



Begutachtungsanleitung
Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V

Zahnärztlich verordnete Heilmittel

Stand 08.01.2018



Diese Begutachtungsanleitung wurde vom GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) am 08.01.2018 als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V erlassen. Sie ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Herausgeber

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: <http://www.mds-ev.de>

Vorwort

Die Versorgung mit zahnärztlich verordneten Heilmitteln ist für viele Patientinnen und Patienten ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ihrer Krankheitsbeschwerden und bei der Beseitigung oder Linderung von Krankheitsfolgen.

Die gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 6 SGB V beschlossene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung unterscheidet die Verordnung von Heilmitteln im Regelfall, außerhalb des Regelfalls und den langfristigen Heilmittelbedarf. 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). Diese müssen vom verordnenden Arzt begründet werden. Ferner sind sie der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen, sofern die Krankenkasse nicht auf die Durchführung eines Genehmigungsverfahrens verzichtet hat.

Der G-BA bestimmt in seiner Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1 a SGB V. Diese Regelung soll insbesondere die Behandlungskontinuität bei fortlaufend behandlungsbedürftigen Patienten fördern, bei denen schwere, dauerhafte funktionelle und strukturelle Schädigungen bestehen. Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens haben die Krankenkassen innerhalb der gesetzlich bestimmten Frist von vier Wochen über Anträge auf eine langfristige Genehmigung für eine fortlaufende Heilmitteltherapie bei andauerndem Behandlungsbedarf mit Heilmitteln zu entscheiden. Soweit erforderlich treffen die Krankenkassen ihre Entscheidung unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

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

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
1 Einleitung	6
2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung	8
2.1 Rechtliche Grundlagen	8
2.1.1 Versorgung mit zahnärztlich verordneten Heilmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung	8
2.1.2 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses	10
2.1.2.1 Verordnungen innerhalb des Regelfalls	12
2.1.2.2 Verordnungen außerhalb des Regelfalls	13
2.1.2.3 Langfristiger Heilmittelbedarf	14
2.1.3 Begutachtung	15
2.1.4 Zahnärztlich verordnete Heilmittel bei besonderen Ursachen/Abgrenzung der Zuständigkeiten	16
2.1.4.1 Gesetzliche Unfallversicherung	16
2.1.4.2 Soziales Entschädigungsrecht	18
2.1.4.3 Weitere Leistungen für Menschen mit Behinderungen, Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe	19
2.2 Zahnärztlich verordnete Heilmittel – sozialmedizinische Aspekte	23
2.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von zahnärztlich verordneten Heilmitteln	27
2.3.1 Arbeits- und Bewertungsschritte: Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls	29
2.3.2 Arbeits- und Bewertungsschritte: Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs	34
2.3.3 Weitere Fragestellungen/Spezielle Begutachtungsaufträge/besondere Aspekte im Zusammenhang der Begutachtung von zahnärztlich verordneten Heilmitteln	38
2.3.3.1 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen nach § 7 und § 8 Heilmittel-RL ZÄ und gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit	38
2.3.3.2 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen nach § 7 und § 8 Heilmittel-RL ZÄ und gleichzeitige Begutachtung eines Hilfsmittels	39

2.3.3.3	Behandlung in Frühfördereinrichtungen/Sozialpädiatrischen Zentren/ sonderpädagogischen Einrichtungen	39
2.3.3.4	Begutachtung von vertragszahnärztlichen Heilmittelverordnungen und gleichzeitige Begutachtung einer vertragsärztlichen Heilmittelverordnung	40
2.3.3.5	Begutachtung von neuen Heilmitteln	40
2.3.4	Andere Fragestellungen	40
3	Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK	42
3.1	Fallbearbeitung und Fallauswahl bei der Krankenkasse	43
3.1.1	Genehmigung zahnärztlich verordneter Heilmittel außerhalb des Regelfalls	43
3.1.2	Anträge auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelverordnungen	43
3.2	Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK	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	Gutachten nach Aktenlage	47
4.2	Gutachten mit persönlicher Befunderhebung	47
4.3	Inhalte der Gutachten nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung	47
5	Vorgehen bei Einspruch/Widerspruch	50
6	Ergebnismitteilung	51
7	Anlagen	52
7.1	Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses	52
7.2	Vereinbarung über den Heilmittelvordruck	52
7.3	SFB Fallberatungsbogen (Beispiel)	53
7.4	Erläuterungen zur ICF und zum Behinderungsbegriff	55

1 Einleitung

Heilmittel nach § 32 SGB V sind gemäß § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V Bestandteil der Krankenbehandlung. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst der Begriff des Heilmittels persönlich zu erbringende medizinische Leistungen durch zugelassene Heilmittelerbringer. Gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ) sind dies die einzelnen Maßnahmen der

- Physiotherapie und Physikalischen Therapie sowie
- Sprech- und Sprachtherapie.

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 ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschritts (§ 1 Abs. 1 HeilM-RL ZÄ).

Die HeilM-RL ZÄ regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Sie gilt nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (§ 1 Abs. 3 HeilM-RL ZÄ). Es handelt sich um eine von der Heilmittel-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung unabhängige Richtlinie. Wesentliche Regelungen sind jedoch gleichlautend zur bestehenden vertragsärztlichen Richtlinie getroffen worden.

Mit der sozialmedizinischen Bewertung einer zahnärztlichen Heilmittelverordnung kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt werden. Im Vordergrund stehen dabei Fragen zu Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und Fragen nach der zahnärztlichen Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Heilmittelbedarf.

Gemäß der HeilM-RL ZÄ sind Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor Fortsetzung der Therapie der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen, sofern diese nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet hat (§ 7 Abs. 4 HeilM-RL ZÄ). 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.

Bei zahnärztlichen Indikationen entscheidet die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel genehmigt werden können. Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf der oder des Versicherten ergeben (§ 8 Abs. 1 HeilM-RL ZÄ).

Die Krankenkasse trifft die Entscheidung auf Grundlage des Antrages der oder des Versicherten, der Vorlage einer Kopie einer gültigen sowie gemäß § 12 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL ZÄ vollständig ausgefüllten Verordnung und - soweit erforderlich - unter Einbeziehung des MDK.

Aufgabe der Gutachterin/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. durch andere Maßnahmen zu erreichen ist (§ 9 Abs. 1 HeilM-RL ZÄ). Aufzuzeigen sind hierbei auch eigenverantwortliche Maßnahmen wie Eigenübungsprogramme, andere vertragszahnärztliche Leistungen sowie Arznei- und/oder Hilfsmittel. Seine Feststellungen teilt der MDK der Krankenkasse unter Beachtung der in § 32 Abs. 1a SGB V genannten Fristen 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. bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit).

Die Begutchtungsanleitung soll die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem MDK auf diesem Begutchtungsfeld regeln und eine einheitliche Begutchtung von Fragen zu zahnärztlich verordneten Heilmitteln in der MDK-Gemeinschaft gewährleisten.

In dieser Begutchtungsanleitung werden die Inhalte der Begutchtung sowie Art und Umfang der Instrumente dargestellt, die für eine Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkasse wesentlich sind. Zu nennen sind insbesondere

- rechtliche Rahmenbedingungen,
- wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutchtungsanlass,
- Kriterien und Maßstäbe der Begutchtung,
- organisatorische Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit,
- Verfahren der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB),
- Art und Inhalte der Gutachten sowie Dokumentationsanforderungen.

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung

Im Zusammenhang mit der Beratung der Krankenkassen und der Begutachtung von Heilmittelverordnungen durch den MDK sind verschiedene Rechtsgrundlagen zu beachten. Das sind u. a. die für die Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger geltenden Vorschriften, die vom G-BA verabschiedete HeilM-RL ZÄ einschließlich des Heilmittelkataloges 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 der Versicherten/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.

Der G-BA beschließt nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und § 92 Abs. 6 i. V. m. § 138 SGB V Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln.

Am 17. April 2014 hat der G-BA beschlossen, vertragszahnärztliche Spezifika für die Verordnung von Heilmitteln in einer eigenen Richtlinie mit einem eigenen Heilmittelkatalog für den vertragszahnärztlichen Sektor zu regeln. Am 15. Dezember 2016 wurde die Erstfassung der HeilM-RL ZÄ beschlossen. Sie trat am 01. Juli 2017 in Kraft.

Die Richtlinie regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Sie gilt nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Mit der sozialmedizinischen Bewertung einer Heilmittelverordnung kann der MDK beauftragt werden. Schwerpunkt der Begutachtung bilden dabei Fragen zu Verordnungen außerhalb des Regelfalles oder zu Anträgen auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs.

2.1.1 Versorgung mit zahnärztlich verordneten Heilmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung

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

- der Krankenbehandlung (§ 27 i. V. m. § 32 SGB V),
- der zahnärztlichen Behandlung (§ 28 i. V. m. § 32 SGB V),
- der kieferorthopädischen Behandlung (§ 29 i. V. m. § 32 SGB V),
- medizinischer Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 1, 2 und 4 SGB V),

- der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 und § 41 SGB V) und
- der vertragszahnärztlichen Leistungen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) genannt sind (§ 87 SGB V)
- der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass im Bereich der Zahnmedizin stationäre Behandlungen Ausnahmefälle darstellen, die in der Regel keine Maßnahmen eines Entlassmanagements, z. B. die Verordnung von Heilmitteln, erfordern. Der Gesetzgeber hat in § 39 Abs. 1 a SGB V festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) einen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement unter Berücksichtigung der Richtlinien des G-BA zu schließen haben. Die KZBV wurde von der Verpflichtung ausgenommen, so dass die Bestimmungen des § 39 Abs. 1 a SGB V auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Anwendung finden.

Der G-BA hat gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 6 SGB V eine eigenständige Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ) [Kapitel 2.1.2] beschlossen.

Für die Sicherstellung der zahnärztlichen Behandlung gelten dieselben gesetzlichen Regelungen wie für die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung. Die allgemeinen Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbart der GKV-Spitzenverband nach § 82 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 87 SGB V mit der KZBV im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z). Hierin ist in § 15 u.a. die Verordnung von Heilmitteln geregelt und festgelegt, dass diese auf den von den Krankenkassen zu liefernden Vordrucken zu erfolgen hat.

Für die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung haben der GKV-Spitzenverband und die KZBV auf Grundlage des § 87 Abs. 1 Satz 2 SGB V zum 01.07.2017 die Vereinbarung über einen eigenständigen Vordruck für eine zahnärztliche Heilmittelverordnung nebst Ausfüllhinweisen („Vereinbarung HM-Vordruck ZÄ“) getroffen.

Die HeilM-RL-ZÄ führt in § 12 Absatz 2 aus, dass in der Verordnung das Heilmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen ist und alle für die individuelle Therapie oder Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen sind. Des Weiteren wird in § 7 Absatz 4 zu Verordnungen außerhalb des Regelfalls ausgeführt, dass begründungspflichtige Verordnungen der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen sind. Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren, hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung. Der GKV-Spitzenverband stellt auf seiner Internetseite www.gkv-spitzenverband.de eine Übersicht zur Verfügung, welche Krankenkassen ein Genehmigungsverfahren für zahnärztliche Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls durchführen und welche nicht.

