*
- 1. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,*
 - 2. Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,*
 - 3. Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,*
 - 4. Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56,*
 - 5. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.*
- Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.*

2.1.5.5 Belastungserprobung, Arbeitstherapie (§ 42 SGB V und § 26 SGB IX)

Die Belastungserprobung bzw. Arbeitstherapie nach § 42 SGB V und § 26 SGB IX ist kein Heilmittel nach § 32 SGB V.

Die Belastungserprobung dient der Ermittlung der körperlichen und geistig-seelischen Leistungsbereiche des Patienten, seiner sozialen Anpassungsfähigkeit, seines Könnens und seiner beruflichen Eingliederungschancen sowie der Beurteilung und Abklärung der Belastbarkeit auf Dauer im Arbeitsleben.

Ziel der Arbeitstherapie ist die Verbesserung der Belastbarkeit und die Erhaltung und Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für die berufliche Wiedereingliederung benötigt werden. Wichtige Faktoren dieses Leistungstrainings sind Arbeitsqualität und Arbeitstempo.

Belastungserprobung und Arbeitstherapie können durchgeführt werden z.B.

- im Rahmen einer ambulanten / stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation,

- in ambulanter Form durch Bereitstellung eines über eine ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung stehenden Arbeitsplatzes.

Hiervon zu unterscheiden sind Maßnahmen der Ergotherapie (früher auch als Beschäftigungs- und Arbeitstherapie bezeichnet), die zu den Heilmitteln nach § 32 SGB V zählen. Sie dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Aktivitäten.

2.1.5.6 Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 44 SGB IX)

Für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen kommen als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation auch Rehabilitationssport oder Funktionstraining in Betracht, die dazu dienen, das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.

Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet § 44 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 4 SGB IX. Einzelheiten, u. a. zu den Leistungsinhalten und zur Leistungsdauer, sind in der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) geregelt.

Rehabilitationssport und Funktionstraining kommen im Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht oder können im Rahmen der Krankenbehandlung vom Vertragsarzt verordnet werden.

Ziel des **Rehabilitationssportes** ist es u. a., die Ausdauer und Kraft der Betroffenen zu stärken sowie ihre Koordination und Flexibilität zu verbessern und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein.

Funktionstraining kann insbesondere bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein und zielt auf den Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe zur Selbsthilfe ab.

Leistungsträger für Rehabilitationssport und Funktionstraining sind die gesetzlichen Krankenkassen, die gesetzliche Unfallversicherungsträger, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte sowie die Träger der Kriegsopferversorgung.

2.2 Heilmittel - sozialmedizinische Aspekte

Die Indikationsstellung zur Veranlassung einer Heilmitteltherapie hat Beziehungen von Krankheit, Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe entsprechend des „bio-psycho-sozialen Modells“ der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF = *International Classification of Functioning, Disability and Health*) zu berücksichtigen. Die ICF bietet die entsprechende Systematik zur Darlegung aller relevanten bio-psycho-sozialen Aspekte auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen sowie der Aktivitäten und Teilhabe. Dies geschieht unter Berücksichtigung der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (weitere Ausführungen zur ICF und zum Behinderungsbegriff: → Kapitel 7.6).

Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 27 i.V.m. § 32 SGB V) stehen neben den ärztlichen Behandlungsmaßnahmen u.a. Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel zur Verfügung. Solche Leistungen werden sowohl mit kurativer als auch mit rehabilitativer Zielsetzung verordnet. Als Heilmittel sind verordnungsfähig:

- Maßnahmen der Physikalischen Therapie,
- Maßnahmen der Podologischen Therapie,
- Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und
- Maßnahmen der Ergotherapie.

Grundsätze zur Verordnung von Heilmitteln sind in der HeilM-RL hinterlegt. Diese Grundsätze gelten für die Verordnung von Heilmitteln im Regelfall und für die Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls.

Im Zusammenhang mit der Genehmigung von Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und der Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen sind zudem weitere grundlegende Eckpunkte zu beachten.

Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt vom Zustand des Kranken überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind (§ 3 Abs. 3 HeilM-RL). Weiterhin sieht die HeilM-RL explizit eine ärztliche Eingang- oder weiterführende Diagnostik vor (§ 26, § 29, § 34 und § 41 der HeilM-RL). Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden.

Nach § 3 Abs. 5 HeilM-RL ergibt sich die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der funktionellen / strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt eine Heilmittelanwendung notwendig ist.

Der Vertragsarzt hat – sowohl bei Verordnungen im Regelfall als auch bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls – auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten (§ 8 Abs. 3 HeilM-RL).

Therapiebedarf:

Therapiebedarf besteht, wenn als Folge einer Krankheit Schädigungen der Körperstruktur bzw. der Körperfunktion und ggf. Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, die gezielt einer Behandlung mit Heilmitteln bedürfen. Therapiebedarf besteht auch, wenn eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, beseitigt oder einer Gefährdung der Gesundheit eines Kindes entgegen gewirkt werden soll.

Therapiefähigkeit:

Der Versicherte muss therapiefähig sein. Dies betrifft insbesondere die körperliche, geistige und seelische Verfassung des Patienten. Vor allem eine längerfristige Behandlung außerhalb des Regelfalls erfordert eine ausreichende Motivation (einschließlich Motivierbarkeit) und Belastbarkeit des Versicherten für die Heilmitteltherapie.

Therapieprognose:

Therapieprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Therapieziels. Durch eine geeignete Heilmittelanwendung – auch in Kombination mit weiteren ärztlichen Leistungen – sollte in einem bestimmten Zeitraum unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkrankungen und des bisherigen Therapieverlaufs eine positive Beeinflussung von Schädigungen der Körperstruktur bzw. der Körperfunktion und ggf. beeinträchtigter Aktivitäten zu erwarten sein. Eine positive Prognose ist auch dann gegeben, wenn mit dem Heilmittel nachvollziehbar einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führt, oder der Gefährdung einer gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen gewirkt werden kann. Dabei sind auch die persönlichen Ressourcen des Versicherten (Therapiepotenzial) zu beachten.

Therapieziel:

Das Therapieziel besteht im idealen Fall darin, den ursprünglichen gesundheitlichen Zustand wieder zu erreichen („restitutio ad integrum“). Kann dieses Ziel nicht erreicht werden und bestehen beeinträchtigende Krankheitsfolgezustände, sind die therapeutischen Bemühungen so auszurichten, dass nur ein Minimum an Restschäden und Funktionsstörungen verbleibt („restitutio ad optimum“). Möglichst frühzeitig sind alltagsrelevante Störungen zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, so dass der Versicherte wieder in die Lage versetzt wird, z. B. seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können und/oder den üblichen Anforderungen einer selbstbestimmten Lebensführung gewachsen zu sein. In diesem Zusammenhang gilt es, ein realistisches Therapieziel zu formulieren, das sich an den Grundbedürfnissen und Alltagsanforderungen des Versicherten zu orientieren hat.

Erkenntnisse/Befunde aus der klinischen/apparativen Diagnostik sind im Rahmen der Indikationsstellung zunächst darauf hin zu bewerten, ob sich relevante funktionelle und strukturelle Schädigungen objektivieren lassen. Aus diesen Daten lässt sich feststellen, ob und mit welchen Heilmitteln eine Heilung oder Besserung der zugrundeliegenden Krankheit bzw. Schwächung der Gesundheit oder der Gesundheitsgefährdung erreicht werden kann.

In den meisten Fällen besteht ein vorübergehender Bedarf einer Heilmitteltherapie. Hierzu bestimmt der Heilmittelkatalog eine Verordnungsmenge im Regelfall, mit der das Therapieziel erreicht werden (§ 7 Abs. 1 HeilM-RL) soll.

Verordnung nach behandlungsfreiem Intervall

Bei einem Rezidiv oder bei einer neuen Erkrankungsphase ist es möglich, Heilmittel nach einem behandlungsfreien Intervall erneut zu verordnen. Auch dann sind die individuellen Gegebenheiten des Versicherten und des Krankheitsbildes zu beachten. Hierbei handelt es sich um eine Verordnung von Heilmitteln in einem neuen Regelfall, wenn entsprechende Fristen eingehalten wurden (§ 7 Abs. 5 Satz 1 HeilM-RL: 12 Wochen keine Behandlung mit Heilmitteln).

Verordnung außerhalb des Regelfalls

Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungs menge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen als Verordnungen außerhalb des Regelfalls möglich (§ 8 HeilM-RL). Diese müssen vom verordnenden Arzt auf dem Verordnungsvordruck mit einer besonderen Begründung einschließlich einer prognostischen Einschätzung versehen werden (§ 8 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL). Begründungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse vor Fortführung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen (§ 8 Abs. 4 Satz 1 HeilM-RL). Die Krankenkasse kann auf die Durchführung dieses Genehmigungsverfahrens verzichten.

Antrag auf Genehmigung einer langfristig erforderlichen Heilmittelbehandlung

Nach § 32 Abs. 1a SGB V können sich Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse genehmigen lassen. In den Tragenden Gründen zur HeilM-RL ist dargelegt, dass dies aus Sicht des G-BA nur für einen kleinen Kreis schwerstbehinderter, fortlaufend behandlungsbedürftiger Patienten in Frage kommt. Ergänzend hat der G-BA im November 2012 in einem Merkblatt Hinweise zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen gegeben.

Auch wenn die Krankenkasse eine langfristige Heilmittelbehandlung nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8 Abs. 5 HeilM-RL genehmigt hat, sind weiterhin Heilmittelverordnungen entsprechend der HeilM-RL erforderlich. Der verordnende Vertragsarzt legt die Verordnungs menge so fest, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen gewährleistet ist, da der Arzt stets die individuellen gesundheitlichen Gegebenheiten des Versicherten zu berücksichtigen hat.

In Fällen, in denen die Leistungen einer ambulanten Krankenbehandlung einschließlich der Behandlung mit Heilmitteln nicht ausreichen, sind zur Besserung oder Kompensierung auch andere therapeutische Leistungen, darunter auch die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zu prüfen (§ 12 Abs. 9 HeilM-RL).

Hausbesuch / Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis

Die Behandlung der Versicherten erfolgt in der Regel in der Praxis des Heilmitteltherapeuten, da zur Durchführung der Behandlung neben der Anwesenheit des Therapeuten auch technische Apparate und Materialien benötigt werden, die bei einer Behandlung außerhalb der Praxis nicht immer zur Verfügung stehen. Dies betrifft alle Bereiche der Heilmitteltherapie. Eine ärztliche Verordnung für einen Hausbesuch zur Durchführung der Behandlung in der Wohnung des Patienten (dies sind z.B. auch das Senioren- oder Behindertenheim) ist nur dann zulässig, wenn die Gründe hierfür ausschließlich in der Person des Patienten liegen und medizinisch bedingt sind.

Die Durchführung einer Heilmitteltherapie in der Wohnung des Patienten kann sich aus verschiedenen medizinischen Gründen ergeben. Ein wesentlicher Grund ist die Immobilität, d. h. der Versicherte ist (noch) nicht in der Lage, die Praxis des Therapeuten aufzusuchen. Die Behandlung in der häuslichen Umgebung kann aber auch aus therapeutischen Gründen zwingend erforderlich sein, z.B. bei Maßnahmen der Ergotherapie. Hierzu bedarf es z. B. der spezifischen Heilmitteltherapie durch den Ergotherapeuten in der häuslichen Umgebung, um Beeinträchtigungen der Aktivi-

täten, insbesondere bei Beeinträchtigungen der Grundbedürfnisse des Lebens, gezielt therapeutisch zu beeinflussen.

Gemäß § 11 Abs. 2 der HeilM-RL können aus medizinischen Gründen Heilmittelleistungen auch außerhalb der Praxis des Leistungserbringers erbracht werden. Bei von Behinderung betroffenen Kindern und Jugendlichen können medizinisch notwendige Heilmittelbehandlungen auch in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung durchgeführt werden.

§ 11 Ort der Leistungserbringung

(1) ...

(2) ¹Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. ²Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs. ³Ohne Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind, soweit § 6 Absatz 2 dem nicht entgegensteht. ⁴Voraussetzung ist, dass sich aus der ärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und die Tageseinrichtung auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.

Sofern Heilmittel in entsprechenden Einrichtungen erbracht werden, ist zu beachten, dass vertragsärztlich verordnete Heilmittelleistungen die typischen Maßnahmen der Einrichtung (z.B. pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Leistungen) nicht ersetzen können und dürfen. D. h. sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden. Ferner dürfen Heilmittel bei behinderten und von Behinderung bedrohter Kinder nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den §§ 30, 32 Nummer 1 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24.06.2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

Verordnung mehrerer Heilmittel nach § 12 HeilM-RL

Die Zuordnung der jeweils ordnungsfähigen Heilmittel zu Indikationen wird im Heilmittelkatalog vorgenommen. Die Auswahl der Heilmittel und die Verordnungsmöglichkeit mehrerer Heilmittel wird in § 12 HeilM-RL geregelt. Grundsätzlich ist das im Heilmittelkatalog aufgeführte vorrangige Heilmittel zu verordnen. Möglich ist die gleichzeitige Verordnung eines ergänzenden Heilmittels, sofern der Heilmittelkatalog dies vorsieht. Mehr als zwei Heilmittel können auf einer Verordnung nicht angegeben werden. Als Ausnahme sind die standardisierten Heilmittelkombinationen zu nennen, die mehr als zwei Heilmittel umfassen.

Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus unterschiedlichen Diagnosengruppen ist möglich. So kann auf zwei Verordnungsvordrucken zeitgleich KG bei Bewegungsstörungen des Kniegelen-

kes (Diagnosengruppe EX2) und MLD bei Lymphödemen der Beine (Diagnosengruppe LY2) verordnet werden. Ebenso ist bei einer Hirnschädigung mit Sprachstörungen die Verordnung von Sprachtherapie (Diagnosengruppe SP5) auf einer Verordnung und bei zeitgleich bestehenden Störungen des Schluckaktes eine weitere Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Diagnosengruppe SC1) auf einem weiteren Verordnungsvordruck möglich.

Sofern neben Maßnahmen der Physikalischen Therapie gleichzeitig Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder Maßnahmen der Ergotherapie zur Behandlung erforderlich sind, kann dies auch auf getrennten Verordnungsvordrucken gleichzeitig erfolgen. Dies ergibt sich beispielsweise bei Versicherten nach Schlaganfällen, die gleichzeitig unter Sprachstörungen und auch Bewegungsstörungen der Extremitäten leiden, so dass Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zur Behandlung erforderlich sind.

2.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von Heilmittelverordnungen

Bei der Begutachtung hat der MDK zu beurteilen, ob

- die Verordnung den medizinischen Vorgaben der HeilM-RL entspricht,
- die verordneten Heilmittel nach Art und Umfang ausreichend, zweckmäßig und notwendig sind, um das angestrebte Behandlungsziel zu erzielen,
- andere Maßnahmen wie z.B. medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (ggf. auch Leistungen anderer Sozialleistungsträger) bzw. ergänzende Leistungen zur Rehabilitation erforderlich bzw.
- ggf. weitere Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wie z. B. eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten, eine Hilfsmittelversorgung oder Verordnung eines Arzneimittels angezeigt sind.

Nach § 8 Abs. 3 HeilM-RL hat der Vertragsarzt bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls auf der Basis des festgestellten **Therapiebedarfs**, der **Therapiefähigkeit**, der **Therapieprognose** und des **Therapieziels** die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten. Auch bei der sozialmedizinischen Bewertung und Begutachtung sind diese Kernkriterien zu beachten.

