



Begutachtungsanleitung

Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V

Heilmittel in der vertragsärztlichen Versorgung



Die nachstehende Richtlinie wurde vom GKV-Spitzenverband nach Abnahme im MDS-Vorstand und nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen auf Grundlage von § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen (die Aufgabe nach § 283 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der bis zum 31.12.2019 gültigen Fassung wird entsprechend § 414 Absatz 2 Satz 1, Halbsatz 1 SGB V bis zum 31.12.2021 weiterhin durch den GKV-Spitzenverband wahrgenommen). Die Begutachtungsanleitung ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Stand: 08.02.2021

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: <https://www.mds-ev.de>

Vorwort

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

Grundlage der Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung ist die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Diese wurde einer umfassenden Überarbeitung unterzogen mit dem Ziel, das Ordnungsverfahren zu erleichtern und Leistungserbringer zu entlasten. Weiterhin wurden maßgebliche Änderungen im Bereich der Heilmittelversorgung durch das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Beschluss der neuen Richtlinie berücksichtigt.

Zu den wichtigsten Neuerungen zählt diesbezüglich die Abschaffung der Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb oder außerhalb des Regelfalls, damit auch der Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls und in diesen Zusammenhang die Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge. Auch sind Regelungen zur sogenannten „Blankverordnung“ aufgenommen worden.

Zukünftig wird somit der Schwerpunkt der MDK-Begutachtung in der sozialmedizinischen Bewertung von Anträgen auf langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 Absatz 3 und 5 HeiM-RL liegen.

In diesen Fällen haben die Krankenkassen innerhalb der gesetzlich bestimmten Frist (vier Wochen) über Anträge auf einen langfristigen Heilmittelbedarf zu entscheiden, ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt.

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 durch eine Arbeitsgruppe der MDK-Gemeinschaft. Viele Vorschläge und Rückmeldungen aus den Medizinischen Diensten, dem GKV-Spitzenverband sowie den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene konnten nach gemeinsamen Beratungen in die Begutachtungsanleitung aufgenommen werden. Hierfür sprechen wir allen Beteiligten unseren Dank aus.

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstands
GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
1 Einleitung	6
2 Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit Heilmittelverordnungen	8
2.1 Rechtliche Grundlagen	8
2.1.1 Versorgung mit Heilmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung	8
2.1.2 Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	10
2.1.2.1 Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements	11
2.1.2.2 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung	12
2.1.2.3 Langfristiger Heilmittelbedarf	13
2.1.3 Besondere Verordnungsbedarfe	15
2.1.4 Begutachtung	16
2.1.5 Heilmittel bei besonderen Ursachen / Abgrenzung der Zuständigkeiten	17
2.1.5.1 Rentenversicherung	18
2.1.5.2 Gesetzliche Unfallversicherung	18
2.1.5.3 Soziales Entschädigungsrecht (SER)	20
2.1.5.4 Weitere Leistungen für Menschen mit Behinderungen, Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und Träger der Eingliederungshilfe	21
2.1.5.5 Belastungserprobung, Arbeitstherapie (§ 42 SGB V und § 42 SGB IX)	24
2.1.5.6 Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 64 SGB IX)	25
2.2 Heilmittel – sozialmedizinische Aspekte	25
2.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von Heilmittelverordnungen	30
2.3.1 Arbeits- und Bewertungsschritte: Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs	32
2.3.2 Weitere Fragestellungen / Spezielle Begutachtungsaufträge / besondere Aspekte im Zusammenhang mit der Begutachtung von Heilmitteln	38
2.3.2.1 Begutachtung von Anträgen nach § 8 HeilM-RL und gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit	38
2.3.2.2 Begutachtung von Anträgen nach § 8 HeilM-RL und gleichzeitigen Anträgen auf medizinische Vorsorgeleistungen oder auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	38
2.3.2.3 Begutachtung von Anträgen nach § 8 HeilM-RL und gleichzeitige Begutachtung eines Hilfsmittels	38

2.3.2.4	Begutachtung von Anträgen nach § 8 HeilM-RL und Behandlung in Frühfördereinrichtungen / Sozialpädiatrischen Zentren / sonderpädagogischen Einrichtungen	39
2.3.2.5	Begutachtung von neuen Heilmitteln	39
2.3.2.6	Andere Fragestellungen	40
3	Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK in der Einzelfallbegutachtung	41
3.1	Fallbearbeitung, Fallauswahl und Einleitung der sozialmedizinischen Fallberatung durch die Krankenkasse	41
3.1.1	Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 Abs. 3 HeilM-RL	42
3.2	Sozialmedizinische Fallberatung (SFB)	44
3.2.1	Fallabschluss und Ergebnismitteilung im Rahmen der SFB	45
3.2.2	Fallsteuernde SFB / Einleitung einer Begutachtung	45
4	Gutachten	46
4.1	Begutachtung nach Aktenlage	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 des Gemeinsamen Bundesausschusses	52
7.2	Patienteninformation des Gemeinsamen Bundesausschusses „Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs“	52
7.3	Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vereinbart zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	52
7.4	Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung mit Erläuterungen	52
7.5	SFB Fallberatungsbogen (Beispiel)	53
7.6	Erläuterungen zum bio-psycho-sozialen Modell der WHO als konzeptionelle Grundlage der ICF und Bezugssystem für die sozialmedizinische Begutachtung	57

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 vertragsärztlichen Versorgung – Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) – sind dies die einzelnen Maßnahmen der

- Physiotherapie,
- Podologischen Therapie,
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie,
- Ergotherapie und
- Ernährungstherapie.

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

Die HeilM-RL regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Sie gilt nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (§ 1 Abs. 3 Satz 2 HeilM-RL).

Mit der sozialmedizinischen Bewertung einer Heilmittelverordnung kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt werden. Im Vordergrund stehen dabei Anträge von Versicherten auf langfristigen Heilmittelbedarf.

Für Fragen zu § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 HeilM-RL gilt, dass bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs auszugehen ist. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren findet nicht statt.

Bei schweren dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die mit denen in Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, entscheidet die Krankenkasse auf Antrag der Versicherten oder des Versicherten, der Vorlage einer Kopie einer gültigen und vollständig ausgefüllten Verordnung und soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL).

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

Bei Anträgen nach § 8 Abs. 3 HeilM-RL ist zu prüfen, ob die Schwere und Dauerhaftigkeit der bestehenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen mit der Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen vergleichbar sind, wie sie bei Diagnosen aus der Anlage 2 zur HeilM-RL zu erwarten sind.

Zu beachten ist, dass sich eine Schwere und Dauerhaftigkeit ausnahmsweise auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller oder struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben kann, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, aus deren Gesamtbetrachtung sich jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen aus Anlage 2 zur HeilM-RL zu erwarten ist (§ 8 Abs. 5 Satz 3 HeilM-RL).

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

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

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

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

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

Im Zusammenhang mit der Beratung der Krankenkassen und der Begutachtung von Heilmittelverordnungen durch den MDK sind verschiedene Rechtsgrundlagen zu beachten. Das sind u. a. die für die Krankenkassen und anderen Sozialleistungsträger geltenden Vorschriften, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedete HeilM-RL 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 (Kapitel 2.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von Heilmittelverordnungen).