Vertragszahnärztlich 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, einschließlich der dazugehörigen Anlagen enthalten Regelungen u. a. 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 der Heilmittelerbringerin/des Heilmittelerbringers mit der verordnenden Vertragszahnärztin/dem verordnenden Vertragszahnarzt, 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 G-BA nicht ausgeschlossene Heilmittel sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Diese Leistungen sind nicht Gegenstand dieser Begutachtungsanleitung.

Die Verantwortung für die Indikationsstellung und die Art der Heilmitteltherapie liegen bei der verordnenden Vertragszahnärztin/dem verordnenden Vertragszahnarzt. Als Hilfeleistung einer nichtärztlichen Person dürfen Heilmittel nur dann erbracht werden, wenn sie ärztlich/zahnärztlich angeordnet und verantwortet sind (§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Diese Begutachtungsanleitung befasst sich mit den Heilmitteln, die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nach zahnärztlicher Verordnung von zugelassenen Heilmittelerbringern erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden, d. h. mit Heilmitteln, die Bestandteil der Krankenbehandlung sind.

2.1.2 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

Die HeilM-RL ZÄ gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil umfasst den Richtlinienentwurf, welcher die grundlegenden Voraussetzungen zur Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte regelt. Hierbei sind für die Definition der Heilmittel sowie deren Verordnung die §§ 2 und 3 der HeilM-RL ZÄ von Relevanz.

§ 2 Heilmittel

(1) ¹Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. ²Verordnungsfähige Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung sind die in den Abschnitten E und F genannten

- einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie (§§ 18-22),
- einzelnen Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie (§§ 23-25).

(2) ¹Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung dienen der Behandlung der krankheitsbedingten strukturellen/funktionellen Schädigungen des Mund- und Kieferbereichs. ²Zur Erreichung dieser Ziele können erforderlichenfalls auch die anatomisch direkt angrenzenden oder funktionell unmittelbar mit dem craniomandibulären System in Zusammenhang stehenden Strukturen, z. B. der Hilfsmuskulatur des craniomandibulären Systems oder der absteigenden Lymphbahnen, mitbehandelt werden. ³Die Ursache der strukturellen/funktionellen Schädigungen muss im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich liegen. ⁴Das Nähere ergibt sich aus dem indikationsbezogenen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Absatz 6 SGB V (im Folgenden Heilmittelkatalog ZÄ genannt).

(3) ¹Heilmittel sind nur nach Maßgabe dieser Richtlinie nach pflichtgemäßem Ermessen verordnungsfähig. ²Der Heilmittelkatalog ZÄ ist Bestandteil dieser Richtlinie. ³Näheres hierzu regelt §4. ⁴Andere Heilmittel dürfen nicht verordnet werden.

§ 3 Voraussetzungen der Verordnung

(1) ¹Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt voraus. ²Die Therapeutin oder der Therapeut ist an die Verordnung gebunden, es sei denn in der Richtlinie ist etwas anderes bestimmt.

(2) Heilmittel können 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.

(3) Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und unter Berücksichtigung der

individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt eine Heilmittelanwendung notwendig ist.

Den zweiten Teil bildet der Heilmittelkatalog. Hierin werden Indikationsgruppen den jeweils zahnärztlich verordnungsfähigen Heilmitteln zugeordnet. Es werden das Ziel der jeweiligen Therapie beschrieben sowie die Verordnungsmengen im Regelfall festgelegt.

2002 wurde zwischen der KZBV und den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen eine Übereinkunft getroffen, nach der Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte grundsätzlich berechtigt sind, Heilmittel zur Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu verordnen. Zu den verordnungsfähigen Heilmitteln gehörten gemäß dieser Übereinkunft physiotherapeutische und logopädische Maßnahmen. Im aktuellen Heilmittelkatalog ZÄ werden die verordnungsfähigen Maßnahmen der Physiotherapie und der Physikalischen Therapie sowie der Sprech- und Sprachtherapie konkretisiert und den einzelnen Indikationsgruppen zugeordnet.

2.1.2.1 Verordnungen innerhalb des Regelfalls

Die HeilM-RL ZÄ sieht Verordnungen im Regelfall und Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor.

Verordnungen im Regelfall (als Erst- und Folgeverordnungen) können nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden (§ 6 HeilM-RL ZÄ). Verordnungen im Regelfall werden den Krankenkassen nicht zur Genehmigung vorgelegt.

§ 6 Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung

(1) ¹Der Heilmittelverordnung nach der Richtlinie liegt in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges ZÄ ein definierter Regelfall zugrunde. ²Dieser Regelfall geht von der Vorstellung aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann.

(2) ¹Die Gesamtverordnungsmenge und die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog ZÄ. ²Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung oder der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.

(3) ¹Eine Heilmittelverordnung im Regelfall liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen den im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges ZÄ angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Verordnungsmengen je Indikationsgruppe nicht überschritten werden. ²Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Indikationsgruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungsvordrucke auszustellen sind. ³Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls sind bis auf die in der Richtlinie genannten Ausnahmen nicht zulässig.

(4) ¹Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von 12

Wochen abgelaufen ist. ²Sofern das behandlungsfreie Intervall nicht abgelaufen ist, ist gemäß der Ausnahmeregelung nach § 7 Absatz 1 und 2 zu verfahren.

(5) Die Heilmittel sind nach Maßgabe des Heilmittelkataloges ZÄ im Regelfall verordnungsfähig als:

- Erstverordnung oder
- Folgeverordnung.

(6) ¹Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalls) als Folgeverordnung. ²Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen.

(7) ¹Folgeverordnungen im Regelfall können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs ZÄ bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden. ²Sofern mehrere Heilmittel verordnet werden, ist die Verordnungsmenge des vorrangigen Heilmittels entscheidend für die Gesamtverordnungsmenge.

(8) ¹Folgeverordnungen sind nur zulässig, wenn sich die behandelnde Vertragszahnärztin oder der behandelnde Vertragszahnarzt zuvor erneut vom Zustand der Patientin oder des Patienten überzeugt hat. ²Bei der Entscheidung der Vertragszahnärztin bzw. des Vertragszahnarztes über Folgeverordnungen sind der bisherige Therapieverlauf sowie zwischenzeitlich erhobene Befunde zu berücksichtigen.

2.1.2.2 Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen (außerhalb des Regelfalls) möglich (§ 7 Abs. 1 bis Abs. 4 HeilM-RL ZÄ).

§ 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls

(1) ¹Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalls möglich. ²Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung auf der Verordnung. ³Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall mit Ausnahme der Gesamtverordnungsmenge je Regelfall und die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnung anzuwenden. ⁴Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine Überprüfung des Behandlungsfortschritts durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt 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 Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt störungsbildabhängig eine erneute Diagnostik durchzuführen, um auf der Basis

des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten.

(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 bei dem oder der Versicherten. ³Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren, hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung. ⁴Sie informiert hierüber die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

2.1.2.3 Langfristiger Heilmittelbedarf

Gemäß § 32 Abs. 1a SGB V ist in der Richtlinie des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf zu regeln.

§ 32 Heilmittel

...

(1a) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum 30. Juni 2016 in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. ²Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. ³Ist in der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge 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.

§ 8 HeilM-RL ZÄ regelt das Verfahren für die Versorgung von Versicherten mit einem langfristigem Heilmittelbedarf i. S. d. § 32 Abs. 1a SGB V bei zahnärztlichen Indikationen. Nach Satz 1 entscheidet die Krankenkasse jeweils im Einzelfall auf Antrag einer oder eines Versicherten, ob die auf Grundlage einer zahnärztlichen Begründung beantragten Heilmittel langfristig genehmigt werden können. Die HeilM-RL ZÄ enthält keine Anlage über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf.

§ 8 langfristiger Heilmittelbedarf

(1) ¹Die Krankenkasse entscheidet auf Antrag der oder des Versicherten darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können. ²Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf der oder des Versicherten ergeben.

(2) ¹Entscheidungen nach Absatz 1 trifft die Krankenkasse – soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Absatz 1 SGB V – auf der Grundlage - des Antrages der oder des Versicherten,

- der Kopie einer gültigen und gemäß § 12 Absatz 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes; die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten.

²Entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb von vier Wochen über den Antrag, gilt die Genehmigung als erteilt. ³Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen der Antragstellerin oder des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen. ⁴Die Genehmigung nach Absatz 3 kann unbefristet erfolgen. ⁵Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten. ⁶Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Diagnosegruppe/-gruppen angegeben werden.

(3) ¹Für Versicherte mit einem genehmigten langfristigen Heilmittelbedarf können die dauerhaft notwendigen Heilmittel als Verordnungen außerhalb des Regelfalls verordnet werden, ohne dass zuvor der in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges definierte Regelfall durchlaufen werden muss. ²Erforderliche Genehmigungen nach § 7 Absatz 4 gelten als erteilt.

2.1.3 Begutachtung

Die Begutachtung zu Fragen von zahnärztlich verordneten 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 § 7 HeilM-RL ZÄ vorgelegt werden, oder Anträge von Versicherten auf Genehmigung von langfristigen Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL ZÄ 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.

Aus den unter 2.1 dargestellten rechtlichen Grundlagen und den unter 2.2 genannten sozialmedizinisch relevanten Aspekten zum Begutachtungsanlass zahnärztlich verordneter Heilmittel ergeben sich die Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung. Diese sind von sozialmedizinischen Gutachterinnen und Gutachtern zu beachten, da sie die entscheidende Grundlage für die sachgerechte Begutachtung und sozialmedizinische Bewertung, sowohl in der sozialmedizinischen Fallberatung als auch der Begutachtung nach Aktenlage oder durch persönliche Befunderhebung, darstellen.

2.1.4 Zahnärztlich verordnete Heilmittel bei besonderen Ursachen/Abgrenzung der Zuständigkeiten

In § 5 Abs. 1 Satz 1 HeilM-RL ZÄ wird geregelt, dass Heilmittel nur verordnet werden dürfen, 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.

Die Verordnung von Heilmitteln bei Kindern zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist ausgeschlossen, wenn störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zu Lasten anderer Träger geboten sind. Gemäß § 5 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ dürfen Heilmittel 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.

2.1.4.1 Gesetzliche Unfallversicherung

Bei Unfällen und Krankheiten, für im Zusammenhang mit einer (ggf. früheren) versicherten beruflichen Tätigkeit stehen, kann ein Versicherungsfall in Form eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit der gesetzlichen Unfallversicherung vorliegen. Dieser begründet eine entsprechende Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers (Berufsgenossenschaft und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, wie z. B. Unfallkassen), 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, Ersthelferinnen/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.

Berufskrankheiten (BK) sind die in der Anlage der Berufskrankheiten-Verordnung (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 Anlage 1 der BKV 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 einer Berufskrankheit ist jede Zahnärztin/jeder Zahnarzt unverzüglich zur Meldung an die gesetzliche Unfallversicherung oder die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Stelle verpflichtet (§ 202 SGB VII).