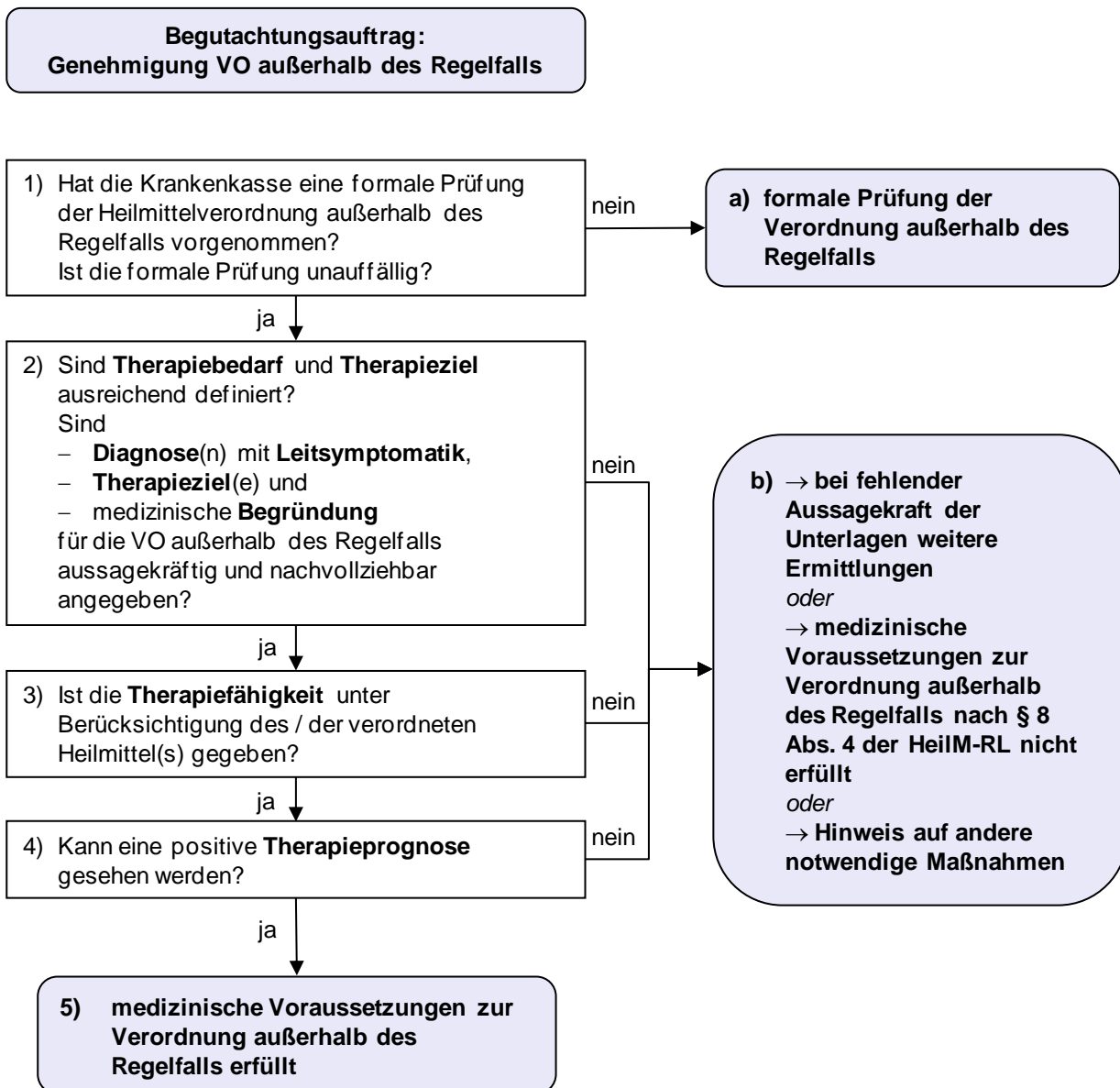
Aufgabe des MDK-Gutachters im Rahmen der **Genehmigung nach § 8 Abs. 4 der HeilM-RL** ist es, im Auftrag der Krankenkasse die Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls medizinisch zu prüfen und dabei zu bewerten, ob das Behandlungsziel durch das verordnete Heilmittel (und ggf. ein weiteres ergänzendes Heilmittel), die verordneten Einheiten des Heilmittels, durch andere Heilmittel oder ggf. auch durch andere Maßnahmen zu erreichen ist. Eventuell erforderliche andere Maßnahmen wie medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind aufzuzeigen. Seine Feststellungen teilt der MDK der Krankenkasse schnellstmöglich in Form einer sozialmedizinischen Empfehlung mit.

Aufgabe des MDK-Gutachters im Rahmen der Bewertung eines **Antrages nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8 Abs. 5 der HeilM-RL** ist es, die besondere medizinische Konstellation der Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie den nachvollziehbaren Therapiebedarf in dem insoweit verordnungsfähigen Umfang medizinisch zu bewerten und der Krankenkasse für den Einzelfall eine umsetzbare Empfehlung auszusprechen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine sozialmedizinische Empfehlung zur Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung mindestens für den Zeitraum von einem Jahr ausgesprochen werden soll.

Nach § 32 Abs. 1a Satz 3 SGB V ist über Anträge auf langfristige Genehmigung innerhalb einer Frist von vier Wochen zu entscheiden. Anderenfalls gilt die Genehmigung als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Information unterbrochen.

Die folgenden Arbeits- und Bewertungsschritte benennen Kriterien und Maßstäbe zur sachgerechten Beratung und Begutachtung des Einzelfalls.

2.3.1 Arbeits- und Bewertungsschritte: Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls



Erläuterungen zu den Arbeits- und Bewertungsschritten

Die nachfolgenden Arbeits- und Bewertungsschritte sind sowohl bei der Abgabe gutachtlicher Stellungnahmen im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) als auch bei der Erstellung von Gutachten nach Aktenlage oder bei Gutachten mit persönlicher Befunderhebung zu berücksichtigen. Der Umfang der Dokumentation der relevanten Befunde und der sozialmedizinischen Bewertung richtet sich nach dem Begutachtungsanlass und dem zur Bearbeitung gewählten Begutachtungsprodukt. Es ist nicht erforderlich, jeden einzelnen Arbeits- und Bewertungsschritt im Gutachten zu dokumentieren. Näheres zum notwendigen Dokumentationsumfang ergibt sich je nach Art der Begutachtung aus Kapitel 3.2 (sozialmedizinische Fallberatung) bzw. Kapitel 4 (Gutachten). Die gezielten Fragestellungen der Krankenkasse sind zu beachten.

Legende zu 1): **Hat die Krankenkasse eine formale Prüfung der Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls vorgenommen? Ist die formale Prüfung unauffällig?**

Die formale Prüfung ist in jedem Fall von der Krankenkasse vorzunehmen (→ Kapitel 3.1). Sie kann bei Auslegungsschwierigkeiten den MDK im Rahmen der SFB hinzuziehen.

Legende zu a): **formale Prüfung der Verordnung außerhalb des Regelfalls**

Die Prüfung der Verordnung erfolgt unter Beachtung des § 13 HeilM-RL „Verordnungsvordruck“. Zu prüfen ist insbesondere, ob die Verordnung die Angaben nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks enthält:

- die Art der Verordnung (Verordnung außerhalb des Regelfalls),
- Hausbesuch (ja oder nein),
- Therapiebericht (ja oder nein),
- die Verordnungsmenge,
- das/die Heilmittel gemäß dem Katalog,
- ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel (z.B. KG oder Übungsbehandlung im Bewegungsbad),
- die Frequenzangabe,
- die Therapiedauer bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Manueller Lymphdrainage, als MLD-30, MLD-45 oder MLD-60,
- den vollständigen Indikationsschlüssel,
- die konkrete Diagnose mit Therapieziel(en) nach Maßgabe des Heilmittelkataloges, ergänzende Hinweise (z. B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen).
Für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie für die Ergotherapie ist zudem die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben.
Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.
- die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls.

Legende zu 2): **Sind Therapiebedarf und Therapieziel(e) ausreichend definiert? Sind Diagnose(n) mit Leitsymptomatik, Therapieziel(e) und medizinische Begründung für die VO außerhalb des Regelfalls aussagekräftig und nachvollziehbar angegeben?**

Zunächst ist kursorisch festzustellen, ob die vorgelegten Unterlagen zur weiteren inhaltlichen Bearbeitung ausreichend sind. Liegen medizinisch-inhaltlich unzureichende Unterlagen vor, sind diese der Krankenkasse mit einem Hinweis auf die inhaltlichen Defizite zurückzugeben.

Die Notwendigkeit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls muss sich aus der ärztlichen Begründung unter Beachtung der Kriterien Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel ergeben (§ 8 Abs. 1 und Abs. 3 HeilM-RL).

In diesem Kontext ist auch das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) und die Wirtschaftlichkeit nach § 9 der HeilM-RL zu beachten. Dazu gehört auch die Bewertung, ob durch eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten (z.B. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms, durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung) das angestrebte Behandlungsziel erreicht werden kann.

Schädigungen der Körperstruktur bzw. der Körperfunktion sind zu bewerten. Aus schriftlich vorliegenden oder persönlich erhobenen Daten zur Struktur-, Funktions- und ggf. Aktivitätsdiagnostik sind soweit notwendig auch Feststellungen zu Aktivitäten, ggf. zur Teilhabe, in Bezug auf die vorliegende Heilmittelverordnung zu treffen.

Sofern zusätzliche Erkenntnisse/Befunde aus der klinischen/apparativen Diagnostik (z.B. aus weiteren von der Krankenkasse vorgelegten Unterlagen/Berichten) vorliegen, sind diese zunächst darauf hin zu bewerten, ob sich relevante funktionelle/strukturelle Schädigungen objektivieren lassen. Ergeben sich in diesem Zusammenhang Erkenntnisse bzw. hinreichend begründete Hinweise zum Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, sind auch Angaben zur haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität zu benennen (ggf. Anzeige einer Berufskrankheit).

Ergebnisse der störungsbildabhängigen Diagnostik müssen die Verordnung außerhalb des Regelfalls stützen. Diese müssen in der ärztlichen Begründung zur Verordnung außerhalb des Regelfalls enthalten bzw. können auch gesondert beigefügt sein. Art und Umfang der Schädigung sind zu beurteilen, um die Ausprägung bzw. Schwere der Schädigung zu ermitteln. Leichte oder mäßige Schädigungen stellen meist keinen Anlass für eine Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls dar. Schwere bzw. mehrere sich ggf. überlagernde Schädigungen können Anlass für die VO außerhalb des Regelfalls sein.

Legende zu 3): Ist die Therapiefähigkeit unter Berücksichtigung des / der verordneten Heilmittel(s) gegeben?

Die Therapiefähigkeit hängt neben den funktionellen und strukturellen Schädigungen vorrangig von personbezogenen **Kontextfaktoren** ab. Die personbezogenen Kontextfaktoren umfassen konstitutionelle physische und psychische Merkmale, Faktoren der Alterung, des Lebensstils, der Motivation und der krankheitsbezogenen Einstellung. Auch eine verminderte psychophysische Belastbarkeit kann die Durchführung einer Behandlung mit Heilmitteln beeinträchtigen.

Die ambulante Behandlung mit Heilmitteln setzt eine gewisse Belastbarkeit des Versicherten voraus. So stellt sich auch die Frage, ob der Versicherte die Praxis des Heilmittelerbringers erreichen kann. Bei einer Heilmittelbehandlung als Hausbesuch stellt sich die Frage, ob eine Therapie aus medizinischen Gründen zu Hause durchgeführt werden muss (§ 11 Abs. 2 HeilM-RL).

Legende zu 4): Kann eine positive Therapieprognose gesehen werden?

Eine positive Therapieprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Therapieziels. Es ist eine umfassende Abwägung hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird. Dabei ist auch die Motivation bzw. die Motivierbarkeit des Versicherten zu berücksichtigen.

- Legende zu b):**
- bei fehlender Aussagekraft der Unterlagen weitere Ermittlungen
oder
 - medizinische Voraussetzungen zur Verordnung außerhalb des Regelfalls nach § 8 Abs. 4 der HeilM-RL nicht erfüllt
oder
 - Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen

Weitere Ermittlungen

Ergibt sich bei der inhaltlichen Prüfung der Schritte 3) bis 4), dass aufgrund nicht aussagekräftiger Unterlagen keine sozialmedizinisch abschließende Empfehlung getroffen werden kann, sind weitere Ermittlungen erforderlich.

Medizinische Voraussetzungen zur Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht erfüllt

Dies kann mehrere Gründe haben:

1. Eine (weitere) Behandlung mit Heilmitteln ist nicht erforderlich:
Diese Empfehlung wird abgegeben, wenn die verordneten Heilmittel nicht erforderlich sind, weil entweder das Behandlungsziel schon erreicht ist oder gar nicht erreicht werden kann.
2. Eine Behandlung mit Heilmitteln ist erforderlich, allerdings mit anderen Heilmitteln:
Diese Empfehlung ergibt sich, wenn die funktionellen/strukturellen Schädigungen eine geänderte Heilmittelversorgung notwendig erscheinen lassen, z.B. wenn die verordneten Heilmittel nicht ausreichend oder nicht zweckmäßig sind, um das Therapieziel zu erreichen.
3. Eine Behandlung mit Heilmitteln ist nicht erforderlich; es sind jedoch andere Maßnahmen angezeigt:
Eine solche Empfehlung ergibt sich, wenn andere Maßnahmen erforderlich sind, um das Behandlungsziel zu erreichen. Bei den dann erforderlichen Beurteilungen und Empfehlungen zur Frage, ob andere Maßnahmen / Leistungen angezeigt sind, ist eine realistische Prognose wichtig. Mit der gutachtlichen Stellungnahme sind begründete Empfehlungen für andere Maßnahmen auszusprechen. Eine Rehabilitationsleistung ist beispielsweise nur dann indiziert, wenn die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose festgestellt bzw. eingeschätzt wurden und ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden kann. In jedem Fall ist eine umfassende Abwägung hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird. Die Motivation bzw. die Motivierbarkeit des Versicherten für eine solche Maßnahme ist zu berücksichtigen.

Legende zu 5): **medizinische Voraussetzungen zur Verordnung außerhalb des Regelfalls erfüllt?**

Bei entsprechender Ausprägung des Krankheitsbildes und der Leitsymptomatik kann unter Berücksichtigung

- der Diagnose,
- der Leitsymptomatik,
- der Vorgeschichte (z. B. bisher schon durchgeführte längerfristige regelmäßige Heilmitteltherapie, Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen oder anderen spezialisierten Einrichtungen) einschließlich der Kontextfaktoren und
- des Behandlungskonzeptes des behandelnden Arztes und der Therapeuten

eine Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls nachvollziehbar erforderlich sein (kumulative Betrachtung von Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel).

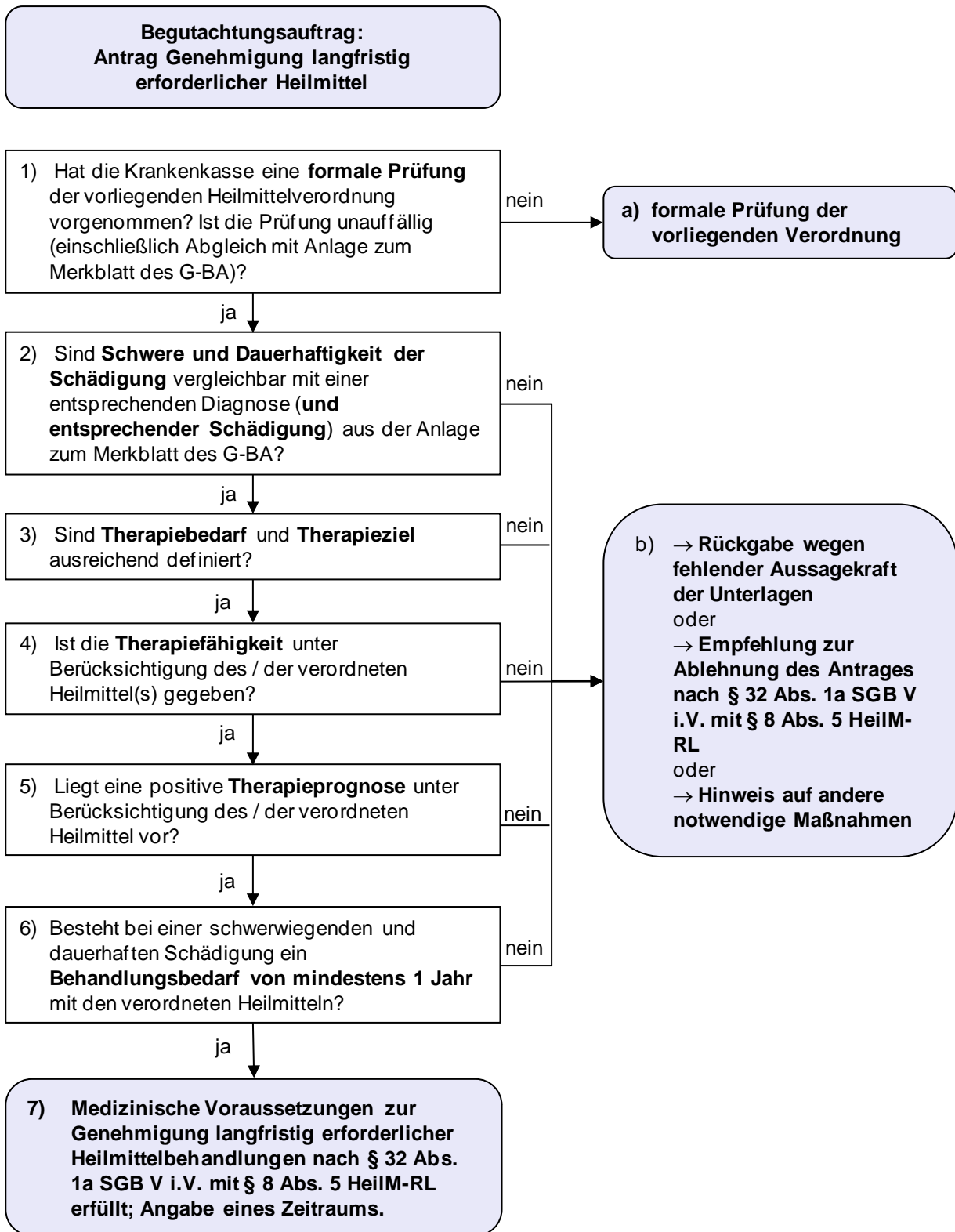
Der MDK äußert sich zu der konkret vorliegenden Verordnung außerhalb des Regelfalls. Soweit erforderlich, kann eine Empfehlung zur Frequenz gegeben werden.