2.1 Rechtliche Grundlagen

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

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

2.1.1 Versorgung mit Heilmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Behandlung unter Einsatz von Heilmitteln ist sektoral unterschiedlich geregelt und u. a. Bestandteil

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

Die Begutachtungsanleitung befasst sich mit den Heilmitteln, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach ärztlicher Verordnung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V) und Verordnung von Ergotherapie durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (§ 73 Abs. 2 Satz 4 SGB V) von zugelassenen Heilmittelerbringern erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden, d. h. mit Heilmitteln, die Bestandteil der Krankenbehandlung nach § 27 i. V. m. § 32 SGB V sind.

Gemäß § 35 Abs. 4 HeilM-RL ist eine Verordnung von Ergotherapie durch eine Vertragspsychotherapeutin oder einen Vertragspsychotherapeuten nur zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationspektrum zur Anwendung von Psychotherapie

- gemäß geltender jeweils aktueller Psychotherapie-RL vorliegt oder

- gemäß Anlage I Nummer 19 (Neuropsychologische Therapie) § 4 der RL des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung vorliegt.

Über die oben definierten Indikationsbereiche hinaus ist eine Verordnung auch dann zulässig, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM Version 2020 vorliegt und eine Abstimmung mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfolgt.

Im Rahmen des Entlassmanagements können Heilmittel, soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, auch durch das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt) wie durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt nach Maßgabe des Heilmittelkataloges verordnet werden (§ 39 Abs. 1a SGB V). Eine Verordnung durch das Krankenhaus kann für Ergotherapie auch durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten im Krankenhaus wie durch eine Vertragspsychotherapeutin oder einen Vertragspsychotherapeuten erfolgen. Die Regelungen des § 39 Abs. 1a SGB V gelten entsprechend für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach den § 40 Abs. 2 und § 41 SGB V [→ Kapitel 2.1.2.1].

Die Verantwortung für die Auswahl der Heilmitteltherapie und die Indikationsstellung liegt bei der Verordnerin oder dem Verordner.¹

Abweichend davon sind Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern („Blankoverordnungen“) möglich (§ 13a HeilM-RL). Die in Frage kommenden Indikationen werden in Verträgen nach § 125a SGB V für jeden Heilmittelbereich festgelegt. Die Auswahl des Heilmittels, die Anzahl der Behandlungseinheiten und die Therapiefrequenz wird dann nicht von der Verordnerin oder dem Verordner, sondern durch die jeweiligen Heilmittelerbringer bestimmt, unter Berücksichtigung der maximalen Gültigkeit der Verordnung.

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

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

Vertragsärztlich verordnete Heilmittel dürfen nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden (§ 124 Abs. 1 SGB V). Die Zulassung erfolgt durch die auf Landesebene gebildeten Arbeitsgemeinschaften (ARGE-Zulassung), die sich aus den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich gebildet haben.

¹ Die Berufsgruppen „Vertragsärztin und Vertragsarzt“ sowie „Vertragspsychotherapeutin und Vertragspsychotherapeuten“ werden gem. § 1 HeilM-RL zur sprachlichen Vereinfachung als „Verordnerinnen und Verordner“ bezeichnet.

Der GKV-Spitzenverband schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit den jeweiligen Heilmitteln ab (§ 125 Abs. 1 SGB V). Die Verträge enthalten unter anderen Regelungen zu den Preisen der einzelnen Leistungspositionen, den Inhalten der Heilmittel einschließlich Regelleistungszeiten, zu Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt sowie zur personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung.

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

2.1.2 Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

Die HeilM-RL enthält einen (abschließenden) Katalog der zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Heilmittel. Im Heilmittelkatalog finden sich die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen sowie weitere Modalitäten zur Verordnung von Heilmitteln (§ 92 Abs. 6 Satz 1 SGB V). Die HeilM-RL ist Bestandteil des Bundesmantelvertrages (§ 92 Abs. 8 SGB V). Sie ist für die Versicherten, die Krankenkassen, für die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die im Rahmen des Entlassmanagements (§ 16a HeilM-RL) Heilmittel verordnen, und für Leistungserbringer verbindlich (§ 91 Abs. 6 SGB V).

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

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

Laut § 6a der HeilM-RL ist vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln eine Eingangsdiagnostik notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten.

Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden.

Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das therapeutische Vorgehen überprüft werden. Erforderlichenfalls sind andere ärztliche, psychotherapeutische Maßnahmen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einzuleiten oder die Beendigung oder Fortsetzung der Heilmitteltherapie in Betracht zu ziehen.

2.1.2.1 Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements

Im Rahmen des Entlassmanagements können Heilmittel, soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, auch durch das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt, der Krankenhauspsychotherapeutin oder Krankenhauspsychotherapeut) wie eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt oder bei Verordnungen von Ergotherapie wie eine Angehörige oder ein Angehöriger der in § 35 Abs. 4 HeilM-RL genannten Berufsgruppe nach Maßgabe des Heilmittelkataloges verordnet werden (§ 39 Abs. 1a SGB V). Die Regelungen des § 39 Abs. 1a SGB V gelten entsprechend für stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen sowie für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach den § 40 Abs. 2 und § 41 SGB V.

§ 16a Verordnung von Heilmitteln im Rahmen des Entlassmanagements

- (1) Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkataloges für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen. Eine Verordnung durch das Krankenhaus nach Satz 1 kann für Ergotherapie auch durch eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten im Krankenhaus (nachfolgend bezeichnet als Krankenhauspsychotherapeutin oder Krankenhauspsychotherapeut) wie durch eine Vertragspsychotherapeutin oder einen Vertragspsychotherapeuten erfolgen. Für Verordnungen nach Satz 1 oder 2 sind zuvor in der vertragsärztlichen Versorgung getätigte Verordnungen durch die Krankenhausärztinnen, Krankenhausärzte, Krankenhauspsychotherapeutinnen oder Krankenhauspsychotherapeuten nicht zu berücksichtigen. Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass der nach Satz 1 erforderliche Versorgungszeitraum nicht überschritten wird.*
- (2) Ergänzend zu den übrigen Vorgaben zu Verordnungen nach dieser Richtlinie gilt für Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements, das auf diesen auch das Entlassungsdatum anzugeben ist. Das Nähere sowie ein Kennzeichen der Verordnung als „Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V“ ist in den Verträgen zur Umsetzung von § 39 Absatz 1a SGB V zu regeln.*
- (3) Die Heilmittelbehandlung aus der Verordnung nach Absatz 1 muss abweichend von § 15 innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufgenommen werden und darüber hinaus innerhalb von zwölf Kalendertagen nach der Entlassung abgeschlossen sein. Die nicht innerhalb von zwölf Kalendertagen in Anspruch genommenen Behandlungseinheiten verfallen. Wird eine Heilmittelbehandlung aus der Verordnung nach Absatz 1 nicht innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.*

- (4) Die Krankenhausärztin, der Krankenhausarzt, die Krankenhauspsychotherapeutin oder Krankenhauspsychotherapeut hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin, den weiterbehandelnden Vertragsarzt, die weiterbehandelnde Vertragspsychotherapeutin oder den weiterbehandelnden Vertragspsychotherapeuten über die getätigten Verordnungen zu informieren. § 11 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt.
- (5) Verordnungen nach Absatz 1 bleiben für die weiterbehandelnde Verordnerin oder den weiterbehandelnden Verordner bei der Betrachtung des Verordnungsfalles sowie bei der Bemessung der im Katalog genannten Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung und der orientierenden Behandlungsmenge unberücksichtigt.
- (6) Die Regelungen dieses Paragraphen gelten entsprechend für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowie für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach den § 40 Absatz 2 und § 41 SGB V.