Schädigende Einwirkungen und definierte Berufskrankheiten (siehe Anlage 1 der BKV) 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. Berufskrankheiten können durch einmalige (zeitlich begrenzt) oder wiederholte und länger dauernde schädigende Einwirkung entstehen. Dabei kann die schädigende Einwirkung auch durch eine länger zurückliegende berufliche Tätigkeit begründet sein, die zu der aktuellen Tätigkeit der/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) ein zeitlich begrenztes Einwirken von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis erleidet, welches einen Gesundheitsschaden oder den Tod zur Folge hat (§ 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 Arbeitsunfall sowie dem Arbeitsunfall und dem Gesundheitsschaden ist mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Der Unfallversicherungsträger führt im geeigneten Fall ein Heilverfahren mit entsprechenden Vorstellungspflichten für die Verletzte/den Verletzten durch (Durchgangsarztverfahren, Verletzungs- und Schwerstverletzungsartenverfahren).

Ist anzunehmen, dass bei einer/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 (§ 20c Abs. 1 Satz 3 SGB V).

2.1.4.2 Soziales Entschädigungsrecht

Fragen zur Abgrenzung der 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 eine Bürgerin/ein Bürger bei einer für den Staat erbrachten „Leistung“ erlitten hat (z. B. Kriegsbeschädigung als Soldatin oder Soldat) bzw. einer Bürgerin/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 sozialen 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)** – zur Versorgung der Opfer von Gewalttaten,
- das **Soldatenversorgungsgesetz (SVG)** – zur Versorgung von erlittenen Schäden bei ehemaligen Soldatinnen und Soldaten und Wehrdienstleistenden,
- das **Zivildienstgesetz (ZDG)** – zur Versorgung von erlittenen Schäden bei Zivildienstleistenden (ausgesetzt zum 01.07.2011),
- das **Gesetz über den Bundesfreiwilligendienst (BFDG)**
- das **Infektionsschutzgesetz (IfSG)** - zur Versorgung bei erlittenen Impfschäden
- das **Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG)** - zur 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 **Häftlingshilfegesetz (HHG)** - zur Versorgung von Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik in Gewahrsam genommen wurden,
- das **Strafrechtliche Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)** - zur Versorgung von Beschädigten infolge einer Freiheitsentziehung in der ehemaligen DDR,
- das **Verwaltungsrechtliche Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)** - zur 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 Allgemeinen Ortskrankenkassen erbracht. Die hierdurch entstandenen Aufwendungen werden vom zuständigen Bundesland erstattet.

2.1.4.3 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. Zudem haben versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 43b SGB V Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, wie psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen sowie die im Einzelfall erforderliche Koordinierung, wenn sie durch Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZE) gemäß § 119c SGB V erbracht werden, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen.

Bei Kindern können darüber hinaus nach Maßgabe des § 43a SGB V auch Leistungen der Frühförderung sowie pädagogische, heil-, sprachheil- und sonderpädagogische Maßnahmen zum Einsatz kommen. Diese werden zum Teil auch von ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten in der Physiotherapie sowie Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, meist im Rahmen eines Teams, erbracht, so dass sich hierbei Überschneidungen und Abgrenzungsschwierigkeiten zu Heilmittelleistungen der medizinischen Krankenbehandlung ergeben können. Näheres hierzu findet sich in der „Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV [2003]) bzw. den Rahmenvereinbarungen der einzelnen Länder. Die HeilM-RL ZÄ enthält diesbezüglich folgende Ausführungen:

§ 5 Verordnungsausschlüsse

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

(2) 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 (ab 01.01.2018)

§ 46 Früherkennung und Frühförderung

(1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 umfassen auch

- 1. die medizinischen Leistungen der fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen sowie*
- 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.

(2) ¹Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder umfassen weiterhin nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum. ²Die Leistungen sind erforderlich, wenn sie eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt erkennen helfen oder die eingetretene Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgleichen oder mildern.

(3) ¹Leistungen nach Absatz 1 werden in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 als Komplexleistung erbracht. ²Die Komplexleistung umfasst auch Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität. ³Maßnahmen zur Komplexleistung können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität ab Geburt bis zur Einschulung eines Kindes mit Behinderungen oder drohender Behinderung erfolgen.

(4) In den Landesrahmenvereinbarungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer wird Folgendes geregelt:

- 1. die Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrische Zentren zu Mindeststandards, Berufsgruppen, Personalausstattung, sachlicher und räumlicher Ausstattung,*
- 1. die Dokumentation und Qualitätssicherung,*
- 2. der Ort der Leistungserbringung sowie*
- 3. die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte für die als Komplexleistung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung.*

(5) ¹Die Rehabilitationsträger schließen Vereinbarungen über die pauschalierte Aufteilung der nach Absatz 4 Nummer 4 vereinbarten Entgelte für Komplexleistungen auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder. ²Regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt. ³Der Anteil der Entgelte, der auf die für die Leistungen nach § 6 der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung jeweils zuständigen Träger entfällt, darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen oder in nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum 65 Prozent und in sozialpädiatrischen Zentren 20 Prozent nicht überschreiten. ⁴Landesrecht kann andere als pauschale Abrechnungen vorsehen.

(6) Kommen Landesrahmenvereinbarungen nach Absatz 4 bis zum 31. Juli 2019 nicht zustande, sollen die Landesregierungen Regelungen durch Rechtsverordnung entsprechend Absatz 4 Nummer 1 bis 3 treffen.

§ 76 Leistungen zur Sozialen Teilhabe

(1) ¹Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, soweit sie nicht nach den Kapiteln 9 bis 12 erbracht werden. ²Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen. ³Maßgeblich sind die Ermittlungen und Feststellungen nach den Kapiteln 3 und 4.

(2) Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind insbesondere

- 1. Leistungen für Wohnraum,*
- 2. Assistenzleistungen,*
- 3. heilpädagogische Leistungen,*
- 4. Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie,*
- 5. Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,*
- 6. Leistungen zur Förderung der Verständigung,*
- 7. Leistungen zur Mobilität und*
- 8. Hilfsmittel.*

Die Ausgestaltung der einzelnen Teilhabeleistungen ist in den §§ 77 ff. SGB IX näher ausgeführt.

SGB XII Sozialhilfe (ab 01.01.2018 bis 31.12.2019)

§ 54¹ Leistungen der Eingliederungshilfe

(1) ¹Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach § 140 und neben den Leistungen nach den §§ 26 und 55 des Neunten Buches in der am 31. Dezember 2017 geltenden Fassung 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.*

²Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

(2) Erhalten behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen in einer stationären Einrichtung Leistungen der Eingliederungshilfe, können ihnen oder ihren Angehörigen zum gegenseitigen Besuch Beihilfen geleistet werden, soweit es im Einzelfall erforderlich ist.

(3) ¹Eine Leistung der Eingliederungshilfe ist auch die Hilfe für die Betreuung in einer Pflegefamilie, soweit eine geeignete Pflegeperson Kinder und Jugendliche über Tag und Nacht in ihrem Haushalt versorgt und dadurch der Aufenthalt in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe vermieden oder beendet werden kann. ²Die Pflegeperson bedarf einer Erlaubnis nach § 44 des Achten Buches. ³Diese Regelung tritt am 31. Dezember 2018 außer Kraft.

¹§ 54 Abs. 3 angef. mWv 5. 8. 2009 durch G v. 30. 7. 2009 (BGBl. I S. 2495); Abs. 3 Satz 3 geänd. mWv 3. 12. 2013 durch G v. 29. 8. 2013 (BGBl. I S. 3464); Abs. 1 Satz 1 einl. Satzteil geänd. mWv 1. 1. 2018 durch G v. 23. 12. 2016 (BGBl. I S. 3234).

2.2 Zahnärztlich verordnete Heilmittel – sozialmedizinische Aspekte

Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt voraus.

Die Indikationsstellung zur Veranlassung einer Heilmitteltherapie hat die 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 7.4).

Die Vertragszahnärztin/der Vertragszahnarzt hat auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels eine erforderliche Heilmitteltherapie einzuleiten.

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:

Die oder der Versicherte muss therapiefähig sein. Dies betrifft insbesondere die körperliche, geistige und seelische Verfassung der Patientin/des Patienten. Vor allem eine längerfristige Behandlung außerhalb des Regelfalls erfordert eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit der/des Versicherten für die Heilmitteltherapie.

Therapieprognose:

Die Therapieprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Therapieziels. Durch eine geeignete Heilmittelanwendung sollte in einem bestimmten Zeitraum unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkrankungen und des bisherigen Therapieverlaufs sowie der Motivation der/des Versicherten eine positive Beeinflussung der Funktionsfähigkeit zu erwarten sein. Eine positive Therapieprognose liegt auch dann vor, wenn durch die Heilmittelanwendung eine Zunahme bzw. Verschlechterung der vorliegenden Schädigungen der Körperfunktion- und Struktur und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten vermieden wird.

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 entgegengewirkt werden kann. Dabei sind auch die persönlichen Ressourcen der/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, ist die Therapie so auszurichten, dass nur ein Minimum an Restschäden und Funktionsstörungen verbleibt („restitutio ad optimum“). Möglichst frühzeitig sind alltagsrelevante Beeinträchtigungen zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, so dass die oder 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 (und idealerweise überprüfbares) Therapieziel zu formulieren, das sich an den Grundbedürfnissen und Alltagsanforderungen der/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. der Krankheitsbeschwerden bzw. Schwächung der Gesundheit oder der Gesundheitsgefährdung erreicht werden kann.

Verordnungen im Regelfall

In den meisten Fällen besteht ein vorübergehender Bedarf einer Heilmitteltherapie. Hierzu bestimmt der Heilmittelkatalog eine Verordnungsmenge im Regelfall, mit der das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann (§ 6 Abs. 1 HeilM-RL ZÄ). Die tatsächlich notwendige Verordnungsmenge ist individuell festzulegen – nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der im Heilmittelkatalog angeführten Gesamtverordnungsmenge (§ 6 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ).

Verordnung nach behandlungsfreiem Intervall

Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als neuen Regelfall auslösen, wenn nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen abgelaufen ist. (§ 6 Abs. 4 HeilM-RL ZÄ). Auch dann sind die individuellen Gegebenheiten der/des Versicherten und des Krankheitsbildes zu beachten. Hierbei handelt es sich um eine Verordnung von Heilmitteln in einem neuen Regelfall.

Von Verordnungen innerhalb eines Regelfalls ist auch dann auszugehen, wenn ein Rezidiv oder eine neue Erkrankungsphase nach einem behandlungsfreien Intervall von 12 Wochen bzw. zeitgleich mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosegruppe eine Heilmitteltherapie erforderlich machen (§ 6 Abs. 3 HeilM-RL ZÄ).