Darüber hinaus kann der MDK in Kenntnis des Krankheitsbildes, des bisherigen Verlaufs und der prognostischen Einschätzung zum weiteren therapeutischen Vorgehen gutachtlich Stellung nehmen und eine Empfehlung für den Umgang mit weiteren Verordnungen außerhalb des Regelfalls aussprechen. Dies erfolgt auch, um unnötige wiederkehrende Vorlagen von Verordnungen außerhalb des Regelfalls beim MDK zu vermeiden. Der Krankenkasse werden die notwendigen Informationen gegeben, ggf. weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalls zu genehmigen (z. B. für weitere 6 oder 9 Monate). Diese Empfehlung über den beantragten Zeitraum hinaus bezieht sich auf den grundsätzlichen Therapiebedarf. Dies bedeutet, dass sowohl gutachtliche Feststellungen zur Dauer der Therapie als auch zur Notwendigkeit unterschiedlicher Heilmittel getroffen werden.

Dies ist jedoch nicht mit der Bewertung des Antrags auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung nach § 8 Abs. 5 der HeilM-RL gleichzusetzen (→ Kapitel 2.3.2).

Bei Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls gilt, dass der behandelnde Arzt den Versicherten mindestens einmal in einem Zeitraum von 12 Wochen untersucht und die Heilmitteltherapie im Rahmen seiner weiteren Verordnungen an die jeweilige Leitsymptomatik und die individuelle Reaktionslage und Belastbarkeit des Versicherten anpasst (z. B. Wechsel des Indikationsschlüssels, Anpassung der Frequenz, ggf. auch Verordnung von Heilmitteln aus einer anderen Diagnosengruppe).

**2.3.2 Arbeits- und Bewertungsschritte:
Antrag auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen**



Erläuterungen zu den Arbeits- und Bewertungsschritten

Die nachfolgenden Arbeits- und Bewertungsschritte sind sowohl bei der Abgabe gutachtlicher Stellungnahmen im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) als auch bei der Erstellung von Gutachten nach Aktenlage oder bei Gutachten mit persönlicher Befunderhebung zu berücksichtigen. Der Umfang der Dokumentation der relevanten Befunde und der sozialmedizinischen Bewertung richtet sich nach dem Begutachtungsanlass und dem zur Bearbeitung gewählten Begutachtungsprodukt. Es ist nicht erforderlich, jeden einzelnen Arbeits- und Bewertungsschritt im Gutachten zu dokumentieren. Näheres zum notwendigen Dokumentationsumfang ergibt sich je nach Art der Begutachtung aus Kapitel 3.2 (sozialmedizinische Fallberatung) bzw. Kapitel 4 (Gutachten). Die gezielten Fragestellungen der Krankenkasse sind zu beachten.

Legende zu 1): Hat die Krankenkasse eine formale Prüfung der vorliegenden Heilmittelverordnung vorgenommen? Ist die Prüfung unauffällig (einschließlich Abgleich mit Anlage zum Merkblatt des G-BA)?

Die formale Prüfung ist auf jeden Fall von der Krankenkasse vorzunehmen (→ Kapitel 3.1.2). Die Krankenkasse kann bei Fragen den MDK im Rahmen der SFB hinzuziehen. In der SFB sind die Vereinbarung zu Praxisbesonderheiten und das Merkblatt des G-BA mit den entsprechenden Anlagen hinzuzuziehen.

Legende zu a): formale Prüfung der vorliegenden Verordnung

Die Prüfung der Verordnung erfolgt unter Beachtung des § 13 HeilM-RL „Verordnungsvordruck“. Zu prüfen ist insbesondere, ob die Verordnung die Angaben nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks enthält:

- die Art der Verordnung (in der Regel Verordnung außerhalb des Regelfalls),
- Hausbesuch (ja oder nein),
- Therapiebericht (ja oder nein),
- die Verordnungsmenge,
- das/die Heilmittel gemäß dem Katalog,
- ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. KG oder Übungsbehandlung im Bewegungsbad),
- die Frequenzangabe,
- die Therapiedauer bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Manueller Lymphdrainage, als MLD-30, MLD-45 oder MLD-60,
- den vollständigen Indikationsschlüssel,
- die konkrete Diagnose mit Therapieziel(en) nach Maßgabe des Heilmittelkataloges, ergänzende Hinweise (z. B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen). Für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie für die Ergotherapie ist zudem die Leitsymptomatik nach Maßgabe des Heilmittelkataloges anzugeben. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.
- die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls.

Zur formalen Prüfung gehört auch ein Abgleich der in der Verordnung genannten ICD-10 Schlüssel und der Diagnose sowie des Indikationsschlüssels mit den in der Anlage des Merkblatts des G-BA (Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V) genannten Ziffern und Diagnosen sowie Indikationsschlüsseln. Des Weiteren sollte Anlage 1 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten zwischen GKV-Spitzenverband und KBV berücksichtigt werden.

Legende zu 2): Sind Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigung vergleichbar mit einer entsprechenden Diagnose (und entsprechender Schädigung) aus der Anlage zum Merkblatt des G-BA?

Dies bedeutet im Einzelfall:

- Diagnose und Diagnosengruppe des Heilmittelkatalogs müssen benannt sein.
- Aus dem Antrag bzw. aus der Verordnung müssen Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen hervorgehen.
- Schwere und Dauerhaftigkeit der konkreten Schädigungen müssen mit einer in der Anlage zum Merkblatt des G-BA benannten ICD-10-Diagnose und Diagnosengruppe hinsichtlich der assoziierten Schädigung vergleichbar sein.

Der letzte Spiegelstrich weist darauf hin, dass eine naheliegende Zuordnung auf der Ebene Krankheit, Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten erfolgt. Wird z.B. bei einer ZNS-Erkrankung ein Antrag nach § 32 Abs. 1 SGB V gestellt und darauf verwiesen, dass eine Vergleichbarkeit mit der Anlage zum Merkblatt des G-BA aufgeführten Diagnosen/Indikationsschlüsseln besteht, so ist bei der Prüfung der Vergleichbarkeit auf eine naheliegende ZNS-Erkrankung und die in typischer Weise zugehörigen Schädigungen aus der Anlage zum Merkblatt des G-BA abzustellen.

- **Schwere der Schädigung (funktionell und/oder strukturell) / der Beeinträchtigung der Aktivitäten:**

Die Schwere der Schädigung bzw. die Schwere der Beeinträchtigung der Aktivitäten muss bekannt sein bzw. sich aus der ärztlichen Begründung der vorliegenden Verordnung ergeben. Die Krankenkasse kann dies ggf. aus Leistungsdaten, wie z. B. zu Krankenhausbehandlungen oder Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen nachvollziehen. Der Versicherte kann seinen Antrag ggf. durch weitere medizinische Dokumente, wie z. B. seinen Schwerbehindertenausweis, ergänzen.

- **Langfristigkeit der Schädigung / der Beeinträchtigung der Aktivitäten:**

Von einer Langfristigkeit der Schädigung ist insbesondere auszugehen, wenn diese angeboren ist oder der Schädigungszeitpunkt länger zurückliegt und wenn eine relevante Änderung der Schädigung nicht (mehr) zu erwarten ist. Auch für die Beeinträchtigung der Aktivitäten gilt, dass diese länger bestehen sollten und eine relevante Änderung nicht zu erwarten ist.

Legende zu 3) Sind Therapiebedarf und Therapieziel ausreichend definiert?

Zunächst ist cursorisch festzustellen, ob die vorgelegten Unterlagen zur weiteren inhaltlichen Bearbeitung ausreichend sind. Liegen medizinisch-inhaltlich unzureichende Unterlagen vor, sind diese der Krankenkasse mit einem Hinweis auf die inhaltlichen Defizite zurückzugeben.

Die Notwendigkeit der vorliegenden Verordnung muss sich aus der ärztlichen Begründung unter Beachtung der Kriterien Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel ergeben (§ 8 Abs. 1 und Abs. 3 HeilM-RL).

Schädigungen der Körperstruktur bzw. der Körperfunktion sind zu bewerten. Aus schriftlich vorliegenden oder persönlich erhobenen Daten zur Struktur-, Funktions- und ggf. Aktivitätsdiagnostik sind soweit notwendig auch Feststellungen zu Aktivitäten, ggf. zur Teilhabe, in Bezug auf die vorliegende Heilmittelverordnung zu treffen.

Sofern zusätzliche Erkenntnisse/Befunde aus der klinischen/apparativen Diagnostik (z.B. aus weiteren von der Krankenkasse vorgelegten Unterlagen/Berichten) vorliegen, sind diese zunächst darauf hin zu bewerten, ob sich relevante funktionelle/strukturelle Schädigungen objektivieren lassen. Ergeben sich in diesem Zusammenhang Erkenntnisse bzw. hinreichend begründete Hinweise zum Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, sind auch Angaben zur haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität zu benennen (ggf. Anzeige einer Berufskrankheit).

Ergebnisse der störungsbildabhängigen Diagnostik müssen die vorliegende Verordnung stützen. Dies muss sich aus der ärztlichen Begründung zur Verordnung ergeben. Art und Umfang der Schädigung sind zu beurteilen, um die Ausprägung bzw. Schwere der Schädigung zu ermitteln.

Legende zu 4): Ist die Therapiefähigkeit unter Berücksichtigung des / der verordneten Heilmittel(s) gegeben?

Die Therapiefähigkeit hängt neben den funktionellen und strukturellen Schädigungen vorrangig von personbezogenen **Kontextfaktoren** ab. Die personbezogenen Kontextfaktoren umfassen konstitutionelle physische und psychische Merkmale, Faktoren der Alterung, des Lebensstils, der Motivation und der krankheitsbezogenen Einstellung. Auch eine verminderte psychophysische Belastbarkeit kann die Durchführung einer Behandlung mit Heilmitteln beeinträchtigen.

Die ambulante Behandlung mit Heilmitteln setzt eine gewisse Belastbarkeit des Versicherten voraus. So stellt sich auch die Frage, ob der Versicherte die Praxis des Heilmittelerbringers erreichen kann. Bei einer Heilmittelbehandlung als Hausbesuch stellt sich die Frage, ob eine Therapie aus medizinischen Gründen zu Hause durchgeführt werden muss (§ 11 Abs. 2 HeilM-RL).

Legende zu 5): Liegt eine positive Therapieprognose unter Berücksichtigung des / der verordneten Heilmittel vor?

Eine positive Therapieprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Therapieziels. Es ist eine umfassende Abwägung hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird. Dabei ist auch die Motivation bzw. die Motivierbarkeit des Versicherten zu berücksichtigen.

Legende zu 6): Besteht bei einer schwerwiegenden und dauerhaften Schädigung ein Behandlungsbedarf von mindestens 1 Jahr mit den verordneten Heilmitteln?

In den Tragenden Gründen des Gemeinsamen Bundesausschusses wird zu den medizinischen Voraussetzungen einer langfristigen Genehmigung ausgeführt, dass eine langfristige Genehmigung von Heilmittel-Verordnungen bei schweren, dauerhaften funktionellen und strukturellen Schädigungen möglich sei. Der Behandlungsbedarf mit Heilmitteln müsse für einen längeren Zeitraum feststehen und es dürfe hinsichtlich des Krankheitsstatus des Versicherten keine Veränderung hinsichtlich der Notwendigkeit einer Therapie mit Heilmitteln zu erwarten sein (z. B. dauerhaft behandlungsbedürftige funktionelle/strukturelle Schädigungen). Ein feststehender definierter Heilmittelbedarf liege selbst bei schwerwiegenden, irreversiblen Behinderungen nicht zwingend vor. Der Heilmittelbedarf hänge von den Ausprägungen der jeweiligen funktionellen/strukturellen Schädigung ab und sei somit im Einzelfall zu beurteilen. Es handele sich um einen kleinen Kreis schwerstbehinderter, fortlaufend behandlungsbedürftiger Patienten.

Es gilt, die nachfolgend dargelegten **Sachverhalte kumulativ** zu **prüfen**. Entscheidende medizinische Voraussetzungen für die Genehmigung von langfristig erforderlichen Heilmittelbehandlungen sind:

- **Schwere der Schädigung (funktionell und/oder strukturell) / der Beeinträchtigung der Aktivitäten** (→ Legende zu 2)
- **Langfristigkeit der Schädigung/der Beeinträchtigung der Aktivitäten:** (→ Legende zu 2)
- **langfristiger Therapiebedarf (> 1 Jahr):**

Es sollte - mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (Prognose) - für mindestens 1 Jahr ein Behandlungsbedarf mit Heilmitteln bestehen. Aus den in der Verordnung dargelegten funktionellen/strukturellen Schädigungen und den ggf. bekannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten bzw. aus den vom Versicherten ggf. vorgelegten medizinischen Unterlagen (u.a. Krankenhausentlassungsberichte, Rehabilitationsberichte, ärztliche Bescheinigungen, Schwerbehindertenausweis) muss deutlich werden, dass der Therapiebedarf kontinuierlich besteht und dass ohne die vorgesehene Heilmitteltherapie eine unmittelbare Verschlechterung des Gesundheits- bzw. Funktionszustandes eintreten wird.

Legende zu 7): Medizinische Voraussetzungen zur Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V. mit § 8 Abs. 5 HeilM-RL erfüllt; Angabe eines Zeitraums

Sind die zuvor aufgelisteten Bedingungen **kumulativ** erfüllt, sind die medizinischen Voraussetzungen für eine Empfehlung zur Genehmigung des Antrages nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8 Abs. 5 HeilM-RL gegeben.

Eine positive Empfehlung kann auch einen längeren Zeitraum als 12 Monate umfassen.

Legende zu b): → Rückgabe wegen fehlender Aussagekraft der Unterlagen
→ Empfehlung zur Ablehnung des Antrages nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V. mit § 8 Abs. 5 HeilM-RL
→ Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen

- **bei fehlender Aussagekraft der Unterlagen weitere Ermittlungen**
 Ergibt sich bei der inhaltlichen Prüfung, dass aufgrund nicht aussagekräftiger Unterlagen keine sozialmedizinisch abschließende Empfehlung getroffen werden kann, sind weitere Ermittlungen erforderlich.
- **Medizinische Voraussetzungen zur Genehmigung nach § 8 Abs. 5 der HeilM-RL nicht erfüllt**
 Die medizinischen Voraussetzungen zur Genehmigung können aus unterschiedlichen Gründen nicht erfüllt sein:
 - Die beschriebene Schädigung ist hinsichtlich ihrer Schwere und Dauerhaftigkeit nicht mit einer Schädigung vergleichbar, die mit einer naheliegenden Diagnose der Anlage zum Merkblatt des G-BA assoziiert ist.
 - Es besteht zwar eine schwere Schädigung, eine Dauerhaftigkeit kann jedoch nicht bestätigt werden.
 - Es besteht eine schwere und dauerhafte Schädigung, aber ein langfristiger Heilmittelbedarf wird nicht bestätigt aufgrund
 - fehlender Therapiefähigkeit oder
 - nicht erreichbarer Therapieziele.

- **Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen,**

z.B.:

- Auch bei nicht bestehenden medizinischen Voraussetzungen für die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 Abs. 5 HeilM-RL können dennoch die Voraussetzungen für eine weitere (kurzfristigere) Heilmitteltherapie gemäß § 8 Abs. 4 HeilM-RL gegeben sein.
- Eine Behandlung mit Heilmitteln ist nicht erforderlich; es sind jedoch andere Maßnahmen angezeigt. Mit der gutachtlichen Stellungnahme sind begründete Empfehlungen für andere Maßnahmen auszusprechen. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist z.B. dann indiziert, wenn die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose festgestellt bzw. eingeschätzt wurden und ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden kann. In jedem Fall ist eine umfassende Abwägung hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird. Die Motivation bzw. die Motivierbarkeit des Versicherten für eine solche Maßnahme ist zu berücksichtigen.

2.3.3 Weitere Fragestellungen / Spezielle Begutachtungsaufträge / besondere Aspekte im Zusammenhang der Begutachtung von Heilmitteln

2.3.3.1 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit

In Fällen mit längerdauernder Arbeitsunfähigkeit und der Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls kann die Prüfung der Heilmittelverordnung mit einer Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit kombiniert werden. Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkassen und der Begutachtung durch den MDK ist die „Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit“ maßgebend. Zur Bewertung der Heilmittelverordnungen sind die Ausführungen dieser Begutachtungsanleitung anzuwenden.

Bei der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit sind die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V) und die Begutachtungsanleitung AU zu beachten.

2.3.3.2 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und gleichzeitigen Anträgen auf medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Es ist Aufgabe des MDK, behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt zu identifizieren und geeignete Maßnahmen vorzuschlagen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folge zu mildern. Wird bei der Krankenkasse ein Antrag auf medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt und ist gleichzeitig eine Prüfung der Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls notwendig, kann die Prüfung der Heilmittelverordnung mit einer Begutachtung des Antrages auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen kombiniert werden.

In der SFB zwischen Krankenkasse und MDK ist herauszuarbeiten, welche Unterlagen zur Begutachtung beim MDK vorliegen müssen.

Bei der Begutachtung ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) zu beachten.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkassen und der Begutachtung durch den MDK ist die „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge- und Rehabilitation“ maßgebend. Zur Bewertung der Heilmittelverordnungen sind die Ausführungen dieser Begutachtungsanleitung anzuwenden.