2.1.2.2 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

§ 7 HeilM-RL definiert und regelt den Verordnungsfall, die orientierende Behandlungsmenge und die Höchstmenge je Verordnung.

§ 7 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

(1) ¹Ein **Verordnungsfall** umfasst alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Diagnose (d. h. der ersten drei Stellen des ICD-10-GM-Codes sind identisch) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog. ²Dies gilt auch, wenn sich innerhalb des Verordnungsfalles die Leitsymptomatik ändert oder unterschiedliche Heilmittel zur Anwendung kommen. Im Rahmen eines Verordnungsfalles können mehrere Verordnungen getätigt werden. ³Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Diagnosen derselben oder unterschiedlicher Diagnosegruppe(n) auf, kann dies weitere Verordnungsfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungen auszustellen sind. ⁴Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit dem Datum der letzten Verordnung ein Zeitraum von 6 Monaten vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.

(2) ¹Die **orientierende Behandlungsmenge** definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. ²Wird neben vorrangigen Heilmitteln auch ein ergänzendes Heilmittel verordnet, sind die Behandlungseinheiten des ergänzenden Heilmittels bei der Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge nach Satz 1 nicht zu berücksichtigen. ³Die orientierende Behandlungsmenge ergibt sich indikationsbezogen aus dem Heilmittelkatalog. ⁴Abweichend hiervon sind für die Podologische Therapie und für Maßnahmen der Ernährungstherapie keine orientierenden Behandlungsmengen festgelegt.

Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweilige Verordnerin oder den jeweiligen Verordner.

Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind.

Im Heilmittelkatalog ist die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt.

Abweichend gilt für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8 der Heilm-RL, dass die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können. Dies gilt ebenso für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe, die einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V begründen.

2.1.2.3 Langfristiger Heilmittelbedarf

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

§ 32 Abs. 1a SGB V

(1a) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt 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 4 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.

Der zugehörige § 8 der Heilm-RL in der aktuell gültigen Fassung lautet:

§ 8 Langfristiger Heilmittelbedarf

(1) ¹Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der Begründung der Verordnerin oder des Verordners die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf einer oder eines Versicherten ergeben.

(2) ¹Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V auszugehen. ²Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren findet nicht statt.

(3) ¹Bei schweren dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, entscheidet die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.

(4) ¹Entscheidungen nach Absatz 3 trifft die Krankenkasse auf der Grundlage
– *des Antrages der oder des Versicherten,*

- *der Kopie einer gültigen und gemäß § 13 Absatz 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung; Die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten und*
- *soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Absatz 1 SGB V.*

(5) ¹Bei Entscheidungen über Anträge nach Absatz 3 gilt § 3 Absatz 5 entsprechend. ²Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigung liegt dann vor, wenn die bei der Antragstellerin oder dem Antragsteller bestehenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen vergleichbar mit der Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen sind, wie sie bei Diagnosen aus der Anlage 2 zu erwarten sind. ³Eine Schwere und Langfristigkeit im Sinne von Absatz 3 kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller oder struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, sich aus deren Gesamtbetrachtung jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen der Anlage 2 zu erwarten ist. ⁴Bei Entscheidungen nach den Sätzen 2 und 3 ist von einer Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr medizinisch notwendig ist. ⁵Sofern es bei der Entscheidung nach den Sätzen 2 und 3 zusätzlichen medizinischen Sachverständes bedarf, hat die Krankenkasse den MDK einzubeziehen. ⁶Dabei sind der Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieziele und die Therapieprognose des Versicherten in Verbindung mit dem verordneten Heilmittel zu berücksichtigen. ⁷Eine Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach Absatz 3 darf nicht allein deswegen versagt werden, weil sich das Heilmittel oder die Behandlungsfrequenz im Genehmigungszeitraum innerhalb der Diagnosegruppe der dem Antrag zugrunde liegenden Verordnungen ändern kann.

(6) ¹Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigung kann ausgeschlossen werden bei Erkrankungen und Diagnosegruppen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf gemäß Heilmittelkatalog.

(7) ¹Die Genehmigung nach Absatz 3 kann unbefristet erfolgen. ²Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten. ³Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Diagnosegruppe oder die Diagnosegruppen angegeben werden.

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

In Anlage 2 zur HeilM-RL: „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V“ werden die Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges aufgelistet, bei deren Vorliegen von schweren und dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen und einem langfristigen Behandlungsbedarf mit Heilmitteln auszugehen ist. Ein Genehmigungsverfahren ist für Fallkonstellationen, die in Anlage 2 zur HeilM-RL genannt werden, nicht durchzuführen.

Damit soll der gesetzgeberischen Intention Rechnung getragen werden, den Zugang und die Behandlungskontinuität von Menschen mit schweren Behinderungen oder chronischen Erkrankungen, die fortlaufend Heilmittel benötigen, zu verbessern.

Gemäß § 106b Abs. 4 Nr. 1 SGB V unterliegen Verordnungen von Versicherten mit langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen.

2.1.3 Besondere Verordnungsbedarfe

Nach § 106b SGB V wird die Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen, u. a. auch für die Verordnung von Heilmitteln, anhand von regionalen Vereinbarungen geprüft, die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam und einheitlich getroffen werden. Grundlage für die regionalen Vereinbarungen bildet eine zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinbarung (KBV) geschlossene Bundesrahmenvorgabe, die gewisse Mindeststandards insbesondere zum Prüfumfang und für ein Verfahren zum Grundsatz „Beratung vor Regress“ regelt. In dieser Bundesrahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V sind zudem besondere Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln festzulegen, die bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen anzuerkennen sind. Die besonderen Verordnungsbedarfe haben die bis 2017 geltenden bundesweiten Praxisbesonderheiten für Heilmittel abgelöst. Die Festlegung besonderer Verordnungsbedarfe erfolgte dabei in Form einer Diagnoseliste (Anhang 1 zu Anlage 2 der Bundesrahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V).

In der Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe sind ICD-10-GM Diagnosen mit Diagnosegruppen/Indikationsschlüsseln des Heilmittelkataloges sowie ggf. Nebenbedingungen (Hinweis/Spezifikation) aufgeführt. Es handelt sich hierbei um medizinische Sachverhalte, die für den verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin aufgrund eines – in der Regel zeitlich begrenzten – erhöhten Therapiebedarfs mit Heilmitteln eine „Besonderheit“ darstellen und deshalb in der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arztes oder der Ärztin anzuerkennen, d. h. besonders zu würdigen sind.