Verordnung außerhalb des Regelfalls

Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen als Verordnungen außerhalb des Regelfalls möglich (§ 7 HeilM-RL ZÄ). Diese müssen von der verordnenden Vertragszahnärztin/vom verordnenden Vertragszahnarzt auf dem Verordnungsvordruck mit einer besonderen Begründung einschließlich einer prognostischen Einschätzung versehen werden (§ 7 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL ZÄ). Begründungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse vor Fortführung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen (§ 7 Abs. 4 Satz 1 HeilM-RL ZÄ). Die Krankenkasse kann auf die Durchführung dieses Genehmigungsverfahrens verzichten. In § 7 Abs. 4 Satz 4 HeilM-RL ZÄ ist festgelegt, dass die Krankenkasse die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen über den Verzicht auf ein Genehmigungsverfahren zu informieren hat. Der GKV-Spitzenverband stellt auf seiner Internetseite www.gkv-spitzenverband.de eine Übersicht zur Verfügung, welche Krankenkassen ein Genehmigungsverfahren für zahnärztliche Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls durchführen und welche nicht.

Langfristiger Heilmittelbedarf

Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben (§ 8 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL ZÄ).

Entscheidungen nach § 8 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ trifft die Krankenkasse – soweit erforderlich unter Einbeziehung des MDK - auf der Grundlage

- des Antrages der oder des Versicherten,
- der Kopie einer gültigen und gemäß § 12 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL ZÄ vollständig ausgefüllten Verordnung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes; die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten.

Die Genehmigung nach § 8 Absatz 2 kann unbefristet erfolgen. Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber 1 Jahr nicht unterschreiten.

In § 8 Abs. 3 HeilM-RL ZÄ ist festgelegt, dass Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf den Regelfall nicht durchlaufen müssen.

Ort der Leistungserbringung

Die Behandlung der Versicherten erfolgt in der Regel in der Praxis des Heilmittelerbringers, da zur Durchführung der Behandlung neben der Anwesenheit der Therapeutin/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 zahnärztlich verordneten Heilmitteltherapie. Eine zahnärztliche Verordnung für einen Hausbesuch zur Durchführung der Behandlung in der Wohnung der Patientin/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 der Patientin/des Patienten kann sich aus verschiedenen medizinischen Gründen ergeben. Ein wesentlicher Grund ist die medizinisch bedingte Immobilität, d. h. die/der Versicherte ist (noch) nicht in der Lage, die Praxis der Therapeutin/des Therapeuten aufzusuchen.

Gemäß § 10 HeilM-RL ZÄ können aus medizinischen Gründen Heilmittelleistungen auch außerhalb der Praxis des Heilmittelerbringers erbracht werden. Bei von Behinderung betroffenen Kindern und Jugendlichen können medizinisch notwendige Heilmittelbehandlungen auch in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung durchgeführt werden.

§ 10 Ort der Leistungserbringung

(1) ¹Heilmittel können, sofern nichts anderes bestimmt ist,

- als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder
- als Behandlung in der häuslichen Umgebung als medizinisch notwendiger Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2 verordnet werden. ²Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch 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. ³Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.

(2) ¹Ohne Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung (tagesstrukturierte Fördereinrichtung) untergebracht sind, soweit § 5 Absatz 2 dem nicht entgegensteht. ²Voraussetzung ist, dass sich aus der zahnärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen 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.

Auswahl der Heilmittel

Die Zuordnung der jeweils verordnungsfähigen Heilmittel zu Indikationen wird im Heilmittelkatalog ZÄ vorgenommen. Die Auswahl der Heilmittel und die Verordnungsmöglichkeit mehrerer Heilmittel wird in § 11 HeilM-RL ZÄ geregelt. Grundsätzlich ist das im Heilmittelkatalog aufgeführte vorrangige Heilmittel zu verordnen. In der Physiotherapie und der physikalischen Therapie kann, falls medizinisch erforderlich, zu einem vorrangigen Heilmittel nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes ergänzendes Heilmittel verordnet werden (d.h. maximal zwei Heilmittel je Verordnung).

Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie/-stimulation auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.

Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie sowie Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. Werden Heilmittel aus verschiedenen Abschnitten (Indikationsgruppen) des Heilmittelkatalogs verordnet, ist für jede Verordnung je ein Ordnungsvordruck zu verwenden.

2.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von zahnärztlich verordneten Heilmitteln

Bei der Begutachtung hat der MDK zu beurteilen, ob

- die Verordnung den medizinischen Vorgaben der HeilM-RL ZÄ entspricht,
- die verordneten Heilmittel nach Art und Umfang ausreichend, zweckmäßig und notwendig sind, um das angestrebte Behandlungsziel zu erzielen,
- andere Maßnahmen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten erforderlich bzw.
- ggf. weitere Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wie z. B. eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten, andere vertragszahnärztliche Maßnahmen oder die Verordnung eines Arzneimittels angezeigt sind.

Die Vertragszahnärztin/der Vertragszahnarzt hat auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Verordnung der Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten.

Auch bei der sozialmedizinischen Bewertung und Begutachtung sind diese Kernkriterien zu beachten.

Aufgabe der MDK-Gutachterin/des MDK-Gutachters im Rahmen der Genehmigung nach § 7 HeilM-RL ZÄ 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 der MDK-Gutachterin/des MDK-Gutachters im Rahmen der Bewertung eines Antrages nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL ZÄ ist es, zu prüfen, ob die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten einen langfristigen Heilmittelbedarf ergibt.

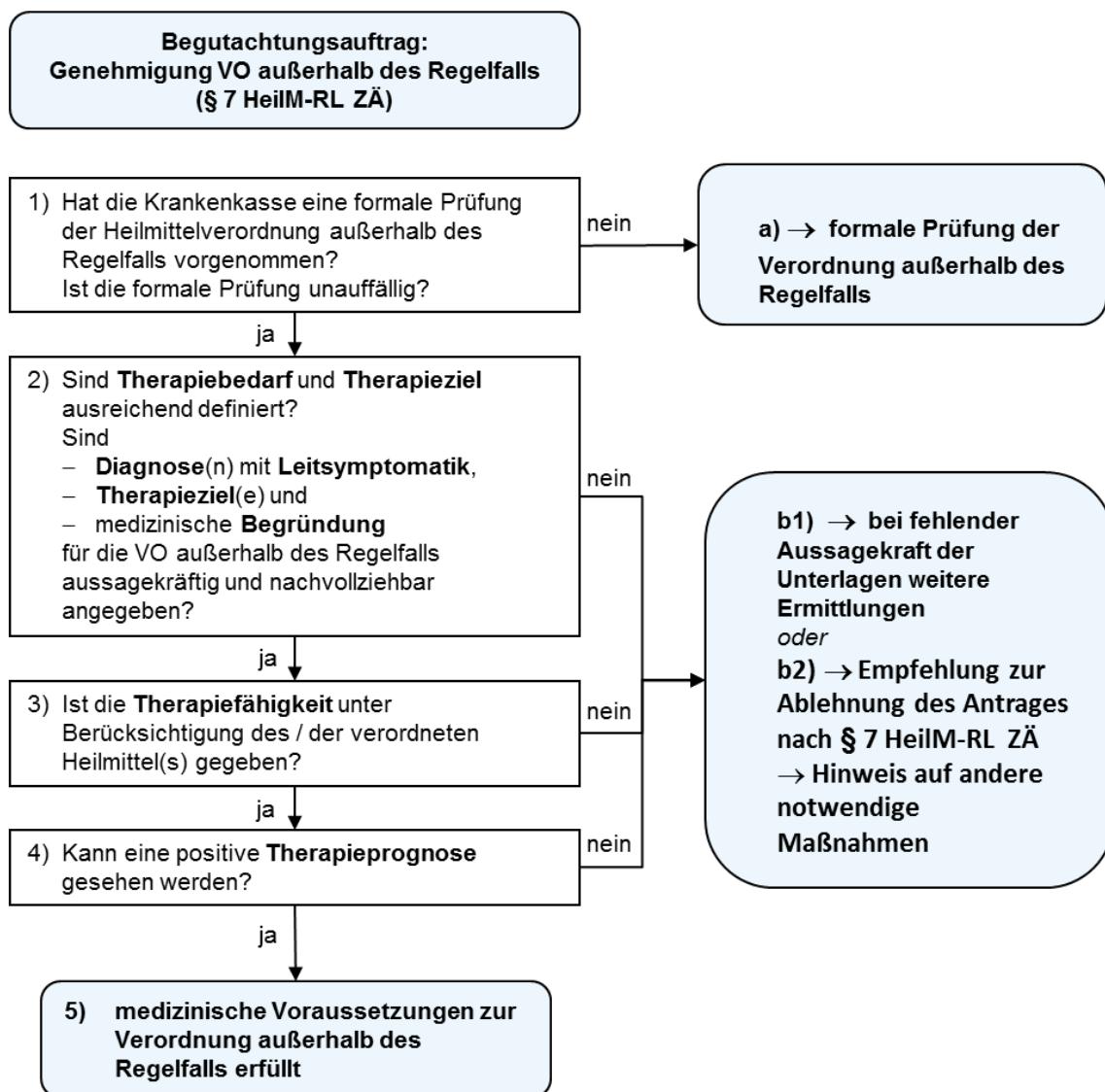
Der nachvollziehbare Therapiebedarf in dem ordnungsfähigen Umfang ist medizinisch zu bewerten und der Krankenkasse eine für den Einzelfall umsetzbare Empfehlung zu geben.

Die MDK-Gutachterin/der MDK-Gutachter muss beachten, dass gemäß § 8 HeilM-RL ZÄ für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf die dauerhaft notwendigen Heilmittel als Verordnungen außerhalb des Regelfalles verordnet werden können, ohne dass zuvor der in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkatalogs definierte Regelfall durchlaufen werden muss.

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 der Antragstellerin/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 Begutchtungsanlass und dem zur Bearbeitung gewählten Begutchtungsprodukt. Es ist nicht erforderlich, jeden einzelnen Arbeits- und Bewertungsschritt im Gutachten zu dokumentieren. Näheres zum notwendigen Dokumentationsumfang ergibt sich je nach Art der Begutchtung 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 § 12 HeilM-RL ZÄ „Verordnungsvordruck“. Zu prüfen ist insbesondere, ob die Verordnung die Angaben nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks enthält:

- a. Angaben zur Krankenkasse, zur oder zum Versicherten und zur Vertragszahnärztin oder zum Vertragszahnarzt nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks,
- b. die Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls),
- c. Hausbesuch (ja oder nein),
- d. Therapiebericht (ja oder nein),
- e. gegebenenfalls der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von §14 notwendig,
- f. die Verordnungsmenge,
- g. das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ,
- h. die Frequenzangabe,
- i. die Therapiedauer (bei Manueller Lymphdrainage 30 oder 45 Minuten und bei Sprech- und Sprachtherapie 30, 45 oder 60 Minuten),
- j. der vollständige Indikationsschlüssel (Diagnosengruppe und gegebenenfalls Leitsymptomatik, z. B. SPZ oder CD1a),
- k. die therapierelevante(n) Diagnose(n), ergänzende Hinweise (z. B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen) sowie gegebenenfalls die Therapieziele, falls sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben,
- l. bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls oder langfristiger Heilmittelbedarf die medizinische Begründung.