2.3.3.3 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und gleichzeitige Begutachtung eines Hilfsmittels

Krankenkassen können in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Wird bei der Krankenkasse ein Antrag auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel gestellt und ist gleichzeitig eine Prüfung der Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls notwendig, kann die Prüfung der Heilmittelverordnung mit einer Begutachtung des Erfordernisses des Hilfsmittels kombiniert werden.

Vor jeder Verordnung von Heilmitteln ist u.a. zu prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel durch eine Hilfsmittelversorgung unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.

In der SFB zwischen Krankenkasse und MDK ist herauszuarbeiten, welche Unterlagen zur Begutachtung beim MDK vorliegen müssen.

Bei der Begutachtung ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinie“) und das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V zu beachten.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkassen und der Begutachtung durch den MDK sind die Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung vom 27.08.1990 maßgebend. Zur Bewertung der Heilmittelverordnungen sind die Ausführungen dieser Begutachtungsanleitung anzuwenden.

2.3.3.4 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und Behandlung in Frühfördereinrichtungen / Sozialpädiatrischen Zentren / sonderpädagogischen Einrichtungen

Heilmittel dürfen gemäß § 6 Abs. 2 und Abs. 3 der HeilM-RL bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind. Sind heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden.

Bei der Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen den Krankenkassen und den weiteren Sozialleistungsträgern bestehen unterschiedliche regionale Regelungen. Die regionale Versorgungssituation ist bei der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem jeweiligen MDK zu berücksichtigen.

Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

Bei diesem Begutachtungsanlass ist u.a. dazu Stellung zu nehmen, ob

- neben der Behandlung in spezialisierten Einrichtungen wie interdisziplinären Frühfördererichtungen oder Sozialpädiatrischen Zentren zusätzlich eine Heilmitteltherapie zur Krankenbehandlung erforderlich ist,
- statt der Fortführung der Heilmitteltherapie eine Vorstellung bzw. Behandlung in Frühfördererichtungen oder Sozialpädiatrischen Zentren notwendig ist.

2.3.3.5 Begutachtung von neuen Heilmitteln

Nach § 4 Abs. der HeiM-RL dürfen neue Heilmittel oder zugelassene Heilmittel nach Maßgabe dieser Richtlinie zur Behandlung nicht im Heilmittelkatalog genannter Indikationen nur verordnet oder gewährt werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor in dieser Richtlinie den therapeutischen Nutzen anerkannt und Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

Wird ein neues Heilmittel als Verordnung im Regelfall oder als Verordnung außerhalb des Regelfalls verordnet und beantragt, erfolgt die Begutachtung durch den MDK entsprechend der Begutachtungsanleitung "Außervertragliche Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)". Dies betrifft einerseits Heilmittel, die außerhalb anerkannter Indikationen nach den Kriterien des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.2005 bzw. § 2 Abs. 1a SGB V zu Anwendung gelangen sollen, andererseits neue Heilmittel, für die ggf. ein sogenanntes Systemversagen geprüft werden soll.

Werden dem MDK entsprechende Anträge vorgelegt, ist im ersten Schritt zu prüfen, ob die Maßnahme nicht bereits bewertet und z.B. der Anlage „Nichtverordnungsfähige Heilmittel“ im Sinne dieser Richtlinie zugeordnet wurde.

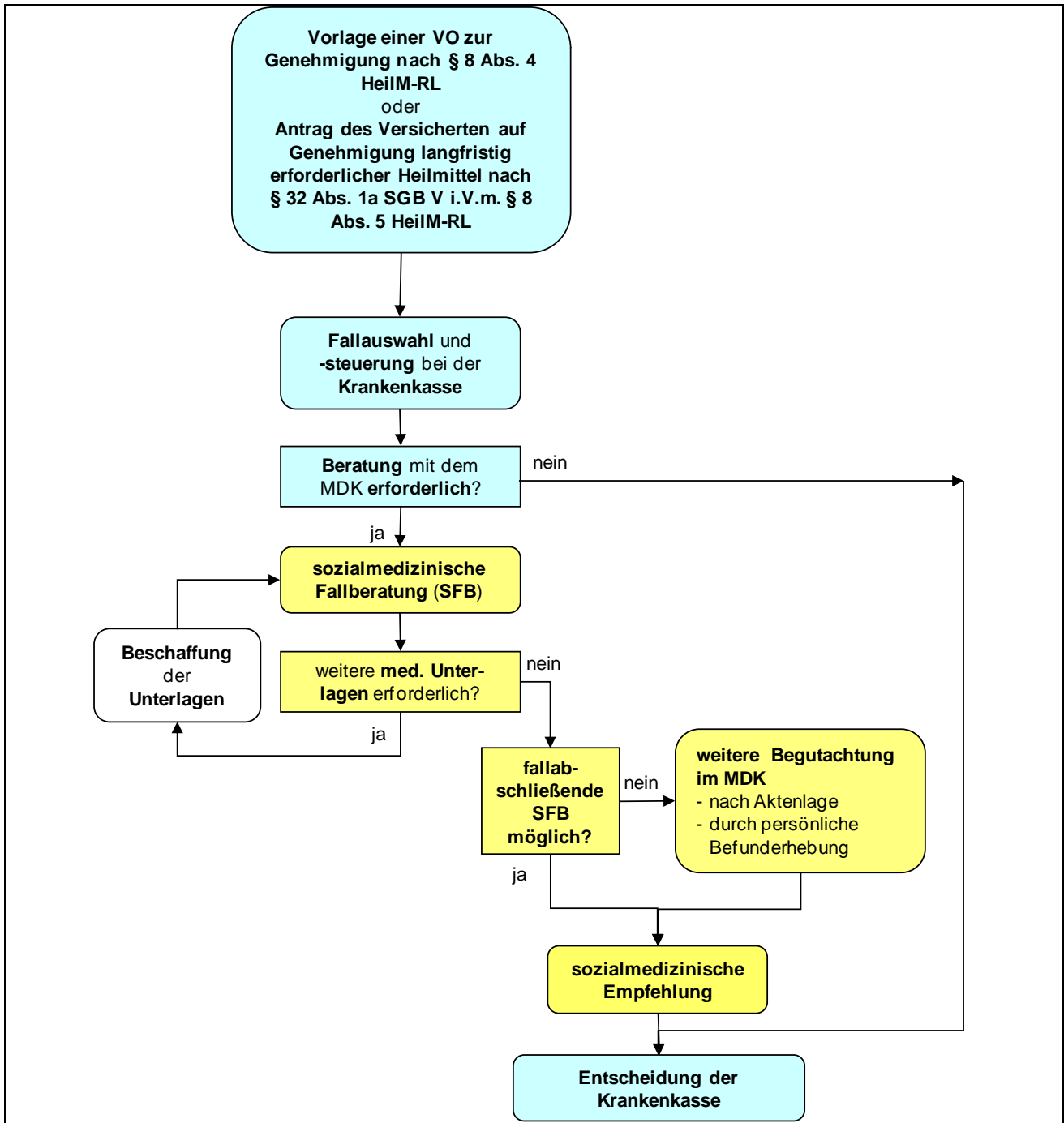
2.3.3.6 Andere Fragestellungen

Neben den hier angesprochenen Beratungs- und Begutachtungsfeldern gibt es auch andere individuelle Fragestellungen der Krankenkassen zu Einzelfällen (z.B. Fragen zu Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V). Das gutachtliche Vorgehen orientiert sich dann an der jeweiligen Fragestellung.

3 Zusammenarbeit Krankenkasse / MDK in der Einzelfallbegutachtung

Bei Begutachtungsfragen zu Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls (Genehmigung von Verordnungen nach § 8 Abs. 4 HeilM-RL und Antrag auf langfristige Genehmigung nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8 Abs. 5 HeilM-RL) ist die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und MDK hinsichtlich der Fallauswahl bei der Krankenkasse und der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK von entscheidender Bedeutung.

Im Kern ergeben sich orientierend folgende Ablaufwege bei der Krankenkasse und dem MDK:



3.1 Fallbearbeitung, Fallauswahl und Einleitung der sozialmedizinischen Fallberatung durch die Krankenkasse

3.1.1 Genehmigung Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL)

Gemäß § 8 HeilM-RL kann die Krankenkasse vom Genehmigungsverzicht Gebrauch machen. Verzichtet die Krankenkasse auf das Genehmigungsverfahren, hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung.

Krankenkassen, die ein Genehmigungsverfahren durchführen, prüfen die genehmigungspflichtige Heilmittelverordnung nach § 8 Abs. 4 HeilM-RL. Die Prüfung beinhaltet formale (insbesondere Vollständigkeit der Verordnung) und inhaltliche Aspekte. Im Rahmen der inhaltlichen Prüfung ist - soweit erforderlich - eine gutachtliche Stellungnahme des MDK nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einzuholen.

3.1.2 Anträge auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8 Abs. 5 HeilM-RL

Jeder Versicherte kann einen Antrag auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V stellen. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt.

Bei der Bearbeitung von Anträgen haben Krankenkassen die Vereinbarung über Praxisbesonderheiten und das Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

Bei der Bearbeitung von Anträgen auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8 Abs. 5 HeilM-RL empfiehlt der GKV-Spitzenverband:

1. Stimmt die Heilmittelverordnung mit ICD-Diagnose und Diagnoseschlüssel mit den Angaben in der Anlage 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten (= Anlage zum Merkblatt des G-BA) überein, soll die Krankenkasse dem Antrag des Versicherten zustimmen.
2. Bei Fallkonstellationen aus der Anlage 1 der Praxisbesonderheiten liegen die Voraussetzungen für die Genehmigung langfristiger Heilmittelverordnungen nach § 32 Abs. 1a SGB V in der Regel nicht vor. Wird dennoch ein Antrag auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittel gestellt, ist zu prüfen, ob das Krankheits- und Schädigungsbild sowie die verordnete Behandlung mit einem Krankheits- und Schädigungsbild der Anlage 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten (= Anlage zum Merkblatt des G-BA) vergleichbar sind.
3. Stimmt die Heilmittelverordnung mit ICD-Diagnose und Diagnoseschlüssel nicht mit den Anlagen über Praxisbesonderheiten überein, ist ebenfalls zu prüfen, ob das Krankheits- und Schädigungsbild sowie die verordnete Behandlung mit einem Krankheits- und Schädigungsbild der Anlage 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten (= Anlage zum Merkblatt des G-BA) vergleichbar sind.

Dies bedeutet für die Konstellationen 2 und 3:

- Diagnose und Diagnosengruppe des Heilmittelkataloges müssen benannt sein.
- Aus dem Antrag bzw. aus der Verordnung außerhalb des Regelfalls müssen Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen hervorgehen.
- Schwere und Dauerhaftigkeit der konkreten Schädigungen müssen mit einer in der Anlage 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten (= Anlage zum Merkblatt des G-BA) benannten

ICD-10-Diagnose und Diagnosengruppe hinsichtlich der assoziierten Schädigung vergleichbar sein. Es muss eine naheliegende Zuordnung auf der Ebene Krankheit, Schädigungen, Beeinträchtigungen bestehen.

Im Rahmen der inhaltlichen Prüfung ist - soweit erforderlich - eine gutachtliche Stellungnahme des MDK nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einzuholen.

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB)

Ergeben sich bei der Bearbeitung medizinische Fragen, kann die Krankenkasse nach formaler Prüfung den Vorgang für die gemeinsame SFB auswählen. In der SFB sollen möglichst viele Fälle mit einem abschließenden Ergebnis für die Krankenkasse bearbeitet werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sind vorrangig solche Fälle auszuwählen, die der MDK in der SFB fallabschließend beraten kann.

Der MDK benötigt zur fallabschließenden sozialmedizinischen Beratung neben der Auftragsformulierung medizinische Informationen. Gemäß § 276 Abs. 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK die für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Für eine effektive SFB sollten Daten der Krankenkasse (Leistungszeiträume und Diagnosen) aus den letzten drei Jahren herangezogen werden; dies sind insbesondere:

- Auftrag der Krankenkasse
- Vollständig ausgefüllte Verordnung des Vertragsarztes gemäß § 13 HeilM-RL, insbesondere:
 - Vollständiger Indikationsschlüssel
 - Diagnose mit Leitsymptomatik
 - Medizinische Begründung der Verordnung mit Angaben zu(m)
 - Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen/Beeinträchtigungen
 - Verlauf und Therapieprognose
 - Therapieziel
- Leistungsauszüge der Krankenkasse zu bisherigen Heilmittelverordnungen
- Bei Kindern ggf. Angaben zu Frühförderung/Heilpädagogik entsprechend SGB IX
- Wenn vorhanden, ergänzend Angaben mit ggf. Befundberichten zu
 - Hilfsmittelversorgungen
 - Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
 - Krankenhausbehandlungen
 - Leistungen aus der Pflegeversicherung
 - Arbeitsunfähigkeit
 - Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung
 - GdB, MdE

Soll eine **SFB** eingeleitet werden, bereitet die Krankenkasse einen **Fallberatungsbogen** vor (→ Kapitel 7.5 Beispiel Fallberatungsbogen). Der Fallberatungsbogen sollte die angeführten Daten, soweit sie verfügbar sind, sowie die Fragestellung enthalten. Kommt im weiteren Fallbera-

tungsverfahren der gleiche Vorgang erneut zur Beratung, ist der bereits vorausgegangene Fallberatungsbogen wieder vorzulegen.

In Abhängigkeit von regionalen bzw. landesspezifischen Erfordernissen kann der Fallberatungsbogen angepasst werden.

Die SFB führt entweder zum Abschluss des Beratungs- bzw. Begutachtungsauftrages beim MDK (fallabschließende SFB, → Kapitel 3.2.1) oder zur weiteren Fallsteuerung (→ Kapitel 3.2.2).

3.2.1 Fallabschluss und Ergebnismitteilung im Rahmen der SFB

Bei ausreichenden medizinischen Informationen trifft der MDK eine medizinisch begründete Aussage, die zu dokumentieren ist (z. B. auf dem Fallberatungsbogen). Das Ergebnis der SFB wird der Krankenkasse umgehend zugeleitet. Es soll der Krankenkasse für den jeweiligen Fall eine Entscheidung ermöglichen (fallabschließende SFB).

Der MDK gibt ggf. Hinweise zu notwendigen Behandlungsalternativen. Erscheint der Erfolg der Heilmitteltherapie fraglich, ist ggf. zu prüfen, ob der Behandlungserfolg durch andere therapeutische Maßnahmen zu erreichen ist.

Dokumentationsanforderungen der SFB

Das Ergebnis der SFB mit Fallabschluss ist kurz in einer übersichtlichen Form zu dokumentieren und vom Gutachter zu unterzeichnen. Dafür wird folgende Gliederung empfohlen:

- 1) Frage(n) der Krankenkasse,
- 2) Informationsbasis des Gutachters/relevante Informationen,
- 3) sozialmedizinische Empfehlung mit Begründung.

Bei der Bewertung in der SFB soll die gutachtliche Stellungnahme je nach Fragestellung insbesondere folgende Merkmale enthalten:

- summarisch die Diagnosen und Befunde nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung,
- die krankheitsbedingten Schädigungen bzw. auch Beeinträchtigungen der Aktivitäten,
- Beurteilung des verordneten Heilmittels (summarische Angaben zum Therapiebedarf, zur Therapiefähigkeit, zum Therapieziel und zur Therapieprognose),
- Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Behandlung mit Heilmitteln.

Die Beurteilung muss für die Krankenkasse verständlich und nachvollziehbar sein.

Der Dokumentationsbogen ist von der Krankenkasse zu archivieren.

3.2.2 Fallsteuernde SFB / Einleitung einer Begutachtung

Ist ausnahmsweise der Fallabschluss mit einer sozialmedizinischen Empfehlung in der SFB nicht möglich, kann eine Begutachtung nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung durch den MDK nötig werden. Die Einleitung einer Begutachtung kann sich im Rahmen der SFB ergeben. Sie beinhaltet die Strukturierung des weiteren Vorgehens bei Fällen, die durch eine Begutachtung beim MDK beurteilt werden sollen.

Zeigt sich bei der SFB, dass z.B. nur unzureichende Unterlagen bzw. nicht aussagekräftige Befunde vorliegen, sind die sozialmedizinisch erforderlichen Befunde bzw. Daten zu beschaffen.

4 Gutachten

Der Begutachtungsaufwand orientiert sich an der Frage / dem Auftrag der Krankenkasse. Die Entscheidung über die angemessene Art und den Umfang der Begutachtung trifft der MDK.

Für die Begutachtung stellt die Krankenkasse den bei der Fallberatung ausgefüllten Fallberatungsbogen mit dem Ergebnis der SFB dem MDK zur Verfügung, sofern eine SFB durchgeführt wurde. Ggf. sind weitere Unterlagen beizufügen.

Eine (Schwerpunkt-) Begutachtung durch besonders qualifizierte Gutachter kann bei

- psychiatrischen Erkrankungen,
 - neurologischen Erkrankungen,
 - HNO-Erkrankungen,
 - pädiatrischen Erkrankungen,
- sinnvoll sein.