Auf regionaler Ebene können zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und den Kassenärztlichen Vereinigungen weitere anzuerkennende besondere Verordnungsbedarfe vereinbart werden.

Zu beachten ist, dass für Verordnungen, die einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V begründen, die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können, so wie es auch für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8 HeilM-RL der Fall ist (vgl. § 7 Abs. 6 HeilM-RL). Dabei ist es ausreichend, dass die Verordnung einen ICD-10-Code und eine entsprechende Diagnosegruppe gemäß der Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe enthält. Gegebenenfalls enthaltene Nebenbedingungen sind – mit Ausnahme von Altersgrenzen – bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung nicht zu berücksichtigen.

Bei Fallkonstellationen aus der Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe liegt ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL in der Regel nicht vor, da es sich hierbei um Erkrankungen handelt, die hinsichtlich der Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten nicht mit denen der Diagnoseliste des G-BA (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie) vergleichbar sind. Bei besonderen Verordnungsbedarfen besteht in der Regel ein zeitlich begrenzter höherer oder sich krankheitsbedingt ändernder Therapiebedarf. Verordnungen, die die Voraussetzungen für einen besonderen Verordnungsbedarf gemäß § 106b SGB V erfüllen, werden im Rahmen der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung – wie auch der langfristige Heilmittelbedarf – besonders gewürdigt, so dass ein vereinfachter Zugang der Versicherten zur Versorgung mit den erforderlichen Heilmitteln besteht.

Wenn sich bei Erkrankungen, die als besonderer Verordnungsbedarf anerkannt sind, im Einzelfall aufgrund schwerer Krankheitsverläufe oder auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller oder struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten, die für sich allein die

Kriterien nicht erfüllen, ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei den Diagnosen der Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie zu erwarten ist, kann ein langfristiger Heilmittelbedarf in Betracht kommen.

2.1.4 Begutachtung

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

§ 275 Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

- 1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,*
- 2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen nach den §§ 14 bis 24 SGB IX, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,*
- 3. ...*

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

Anträge von Versicherten auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL bei Diagnosen, die nicht in der Anlage 2 zur HeilM-RL genannt sind, kann die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen durch den MDK begutachten lassen. Auch andere Fragen zur Versorgung mit Heilmitteln können dem MDK zur Beratung und Begutachtung vorgelegt werden.

Nach § 32 Abs. 1b SGB V bedürfen Verordnungen, die über die in der HeilM-RL geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

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

2.1.5 Heilmittel bei besonderen Ursachen / Abgrenzung der Zuständigkeiten

Bei Menschen mit Behinderungen und bei von Behinderung bedrohten Menschen ist, entsprechend des gegliederten sozialen Sicherungssystems, aus dem die Versicherten Ansprüche ableiten können, die Abgrenzung der Zuständigkeiten von besonderer Bedeutung. Liegt ein Versicherungsfall bzw. die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers vor, haben Versicherte diesem gegenüber ggf. Anspruch auf Krankenbehandlung/Heilbehandlung (siehe Abschnitte 2.1.5.1 bis 2.1.5.3) einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Allgemeine Anspruchsgrundlage ist das SGB IX. Es regelt den Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe und sorgt für eine koordinierte Bereitstellung von Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderung und für von Behinderung bedrohte Menschen. Die Vorschriften im Teil 1 SGB IX gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. (vgl. § 7 Abs. 1 SGB IX). Abweichend von Absatz 1 gehen die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor.

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

Zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden erbracht

1. *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,*
2. *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,*
3. *unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,*
4. *Leistungen zur Teilhabe an Bildung und*
5. *Leistungen zur sozialen Teilhabe*

§ 6 SGB IX benennt die jeweiligen Rehabilitationsträger:

(1) Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein

1. *die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,*
2. *die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nr. 2 und 3,*
3. *die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 3 und 5; für Versicherte nach § 2 Absatz 1 Nummer 8 SGB VII die für diese zuständigen Unfallversicherungsträger nach § 5 Nummer 1 bis 5,*
4. *die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 3, der Träger der Alterssicherung der Landwirte für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,*
5. *die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 5,*
6. *die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2, 4 und 5 sowie*
7. *die Träger der Eingliederungshilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2, 4 und 5.*

Sind Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich, ist der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass er und die nach § 15 SGB IX beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen feststellen und schriftlich oder elektronisch so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen. (vgl. § 19 Abs. 1 SGB IX)

Teilhabe

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

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

2.1.5.1 Rentenversicherung

Ein Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln besteht gegenüber der Rentenversicherung nicht. Es können aber Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 9 ff. SGB VI beantragt werden, sofern die entsprechenden persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Die Anwendung von Heilmitteln ist integraler Bestandteil von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation können im zeitlichen Zusammenhang d. h. spätestens drei Monate nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme Ansprüche auf Leistungen zur Nachsorge (§ 17 SGB VI) bestehen (u. a. IRENA – „Intensivierte Rehabilitationsnachsorge“ oder T-RENA – „Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge“), die Elemente der Heilmitteltherapie beinhalten können. Zusätzlich zu Nachsorgeprogrammen der Rentenversicherung sind i. d. R. keine gleichen oder ähnlichen Heilmittel zu Lasten der GKV erforderlich.

2.1.5.2 Gesetzliche Unfallversicherung

Bei Unfällen und Krankheiten, die im Zusammenhang mit einer (ggf. früheren) versicherten beruflichen Tätigkeit stehen, kann ein Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) vorliegen. Dieser begründet eine entsprechende Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers (Berufsgenossenschaft und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, wie z. B. Unfallkasse), die ggf. auch die Heilmittelversorgung nach § 30 SGB VII umfasst.

Dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegen u. a. auch Personen, die im Interesse der Allgemeinheit handeln (z. B. ehrenamtlich Tätige, Ersthelfer bei Unfällen), bzw. Personen,

die aus anderen sozialstaatlichen Gründen Versicherungsschutz genießen (z. B. meldepflichtige Arbeitslose, häusliche Pflegepersonen). Der Kreis der versicherten Personen, der wegen der Folgen eines Versicherungsfalls Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung erhalten kann, wird in den §§ 2, 3 und 6 SGB VII geregelt.

Bei einem Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung besteht gemäß § 11 Abs. 5 SGB V kein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt auch gemäß § 12a SGB VII für Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe.

Die zur Heilbehandlung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte haben im Zusammenhang mit der Verordnung von Leistungen u. a. spezielle Vordrucke (Formtexte) verwenden. Grundlage hierfür ist der Vertrag gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger).

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 des Bestehens einer Berufskrankheit ist jeder Arzt und jede Ärztin unverzüglich zur Meldung einer Berufskrankheit 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 versicherten Person 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, 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 nach § 8 Abs. 2 SGB VII auch ein Unfall auf dem unmittelbaren Weg nach und von dem Ort der versicherten Tätigkeit (sogenannter Wegeunfall).

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

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

2.1.5.3 Soziales Entschädigungsrecht (SER)

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 1. Juli 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.