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 cursorisch festzustellen, ob die vorgelegten Unterlagen zur weiteren inhaltlichen Bearbeitung ausreichend sind. Liegt eine unvollständig ausgefüllte Verordnung vor oder fehlen wichtige Angaben, sind die Unterlagen der Krankenkasse zurück zu geben. Sofern weitere medizinische Unterlagen erforderlich sind, z. B. Zahnarztberichte, sind diese, unter Beachtung der geltenden

Bestimmungen des Datenschutzes und der jeweils gültigen Regelungen innerhalb der MDK-Gemeinschaft und der GKV anzufordern.

Die Notwendigkeit einer Verordnung außerhalb des Regelfalls muss sich aus der zahnärztlichen Begründung unter Beachtung der Kriterien Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel ergeben (§ 7 HeilM-RL ZÄ).

Im nächsten Schritt muss dann gutachtlich bewertet werden, ob im Rahmen der festgestellten Schädigungen und Beeinträchtigungen die Notwendigkeit einer Heilmitteltherapie besteht und falls ja, in welcher Form. Dabei ist das auf der Verordnungskopie angegebene Heilmittel zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob und welche Therapieziele angegeben sind und ob sich diese in Verbindung mit den Schädigungen und Beeinträchtigungen bringen lassen.

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

Sofern zusätzliche Erkenntnisse/Befunde aus der klinischen/apparativen Diagnostik (z. B. aus weiteren von der Krankenkasse vorgelegten Unterlagen/Berichten) vorliegen, sind diese zunächst daraufhin 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 zahnärztlichen 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. In der Regel sind schwere bzw. mehrere sich ggf. überlagernde Schädigungen Anlass für die VO außerhalb des Regelfalls.

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

Die Therapiefähigkeit hängt von den funktionellen und strukturellen Schädigungen ab und bezieht sich auf das jeweilige Heilmittel.

Die ambulante Behandlung mit Heilmitteln setzt eine gewisse Belastbarkeit der oder des Versicherten voraus. So stellt sich auch die Frage, ob die oder der Versicherte die Praxis des Heilmittelerbringers erreichen kann. Bei einer Heilmittelbehandlung als Hausbesuch ist zu klären, ob eine Therapie aus medizinischen Gründen zu Hause durchgeführt werden muss (§ 10 HeilM-RL ZÄ).

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 auf Basis der Schädigung, des bisherigen Verlaufs unter der erfolgten Therapie (Art, Umfang) und der Kontextfaktoren, u. a. hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird. Dabei ist auch die Motivation bzw. die Motivierbarkeit der oder des Versicherten zu berücksichtigen.

Legende zu b1): Bei fehlender Aussagekraft der Unterlagen weitere Ermittlungen

Ergibt sich bei der inhaltlichen Prüfung der Schritte 2) bis 4), dass aufgrund nicht aussagekräftiger Unterlagen keine sozialmedizinisch abschließende Empfehlung getroffen werden kann, sind weitere Ermittlungen erforderlich.

Legende zu b2): Medizinische Voraussetzungen zur Verordnung außerhalb des Regelfalls nach § 7 HeilM-RL ZÄ nicht erfüllt und Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen

- **Medizinische Voraussetzungen zur Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht erfüllt**

Dies kann mehrere Gründe haben:

- Eine (weitere) Behandlung mit zahnärztlich verordneten 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.
- Eine Behandlung mit zahnärztlich verordneten Heilmitteln ist erforderlich, allerdings mit anderen als den verordneten 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.
- Eine Behandlung mit zahnärztlich verordneten 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.

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

Bei entsprechender Ausprägung der Erkrankung kann unter Berücksichtigung

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

- des bisherigen Verlaufs und
- des Behandlungskonzeptes der behandelnden Zahnärztin/des behandelnden Zahnarztes und der Therapeutinnen und Therapeuten

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

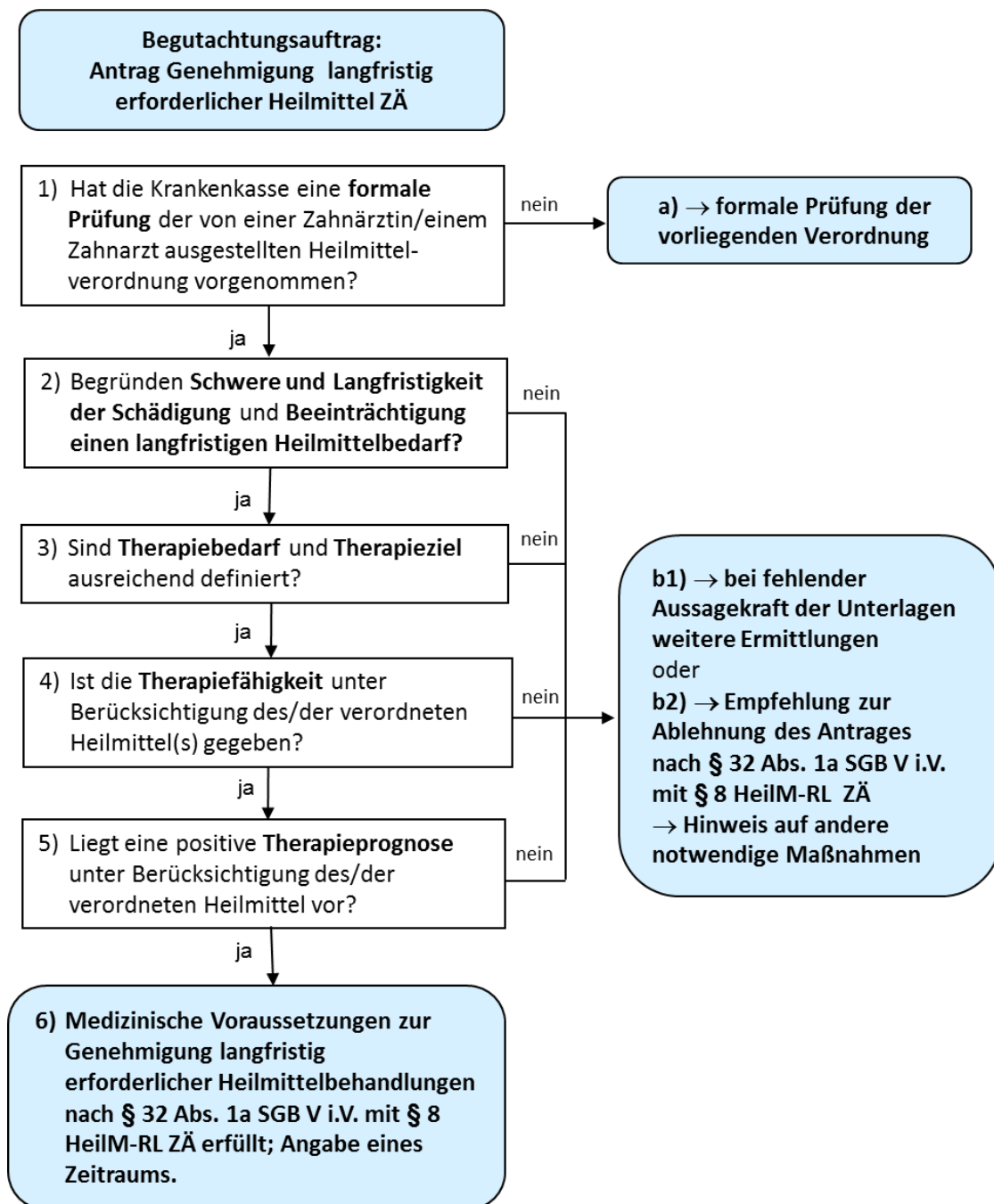
Der MDK äußert sich zu der konkret vorliegenden Verordnung außerhalb des Regelfalls. Soweit erforderlich, kann eine Empfehlung zur Frequenz gegeben werden.

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 sechs oder neun 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 § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL ZÄ gleichzusetzen.

Bei Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls gilt, dass die behandelnde Zahnärztin oder der behandelnde Zahnarzt die oder 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 der oder des Versicherten anpasst (z. B. Wechsel des Indikationsschlüssels, Anpassung der Therapiefrequenz und -dauer, ggf. auch Verordnung von Heilmitteln aus einer anderen Indikationsgruppe).

2.3.2 Arbeits- und Bewertungsschritte: Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs



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?**

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.

Legende zu a): **Formale Prüfung der vorliegenden Verordnung**

Die Prüfung der Verordnung erfolgt unter Beachtung des § 12 HeilM-RL ZÄ „Verordnungsvordruck“. Zu prüfen ist insbesondere, ob die Verordnung die Angaben nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks enthält:

- a. Angaben zur Krankenkasse, zur oder zum Versicherten und zur Vertragszahnärztin oder zum Vertragszahnarzt nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks,
- b. die Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls),
- c. Hausbesuch (ja oder nein),
- d. Therapiebericht (ja oder nein),
- e. gegebenenfalls der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von §14 notwendig,
- f. die Verordnungsmenge,
- g. das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ,
- h. die Frequenzangabe,
- i. die Therapiedauer (bei Manueller Lymphdrainage 30 oder 45 Minuten und bei Sprech- und Sprachtherapie 30, 45 oder 60 Minuten),
- j. der vollständige Indikationsschlüssel (Diagnosengruppe und gegebenenfalls Leitsymptomatik, z. B. SPZ oder CD1a),
- k. die therapierelevante(n) Diagnose(n), ergänzende Hinweise (z. B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen) sowie gegebenenfalls die Therapieziele, falls sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben,
- l. bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls oder langfristiger Heilmittelbedarf die medizinische Begründung.

Legende zu 2): **Ergibt sich aus Schwere und Langfristigkeit der Schädigung und der Beeinträchtigung der Aktivitäten ein langfristiger Heilmittelbedarf?**

Dies bedeutet im Einzelfall:

- Indikationsgruppe und Leitsymptomatik aus dem Heilmittelkatalog müssen benannt sein.
- Aus dem Antrag bzw. aus der Verordnungskopie müssen sowohl die Schwere als auch die Langfristigkeit der Schädigungen hervorgehen.
- Sowohl die Schwere als auch die Langfristigkeit der konkreten Schädigungen und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten müssen einen langfristigen Heilmittelbedarf begründen.

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 zahnärztlichen Begründung der vorliegenden Verordnung ergeben. Die Krankenkasse kann diese ggf. aus Leistungsdaten, beispielsweise zu Krankenhausbehandlungen oder Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen, nachvollziehen. Die oder der Versicherte kann ihren oder 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. Allerdings kann auch bei Folgen einer akuten Erkrankung prognostisch absehbar sein, dass ein langfristiger Therapiebedarf besteht.

Legende zu 3): Sind Therapiebedarf und Therapieziel ausreichend definiert?