4.1 Begutachtung nach Aktenlage

Ein sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage stützt sich auf ausreichend aussagefähige medizinische Informationen.

Zur Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage kann der MDK-Gutachter den verordnenden Arzt, den Heilmittelerbringer und/oder den Versicherten auch telefonisch befragen.

4.2 Gutachten mit persönlicher Befunderhebung

Diese Begutachtungsform stellt einen Ausnahmefall bei der Begutachtung von Heilmittelverordnungen dar. Die Befunderhebung wird, sofern möglich, in den Räumen des MDK durchgeführt. Ziel ist die Beurteilung von Therapiebedarf, -fähigkeit und -prognose zur Prüfung der Notwendigkeit einer weiteren Heilmitteltherapie.

Der Umfang der Befunderhebung richtet sich nach dem Begutachtungsanlass und kann nicht standardisiert werden. Er wird bestimmt durch den Einzelfall und liegt in der Verantwortung des MDK-Gutachters.

Die Information des Versicherten über das Ergebnis der sozialmedizinischen Beurteilung ist zu dokumentieren.

4.3 Inhalte der Gutachten nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung

Das Gutachten orientiert sich an den Vorgaben der HeilM-RL. Es ist Bezug zu nehmen auf:

- Diagnose(n) mit ICD-10-Kodierung – unter Einbezug der störungsbildabhängigen Diagnostik,
- Indikationsschlüssel entsprechend der HeilM-RL,
 - Diagnosengruppe des Heilmittel-Kataloges,
 - Leitsymptomatik / Schädigungen der Körperstruktur bzw. Körperfunktion, Beeinträchtigung der Aktivitäten,
- Ziel(e) der Heilmitteltherapie,

- verordnete(s) Heilmittel,
- Anzahl der verordneten Einheiten,
- weiteren Behandlungsbedarf,
- Prognose der weiteren Behandlung und
- ggf. bestehende Zweifel an der Notwendigkeit des verordneten Hausbesuchs und der Einzeltherapie.

Je nach Fragestellung der Krankenkasse sind ggf. weitere Sachverhalte zu erörtern.

Gliederungspunkte des Gutachtens

Inhaltliche Gliederungspunkte des Gutachtens nach Aktenlage und des Gutachtens mit persönlicher Befunderhebung sind identisch.

- **Frage(n) der Krankenkasse**

Genaue Wiedergabe aller Fragen.

- **Medizinische Unterlagen**

Chronologische Auflistung der Informationen unter Angabe der Quelle, die in der aktuellen Begutachtung Verwendung finden.

- **Vorgeschichte/Anamnese**

Medizinischer Sachverhalt:

In der Vorgeschichte/Anamnese erfolgt eine kurze zusammenfassende Darstellung der für die beantragte Heilmitteltherapie relevanten Angaben des Versicherten bzw. der vorgelegten Befundberichte inklusive Therapie. Anzugeben sind insbesondere darin enthaltene Aussagen über die Krankheitsentwicklung/den Krankheitsverlauf, die Intaktheit bzw. Schädigungen relevanter Strukturen und Funktionen sowie über Aktivitäten und deren Beeinträchtigung. Relevante Belastungsfaktoren, persönliche Risikofaktoren und sozialer Kontext sind zu beschreiben.

- **Angaben zum Befund**

Bei einer Begutachtung nach Aktenlage ist die entscheidungserhebliche medizinische Befundlage so darzustellen, wie sie sich aus den Unterlagen ergibt.

Im Gutachten mit persönlicher Befunderhebung sind entsprechend des notwendigen Untersuchungsumfangs die relevanten Schädigungen der Körperstruktur und -funktion sowie ggf. Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe sowie Motivation bzw. Motivierbarkeit des Versicherten zu dokumentieren. Bei der Untersuchung sind subjektive Beschwerden (z.B. Schmerzintensität) von semiobjektiven (z.B. aktive Bewegungsumfänge) und objektiven (z.B. Muskelumfangsdifferenzen) Befunden zu unterscheiden und zu werten. Auch der Gesamteindruck und das Verhalten in der Begutachtungssituation können, soweit relevant, dargelegt werden. Die Befunde sind so darzustellen, dass sich hieraus ausreichende Angaben zu Therapiebedarf, -ziel, -fähigkeit und -prognose ableiten lassen.

- **Heilmittel begründende Diagnose/ICD 10-Schlüssel**

Bezeichnung der Krankheiten, die relevant sind. Die aktuellen Erkrankungen sind nach ihrer Relevanz aufzuführen.

– **Sozialmedizinische Beurteilung und Feststellungen zu Therapiebedarf, -fähigkeit, -prognose und -ziel**

Zusammenfassende und verständliche Darstellung des Ergebnisses der Begutachtung, Abgleich von beantragtem und gutachtlich festgestelltem Therapiebedarf. Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel sind zu berücksichtigen, um eine schlüssige sozialmedizinische Beurteilung als Grundlage für die Entscheidung der Krankenkasse formulieren zu können. Die kassenseitigen Fragestellungen sind konkret und verständlich zu beantworten.

Bei einem Hinweis auf die Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers als die GKV sind entsprechende Ausführungen zur Abgrenzung anzugeben.

Sachverhalte, die für die Entscheidung nicht relevant sind, werden im Gutachten nicht dokumentiert.

Datenschutzrechtlich bedeutsame Sachverhalte, die für eine Entscheidung relevant sind, insbesondere

- Mitteilungen vertraulicher oder persönlicher Natur im Rahmen z.B. psychotherapeutischer oder psychiatrischer Maßnahmen,
 - private oder familiäre Probleme mit Erwähnung Dritter,
- werden im Gutachten dokumentiert, aber nicht an die Krankenkasse weitergeleitet. Eine summarische Aufführung bzw. Würdigung von solchen Sachverhalten ohne Erwähnung von Einzelheiten kommt nur dann in Betracht, wenn sie leistungsrechtliche Konsequenzen der Krankenkasse nach sich ziehen können.

5 Vorgehen bei Einspruch / Widerspruch

Der Widerspruch richtet sich gegen die Entscheidung der Krankenkasse. Ihr obliegt das weitere Verfahren. Sie kann den MDK zu einer sozialmedizinischen Stellungnahme auffordern.

Für eine sachgerechte Begutachtung benötigt der MDK den Widerspruch und ggf. neue medizinische Unterlagen.

Sollte ein Widerspruch oder Einwand direkt an den MDK geschickt worden sein, leitet dieser ihn umgehend an die zuständige Krankenkasse weiter.

6 Ergebnismitteilung

Art und Umfang der Ergebnismitteilung sind gesetzlich festgelegt (§ 277 SGB V).

Der MDK leitet der beauftragenden Krankenkasse umgehend das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund zu. Die Krankenkasse erhält ggf. vorab eine Mitteilung über das Ergebnis der Begutachtung.

Grundsätzlich liegt die rechtsverbindliche Benachrichtigung des Versicherten über das Ergebnis einer gutachtlichen Stellungnahme, wenn sie mit einer Entscheidung der Krankenkasse verbunden ist, im Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse.

7 Anlagen

7 Anlagen	50
7.1 Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	51
7.2 Merkblatt G-BA	52
7.3 Vereinbarung Praxisbesonderheiten	64
7.4 Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung mit Erläuterungen	77
7.4.1 Maßnahmen der Physikalischen Therapie / Podologischen Therapie	77
7.4.2 Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	82
7.4.3 Maßnahmen der Ergotherapie	86
7.5 SFB Fallberatungsbogen (Beispiel)	90
7.6 Erläuterungen zur ICF und zum Behinderungsbegriff	92

7.1 Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die jeweils aktuelle Richtlinie findet sich auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses:

<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/>

Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von Heilmitteln
in der vertragsärztlichen Versorgung
(Heilmittel-Richtlinie/HeiM-RL)

7.2 Merkblatt G-BA

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses

über ein Merkblatt „Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie“

Vom 22. November 2012

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt, folgendes Merkblatt (s. Anlage) auf der Internetseite des G-BA zu veröffentlichen.

Berlin, den 22. November 2012

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Merkblattes „Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 Heilmittel- Richtlinie“

Vom 19. September 2013

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. September 2013 beschlossen, das Merkblatt „Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie“ (Beschluss d. G-BA vom 22.11.2012) wie folgt zu ändern:

I. Die folgenden Sätze werden gestrichen:

„Der Antrag der Patientin oder des Patienten sollte Name, Anschrift, Versichertennummer, bekannte Diagnosen, Pflegestufe oder das Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises enthalten. Weiter sollte der Zeitraum benannt werden, seit dem eine regelmäßige Heilmittelbehandlung in Anspruch genommen wird. Um der Krankenkasse die Einschätzung der medizinischen Situation zu erleichtern, können dem Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung weitere aussagekräftige Belege wie z. B. der Patientin oder dem Patienten vorliegende ärztliche Gutachten, Feststellungen der Pflegekasse oder Krankenhausberichte beigelegt werden.“

II. Das so geänderte Merkblatt (s. Anlage) wird auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht.

Berlin, den 19. September 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken



Merkblatt¹

Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie

Inhalt

A. Einführung	1
B. Hintergrund und Zweck der Regelung	1
C. Begünstigter Personenkreis	2
D. Antragsverfahren und Genehmigung	2

A. Einführung

Zum 1. Juli 2011 ist eine neue Fassung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten. Der darin geschaffene § 8 Abs. 5 HeilM-RL soll die Versorgung mit Physikalischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Ergotherapie für Patientinnen und Patienten mit schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen verbessern. Die Krankenkasse kann die medizinisch notwendigen Heilmittel auf Antrag der oder des Versicherten für mindestens ein Jahr genehmigen.

Die Regelung legt fest, dass Menschen mit schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen von ihrer gesetzlichen Krankenkasse eine Genehmigung von langfristigen Heilmittelbehandlungen bekommen können. Dieses Merkblatt gibt Hinweise zur Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs.

B. Hintergrund und Zweck der Regelung

1. Warum ist eine neue Regelung für Patientinnen und Patienten mit dauerhaftem Heilmittelbedarf geschaffen worden?

Patientinnen und Patienten mit schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen können in bestimmten Fällen dauerhaft Heilmittel wie Physikalische Therapie, Stimm- Sprech- und Sprachtherapie- oder Ergotherapie benötigen. Sofern zur Erreichung des Therapieziels die im Heilmittelkatalog als Regel festgelegte Höchstzahl der Behandlungen nicht ausreicht, kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen. Diese Verordnungen unterliegen einem Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkasse; die Krankenkassen können aber auch auf den Genehmigungsvorbehalt verzichten (vgl. § 8 Abs. 4 HeilM-RL).

Darüber hinaus haben Patientinnen und Patienten mit schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen durch die Regelung des § 8 Abs. 5 HeilM-RL die Möglichkeit, medizinisch notwendige und dauerhaft benötigte Heilmittel für mindestens ein Jahr von ihrer Krankenkasse genehmigt zu bekommen.

¹ Dieses Merkblatt nimmt Bezug auf die zwischen GKV-Spitzenverband und KBV vereinbarte Indikationsliste, die diesem Merkblatt anliegt.

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt kann im Rahmen des genehmigten langfristigen Heilmittelbedarfs Heilmittel entsprechend der HeilM-RL verordnen, ohne dass diese Gegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind.

C. Begünstigter Personenkreis

2. Welcher Personenkreis kann die Heilmittelversorgung langfristig erhalten?

Menschen mit besonders schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen haben die Möglichkeit, eine langfristige Genehmigung für eine fortlaufende Heilmitteltherapie zu erhalten, wenn ein andauernder Behandlungsbedarf mit Heilmitteln zu erwarten ist. Dieser langfristige Heilmittelbedarf besteht in der Regel bei Vorliegen der Diagnosen aus der anliegenden Liste.

D. Antragsverfahren und Genehmigung

3. Wie kann man die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung erhalten?

a) Krankenkassen ohne individuelles Genehmigungsverfahren²:

Stellt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt fest, dass bei der Patientin oder dem Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf bei Vorliegen einer in der Anlage gelisteten Diagnose besteht, kann die Patientin oder der Patient mit einer Verordnung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes die Heilmitteltherapie unmittelbar beginnen. Ein Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung ist nicht erforderlich.

b) Krankenkassen mit individuellem Genehmigungsverfahren³:

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

c) Antragsverfahren im Einzelfall bei nicht gelisteten Diagnosen:

Stellt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt fest, dass bei der Patientin oder dem Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf aufgrund einer nicht in der Anlage gelisteten Diagnose vorliegt, kann die Patientin oder der Patient bei der 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.

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt stellt eine Heilmittelverordnung mit medizinischer Begründung (wie Verordnung außerhalb des Regelfalls) aus. Diese Verordnung ist dem Antrag beizufügen.

Die Krankenkassen entscheiden über die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung innerhalb von vier Wochen; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Da für eine qualifizierte Entscheidung jedoch 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 der Antragstellerin oder dem Antragsteller angefordert werden. In diesem Fall wird die Vier-Wochen-Frist so lange unterbrochen, bis die ergänzenden Informationen bei der Krankenkasse eingegangen sind.

In der Zwischenzeit kann die Heilmittelerbringerin oder der Heilmittelerbringer die Therapie durchführen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten des Heilmittels gemäß der dem Antrag beigefügten Verordnung außerhalb des Regelfalls unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung.

² Die Krankenkasse informiert in geeigneter Weise über das gewählte Genehmigungsverfahren.

³ Die Krankenkasse informiert in geeigneter Weise über das gewählte Genehmigungsverfahren.

4. Welche therapeutischen Maßnahmen umfassen die langfristigen Heilmittelversorgungen?

Die Genehmigung bezieht sich auf die verordnungsfähigen Heilmittel der Diagnosegruppe, die aus der dem Antrag beiliegenden ärztlichen Verordnung hervorgeht. Es gilt die Heilmittel-Richtlinie.

5. Wie lange gilt eine Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung?

Die Krankenkasse legt die Dauer der Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung fest. Nach § 8 Abs. 5 HeilM-RL soll der Genehmigungszeitraum mindestens ein Jahr umfassen.

6. Sind trotz einer Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung weiterhin auch Verordnungen für einzelne Heilmittel erforderlich?

Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung nach § 8 Abs. 5 HeilM-RL ersetzt keine Heilmittelverordnung. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt legt die Verordnungsmenge so fest, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen gewährleistet ist. Auch bei Vorliegen einer Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung können die Heilmittel für einen Zeitraum von max. 12 Wochen verordnet werden. Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung stellt die Versicherten im Genehmigungszeitraum aber davon frei, sich die weiteren Verordnungen von der Krankenkasse erneut genehmigen zu lassen.

7. Bleibt eine Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung auch bei einem Vertragsarztwechsel gültig?

Eine Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung ist für einen Versicherten ausgestellt und nicht auf eine behandelnde Vertragsärztin oder einen behandelnden Vertragsarzt beschränkt.

8. Bleibt eine Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung auch bei Kassenwechsel gültig?

Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung hat keine Verbindlichkeit gegenüber einer neuen Krankenkasse. Bei einem Krankenkassenwechsel müssen betroffene Versicherte einen neuen Genehmigungsantrag stellen.

9. Was passiert, wenn der Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung abgelehnt wird?

Sollte der Antrag nicht genehmigt werden, gelten die Regelungen der Heilmittel-Richtlinie (zu Erst- und Folgeverordnungen sowie Verordnungen außerhalb des Regelfalls) unverändert fort.

Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V - Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- -Sprech- - Sprachtherapie
Erkrankungen des Nervensystems				
E74.0	Glykogenspeicherkrankheiten (z.B. M. Pompe)	ZN1 / ZN2		
E75.0	GM2-Gangliosidose Inkl.: Sandhoff-Krankheit, Tay-Sachs-Krankheit	PN/ AT2	EN1 / EN2	SC1
E76.0	Mukopolysaccharidose, Typ I Inkl.: Hurler-Scheie-Variante, Pfaundler-Hurler-Krankheit, Scheie-Krankheit	WS2 / EX2 EX3 / CS SO1	SB1 / SB7	
F84.2	Rett-Syndrom	ZN1 / ZN2	PS1	SP1 / SC1
G12.0	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome	WS2 / EX2 EX3 / AT2	EN1 / EN2 SB1 / SB7	
G12.1	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]			SC1
G12.2	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie	ZN1 / ZN2	EN3 / SB7	SP5 / SP6
G12.8	Motoneuron-Krankheit			
G12.9	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome			
G20.2-	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet			
G20.2-	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	SC1 / SP6
G61.8	Länger bestehende chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIPD)			
G61.8	Sonstige Polyneuritiden (nur CIPD)	PN	EN3 / EN4	
G71.0	Muskeldystrophie, z.B. Typ Duchenne	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 SB7	SC1 SP6
G80.0	Infantile Zerebralparese			
G80.1	Spastische tetraplegische Zerebralparese, Spastische quadriplegische Zerebralparese			
G80.2	Spastische diplegische Zerebralparese, Angeborene spastische Lähmung (zerebral), Spastische Zerebralparese o.n.A.	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SP1 / SP2 / SP6 SC1
G80.3	Infantile hemiplegische Zerebralparese			
G80.4	Dyskinetische Zerebralparese, Athetotische Zerebralparese, Dystone zerebrale Lähmung			
G80.8	Ataktische Zerebralparese			
G80.9	Sonstige infantile Zerebralparese, Mischsyndrome der Zerebralparese			
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet, Zerebralparese o.n.A.			

Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech- Sprachtherapie
G82.0- G82.1- G82.2-	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie Schlaffe Paraparese und Paraplegie Spastische Paraparese und Paraplegie Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet Lähmung beider unterer Extremitäten o.n.A. Paraplegie (untere) o.n.A.	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	
G82.3- G82.4- G82.5-	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie Spastische Tetraparese und Tetraplegie Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet Quadriplegie o.n.A.			
G93.1 G93.80	Wachkoma (apallisches Syndrom, auch infolge Hypoxie)	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1
Q01.0 Q01.1 Q01.2 Q01.8 Q01.9	Enzephalozele Frontale Enzephalozele Nasofrontale Enzephalozele Okzipitale Enzephalozele Enzephalozele sonstiger Lokalisationen Enzephalozele, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 SP1 / SP5 SP6
Q03.0 Q03.1 Q03.8 Q03.9	Angeborener Hydrozephalus Fehlbildungen des Aqueductus cerebri Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturæ laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels Dandy-Walker-Syndrom Sonstiger angeborener Hydrozephalus Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 SP1 / SP5 SP6

Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio-therapie	Ergo-therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie
Q04.0	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns			
Q04.1	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum			
Q04.2	Arrhinenzephalie			
Q04.3	Holoprosenzephalie-Syndrom			
Q04.4	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns			
Q04.5	Septooptische Dysplasie			
Q04.6	Megalenzephalie			
Q04.8	Angeborene Gehirnzysten			
Q04.9	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns			
Q05.0	Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet			
Q05.0	Spina bifida			
Q05.1	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.2	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.3	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus; Lumbosakrale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.4	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.5	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.6	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus			
Q05.7	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus			
Q05.8	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus; Lumbosakrale Spina bifida o.n.A.			
Q05.9	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus			
Q06.0	Spina bifida, nicht näher bezeichnet			
Q06.0	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarkes			
Q06.1	Amyelie			
Q06.2	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks			
Q06.3	Diastematomyelie			
Q06.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina			
Q06.8	Hydromyelie			
Q06.9	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks			
Q06.9	Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet			
		ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 SP1 / SP5 SP6
		ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 / SP1 SP5 / SP6
		ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SP1 / SP5 / SP6 SC1

Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie
Q87.4	Marfan-Syndrom	WS2 / EX2 EX3 / AT2	SBI / SB7	
T90.5	Folgen einer intrakraniellen Verletzung Folgen einer Verletzung, die unter S06.- klassifizierbar ist nicht umfasst: S06.0 Gehirnerschütterung umfasst: S06.1 bis S06.9 Hinweis: Folgen oder Spätfolgen, die ein Jahr oder länger nach der akuten Verletzung bestehen	ZN1 / ZN2 AT2 / SO3	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6
Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem				
M41.0– M41.1–	Skoliose über 20° nach Cobb bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr Idiopathische Skoliose beim Kind Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen	WS2 / EX4	SBI	
Q71.0 Q71.1 Q71.2 Q71.3 Q71.4 Q71.5 Q71.6 Q71.8 Q71.9	Reduktionsdefekte der oberen Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Angeborenes vollständiges Fehlen der oberen Extremität(en) Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterarmes bei vorhandener Hand Angeborenes Fehlen sowohl des Unterarmes als auch der Hand Angeborenes Fehlen der Hand oder eines oder mehrerer Finger Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna Spalthand Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en) Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet	CS / AT2 / PN WS2 / EX2 EX3 / ZN2 GE / LY2 SO1 / SO2 SO3 / SO4	SB3	SP5 / SP6 RE1 / RE2
Q72.0 Q72.1 Q72.2	Reduktionsdefekte der unteren Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Angeborenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en) Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß Angeborenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes			

Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
		Physio-therapie	Ergo-therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie
Q72.3	Angeborenes Fehlen des Fußes oder einer oder mehrerer Zehen			
Q72.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs			
Q72.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Tibia			
Q72.6	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Fibula			
Q72.7	Spaltfuß			
Q72.8	Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en)			
Q72.9	Reduktionsdefekt der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet			
Q73.0	Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten			
Q73.1	(insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)			
Q73.8	Angeborenes Fehlen nicht näher bezeichneter Extremität(en) Phokomelie nicht näher bezeichneter Extremität(en) Sonstige Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)			
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita	EX3 / EX4	SB5	
Erkrankungen des Lymphsystems				
I89.0	Elephantiasis	LY2		
C00-C97	Bösartige Neubildungen nach OP / Radiatio <ul style="list-style-type: none"> • Mammakarzinom • Malignome Kopf/Hals • Malignome des kleinen Beckens 	LY3		
Q82.0	Hereditäres Lymphödem	LY2		

Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

Störungen der Sprache und des Gehörs			
	Gaumenspalte mit Lippenspalte		
Q37.0	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte		
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte		
Q37.2	Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte		
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte		
Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte		
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte		
Q37.8	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit beidseitiger Lippenspalte		
Q37.9	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit einseitiger Lippenspalte		SP3/SF
Entwicklungsstörungen			
	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen		
F84.0	frühkindlicher Autismus		
F84.1	Atypischer Autismus		
F84.3	Andere desintegratede Störung des Kindesalters		
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien	ZN1 / ZN2	EN1 / PS1
F84.5	Asperger-Syndrom		
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen		
	Down-Syndrom		
Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction		
Q90.1	Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction)		
Q90.2	Trisomie 21, Translokation		
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN1
			SP1 / SP3 / RE1 SC1

Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

Q91.0	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom			
Q91.1	Trisomie 18, meiotische Non-disjunction			
Q91.2	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)			
Q91.3	Trisomie 18, Translokation			
Q91.4	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Q91.5	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction			
Q91.6	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)			
Q91.7	Trisomie 13, Translokation			
	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Q96.0	Turner Syndrom			
Q96.1	Karyotyp 45,X			
Q96.2	Karyotyp 46,X iso (Xq)			
Q96.3	Karyotyp 46,X mit Gonosomenanomalie, ausgenommen iso (Xq)			
Q96.4	Mosaik, 45,X/46,XX oder 45,X/46,XY			
Q96.8	Mosaik, 45,X/sonstige Zelllinie(n) mit Gonosomenanomalie			
Q96.9	Sonstige Varianten des Turner-Syndroms			
	Turner-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Störungen der Atmung				
E84.9	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)		AT3	
		ZN1 / ZN2	EN1	SP1
		ZN1 / ZN2	EN1	SP1

7.3 Vereinbarung Praxisbesonderheiten



Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel

nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V

**unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs
gemäß § 32 Abs. 1a SGB V**

vom 12. November 2012

vereinbart zwischen dem

**Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband)**

und der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung

– nachstehend Vereinbarungspartner genannt –

Vorbemerkung

Gemäß § 84 Abs. 8 Satz 3 i.d.F. des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I 2011, S. 2983 ff.) schließen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln, die bei den Prüfungen nach § 106 SGB V anzuerkennen sind. Die auf Praxisbesonderheiten entfallenden Kosten verordneter Heilmittel sind bei der Vereinbarung der Richtgrößen nach § 84 Abs. 6 SGB V zu berücksichtigen.

Gegenstand dieser Vereinbarung ist auch eine Vereinbarung über den langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V, da der langfristige Heilmittelbedarf auch als Praxisbesonderheit im Sinne von § 84 Abs. 8 SGB V gilt. Diese sind jedoch weder Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung noch Bestandteil der Verträge auf Landesebene.

Durch diese Vereinbarung soll insbesondere die Versorgung von Patienten mit besonders schweren Erkrankungen, die einen höheren Heilmittelbedarf haben, verbessert werden.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarungspartner haben sich auf bundesweit geltende Praxisbesonderheiten verständigt (Anlage 1). Den in Anlage 1 gelisteten Diagnosen sind die jeweiligen ICD-10-Codes und Diagnosegruppen zugeordnet. Die Verordnung der jeweiligen Heilmittel (Maßnahmen der Physikalische Therapie, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Maßnahmen der Ergotherapie) erfolgt gemäß Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V mit den dort genannten Indikationsschlüsseln.
- (2) Auf dieser Basis haben sich die Vereinbarungspartner auf Diagnosen verständigt, für die unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen ein langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V gesehen wird (Anlage 2)¹. Den in Anlage 2 gelisteten Diagnosen sind die jeweiligen ICD-10-Codes und Diagnosegruppen zugeordnet. Die Verordnung der jeweiligen Heilmittel (Maßnahmen der Physikalische Therapie, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Maßnahmen der Ergotherapie) erfolgt gemäß Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V mit den dort genannten Indikationsschlüsseln.
- (3) Als Voraussetzung für die Anerkennung als Verordnung gemäß den Anlagen 1 und 2 ist vom Vertragsarzt auf den Verordnungsvordrucken 13 (Heilmittelverordnung - Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie), 14 (Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) und 18 (Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Ergotherapie), beginnend ab dem 01.01.2013, neben der Angabe des Indikationsschlüssels zusätzlich der für die Verordnung therapierelevante (endstellige) ICD-10-Code aufzubringen.²

§ 2

Lieferung von Daten an die Prüfungsstellen³

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen liefern den Prüfungsstellen die erforderlichen Daten. In diesem Zusammenhang ist die Erfassung der Menge und der Ausgaben für Verordnungen nach Anlage 1 erforderlich. Hierzu sind die Daten in Bezug auf die Art, die Menge sowie die Kosten (Brutto- und Nettowert) des Heilmittels in Verbindung mit Indikationsschlüssel und ICD-10-Code zu erheben und gesondert auszuweisen. Die Vereinbarungspartner nehmen eine entsprechende Ergänzung des Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern vor.

¹ In dieses Beratungs- und Bewertungsverfahren wurden die dem Gemeinsamen Bundesausschuss angehörenden Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter einbezogen.

² Die Vereinbarungspartner stellen sicher, dass die zur Umsetzung dieser Vereinbarung erforderlichen Anpassungen der Verordnungsvordrucke, der Vordruckvereinbarung und der Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung zeitgerecht erfolgen.

³ Die Vereinbarungspartner stellen sicher, dass die zur Umsetzung dieser Vereinbarung erforderlichen Anpassungen des Vertrages über den Austausch auf Datenträger (DTA-Vertrag) zeitgerecht erfolgen.

§ 3

Umsetzung auf der Landesebene

- (1) Die Festlegung von Praxisbesonderheiten auf der Bundesebene löst die bisher von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Vereinbarungen zu Praxisbesonderheiten ab.
- (2) Sofern die Vereinbarungspartner auf der Landesebene aufgrund regionaler Versorgungsbesonderheiten zukünftig noch die Notwendigkeit zur Vereinbarung ergänzender Praxisbesonderheiten sehen, empfehlen die Vereinbarungspartner, Praxisbesonderheiten auf der Basis von nach § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V codierten Diagnosen (ICD-10) in Verbindung mit Diagnosegruppen bzw. Indikationsschlüsseln der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festzulegen. Die Vertragspartner auf der Landesebene haben Sorge für die technische Umsetzbarkeit und die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu tragen.
- (3) Die auf Heilmittelverordnungen nach Anlage 1 und 2 entfallenden Kosten sind bei der Vereinbarung der Richtgrößen nach § 84 Abs. 6 SGB V zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist die Erfassung der Menge und der Ausgaben für Verordnungen auch nach Anlage 2 erforderlich. Hierzu sind die Daten in Bezug auf die Art, die Menge sowie die Kosten (Brutto- und Nettowert) des Heilmittels in Verbindung mit Indikationsschlüssel und ICD-10-Code zu erheben und gesondert auszuweisen.
- (4) Die Prüfungsstellen sollen stichprobenhaft bzw. auf Antrag der Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung als Praxisbesonderheiten nach Anlage 1 gekennzeichnete Verordnungen auf ihre Plausibilität hin überprüfen.

§ 4

Verfahren zum langfristigen Heilmittelbedarf

- (1) Für Verordnungen gemäß Anlage 2 gelten, vorbehaltlich krankenkassenspezifischer Einzelfallregelungen, die Genehmigungsvoraussetzungen für den langfristigen Heilmittelbedarf als erfüllt. Für die betroffenen Versicherten ist ein Antragsverfahren nach § 32 Abs. 1a SGB V bzw. § 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie entbehrlich, sofern die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren nach § 8 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie verzichtet.
- (2) Langfristig genehmigte Verordnungen gemäß § 32 Abs. 1a SGB V bzw. § 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie entsprechend Anlage 2 sind gemäß § 106 Abs. 2 Satz 18 SGB V nicht Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 5

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarungen nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vereinbarungspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

§ 6

Inkrafttreten, Kündigung und Abschlussbestimmungen⁴

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2013 in Kraft. Sie kann nur insgesamt mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31.12.2014 gekündigt werden. Nach der Kündigung besteht die Vereinbarung so lange fort, bis eine ablösende Vereinbarung getroffen wurde.
- (2) Die Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, diese Vereinbarung jeweils bis zum 30.09. eines Jahres, erstmals zum 30.09.2014 zu überprüfen.

Anlagen:

- Anlage 1 Liste über Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln
Anlage 2 Liste über Indikationen mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V

Berlin, den 12. November 2012

Kassenärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

⁴ Die Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, dass das 1. Quartal 2013 zur Schaffung der technischen Voraussetzung benötigt wird. In diesem Übergangszeitraum ist auch eine zusätzliche handschriftliche Eintragung des ICD-10-Codes für die Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten und langfristigem Heilmittelbedarf ausreichend.

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 1: Liste über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech- Sprachtherapie	
Erkrankungen des Nervensystems					
B94.1	Folgezustände der Virusenzephalitis	ZN1 / ZN2 SO3	EN1 / EN2	SC1/ST1/SP1/ SP3 / SP4/ SP5/ RE1/RE2 / SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C70.0	Bösartige Neubildungen der Meningen Hirnhäute				
C70.1	Rückenmarkshäute				
C70.9	Meningen, nicht näher bezeichnet				
C71.0	Bösartige Neubildung des Gehirns Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel inkl.: Supratentoriell o.n.A.				
C71.1	Frontallappen				
C71.2	Temporallappen				
C71.3	Parietallappen				
C71.4	Okzipitallappen				
C71.5	Hirnentrikel, Exkl.:IV. Ventrikel (C71.7)				
C71.6	Zerebellum				
C71.7	Hirnstamm, inkl.: Infratentoriell o.n.A. IV. Ventrikel	ZN1 / ZN2 SO1 / SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1/ST1/SP1/ SP2/ SP3/ SP5/ SP6/ RE1 / RE2/ SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C71.8	Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend				
C71.9	Gehirn, nicht näher bezeichnet				
C72.0	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems Rückenmark				
C72.1	Cauda equina				
C72.2	Nn. olfactorii [I. Hirnnerv], inkl.: Bulbus olfactorius				
C72.3	N. opticus [II. Hirnnerv]				
C72.4	N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]				
C72.5	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven,				
C72.8	Gehirn und and. Teile d. Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend				
C72.9	Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet				

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 1: Liste über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie Stimm- Sprech- Sprachtherapie	
G10	Chorea Huntington	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 SC1 / SP5 / SP6	
G11.0	Hereditäre Ataxie Angeborene nichtprogressive Ataxie			
G11.1	Früh beginnende zerebellare Ataxie			
G11.2	Spät beginnende zerebellare Ataxie			
G11.3	Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 SC1	
G11.4	Hereditäre spastische Paraplegie			
G11.8	Sonstige hereditäre Ataxien			
G11.9	Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet			
G14	Postpoliosyndrom	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3	SC1
G20.1-	Morbus Parkinson bei schwerer Beeinträchtigung Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	SC1 SP6
G35.0	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] Erstmanifestation einer multiplen Sklerose			
G35.1-	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf			
G35.2-	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf			
G35.3-	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf			
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet			
G36.0	Sonstige akute disseminierte Demyelinisation Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit]			
G36.1	Akute und subakute hämorrhagische Leukoenzephalitis [Hurst]			
G36.8	Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation			
G36.9	Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN1/EN2 EN3 SC1 ST1 SP5 / SP6	

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 1: Liste über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel	Physio-therapie	Ergo-therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie	Hinweis/ Spezifikation
	Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems					
G37.0	Diffuse Hirnsklerose					
G37.1	Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum					
G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse					
G37.3	Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems					
G37.4	Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom]					
G37.5	Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit]					
G37.8	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems					
G37.9	Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet					
G70.0	Myasthenia gravis		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 SB7	SC1 / SP6	
	Hemiparese und Hemiplegie					
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie					
G81.1.	Spastische Hemiparese und Hemiplegie		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2		
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet					
	Subarachnoidalblutung					
I60.0	Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend					
I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend					
I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend					
I60.3	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend					
I60.4	Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend					
I60.5	Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend					
I60.6	Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend					
I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichnete intrakranieller Arterie ausgehend		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6 ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung					
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet					