Am 19. Dezember 2019 wurde das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts (SGB XIV) verabschiedet, welches zum 1. Januar 2024 in Kraft treten wird. Einzelne Regelungen dieses Gesetzes gelten bereits rückwirkend seit dem 1. Juli 2018 (höhere Waisenrenten, Überführungs- und Bestattungskosten sowie die Gleichstellung von in- und ausländischen Gewaltopfern).

Durch das SGB XIV wird das SER transparenter und klarer strukturiert, indem die bisherigen zahlreichen Entschädigungsgesetze in einem Sozialgesetzbuch, mit Ausnahme des SVG, des StrRehaG und des VwRehaG, gebündelt werden. Der Zugang zu wirksamen Leistungen wird erleichtert, die monatlichen anrechnungsfreien Entschädigungsleistungen erhöht. Außerdem wird der Teilhabegedanke deutlich gestärkt und Teilhabeleistungen werden künftig grundsätzlich ohne Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen erbracht. Zukünftig können auch Opfer psychischer Gewalt – insbesondere Fälle von sexueller Gewalt – Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts erhalten.

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

Von Behinderung bedrohte Menschen oder Menschen mit Behinderungen haben neben den Leistungen der Krankenbehandlung häufig auch Anspruch auf Leistungen anderer Sozialleistungsträger, bspw. Leistungen aus dem Eingliederungshilferecht. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind sehr vielfältig. Bisher waren die Regelungen in verschiedenen Gesetzen zu finden. Seit dem 1. Januar 2020 sind die Regelungen nun in Teil 2 des SGB IX unter dem Titel „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen“ zusammengefasst und in vier Leistungsgruppen aufgeteilt:

- Leistungen zur Sozialen Teilhabe,
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Zudem haben versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 43b SGB V Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen sowie die im Einzelfall erforderliche Koordinierung, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c SGB V (Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung) erbracht werden und erforderlich sind, 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 Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Stimm-/Sprech-/Sprachtherapeutinnen und Stimm-/Sprech-/Sprachtherapeuten sowie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, meist im Rahmen eines Teams, erbracht, so dass sich hierbei Überschneidungen und Abgrenzungsschwierigkeiten mit Heilmittelleistungen der medizinischen Krankenbehandlung ergeben können. Näheres hierzu siehe § 46 Früherkennung und Frühförderung SGB IX sowie Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV vom

24. Juni 2003, zuletzt geändert am 23. Dezember 2016) bzw. Rahmenvereinbarungen der einzelnen Länder.

Die HeilM-RL enthält diesbezüglich folgende Ausführungen:

§ 6 Verordnungsausschlüsse

(1) ...

(2) ¹Maßnahmen, die nicht aufgrund der in § 3 Absatz 2 genannten Voraussetzungen veranlasst und durchgeführt werden, dürfen nicht zu Lasten der GKV verordnet und durchgeführt werden. ²Dies gilt auch, wenn die Maßnahmen von nach § 124 SGB V zugelassenen Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern durchgeführt werden. ³Weiterhin dürfen Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung der vorliegenden Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach dem §§ 46 und 79 des SGB IX). ⁴Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. ⁵Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.

(3) Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den § 46 Absatz 1 und 2 und § 79 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003, geändert am 23. Dezember 2016, 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 von Menschen mit Behinderungen

§ 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) *Leistungen 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. Die 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) *Leistungen nach Absatz 1 werden in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 als Komplexleistung erbracht. Die Komplexleistung umfasst auch Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität. Maßnahmen 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.*

§ 76 SGB IX Leistungen zur Sozialen Teilhabe

- (1) *Leistungen 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. Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen. Maßgeblich 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.

§ 79 Heilpädagogische Leistungen

(1) Heilpädagogische Leistungen werden an noch nicht eingeschulte Kinder erbracht, wenn nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch

1. eine drohende Behinderung abgewendet oder der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt wird oder
2. die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert werden können.

Heilpädagogische Leistungen werden immer an schwerstbehinderte und schwerstmehrfachbehinderte Kinder, die noch nicht eingeschult sind, erbracht.

(2) Heilpädagogische Leistungen umfassen alle Maßnahmen, die zur Entwicklung des Kindes und zur Entfaltung seiner Persönlichkeit beitragen, einschließlich der jeweils erforderlichen nichtärztlichen therapeutischen, psychologischen, sonderpädagogischen, psychosozialen Leistungen und der Beratung der Erziehungsberechtigten, soweit die Leistungen nicht von § 46 Absatz 1 erfasst sind.

(3) In Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nach § 46 Absatz 3 werden heilpädagogische Leistungen als Komplexleistung erbracht. Die Vorschriften der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder finden Anwendung. In Verbindung mit schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger werden die Leistungen ebenfalls als Komplexleistung erbracht.

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

Die Belastungserprobung und Arbeitstherapie nach § 42 SGB V und § 42 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX ist kein Heilmittel nach § 32 SGB V.

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

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

Belastungserprobung und Arbeitstherapie können durchgeführt werden z. B.

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

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

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

2.1.5.6 Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 64 SGB IX)

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

Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet § 64 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 4 SGB IX. Einzelheiten, u. a. zu den Leistungsinhalten und zur Leistungsdauer, sind in der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) geregelt.

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

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

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

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

2.2 Heilmittel – sozialmedizinische Aspekte

Die Indikationsstellung zur Veranlassung einer Heilmitteltherapie hat Beziehungen von Krankheit, Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe entsprechend des „bio-psycho-sozialen Modells“ der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health)* zu berücksichtigen. Die ICF bietet die entsprechende Systematik zur Darlegung aller relevanten bio-psycho-sozialen Aspekte auf den Ebenen der

Körperfunktionen und -strukturen sowie der Aktivitäten und Teilhabe. Dies geschieht unter Berücksichtigung der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (weitere Ausführungen zur ICF und zum Behinderungsbegriff: → Kapitel 7.6).

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

- Maßnahmen der Physiotherapie,
- Maßnahmen der Podologischen Therapie,
- Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie,
- Maßnahmen der Ergotherapie und
- Ernährungstherapie.

Grundsätze zur Verordnung von Heilmitteln sind in der HeilM-RL hinterlegt.

Im Zusammenhang mit der Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs sind zudem weitere grundlegende Eckpunkte zu beachten.

Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) sowie über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind (§ 3 Abs. 3 HeilM-RL). Die Versicherte oder der Versicherte soll die Verordnerin oder den Verordner im Rahmen ihrer beziehungsweise seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren. Weiterhin sieht die HeilM-RL explizit eine Eingangs- oder weiterführende Diagnostik vor (§§ 6a, 29, 34 und 44 HeilM-RL). Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden.

Nach § 3 Abs. 5 HeilM-RL ergibt sich die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

Die Verordnerin oder der Verordner 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 oder Behinderung Schädigungen der Körperstruktur bzw. der Körperfunktion und ggf. Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, die gezielt einer Behandlung mit Heilmitteln bedürfen. Dabei werden person- und umweltbezogene Faktoren berücksichtigt. 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 entgegengewirkt werden soll.

Therapiefähigkeit:

Therapiefähigkeit liegt vor, wenn Versicherte über die für die Heilmitteltherapie notwendige psychische und physische Belastbarkeit verfügen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich einer längerfristigen Behandlung mit Heilmitteln.