Die Notwendigkeit der vorliegenden Verordnung muss sich aus der zahnärztlichen Begründung unter Beachtung der Kriterien Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel ergeben (§ 8 HeilM-RL ZÄ). In diesem Schritt muss dann gutachterlich bewertet werden, ob im Rahmen der festgestellten Schädigungen und Beeinträchtigungen die Notwendigkeit von Heilmitteltherapie besteht und falls ja, in welcher Form. Dabei ist das auf der Verordnungskopie angegebene Heilmittel zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob und welche Therapieziele angegeben sind und ob sich diese in Verbindung mit den Schädigungen und Beeinträchtigungen bringen lassen (Die Prüfung, ob die Therapieziele realistisch sind, erfolgt im Zusammenhang mit der Therapieprognose).

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 zahnärztlichen Begründung zur Verordnung ergeben.

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

Die Therapiefähigkeit hängt von den funktionellen und strukturellen Schädigungen ab und bezieht sich auf das jeweilige Heilmittel.

Die ambulante Behandlung mit Heilmitteln setzt eine gewisse Belastbarkeit der/des Versicherten voraus. So stellt sich auch die Frage, ob die/der Versicherte die Praxis des Heilmittelerbringers erreichen kann. Bei einer Heilmittelbehandlung als Hausbesuch ist zu klären, ob eine Therapie aus medizinischen Gründen zu Hause durchgeführt werden muss (§ 10 HeilM-RL ZÄ).

Legende zu 5): Liegt eine positive Therapieprognose unter Berücksichtigung des/der verordneten Heilmittel(s) 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 die Motivation bzw. die Motivierbarkeit der Versicherten/des Versicherten zu berücksichtigen. Auch die Vermeidung einer Verschlechterung der bestehenden Schädigungen bzw. der Beeinträchtigungen ist prognostisch positiv einzuschätzen.

Legende zu b1): Bei fehlender Aussagekraft der Unterlagen weitere Ermittlungen

Ergibt sich bei der inhaltlichen Prüfung, dass aufgrund nicht aussagekräftiger Unterlagen keine abschließende sozialmedizinische Empfehlung getroffen werden kann, sind weitere Ermittlungen erforderlich.

Legende zu b2): Empfehlung zur Ablehnung des Antrages nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL ZÄ

→ Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen

- **Medizinische Voraussetzungen zur Genehmigung nach § 8 HeilM-RL ZÄ nicht erfüllt**

Die medizinischen Voraussetzungen zur Genehmigung können aus unterschiedlichen Gründen nicht erfüllt sein:

- Die beschriebene Schädigung bedingt hinsichtlich ihrer Schwere und Langfristigkeit keinen langfristigen Heilmittelbedarf.
- Es besteht zwar eine schwere Schädigung, eine Langfristigkeit kann jedoch nicht bestätigt werden.
- Es besteht eine schwere und langfristige Schädigung, aber ein langfristiger Heilmittelbedarf wird nicht bestätigt aufgrund
 - fehlender Therapiebedürftigkeit oder
 - fehlender Therapiefähigkeit oder

- nicht erreichbarer Therapieziele bzw. einer negativen Therapieprognose.
- **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 HeilM-RL ZÄ können dennoch die Voraussetzungen für eine weitere (kurzfristige) Heilmitteltherapie gemäß § 7 HeilM-RL ZÄ 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. In jedem Fall ist eine Abwägung hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird.

Legende zu 6: Medizinische Voraussetzungen zur Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL ZÄ 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 HeilM-RL ZÄ gegeben.

Eine positive Empfehlung kann auch einen längeren Zeitraum als 12 Monate umfassen oder zeitlich unbefristet sein.

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

2.3.3.1 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen nach § 7 und § 8 Heilmittel-RL ZÄ und gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit

In Fällen mit längerdauernder Arbeitsunfähigkeit und der Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls oder bei Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs 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 bei Fragen zur Arbeitsunfähigkeit 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) sowie die Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit zu beachten.

2.3.3.2 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen nach § 7 und § 8 Heilmittel-RL ZÄ 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 oder bei Antrag auf langfristige Genehmigung eines Heilmittelbedarfs notwendig, kann die Prüfung der Heilmittelverordnung mit einer Begutachtung des Erfordernisses des Hilfsmittels kombiniert werden.

Zahnärzte sind nicht vom Anwendungsbereich der Hilfsmittel-Richtlinie umfasst. Der § 33 SGB V sieht für Hilfsmittel jedoch keine Einschränkungen vor, die Zahnärztinnen und Zahnärzte von der Verordnung ausschließen.

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.

2.3.3.3 Behandlung in Frühfördereinrichtungen/Sozialpädiatrischen Zentren/sonderpädagogischen Einrichtungen

Heilmittel dürfen gemäß § 5 Abs. 1 und Abs. 2 HeilM-RL ZÄ 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 (z. B. geschlossene Landesrahmenvereinbarungen zur Frühförderverordnung - FrühV).

Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach § 46 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 Frühfördereinrichtungen oder Sozialpädiatrischen Zentren zusätzlich eine Heilmitteltherapie zur Krankenbehandlung erforderlich ist,
- statt der Fortführung der Heilmitteltherapie eine Vorstellung bzw. Behandlung in Frühfördereinrichtungen oder Sozialpädiatrischen Zentren notwendig ist.

2.3.3.4 Begutachtung von vertragszahnärztlichen Heilmittelverordnungen und gleichzeitige Begutachtung einer vertragsärztlichen Heilmittelverordnung

Wird bei der Krankenkasse ein Antrag auf langfristige Genehmigung eines vertragsärztlich verordneten Heilmittels gestellt und ist der Krankenkasse gleichzeitig bekannt, dass ein Antrag auf langfristige Genehmigung eines vertragszahnärztlich verordneten Heilmittels vorliegt, kann der MDK mit der Prüfung beider Anträge beauftragt werden. Für die Bewertung müssen zwingend die jeweiligen Heilmittel-Richtlinien sowie die jeweiligen Begutchtungsanleitungen beachtet werden. Gleiches gilt bei Begutchtungsufträgen für Verordnungen außerhalb des Regelfalls nach § 7 HeilM-RL Zahnärzte bzw. § 8 HeilM-RL Ärzte.

2.3.3.5 Begutachtung von neuen Heilmitteln

Nach § 2 Abs. 3 HeilM-RL ZÄ sind Heilmittel nur nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnungsfähig. Dies sind Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie sowie Maßnahmen der Sprech – und Sprachtherapie. Die HeilM-RL ZÄ umfasst keine Maßnahmen der Stimmtherapie, der Ergotherapie, der Podologie und der Ernährungstherapie. Der Heilmittelkatalog ZÄ ist Bestandteil der zahnärztlichen Heilmittel-Richtlinie. Andere Heilmittel als die dort genannten dürfen nicht verordnet werden. Gemäß § 138 SGB V dürfen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte neue Heilmittel nur verordnen, wenn der G-BA zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Dies gilt gleichermaßen auch für die vertragszahnärztliche Versorgung.

Nach Verfahrensordnung des G-BA können als „neue“ Heilmittel nur Maßnahmen gelten, die

- a. nach HeilM-RL ZÄ nicht verordnungsfähig sind oder
- b. für bestimmte zahnärztliche Indikationen bereits nach HeilM-RL ZÄ verordnet werden können, deren Indikationsbereiche oder die Art ihrer Erbringung aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren haben.

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 Begutchtungsanleitung „Außervertragliche Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)“.

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“ der Heilmittel-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet wurde. Im Weiteren ist der Begutchtungsanleitung NUB zu folgen.

2.3.4 Andere Fragestellungen

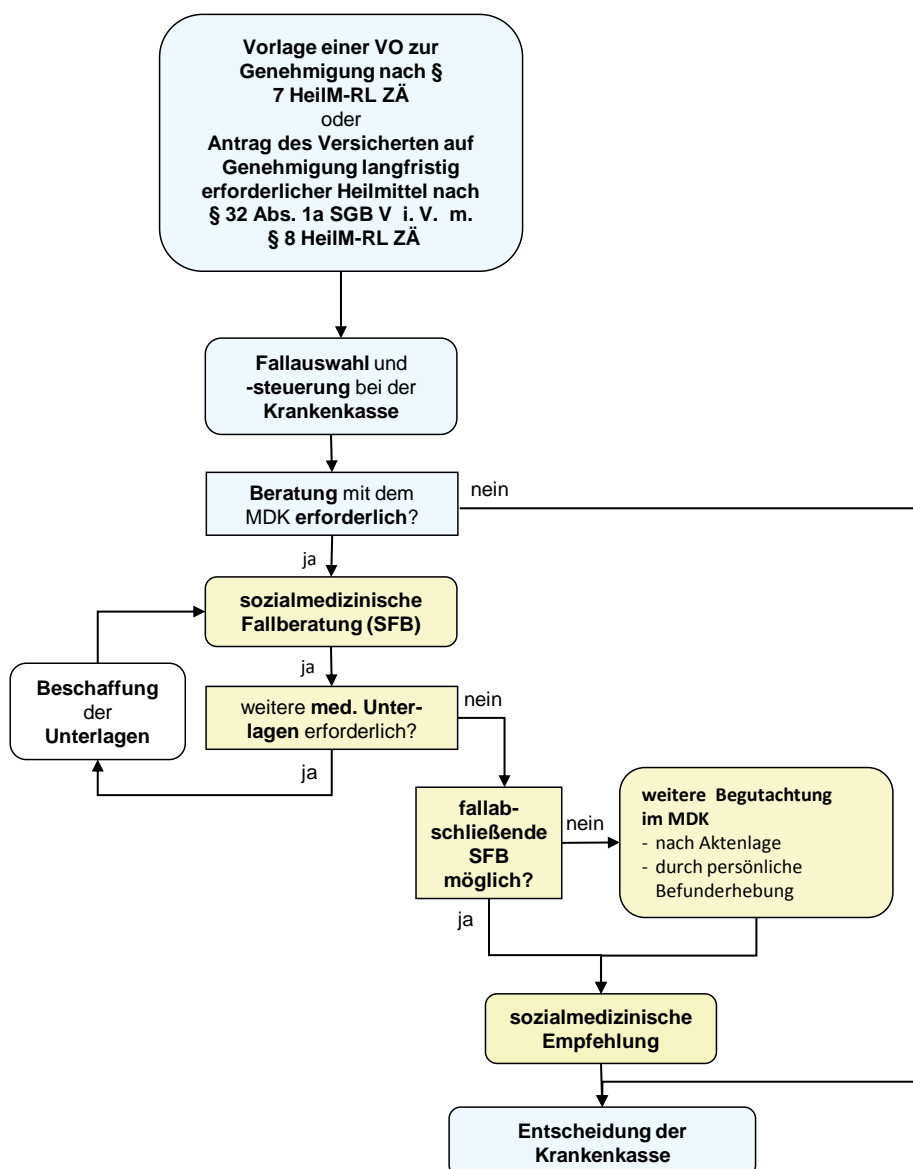
Neben den hier angesprochenen Beratungs- und Begutchtungsfeldern gibt es auch andere individuelle Fragestellungen der Krankenkassen zu Einzelfällen (z. B. Fragen zu Kostenerstattungen

nach § 13 Abs. 3 SGB V). Das gutachterliche Vorgehen orientiert sich dann an der jeweiligen Fragestellung.