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 1: Liste über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel Physio-therapie	Ergo-therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	Hinweis / Spezifikation
I61.0 I61.1 I61.2 I61.3 I61.4 I61.5 I61.6 I61.8 I61.9	Intrazerebrale Blutung Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen Sonstige intrazerebrale Blutung Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6 ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I63.0 I63.1 I63.2 I63.3 I63.4 I63.5 I63.6 I63.8 I63.9 I64. I69.0 I69.1 I69.2 I69.3 I69.4 I69.8	Hirninfrakt Hirninfrakt durch Thrombose präzerebraler Arterien Hirninfrakt durch Embolie präzerebraler Arterien Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien: Hirninfrakt durch Thrombose zerebraler Arterien Hirninfrakt durch Embolie zerebraler Arterien Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien Hirninfrakt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig Sonstiger Hirninfrakt Hirninfrakt, nicht näher bezeichnet Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit Folgen einer Subarachnoidalblutung Folgen einer intrazerebralen Blutung Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung Folgen eines Hirninfraktes Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6 ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 1: Liste über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
G99.2 M48.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1	Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Spinal(kanal)stenose Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	WS2 / EX3 ZN1 / ZN2	EN3 SC1	Längstens 6 Monate nach Akutereignis Einschränkung: nur nach neurologischer Befunderhebung und Einschränkung ab Kraftgrad ≤ 3
S14.0 S14.1 S14.2 S14.3 S14.4 S14.5 S14.6	Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule Verletzung des Plexus brachialis Verletzung peripherer Nerven des Halses Verletzung zervikaler sympathischer Nerven Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses	ZN1 / ZN2 AT2	EN1 / EN2 EN3	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S24.0 S24.1 S24.2 S24.3 S24.4 S24.5 S24.6	Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule Verletzung peripherer Nerven des Thorax Verletzung thorakaler sympathischer Nerven Verletzung sonstiger Nerven des Thorax Verletzung eines nicht näher bezeichneten Nervs des Thorax	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 1: Liste über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel Physio-therapie Ergo-therapie Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie	Hinweis/ Spezifikation
M07.0- M07.1- M07.2- M07.3- M07.4 M07.5 M07.6	Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten Distale interphalangeale Arthritis psoriatica Arthritis mutilans Spondylitis psoriatica Sonstige psoriatische Arthritiden Arthritis bei Crohn-Krankheit Arthritis bei Colitis ulcerosa Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten	WS2 EX2 / EX3 SB1 / SB5	
M08.0- M08.1- M08.2- M08.3 M08.4- M08.7- M08.8- M08.9-	Juvenile Arthritis Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ Juvenile Spondylitis ankylosans Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form Vaskulitis bei juveniler Arthritis Sonstige juvenile Arthritis Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet	WS2 EX2 / EX3 SB1 / SB5	
M34.0 M34.1 M34.2 M34.8 M34.9	Systemische Sklerose Progressive systemische Sklerose CR(E)ST-Syndrom Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert Sonstige Formen der systemischen Sklerose Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	WS2 / EX2 EX3 / AT2 SB1 / SB5	
M45.0-	Spondylitis ankylosans Spondylitis ankylosans	WS2 / EX2 EX3	SB1 / SB5

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 1: Liste über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel	Physio-therapie	Ergo-therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	Hinweis / Spezifikation
Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem						
M89.0-	Neurodystrophie [Algodystrophie] Schulter-Hand-Syndrom Sudeck-Knochenatrophie Sympathische Reflex-Dystrophie Morbus Sudeck		EX2 / EX3 LY2 / PN	SB2 / SB6		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Q66.0	Pes equinovarus congenitus (Klumpfuß)		EX4	SB3		
Q68.0	Angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus (Schiefhals)		EX4	SB7		
Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems						
Z98.8 i.V.m.	Zustand nach chirurgisch-orthopädischen Operationen In Verbindung mit einer der nachstehenden Grunddiagnose:					
Z89.-	bei Major-Amputationen mindestens einer Extremität					Längstens 6 Monate nach Akutereignis
M75.1 M23.5	bei rekonstruktiven Eingriffen ohne endoprothetische Versorgungen: – Läsionen der Rotatorenmanschette (Schultergelenk) – Chronische Instabilität des Kniegelenkes (Kreuzbandruptur)		EX2 / EX3	SB2 / SB3		
Z98.8 i.V.m.	bei endoprothetischer Versorgung:					
Z96.6 Z96.88	– Hüftgelenkersatz (total) – Kniegelenk, Schultergelenk		EX2 / EX3			Längstens 6 Monate nach Akutereignis

Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V; siehe **Anlage zum Merkblatt des G-BA**

7.4 Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung mit Erläuterungen

7.4.1 Maßnahmen der Physikalischen Therapie / Podologischen Therapie

Freigabe 08.01.2013

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h2 style="color: red; margin: 0;">Heilmittelverordnung 13</h2> <h3 style="color: red; margin: 0;">Maßnahmen der Physikalischen Therapie/ Podologischen Therapie</h3>	
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	IK des Leistungserbringers	
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
		Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
		Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
		Wegegeld-/Pauschale	Faktor km
		Hausbesuch	Faktor Hausbesuch Faktor
		Rechnungsnummer	
		Belegnummer	

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätest. am: T T M M J J

Hausbesuch Ja Nein
 Therapiebericht Ja Nein

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche

Indikationsschlüssel **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

ICD-10 - Code

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (4.2013)

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 08.01.2013

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung; Januar 2014

A. Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie

1. Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. Hierzu zählt auch die Angabe der Behandlungsfrequenz. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn diese sich nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben. Verordnungsfähig sind ausschließlich jene Maßnahmen, die in den Heilmittelrichtlinien genannt werden. In der Verordnung sind die Maßnahmen der Physikalischen Therapie eindeutig zu bezeichnen.
Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung eine Anwendung von Physikalischer Therapie notwendig machen.
2. Vor der Erstverordnung einer Maßnahme der Physikalischen Therapie ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbild-abhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen und zu dokumentieren.
Insbesondere bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die ggf. notwendige Einleitung anderer ärztlicher oder rehabilitativer Maßnahmen bzw. für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Maßnahme der Physikalischen Therapie.
3. Maßnahmen der Physikalischen Therapie dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbild-spezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind. Sind heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Physikalischen Therapie nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Maßnahmen der Physikalischen Therapie nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden.
Maßnahmen der Physikalischen Therapie dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.
4. Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalls) als Folgeverordnung. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Physikalischen Therapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt (vgl. Nr. 7 ff), ist wieder mit einer Erstverordnung zu beginnen.
5. Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vierzehn Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.
6. Soweit entsprechend der medizinischen Indikation nach Maßgabe des Heilmittel-Kataloges (LY1 - LY3) die Manuelle Lymphdrainage als Heilmittel zu verordnen ist, hat in dem Verordnungsfeld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ neben dem Heilmittel „Manuelle Lymphdrainage“ auch die Minutenangabe in Höhe von 30, 45 oder 60 Minuten zu erfolgen. Alternativ ist hier auch die Angabe des Heilmittels zusammen mit der Minutenzahl in Kurzform entsprechend dem Heilmittel-Katalog möglich (MLD-30, MLD-45 oder MLD-60). Bei einer im Einzelfall erforderlichen Kompressionsbandagierung (Lymphologischer Kompressionsverband) im Zusammenhang mit der Manuellen Lymphdrainage – sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind – ist diese zusätzlich in der gleichen Zeile anzugeben (z. B. „MLD-45 mit Kompressionsbandagierung“). Ggf. erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen.
7. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
8. Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosengruppen zusammengefasst. Eine Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie im Regelfall liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen der im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Gesamtverordnungsmengen je Diagnosengruppe nicht überschritten werden. Dabei sind gegenseitige Anrechnungen einzelner Diagnosengruppen zu beachten. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen.
9. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von zwölf Wochen abgelaufen ist.
Heilmittel im Regelfall in der Physikalischen Therapie können verordnet werden als
 - vorrangiges Heilmittel,
 - optionales Heilmittel,
 - ergänzendes Heilmittel und
 - standardisierte Heilmittelkombination.
10. Verordnungen, die über den Regelfall hinausgehen:
 - Lässt sich mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten

Gesamtverordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung. Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall anzuwenden. Bei längerfristigen Verordnungen ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.

- Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztlichen Vereinigungen.
11. Die gleichzeitige Verordnung mehrerer Maßnahmen der Physikalischen Therapie ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird.
 12. Bei gegebener Indikation richtet sich die Auswahl der zu verordnenden Maßnahmen der Physikalischen Therapie nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel.
 - Vorrangig soll eine im Heilmittelkatalog als „vorrangiges Heilmittel“ (A) genannte Maßnahme zur Anwendung kommen.
 - Ist dies aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, kann alternativ ein im Heilmittelkatalog genanntes „optionales Heilmittel“ (B) verordnet werden.
 - Soweit medizinisch erforderlich kann zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) oder „optionalen Heilmittel“ (B) nur ein weiteres im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ (C) verordnet werden. Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie/-stimulation sowie die Ultraschall-Wärmetherapie auch isoliert verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.
 - „Standardisierte Heilmittelkombinationen“ (D) dürfen nur verordnet werden, wenn der Patient bei komplexen Schädigungsbildern einer intensiveren Heilmittelbehandlung bedarf und die therapeutisch erforderliche Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist, wenn die Erbringung dieser Maßnahmen in einem direkten zeitlichen und örtlichen Zusammenhang erfolgt und der Patient aus medizinischer Sicht geeignet ist.
 - Die gleichzeitige Verordnung einer „standardisierten Heilmittelkombination“ (D) der Physikalischen Therapie mit einem weiteren Einzelheilmittel der Physikalischen Therapie ist nicht zulässig.
 - Die gleichzeitige Verordnung eines „vorrangigen Heilmittels“ (A) und eines „optionalen Heilmittels“ (B) bei derselben Schädigung ist nicht zulässig.
 - Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln der Physikalischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie ist bei entsprechender Indikation zulässig.
 13. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppendynamisch gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes Gruppentherapie zu verordnen.
 14. Es ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser setzt sich aus der Bezeichnung der Diagnosengruppe und dem Buchstaben der vorrangigen Leitsymptomatik im Katalog zusammen (z. B. ZN2a). Zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs ist zusätzlich zum Indikationsschlüssel auf dem Verordnungsvordruck der therapierrelevante ICD-10-GM-Code¹ anzugeben. Die Diagnosen zur Kennzeichnung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs müssen grundsätzlich der Ausprägung der Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs entsprechen. Auch auf Verordnungen außerhalb von Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf soll der ICD-10-GM-Code aufgetragen werden.

¹ ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI), jeweils gültige Fassung

B. Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie

1. Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. Hierzu zählt auch die Angabe der Behandlungsfrequenz. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn diese sich nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben. Verordnungsfähig sind ausschließlich jene Maßnahmen, die in den Heilmittel-Richtlinien genannt werden. In der Verordnung sind die Maßnahmen der Podologischen Therapie eindeutig zu bezeichnen. Die Maßnahmen der Podologischen Therapie dürfen nur verordnet werden, wenn krankhafte Schädigungen der Füße in Folge Diabetes mellitus vorliegen. Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Podologischen Therapie ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung eine Anwendung von Podologischer Therapie notwendig machen.
2. Vor der Erstverordnung einer Podologischen Therapie ist eine Eingangsdagnostik notwendig. Bei der Eingangsdagnostik sind störungsbildabhängig die im Kapitel III B Nr. 17.B.2 der Heilmittel-Richtlinien aufgelisteten Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen und zu dokumentieren.

3. Jede Folgeverordnung der Podologischen Therapie setzt die erneute störungs-bildabhängige Erhebung des aktuellen Fußbefundes voraus. Das Befundergebnis ist auf dem Verordnungsvordruck anzugeben.
4. Die Verordnung von Podologischer Therapie beim diabetischen Fußsyndrom ist nur zulässig bei vorliegender Neuro- und/oder Angiopathie ohne Hautdefekt (Wagner-Stadium 0, d.h. ohne Hautulkus). Die Behandlung von Hautdefekten und Entzündungen (Wagner-Stadium 1 bis Wagner-Stadium 5) sowie von eingewachsenen Zehennägeln ist ärztliche Leistung.
5. Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von achtundzwanzig Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.
6. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, ist nur dann zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
7. Podologische Komplexbehandlungen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) können verordnet werden, sofern die gleichzeitige Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung medizinisch erforderlich sind.
8. Es ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser ist dem Katalog zu entnehmen (DFa oder DFb). Zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs ist zusätzlich zum Indikationsschlüssel auf dem Verordnungsvordruck der therapierrelevante ICD-10-GM-Code¹ anzugeben. Die Diagnosen zur Kennzeichnung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs müssen grundsätzlich der Ausprägung der Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs entsprechen.
Auch auf Verordnungen außerhalb von Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf soll der ICD-10-GM-Code aufgetragen werden.

¹ ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI), jeweils gültige Fassung

7.4.2 Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Freigabe 08.01.2013

Gebührpflicht: Krankenkasse bzw. Kostenträger

Gebührfrei: Name, Vorname des Versicherten

Unfall-/Unfallfolgen: geb. am

BVG: Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

14

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km	Hausbesuch
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Faktor
Rechnungsnummer		Hausbesuch	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Belegnummer			
<input type="text"/>			

Stimmtherapie
 Sprechtherapie
 Sprachtherapie

Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten Verordnungs- menge: _____ Therapie- frequenz: _____ pro Woche

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Behandlungsbeginn spätestens am:

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie
 T **T** **M** **N** **J** **J**

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Hausbesuch: Ja Nein
 Therapiebericht: Ja Nein

Indikationsschlüssel:

Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z. B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

ICD-10 - Code:

Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

Tonaudiogramm vom _____

Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm **Tympanogramm** und **Sprachaudiogramm** beifügen.

Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.

Freifeldbefunde ermittelt durch:

 Reaktion
 Konditionierung
 eigene Angaben

Trommelfellbefund:

Rechts _____

Links _____

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)

Rechts

Links

Lupenlaryngoskopie: _____

Lupenstroboskopie: _____ Rechts Links

Amplitude _____

Randkantenverschiebung _____

Regularität: Ja Nein

Kompletter Glottisschluss: Ja Nein

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Begründung der Ablehnung: _____

Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Therapieeinheiten erhalten zu haben

Datum	Minuten	Unterschrift des Versicherten	Datum	Minuten	Unterschrift des Versicherten
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

Behandlungsabbruch am Datum

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 08.01.2013

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung; Januar 2014**Muster 14: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)**

1. Die Verordnung erfolgt **ausschließlich** auf dem vereinbarten Vordruck. Der Vordruck muss vollständig ausgefüllt werden. Hierzu zählt auch die Angabe der Behandlungsfrequenz und Therapiedauer. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn diese sich nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben. Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung und/oder Fähigkeitsstörung eine Anwendung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie notwendig machen.
2. **Vor der Erstverordnung** einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie ist eine **Eingangsdagnostik** notwendig. Bei der Eingangsdagnostik sind störungsbildabhängig die im Kapitel IV Nr. 19 der Heilmittel-Richtlinien aufgelisteten Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen und zu dokumentieren. Insbesondere bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die notwendige Einleitung operativer, psychotherapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen oder für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie.
3. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie **dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn** an sich störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachstörung geboten sind. Sind sprachheilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie nicht an deren Stelle verordnet werden. **Neben sprachheilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen** darf die Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie **nur** bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden. **Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie** dürfen **nicht** verordnet werden, soweit diese im Rahmen **der Frühförderung** nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.
4. Nach einer Erstverordnung gilt **jede** Verordnung zur Behandlung **derselben Erkrankung (desselben Regelfalls)** als Folgeverordnung. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt (vgl. Nr. 7 ff), ist wieder mit einer Erstverordnung zu beginnen.
5. Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vierzehn Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.
6. Das Feld „Therapiedauer pro Sitzung: ____ Minuten“ ist nach Maßgabe des Heilmittel-Kataloges in Abhängigkeit von der medizinischen Indikation (konkretes Störungsbild) sowie der jeweiligen Belastbarkeit des versicherten Patienten mit den jeweils erforderlichen Minutenangaben (30, 45 oder 60 Minuten) auszufüllen.
7. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, ist nur dann **zulässig**, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
8. Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosengruppen zusammengefasst. Eine Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie im **Regelfall** liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen den im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Gesamtverordnungsmengen je Diagnosengruppe nicht überschritten wird. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen.
9. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie als **erneuten Regelfall** auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von **zwölf Wochen** abgelaufen ist.
10. Verordnungen, die über den Regelfall hinausgehen:
 - Lässt sich mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, sind weitere **Verordnungen** möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen **Begründung** mit prognostischer Einschätzung. Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall anzuwenden. Bei längerfristigen Verordnungen ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von zwölf Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.
 - Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztlichen Vereinigungen.
11. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes **Gruppentherapie** zu verordnen.

12. Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Physikalischen Therapie und der Ergotherapie ist bei entsprechender Indikation **zulässig**.
13. Es ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser ist der Diagnosengruppe im Katalog zu entnehmen (z. B. ST2).
Zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs ist zusätzlich zum Indikationsschlüssel auf dem Verordnungsvordruck der therapierelevante ICD-10-GM-Code¹ anzugeben. Die Diagnosen zur Kennzeichnung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs müssen grundsätzlich der Ausprägung der Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs entsprechen.
Auch auf Verordnungen außerhalb von Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf soll der ICD-10-GM-Code aufgetragen werden.