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 oder 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 Therapieprognose 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 oder des Versicherten (Therapiepotenzial) zu beachten.

Therapieziel:

Das Therapieziel kann darin bestehen, 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 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 oder des Versicherten zu orientieren hat.

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

Langfristiger Heilmittelbedarf:

1. Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf einer oder eines Versicherten ergeben.

Bei den in der Anlage 2 zur HeilM-RL gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V auszugehen. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren findet nicht statt.

2. Bei schweren dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 zur HeilM-RL vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, 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 langfristig genehmigt werden können.

Entscheidungen nach § 8 Abs. 3 HeilM-RL trifft die Krankenkasse auf der Grundlage

- des Antrages der oder des Versicherten,
- der Kopie einer gültigen und gemäß § 13 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL vollständig ausgefüllten Verordnung; die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten und
- soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Abs. 1 SGB V.

Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigung liegt dann vor, wenn die bei der Antragstellerin oder dem Antragsteller bestehenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen vergleichbar mit der Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen sind, wie sie bei Diagnosen aus der Anlage 2 zur HeilM-RL zu erwarten sind.

Eine Schwere und Langfristigkeit im Sinne von § 8 Abs. 3 HeilM-RL kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller oder struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, sich aus deren Gesamtbeurteilung jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen der Anlage 2 zur HeilM-RL zu erwarten ist. Bei Entscheidungen nach § 8 Abs. 5 Satz 2 und 3 HeilM-RL ist von einer Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr medizinisch notwendig ist. Allerdings ergibt sich auch bei dauerhaften bestehenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen häufig eine wechselnde Leitsymptomatik. Bei der Genehmigung durch die Krankenkasse ist daher zu berücksichtigen, dass eine Anpassung der Heilmittelauswahl und Frequenz gemäß der dem Antrag zugrundeliegenden Indikations- bzw. Diagnosegruppe aufgrund einer sich im Genehmigungszeitraum ggf. verändernden Leitsymptomatik möglich ist.

Hausbesuch/Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis:

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

Die Durchführung einer Heilmitteltherapie im häuslichen oder ständigen Wohnumfeld der Versicherten kann sich aus verschiedenen medizinischen Gründen ergeben. Ein wesentlicher Grund ist die medizinisch bedingte Immobilität, d. h., der Versicherte oder die Versicherte ist (noch) nicht in der Lage, die Heilmittelpraxis aufzusuchen. Die Behandlung in der häuslichen Umgebung kann aber auch aus

therapeutischen Gründen erforderlich sein, z. B. bei Maßnahmen der Ergotherapie. Hierzu bedarf es z. B. der spezifischen Heilmitteltherapie durch Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der häuslichen Umgebung, um Beeinträchtigungen der Aktivitäten, insbesondere bei Beeinträchtigungen in Bezug auf die Selbstversorgung und Alltagsbewältigung, gezielt therapeutisch zu beeinflussen.

Gemäß § 11 Abs. 1 HeilM-RL können aus medizinischen Gründen Heilmittelleistungen auch außerhalb der Praxis der Leistungserbringer erbracht werden. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, regelt § 11 Abs. 2 HeilM-RL.

§ 11 Ort der Leistungserbringung

(1) ...

(2) *Die Behandlung von Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. Dies können auch Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder Regelschulen sein. Voraussetzung dafür ist, dass sich aus der Verordnung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. Dies soll in der Regel bei einem behördlich festgestellten Förderstatus angenommen werden. § 6 Absatz 2 darf dem nicht entgegenstehen.*

Sofern Heilmittel in entsprechenden Einrichtungen erbracht werden, dürfen verordnete Heilmittel die typischen Maßnahmen der Einrichtung (z. B. pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Leistungen) nicht ersetzen. Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden. Ferner dürfen Heilmittel bei behinderten und bei von Behinderung bedrohten Kindern nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den § 46 Abs. 1 und 2 und § 79 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003, geändert am 23. Dezember 2016, als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

Auswahl der Heilmittel und Verordnung mehrerer Heilmittel nach § 12 HeilM-RL:

Die Zuordnung der jeweils verordnungsfähigen Heilmittel zu Indikationen wird im Heilmittelkatalog vorgenommen. Die Auswahl der Heilmittel und die Verordnungsmöglichkeit mehrerer Heilmittel wird in § 12 HeilM-RL geregelt. Grundsätzlich hängt die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) bei gegebener Indikation nach § 3 Abs. 5 HeilM-RL ab von der Ausprägung und Schwere der Erkrankung, den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und den angestrebten Therapiezielen.

Bei Maßnahmen der Physiotherapie und der Ergotherapie können die Verordnungseinheiten je Verordnung auf maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können maximal drei verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander kombiniert werden.

Soweit medizinisch erforderlich kann zu „vorrangigen Heilmitteln“ maximal ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden.

Zukünftig steht für die Verordnung von Heilmitteln nur noch ein Ordnungsformular (Muster 13) zur Verfügung (s. Anlage 7.4).

Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (z. B. gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie und Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. Dabei sind jeweils getrennte Ordnungsvordrucke zu verwenden (Muster 13).

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden. Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel, standardisierte Heilmittelkombinationen und Podologie.

2.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von Heilmittelverordnungen

Bei der Begutachtung hat der MDK zu beurteilen, ob

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

Die Verordnerin oder der Verordner 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 oder des MDK-Gutachters im Rahmen der Bewertung eines Antrages nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 Abs. 3 HeilM-RL ist es, zu prüfen, ob die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten vergleichbar ist mit denen, die bei den in der Anlage 2 zur HeilM-RL genannten Diagnosen zu erwarten sind.

Eine Schwere und Langfristigkeit im Sinne von § 8 Abs. 5 HeilM-RL kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller oder struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich alleine die Kriterien nicht erfüllen, aus deren Gesamtbetrachtung sich jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei den Diagnosen aus Anlage 2 zur HeilM-RL zu erwarten ist.