3 Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK

Bei Begutachtungsfragen zu Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls (Genehmigung von Verordnungen nach § 7 HeilM-RL ZÄ) und Anträgen auf langfristige Genehmigung nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL ZÄ 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 und Fallauswahl bei der Krankenkasse

3.1.1 Genehmigung zahnärztlich verordneter Heilmittel außerhalb des Regelfalls

Gemäß § 7 Abs. 4 HeilM-RL-ZÄ 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 § 7 Abs. 4 HeilM-RL-ZÄ. 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 Heilmittelverordnungen

Jede Versicherte/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. In § 8 Abs. 1 HeilM-RL-ZÄ ist festgelegt: „Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf der oder des Versicherten ergeben.“

In § 8 Abs. 2 HeilM-RL-ZÄ heißt es: „Entscheidungen nach Absatz 1 trifft die Krankenkasse – soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Absatz 1 SGB V – auf der Grundlage

- des Antrags der oder des Versicherten,
- der Kopie einer gültigen und gemäß § 12 Absatz 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes; die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten.“

Neben der vertragszahnärztlichen Begründung der Schwere und Langfristigkeit spricht für einen langfristigen Heilmittelbedarf, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens 1 Jahr medizinisch nachvollziehbar ist.

In § 8 Abs. 3 HeilM-RL-ZÄ ist auch festgelegt, dass Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf gemäß den Absätzen 1 und 2 den Regelfall nicht durchlaufen müssen.

In Absatz 2 § 8 der HeilM-RL-ZÄ heißt es weiter: „³Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen der Antragstellerin oder des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen. ⁴Die Genehmigung nach Absatz 3 kann unbefristet erfolgen. ⁵Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten. ⁶Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Diagnosegruppe/-gruppen angegeben werden.“

Dies bedeutet:

- Diagnose und Indikationsgruppe des Heilmittelkataloges müssen benannt sein.
- Aus dem Antrag bzw. aus der Verordnung außerhalb des Regelfalls müssen Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen hervorgehen.

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) zwischen Krankenkasse und MDK

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 die Kopie des Verordnungsvordrucks sowie ggf. den Antrag der oder des Versicherten. Häufig sind zusätzliche medizinische Informationen erforderlich. Für eine effektive SFB können Daten der Krankenkasse (Leistungszeiträume und Diagnosen) der letzten Jahre herangezogen werden; dies sind insbesondere:

- 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
 - Arbeitsunfähigkeit
 - Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung.

Soll eine SFB eingeleitet werden, bereitet die Krankenkasse einen Fallberatungsbogen vor (Kapitel 7.3 Beispiel Fallberatungsbogen). Der Fallberatungsbogen sollte die angeführten Daten, soweit sie verfügbar sind, sowie die Fragestellung enthalten. Kommt im weiteren Fallberatungsverfahren 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 von der Gutachterin/dem Gutachter zu unterzeichnen. Dafür wird folgende Gliederung empfohlen:

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

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

- Summarisch die Diagnose(n)/Indikationsgruppe(n) 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 wird archiviert.

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.

In Abhängigkeit der Fragestellung der Krankenkasse und des daraus resultierenden Umfangs der Auftragsbearbeitung ist eine Abstufung im Umfang der Gutachtenerstellung möglich. Die Gutachterin/der Gutachter kann sich zwischen einem „Kurzgutachten“, als kurze einzelfallbezogene Stellungnahme, oder einem umfassenden Gutachten entscheiden.

Die folgenden definierten Mindestanforderungen müssen dabei gemäß „Katalog der MDK-Produkte“ in der jeweils aktuellen Fassung eingehalten werden:

3. Ambulante Leistungen			
Bestandteile	SFB fallabschließend	Kurzgutachten	Gutachten
Frage(n) des Auftraggebers		X	X
Angabe der vorliegenden relevanten Informationen (Befundberichte, Antragsformulare usw.)		X	X
Kurzbeschreibung des Sachverhaltes		X	
Ausführliche Angaben zum Sachverhalt: Beschreibung der Beschwerden und der beantragten Leistung			X
Diagnose und/oder ICD-Schlüssel		X	X
Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers		X	X
Eindeutige Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers	X	X	X
Für statistische Zwecke :			
Auftraggeber	X	X	X
Anlassschlüssel 311 bis 399	X	X	X
Erledigungsart	X	X	X
Erledigungsort	X	X	X
Begutachtungsart		X	X
Ergebnisschlüssel 50 bis 70	X	X	X

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 ergänzende Begutachtung durch entsprechende Facharztgruppen/besonders qualifizierte Gutachterinnen oder Gutachter kann bei

- neurologischen Erkrankungen,
- HNO-Erkrankungen,
- pädiatrischen Erkrankungen,

sinnvoll sein.

4.1 Gutachten nach Aktenlage

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

Zur Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage kann die MDK-Gutachterin/der MDK-Gutachter die verordnende Zahnärztin/den verordnenden Zahnarzt, den Heilmittelerbringer und/oder die Versicherte/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 der MDK-Gutachterin/des MDK-Gutachters.

Die Information der/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-ZÄ. Es ist Bezug zu nehmen auf:

- Diagnose(n) und Indikationsgruppe(n) – unter Einbezug der störungsbildabhängigen Diagnostik,
- Indikationsschlüssel entsprechend der HeilM-RL-ZÄ (ggf. Leitsymptomatik: Strukturelle/funktionelle Schädigung),
- Ziel(e) der Heilmitteltherapie,
- verordnete(s) Heilmittel,
- Anzahl der verordneten Einheiten,
- Prognose in Bezug auf die weitere Behandlung.

Je nach Fragestellung der Krankenkasse, z. B. Zweifel an der Notwendigkeit des verordneten Hausbesuchs, 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**

Genauere 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 der/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 strukturellen/funktionellen Schädigungen sowie ggf. die Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu dokumentieren. Bei der Untersuchung sind subjektive Beschwerden (z. B. Schmerzintensität bei Muskelpalpation) von semiobjektiven (z. B. Mundöffnung eingeschränkt/asymmetrisch) und objektiven (z. B. Gelenkgeräusche) Befunden zu unterscheiden und zu werten. Die Befunde sind so darzustellen, dass sich hieraus ausreichende Aussagen zu Therapiebedarf, -ziel, -fähigkeit und -prognose ableiten lassen.

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

Die Felder für den ICD-10-GM-Code sind auf der Heilmittelverordnung von der Vertragszahnärztin/dem Vertragszahnarzt nicht auszufüllen. Die Diagnose ist von diesen als Freitext einzugeben.

Die MDK-Gutachterin/der MDK-Gutachter muss die Krankheiten, die relevant sind bezeichnen. Dabei ist ein ICD-10-GM-Code anzugeben. Die aktuellen Erkrankungen sind nach ihrer Relevanz aufzuführen.

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

Die Ergebnisse der Begutachtung sind zusammenfassend und verständlich darzustellen, der beantragte und der gutachtlich festgestellte Therapiebedarf abzugleichen. 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 an die/den an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärztin/teilnehmenden Zahnarzt und an die Krankenkasse sind gesetzlich in § 277 Abs. 1 SGB V festgelegt.

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

7 Anlagen

7.1 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die jeweils aktuelle Richtlinie (erster Teil – Richtlinien text und zweiter Teil Heilmittelkatalog) findet sich auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses:

www.g-ba.de

7.2 Vereinbarung über den Heilmittelvordruck

Als Folge der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des G-BA wurde eine Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband über den Heilmittelverordnungs vordruck nebst Ausfüllhinweisen getroffen. In dieser Vereinbarung ist insbesondere aufgeführt, wie die einzelnen Felder der Heilmittelverordnung korrekt auszufüllen sind. Die Vereinbarung dient damit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Krankenkassen und den Zahnärztinnen/Zahnärzten als Arbeitsgrundlage:

www.gkv-spitzenverband.de

7.3 SFB Fallberatungsbogen (Beispiel)

Fallberatungsbogen Heilmittel - Vorderseite	
Krankenkasse	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Ansprechpartner/in	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Name, Vorname der/des Versicherten	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	Geburtsdatum Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	KV-Nr. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Beratungsanlass	
Genehmigung Verordnung außerhalb des Regelfalls nach § 7 HeilM-RL ZÄ <input type="checkbox"/>	
Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V und § 8 HeilM-RL ZÄ <input type="checkbox"/>	
Andere Fragestellung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
Heilmitteltherapie seit (soweit bekannt) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls (siehe Anlage) <input type="checkbox"/>	
Leistungsauszüge der Krankenkasse zu bisherigen Heilmittelverordnungen (siehe Anlage) <input type="checkbox"/>	
ggf. erforderliche weitere Leistungsauszüge (siehe Anlage) <input type="checkbox"/>	
Weitere Daten: Wenn vorhanden, ergänzende Angaben mit Befundberichten zu	
<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlungen	
<input type="checkbox"/> Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	
<input type="checkbox"/> Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit	
Andere Unterlagen: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
Vorherige MDK-Fallberatung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. (siehe Fallberatungsbogen) <input type="checkbox"/>	
Weitere Hinweise: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	

Stellungnahme des MDK - Rückseite					
Diagnose(n): Klicken Sie hier, um Text einzugeben					
krankheitsbedingte funktionelle/strukturelle Schädigungen bzw. auch Beeinträchtigungen der Aktivitäten: Klicken Sie hier, um Text einzugeben					
Indikationsgruppe/Indikationsschlüssel: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					
verordnete(s) Heilmittel: Klicken Sie hier, um Text einzugeben					
Beurteilung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben					
Genehmigung nach § 7 HeilM-RL ZÄ wird empfohlen <input type="checkbox"/>	Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL ZÄ 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 Voraussetzungen zur Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht erfüllt <input type="checkbox"/>	Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL ZÄ 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: Klicken Sie hier, um Text einzugeben					
Wiedervorlage beim MDK nach: Klicken Sie hier, um Text einzugeben Monaten					
Begutachtung beim MDK erforderlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Erläuterungen/Hinweise zur Begutachtung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben					
Datum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben	Unterschrift:				

7.4 Erläuterungen zur ICF und zum Behinderungsbegriff

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF genannt, gehört zur Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen der WHO. Sie ergänzt die bestehenden Klassifikationen um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben und gehört zu den sog. Referenz-Klassifikationen:

- ICD - die Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
- ICF - die Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- ICHI - die in Entwicklung befindliche Internationale Klassifikation der Gesundheitsinterventionen

Die WHO hat 2001 die Verwendung der ICF empfohlen. Seit 2005 steht sie in deutscher Sprache in gedruckter Form und auf der Internetseite des DIMDI zur Verfügung¹. Meilensteine auf dem Weg zur ICF-Implementierung in Deutschland war 2001 das Inkrafttreten des SGB IX und mit ihm eine Anlehnung an die ICF sowie die Fokussierung auf den Teilhabebegriff (Partizipation) im Gesetz.