¹ ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI), jeweils gültige Fassung

Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung wird genehmigt. Die verordnete Behandlung wird nicht genehmigt.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Begründung bei Ablehnung

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Unterschrift des Versicherten
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Behandlungsabbruch am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Nach Rücksprache mit dem Arzt:

Änderung von Gruppen- in Einzeltherapie

Abweichung von der Frequenz

Begründung:

Freigabe 08.01.2013

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung; Januar 2014

Muster 18: Heilmittelverordnung (Maßnahmen der Ergotherapie)

1. Die Verordnung erfolgt **ausschließlich** auf dem vereinbarten Vordruck. Der Vordruck muss vollständig ausgefüllt werden. In der Verordnung sind die Maßnahmen der Ergotherapie **eindeutig** zu bezeichnen. Hierzu zählt auch die Angabe der Behandlungsfrequenz. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn diese sich nicht aus der Angabe der Diagnose und der Leitsymptomatik ergeben.
Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie ergibt sich **nicht** aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung und/oder Fähigkeitsstörung eine Anwendung von Ergotherapie notwendig machen.
2. **Vor der Erstverordnung** einer Maßnahme der Ergotherapie ist eine **Eingangsdagnostik** notwendig. Bei der Eingangsdagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen und zu dokumentieren.
Insbesondere bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die ggf. notwendige Einleitung anderer ärztlicher oder rehabilitativer Maßnahmen bzw. für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Maßnahme der Ergotherapie.
3. Maßnahmen der Ergotherapie **dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn** an sich störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung einer Schädigung / Fähigkeitsstörung geboten sind. Sind heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Ergotherapie nicht an deren Stelle verordnet werden. **Neben heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen** dürfen Maßnahmen der Ergotherapie **nur** bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden.
Maßnahmen der Ergotherapie dürfen **nicht** verordnet werden, soweit diese im Rahmen **der Frühförderung** nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.
4. Nach einer Erstverordnung gilt **jede** Verordnung zur Behandlung **derselben Erkrankung (desselben Regelfalls)** als Folgeverordnung. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Ergotherapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt (vgl. Nr. 7 ff), ist wieder mit einer Erstverordnung zu beginnen.
5. Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist nur auszufüllen, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vierzehn Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.
6. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, ist nur dann **zulässig**, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
7. Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosengruppen zusammengefasst. Eine Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie **im Regelfall** liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen der im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegte Gesamtverordnungsmenge je Diagnosengruppe nicht überschritten wird. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosengruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen.
8. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie als **erneuten Regelfall** auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreier Intervall **von 12 Wochen** abgelaufen ist.
Heilmittel im Regelfall in der Ergotherapie können verordnet werden als
 - vorrangiges Heilmittel
 - optionales Heilmittel
 - ergänzendes Heilmittel.
9. Verordnungen, die über den Regelfall hinausgehen:
 - Lässt sich in **Ausnahmefällen** mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, sind weitere **Verordnungen** möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). Solche Verordnungen bedürfen der besonderen **Begründung** mit prognostischer Einschätzung. Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall anzuwenden. Bei längerfristigen Verordnungen ist die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.
 - Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztlichen Vereinigungen.
10. Die **gleichzeitige Verordnung** mehrerer Maßnahmen der Ergotherapie ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird.

11. Bei gegebener Indikation richtet sich die **Auswahl** der zu verordnenden Maßnahmen der Ergotherapie nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel.
 - **Vorrangig** soll eine im Heilmittelkatalog als „vorrangiges Heilmittel“ (A) genannte Maßnahme zur Anwendung kommen.
 - Ist dies aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, kann **alternativ** ein im Heilmittelkatalog genanntes „optionales Heilmittel“ (B) verordnet werden.
 - **Soweit medizinisch erforderlich kann** zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) oder „optionalen Heilmittel“ (B) **nur ein** weiteres im Heilmittelkatalog genanntes „**ergänzendes Heilmittel**“ (C) verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.
 - Die **gleichzeitige Verordnung** eines „vorrangigen Heilmittels“ (A) und eines „optionalen Heilmittels“ (B) **bei derselben Schädigung ist nicht zulässig.**
 - Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln in der Ergotherapie, der Physikalischen Therapie und der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist bei entsprechender Indikation **zulässig.**
12. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer gewünschter Effekte bzw. im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes **Gruppentherapie** zu verordnen.
13. Es ist der vollständige Indikationsschlüssel anzugeben. Dieser ist der Diagnosengruppe im Katalog zu entnehmen (z. B. ST2).

Zur Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs ist zusätzlich zum Indikationsschlüssel auf dem Verordnungsvordruck der therapierelevante ICD-10-GM-Code¹ anzugeben. Die Diagnosen zur Kennzeichnung der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs müssen grundsätzlich der Ausprägung der Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs entsprechen.

Auch auf Verordnungen außerhalb von Praxisbesonderheiten und langfristigen Heilmittelbedarf soll der ICD-10-GM-Code aufgetragen werden.

¹ ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (DIMDI), jeweils gültige Fassung

7.5 SFB Fallberatungsbogen (Beispiel)

Vorderseite

Fallberatungsbogen Heilmittel

Krankenkasse

Ansprechpartner/in _____

Telefon _____

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum, KV-Nr.

Beratungsanlass

Genehmigung Verordnung außerhalb des Regelfalls nach § 8 Abs. 4 HeilM-RL

Antrag auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittel nach § 32 Abs. 1a SGB V und § 8 Abs. 5 HeilM-RL

andere Fragestellung:

Heilmitteltherapie seit (soweit bekannt) _____

Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls

(siehe Anlage)

Leistungsauszüge der Krankenkasse zu bisherigen Heilmittelverordnungen

(siehe Anlage)

Weitere Daten:

- Wenn vorhanden, ergänzend Angaben mit ggf. Befundberichten zu

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- Hilfsmittelversorgungen
- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
- Krankenhausbehandlungen
- Leistungen aus der Pflegeversicherung
- Arbeitsunfähigkeit
- Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung
- GdB, MdE etc.

siehe beigefügte Daten

Vorherige MDK – Fallberatung: am _____

(siehe Fallberatungsbogen)

weitere Hinweise:

Rückseite

Stellungnahme des MDK

Diagnose(n) mit ICD-10 Kodierung	
krankheitsbedingte funktionelle / strukturelle Schädigungen bzw. auch Beeinträchtigungen der Aktivitäten:	
Indikationsschlüssel: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
verordnete(s) Heilmittel:	
Beurteilung:	
Genehmigung nach § 8 Abs. 4 HeilM-RL wird empfohlen <input type="checkbox"/>	Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittel nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m.§ 8 Abs. 5 HeilM-RL wird empfohlen <input type="checkbox"/>
bei fehlender Aussagekraft der Unterlagen weitere Ermittlungen <input type="checkbox"/>	bei fehlender Aussagekraft der Unterlagen weitere Ermittlungen <input type="checkbox"/>
medizinische <i>Voraussetzungen</i> zur Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht erfüllt; <input type="checkbox"/>	Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittel nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m.§ 8 Abs. 5 HeilM-RL wird nicht empfohlen <input type="checkbox"/>
Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen <input type="checkbox"/>	Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen <input type="checkbox"/>
Erläuterung oder Begründung:	
Wiedervorlage beim MDK nach <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>Monaten</u>	
Begutachtung beim MDK erforderlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Erläuterungen / Hinweise zur Begutachtung:	
Datum:	Unterschrift

7.6 Erläuterungen zur ICF und zum Behinderungsbegriff

Als Konzeption stellt die ICF (*Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; International Classification of Functioning, Disability and Health*) den theoretischen Rahmen zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen den bestimmenden Komponenten von Gesundheit zur Verfügung. Mit der Unterteilung in „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ und „Kontextfaktoren“ weist sie eine duale Struktur auf:

- **Funktionsfähigkeit** ist ein **Oberbegriff** für **Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe**. Er bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand und deren individuellen umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren.
- **Behinderung** ist ein **Oberbegriff** für Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand und deren individuellen Kontextfaktoren.
- **Kontextfaktoren** stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen zwei Komponenten: **Umweltfaktoren** und **personbezogene Faktoren**.

Die ICF ermöglicht damit eine über die reine Benennung des Gesundheitsproblems hinausgehende umfassende, ressourcen- und defizitorientierte Beschreibung der Lebensumstände des Menschen. Sie eröffnet mit Hilfe des bio-psycho-sozialen Modells einen sozialmedizinischen Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung.

Schädigungen der Körperfunktion und Körperstruktur werden vergleichbar klassifiziert. Schädigungen der Funktionen stehen häufig vergleichbare Schädigungen zur Struktur gegenüber.

Körperfunktionen	↔	Körperstrukturen
mentale Funktionen	↔	Strukturen des Nervensystems
Sinnesfunktion und Schmerz	↔	Auge, Ohr und mit diesen im Zusammenhang stehende Strukturen
Stimm- und Sprechfunktion	↔	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	↔	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems	↔	mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokr. System im Zusammenhang stehende Strukturen
Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	↔	mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen
neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	↔	mit der Bewegung im Zusammenhang stehende Strukturen
Funktionen der Haut- und der Hautanhangsgebilde	↔	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Beeinträchtigungen der Aktivitäten bezeichnen Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung von Aktionen wie z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, Körperpflege kann. Ursachen für beeinträchtigte Aktivitäten sind krankheitsbedingte Struktur- und Funktionsschädigungen. Zentral sind u.a. folgende Fragen

- welche Aktivitäten sind beeinträchtigt und wenn ja wie lange?
- welche Maßnahmen scheinen geeignet, diese Beeinträchtigung positiv beeinflussen zu können?

Beeinträchtigung der Teilhabe bezeichnen Probleme, das ein Mensch im Hinblick auf die Beteiligung / Einbezogenheit in Lebenssituationen haben kann, wie z. B. beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung, bei der Arbeit oder in der Freizeit. Zu prüfen ist, ob krankheitsbedingte Aktivitätseinschränkungen die Teilhabe z. B. an der Erwerbstätigkeit (Arbeit, Beruf) oder am häuslichen Leben einschließlich der Selbstversorgung beeinträchtigen.

Die Benennung von Aktivitäten und der Teilhabe betrifft folgende Merkmale:

1. Lernen und Wissensanwendung (z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)
2. allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. Aufgaben übernehmen, die tägl. Routine durchführen, mit Stress umgehen)
3. Kommunikation (z. B. Kommunizieren als Empfänger, -als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationshilfen)
4. Mobilität (z. B. die Körperposition ändern und aufrecht erhalten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen)
5. Selbstversorgung (z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, die Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6. häusliches Leben (z. B. Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen)
7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z. B. allgemeine interpersonelle Interaktionen, besondere interpersonelle Beziehungen)
8. bedeutende Lebensbereiche (z. B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben)
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z. B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität)

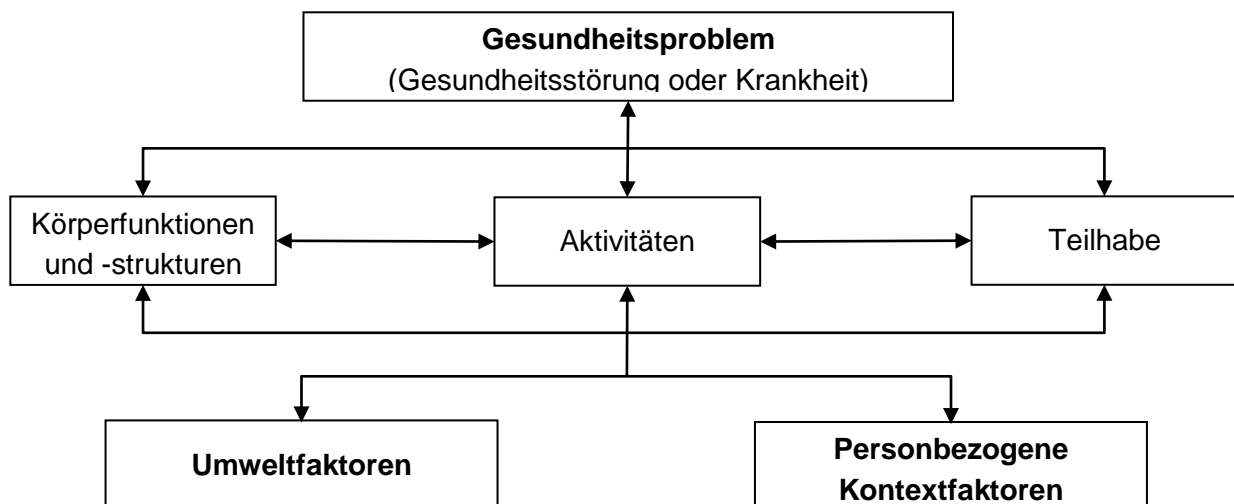
Umweltfaktoren als Kontextfaktoren umfassen materielle und personelle Faktoren. Sie stellen den Hintergrund des Lebens und der Lebenssituation eines Menschen dar, der als solcher einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit dieser Person haben kann. Umweltfaktoren können sowohl die Krankheit als auch die Krankheitsauswirkungen positiv oder negativ beeinflussen, d. h. sie können für den Einzelnen einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen. Förderfaktoren sind in diesem Kontext auch die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen. Umweltfaktoren lassen sich klassifizieren in:

- Produkte und Technologien (z. B. Medikamente, Hilfsmittel)
- natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität)
- Unterstützung und Beziehung (z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde)
- Einstellungen (z. B. individuelle Einstellungen der Familie, von Freunden, gesellschaftliche Einstellungen)
- Dienste, Systeme, Handlungsgrundsätze (z. B. des Wohnungs-, Versorgungs-, Transport-, Gesundheitswesens, der Wirtschaft, Rechtspflege, Politik)

Personbezogene Faktoren als Kontextfaktoren beziehen sich auf die betroffene Person selbst und bilden z. B. den speziellen Hintergrund des persönlichen Lebens und der Lebensführung einer Person ab. Die Person ist gekennzeichnet durch Merkmale wie Geschlecht, Alter, Lebensstil, Gewohnheiten und Sozialisation. Personbezogene Kontextfaktoren können Krankheitsauswirkungen positiv wie auch negativ beeinflussen. Personbezogene Kontextfaktoren sind in der ICF bislang nicht eingehend klassifiziert.

Die aufgeführten Aspekte von Krankheit, Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung können mit Hilfe des „bio-psycho-sozialen Modells“ der ICF übersichtlich strukturiert werden.

Abbildung: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (Modell der Komponenten von Gesundheit und ihre möglichen Wechselwirkungen)



Bemerkungen zur Schwere der Schädigung

Den einzelnen ICF-Komponenten sind unterschiedliche Beurteilungsmerkmale zugeordnet. Dazu gehört z.B. die Angabe des Schweregrades der Problematik auf den Ebenen der Körperfunktionen, Körperstrukturen, der Aktivitäten/Teilhabe und der Umweltfaktoren. Allerdings liefert die ICF zurzeit noch keine Operationalisierung für die Schweregradeinteilung.

Bemerkungen zum Behinderungsbegriff

Zu beachten ist auch, dass der Begriff **Behinderung** unterschiedlich definiert und ausgelegt wird.

Nach der deutschen Übersetzung der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF = *International Classification of Functioning, Disability and Health*) ist Behinderung ein Oberbegriff für Schädigungen (Funktionsstörungen, Strukturschäden), Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe). Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren).

Gesetzliche Definitionen finden sich im SGB IX **Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**. Nach § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen **behindert**, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Schwerbehinderung bzw. eine entsprechende Gleichstellung werden im § 2 Abs. 2 und 3 SGB IX definiert. Menschen sind nach § 2 Abs. 2 SGB IX **schwerbehindert**, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich des SGB IX haben. **Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt** werden sollen nach § 2 Abs. 3 SGB IX behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 SGB IX vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

Das SGB III **Arbeitsförderung** nimmt den Behinderungsbegriff in § 19 SGB III auf. Behindert sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen. Behinderten Menschen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den in Absatz 1 genannten Folgen droht.

Bemerkungen zum Grad der Behinderung und zum Grad der Schädigungsfolgen

Die **Versorgungsmedizin-Verordnung** stellt die Grundsätze auf, nach denen das Ausmaß einer nach dem Bundesversorgungsgesetz auszugleichenden Schädigungsfolge sowie der Grad der Behinderung (GdB) gemäß Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) festzustellen sind. Sie dienen den versorgungsärztlichen Gutachtern als verbindliche Norm für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertung der verschiedensten Auswirkungen

von Gesundheitsstörungen unter besonderer Berücksichtigung einer sachgerechten Relation untereinander.

Der **Grad der Schädigungsfolgen (GdS)** und der **Grad der Behinderung (GdB)** werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS auf die Schädigungsfolgen (also kausal) und der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (also final) bezogen ist. Beide Begriffe haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben zum Inhalt. GdS und GdB sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.

Der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) darf nicht mit der Schwere der Schädigung, wie hier bei der Prüfung von Heilmittel-Verordnungen relevant, gleichgesetzt werden. Aus dem GdS und dem GdB lässt sich der Therapiebedarf nicht ableiten.