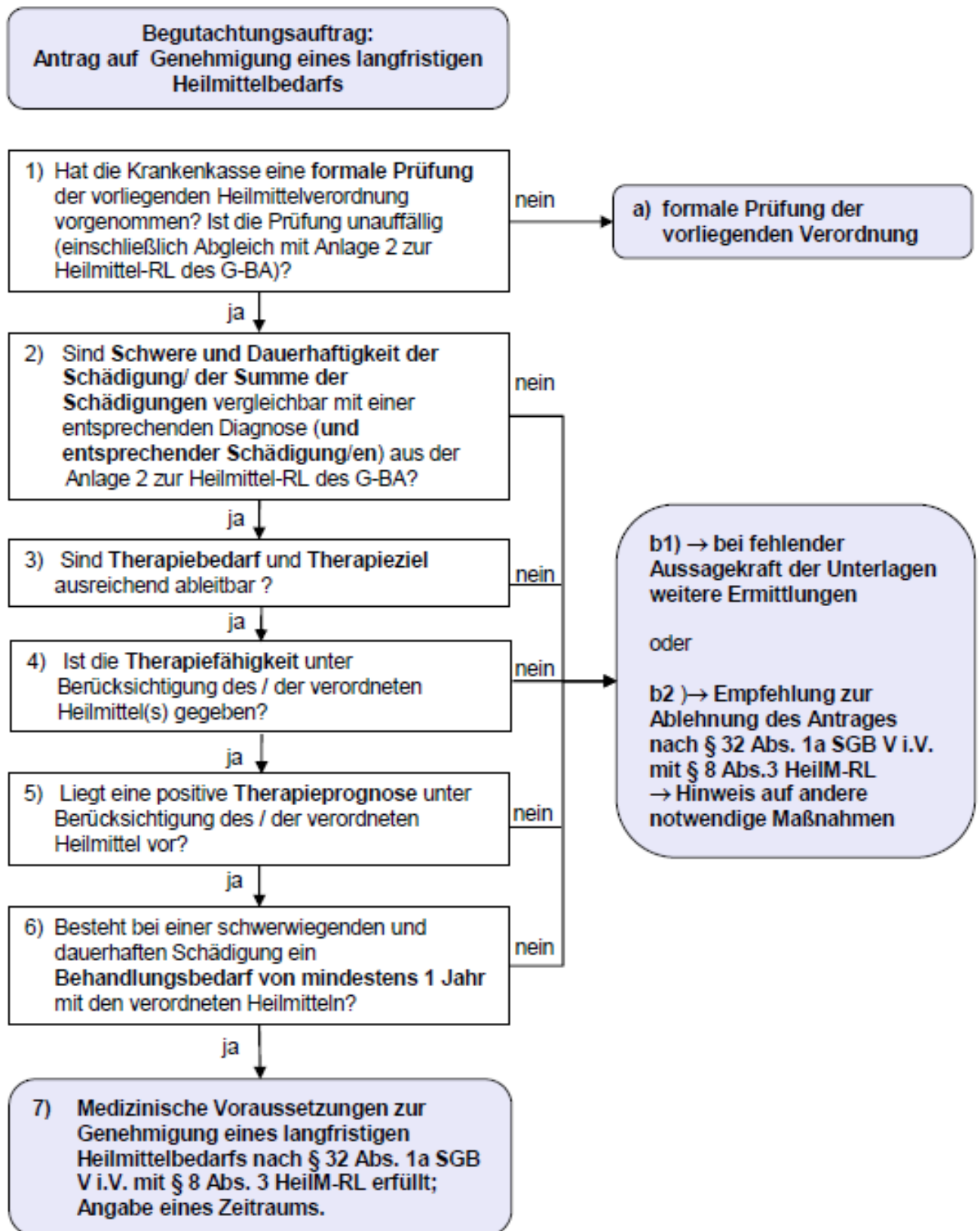
Der nachvollziehbare Therapiebedarf in dem ordnungsfähigen Umfang ist medizinisch zu bewerten

und der Krankenkasse eine für den Einzelfall umsetzbare Empfehlung zu geben. Dabei ist zu beachten, dass eine Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 Abs. 3 HeilM-RL nicht allein deswegen versagt werden darf, weil sich das Heilmittel oder die Behandlungsfrequenz im Genehmigungszeitraum innerhalb der Diagnosegruppe der dem Antrag zugrunde liegenden Verordnungen ändern kann. Eine sozialmedizinische Empfehlung zur Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbedarfs in Bezug auf die beantragte Indikation/Diagnosegruppe darf ein Jahr nicht unterschreiten, kann auch mehrere Jahre umfassen oder unbefristet gegeben werden.

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

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

2.3.1 **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 (einschließlich Abgleich mit Anlage 2 zur HeilM-RL)?**

Die formale Prüfung ist auf jeden Fall von der Krankenkasse vorzunehmen (→ Kapitel 3.1.2). Die Krankenkasse kann bei Fragen den MDK im Rahmen der SFB hinzuziehen. In der SFB sind die Vereinbarung zu besonderen Verordnungsbedarfen und die Anlage 2 zur HeilM-RL mit den entsprechenden Anlagen hinzuzuziehen.

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

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

- Heilmittelbereich,
- Hausbesuch (ja oder nein),
- Therapiebericht,
- gegebenenfalls Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs,
- Anzahl der Behandlungseinheiten,
- Heilmittel gemäß dem Katalog,
- gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. KG-ZNS [Bobath] oder „Doppelbehandlung“),
- Therapiefrequenz (Angabe auch als Frequenzspanne möglich),
- Diagnosegruppe,
- konkrete behandlungsrelevante Diagnose(n) mit ICD-10-GM-Code,
- Leitsymptomatik nach Heilmittelkatalog,
- erforderlichenfalls spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde.

Zur formalen Prüfung gehört auch ein Abgleich der in der Verordnung genannten ICD-10-Schlüssel und der Diagnose sowie der Diagnose und Diagnosegruppe mit den in der Anlage 2 zur HeilM-RL (Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V) genannten Ziffern und Diagnosen und Diagnosegruppen. Beim Fehlen wesentlicher Angaben auf der Verordnung erfolgt eine Rückgabe an die Krankenkasse.

Des Weiteren sollten die Regelungen zu den bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfen sowie der in Anhang 1 zur Anlage 2 „Spezifische Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Heilmittel“ berücksichtigt werden (Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen).

Legende zu 2): Sind Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigung / Summe der Schädigungen vergleichbar mit einer entsprechenden Diagnose (und entsprechender Schädigung) aus der Anlage 2 zur HeilM-RL?

Dies bedeutet im Einzelfall:

- Verordnungsdiagnose und Diagnosegruppe des Heilmittelkatalogs müssen benannt sein.
- Aus dem Antrag bzw. aus der Verordnungskopie müssen Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen hervorgehen.
- Schwere und Dauerhaftigkeit der konkreten Schädigungen / Summe der Schädigungen müssen mit einer in der Anlage 2 zur HeilM-RL benannten ICD-10-Diagnose und Diagnosegruppe hinsichtlich der assoziierten Schädigung vergleichbar sein.

Der letzte Spiegelstrich weist darauf hin, dass eine naheliegende Zuordnung auf der Ebene Krankheit, Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten erfolgt. Wird z. B. bei einer ZNS-Erkrankung ein Antrag nach § 32 Abs. 1a SGB V gestellt und darauf verwiesen, dass eine Vergleichbarkeit mit der in Anlage 2 zur HeilM-RL aufgeführten Diagnosen und Diagnosegruppen besteht, so ist bei der Prüfung der Vergleichbarkeit auf eine naheliegende ZNS-Erkrankung und die in typischer Weise zugehörigen Schädigungen aus der Anlage 2 zur HeilM-RL abzustellen.

In Ausnahmefällen kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller oder struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, aus deren Gesamtbetrachtung ein Therapiebedarf ergeben, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen der Anlage 2 zur HeilM-RL zu erwarten ist.

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

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

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

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

länger bestehen sollten und eine relevante Änderung nicht zu erwarten ist. Allerdings kann auch bei Folgen einer akuten Erkrankung prognostisch absehbar sein, dass ein langfristiger Therapiebedarf besteht.

Legende zu 3) Sind Therapiebedarf und Therapieziel ausreichend ableitbar?