Die von der WHO beschlossene Systematik dient einer standardisierten Beschreibung von Gesundheitszuständen und mit Gesundheit zusammenhängenden Aspekten. Dabei schafft sie u.a. eine Sprache, die die Kommunikationen zwischen verschiedenen Benutzern, wie Fachleuten im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, aber auch Wissenschaftlern und Politikern erleichtern soll.

Die Nutzung der ICF setzt vor dem Hintergrund ihrer Systematik immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus und deckt keine Umstände ab, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, wie z. B. solche, die allein von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden.

Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ ist mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsproblem werden z. B. bezeichnet: Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke typischerweise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD erfasst bzw. klassifiziert. Ein Gesundheitsproblem führt zu einer Veränderung an Körperstrukturen und/oder Körperfunktionen und ist damit Voraussetzung zur Nutzung der ICF.

Struktur der ICF

Die ICF besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten:

¹ www.dimdi.de

Teil 1 wird überschrieben mit dem Begriff „Funktionsfähigkeit und Behinderung“. Er enthält die Komponenten „Körperfunktionen und -strukturen“, „Aktivitäten und Partizipation“ (Teilhabe).

Teil 2 ist überschrieben mit dem Begriff „Kontextfaktoren“ und untergliedert in die Komponenten Umwelt- und Personbezogene Faktoren (Abbildung 1). Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie sind mögliche Einflussfaktoren, die auf Krankheitsauswirkungen bzw. die Funktionsfähigkeit positiv wie negativ einwirken können, d.h. sie können einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

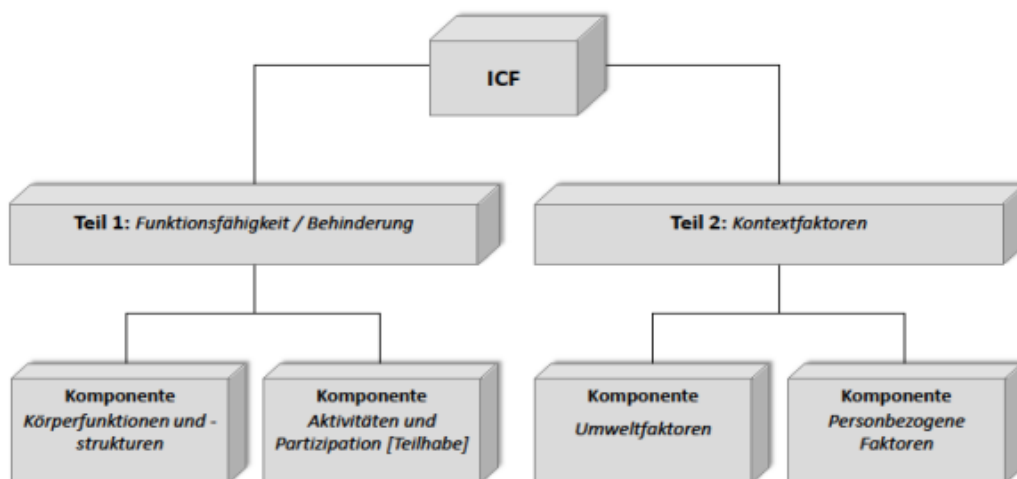


Abbildung 1: Struktur der ICF

Die Komponenten der ICF

Die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung in Teil 1 der ICF können in zweifacher Weise betrachtet werden.

Die Perspektive der Behinderung fokussiert auf Probleme im Gefolge eines Gesundheitsproblems (z. B. Schädigungen von Funktionen/Strukturen oder Beeinträchtigung der Aktivität/Teilhabe) während die Perspektive der Funktionsfähigkeit eher die positiven, nicht-problematischen Aspekte des mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehenden Zustandes in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation noch laufen können wie ein Gesunder).

Voraussetzung zur geeigneten Nutzung der ICF ist die Kenntnis ihrer Konzeption („Philosophie“) und ihrer Grundbegriffe.

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktionen werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und auch psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, wie z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu.

Unter Körperstrukturen versteht man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, Gliedmaßen oder einzelne Körperbestandteile wie Stammzellen. Tabelle 1 listet die von der WHO vorgesehene Kapiteleinteilung in der Untergliederung der 1. Ebene auf.

Tabelle 1: Klassifikation der Körperfunktionen und -strukturen (Kapitelzuordnungen)

Kapitel	Körperfunktionen	Kapitel	Körperstrukturen
1	Mentale Funktionen	1	Strukturen des Nervensystems
2	Sinnesfunktion und Schmerz	2	Auge, Ohr und mit diesen im Zusammenhang stehende Strukturen
3	Stimm- und Sprechfunktion	3	Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
4	Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	4	Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
5	Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen Systems	5	Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System im Zusammenhang stehende Strukturen
6	Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	6	Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem im Zusammenhang stehende Strukturen
7	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	7	Mit der Bewegung im Zusammenhang stehende Strukturen
8	Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	8	Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Negative Abweichungen werden bei den Körperfunktionen und Körperstrukturen als Schädigungen bezeichnet. Je nach Erkrankung und Stadium sind die Schädigungen unterschiedlich ausgeprägt

Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation]

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Körperfunktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen in einer bestimmten Situation dar.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei ihrer Durchführung haben kann, z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege.

Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogen sein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein.

Beeinträchtigungen der Teilhabe können beispielsweise Probleme beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein.

Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenenseins zu Grunde gelegt werden. Eine eindeutige Differenzierung zwischen „individueller“ und „gesellschaftlicher“ Perspektive der Domänen, also die Trennung zwischen Aktivitäten und Teilhabe [Partizipation], ist dabei oft nicht möglich. Aus diesem Grund sind sie in der ICF in gemeinsamen Kapiteln aufgeführt.

Tabelle 2: Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe

Kapitel	Aktivitäten und Teilhabe (Kapitel der ICF)
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 und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
3	Kommunikation (z. B. Kommunizieren als Empfänger oder als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken)
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

Umweltfaktoren sind wie die personbezogenen Faktoren eine Komponente des Teils 2 der ICF (Kontextfaktoren). Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Angeboten des Gesundheitssystems, fehlende soziale oder finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Klassifikation der Umweltfaktoren (Kapitelzuordnungen)

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

Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren sind von der WHO wegen der mit ihnen einhergehenden großen soziokulturellen Unterschiede der Nationen in der ICF bislang nicht systematisch klassifiziert. Beispielhaft werden aber einige wenige Items von der WHO genannt:

Personbezogene Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen (vergangene oder gegenwärtige Ereignisse), allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale umfassen.

Legt man diese zugrunde (Grotkamp et al. 2012), könnte man sich unter den personbezogenen Faktoren Eigenschaften einer Person vorstellen, die einen Bogen spannen von

- allgemeinen Merkmalen einer Person wie Alter, Geschlecht und genetischen Faktoren, über
- physische Faktoren, wie Körperbau und andere physische Faktoren, die insbesondere das körperliche Leistungsvermögen beeinflussen können (z. B. Muskelkraft, Herz- Kreislauffaktoren),
- mentale Faktoren im Sinne von Faktoren der Persönlichkeit und kognitiven sowie mnestischen Faktoren,
- Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten dieser Person
- bis hin zur Lebenslage und zu sozioökonomischen/kulturellen Faktoren.

Andere Gesundheitsbedingungen, wie sie die WHO vorschlägt, könnten den personenbezogenen Faktoren zugeordnet werden, wenn sie geeignet sind, die aktuelle Funktionsfähigkeit zu beeinflussen, aber nicht Teil des Gesundheitsproblems sind.

Auch die personenbezogenen Faktoren können die Funktionsfähigkeit einschließlich der Teilhabe beeinflussen und sind je nach Fragestellung im Einzelfall ggf. zu berücksichtigen. So kann

beispielsweise eine optimistische Grundhaltung den Umgang mit einer Behinderung erleichtern, andererseits aber eine negative Einstellung zur Benutzung eines Rollators zur sozialen Isolation führen. In beiden Fällen handelt es sich nicht um „krankheitsbedingte“ Aspekte, sondern um wirkungsvolle Ausprägungen individueller Merkmale oder Eigenschaften, denen eine spezifische aktuelle Bedeutung zukommt, die man im positiven Fall (Förderfaktor) nutzen und im negativen Fall (Barriere) ggf. günstig von außen beeinflussen kann.

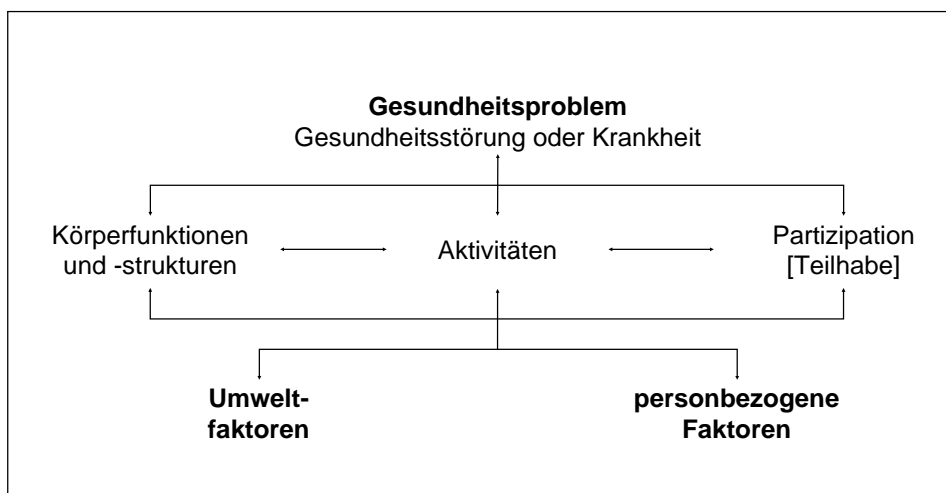
Die Konzeption der ICF, das bio-psycho-soziale Modell

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personenbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der möglichen multiplen Wechselwirkungen verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist (Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung). Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise

- bei der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)



Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung

- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Resultiert aus dem Gesundheitsproblem einer Person eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, liegt nach dieser Konzeption eine Behinderung vor.

Der Behinderungsbegriff im SGB IX (§ 2) ist hingegen enger gefasst. Danach sind Menschen nur dann behindert, wenn

- ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem abweichen, was für das Lebensalter als typischer Zustand bezeichnet werden kann und
 - dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate anhält
- und
- daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die ICF stellt Bausteine für Nutzer zur Verfügung, die Modelle für die Gestaltung des Reha-Prozesses entwickeln und verschiedene Aspekte dieses Prozesses untersuchen möchten. Die mit Hilfe der ICF formulierten Aussagen hängen von den Nutzern, ihrer Kreativität und ggf. ihrer wissenschaftlichen Orientierung ab.