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

Die Notwendigkeit der verordneten Heilmitteltherapie muss sich aus der ärztlichen Begründung unter Beachtung der Kriterien Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel ergeben. Im nächsten Schritt muss gutachtlich bewertet werden, ob im Rahmen der festgestellten funktionellen oder strukturellen 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 ableitbar 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 oder 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 oder 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 schädigungsbildabhängigen Diagnostik müssen die vorliegende Verordnung stützen. Dies muss sich aus der ärztlichen Begründung zur Verordnung ergeben. Art und Umfang der Schädigung sind zu beurteilen, um die Ausprägung bzw. Schwere der Schädigung zu ermitteln.

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

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

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

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

Eine positive Therapieprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Therapieziels. Es ist eine umfassende Abwägung hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird. Dabei ist die Motivation bzw. die Motivierbarkeit der oder des Versicherten zu berücksichtigen. Auch die Vermeidung einer Verschlechterung der bestehenden Schädigungen bzw. der Beeinträchtigungen ist prognostisch positiv einzuschätzen.

Legende zu 6): Besteht bei einer schweren und dauerhaften Schädigung / Summe der Schädigungen ein Behandlungsbedarf von mindestens 1 Jahr mit Heilmitteln?

Es gilt, die nachfolgend dargelegten Sachverhalte ab Legende 2 kumulativ zu prüfen. Entscheidende medizinische Voraussetzungen für die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs sind:

- **Schwere der Schädigung (funktionell oder strukturell) / der Beeinträchtigung der Aktivitäten**
(→ Legende zu 2)
- **Langfristigkeit der Schädigung / der Beeinträchtigung der Aktivitäten:** (→ Legende zu 2)
- **langfristiger Therapiebedarf (gleich/größer ein Jahr):**

Es sollte – mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (Prognose) – für mindestens ein Jahr ein Behandlungsbedarf mit Heilmitteln bestehen. Aus den in der Verordnung dargelegten funktionellen oder strukturellen Schädigungen und den ggf. bekannten Beeinträchtigungen der Aktivitäten bzw. aus den vom oder von der Versicherten ggf. vorgelegten medizinischen Unterlagen (u. a. Krankenhausentlassungsberichte, Rehabilitationsentlassungsberichte,

ärztliche Bescheinigungen, Schwerbehindertenausweis) muss deutlich werden, dass ein Therapiebedarf kontinuierlich besteht und dass ohne die vorgesehene Heilmitteltherapie Verbesserungen des Funktionszustandes ausbleiben oder eine Verschlechterung des Gesundheits- bzw. Funktionszustandes eintreten wird.

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 Abs. 3 HeilM-RL

→ Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen

- **Medizinische Voraussetzungen zur Genehmigung nach § 8 Abs. 3 HeilM-RL nicht erfüllt**

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

- Die beschriebene Schädigung ist hinsichtlich ihrer Schwere und Dauerhaftigkeit nicht mit Schädigungen vergleichbar, wie sie bei einer naheliegenden Diagnose der Anlage 2 zur HeilM-RL zu erwarten sind.
 - Es besteht zwar eine schwere Schädigung, eine Dauerhaftigkeit kann jedoch nicht bestätigt werden.
 - Es besteht eine schwere und dauerhafte Schädigung, aber ein langfristiger Heilmittelbedarf wird nicht bestätigt aufgrund
 - fehlender 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 Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 Abs. 3 und 5 HeilM-RL können dennoch die Voraussetzungen für eine weitere (kurzfristige) Heilmitteltherapie gemäß § 7 Abs. 4 HeilM-RL gegeben sein.
 - Eine Behandlung mit Heilmitteln ist nicht erforderlich; es sind jedoch andere Maßnahmen angezeigt. Mit der gutachtlichen Stellungnahme sind begründete Empfehlungen für andere Maßnahmen auszusprechen. Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist z. B. dann indiziert, wenn die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose festgestellt bzw. eingeschätzt wurden und ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden kann. In jedem Fall ist eine umfassende Abwägung hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird.

Legende zu 7): Medizinische Voraussetzungen zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL erfüllt; Angabe eines Zeitraums

Sind die zuvor aufgelisteten Bedingungen **kumulativ** erfüllt, sind die medizinischen Voraussetzungen für eine Empfehlung zur Genehmigung des Antrages nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 Abs. 3 HeilM-RL gegeben.

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

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

2.3.2.1 Begutachtung von Anträgen nach § 8 HeilM-RL und gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit

In Fällen mit längerdauernder Arbeitsunfähigkeit und vorliegendem Antrag nach § 8 der HeilM-RL kann die Prüfung des Antrages nach § 8 der HeilM-RL mit einer Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit kombiniert werden. Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkassen und der Begutachtung durch den MDK ist die Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit maßgebend. Zur Bewertung der Heilmittelverordnungen sind die Ausführungen dieser Begutachtungsanleitung anzuwenden.

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

2.3.2.2 Begutachtung von Anträgen nach § 8 HeilM-RL und gleichzeitigen Anträgen auf medizinische Vorsorgeleistungen oder auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Es ist Aufgabe des MDK, Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt zu identifizieren und geeignete Maßnahmen vorzuschlagen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Wird bei der Krankenkasse ein Antrag auf medizinische Vorsorgeleistungen oder auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt und ist gleichzeitig eine Prüfung von Anträgen nach § 8 der HeilM-RL notwendig, kann die Prüfung des Antrages nach § 8 der HeilM-RL mit einer Begutachtung des Antrages auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen kombiniert werden.

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

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

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

2.3.2.3 Begutachtung von Anträgen nach § 8 HeilM-RL 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 liegt gleichzeitig ein Antrag nach § 8 HeilM-RL vor, kann die Prüfung des Antrags nach § 8 HeilM-RL mit einer Begutachtung der Notwendigkeit des Hilfsmittels kombiniert werden.

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

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

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

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkassen und der Begutachtung durch den MDK sind die Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung vom 27. August 1990 maßgebend. Zur Bewertung der Heilmittelverordnungen sind die Ausführungen dieser Begutachtungsanleitung anzuwenden.

2.3.2.4 Begutachtung von Anträgen nach § 8 HeilM-RL und Behandlung in Frühfördereinrichtungen / Sozialpädiatrischen Zentren / sonderpädagogischen Einrichtungen

Heilmittel dürfen gemäß § 6 Abs. 2 und Abs. 3 HeilM-RL bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung der vorliegenden Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach §§ 46 und 79 des SGB IX). Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.

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).

Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den § 46 Abs. 1 und 2 und § 79 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003, geändert am 23. Dezember 2016, 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.

2.3.2.5 Begutachtung von neuen Heilmitteln

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

- a) die nach der Heilmittel-Richtlinie nicht verordnungsfähig sind oder
- b) die für bestimmte Indikationen bereits nach der Heilmittel-Richtlinie verordnet werden können, deren Indikationsbereiche oder die Art ihrer Erbringung aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren haben.

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

Wird ein neues Heilmittel verordnet und beantragt, erfolgt die Begutachtung durch den MDK entsprechend der Begutachtungsanleitung „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“ im Sinne dieser Richtlinie zugeordnet wurde. Im Weiteren ist der BGA NUB zu folgen.

2.3.2.6 Andere Fragestellungen

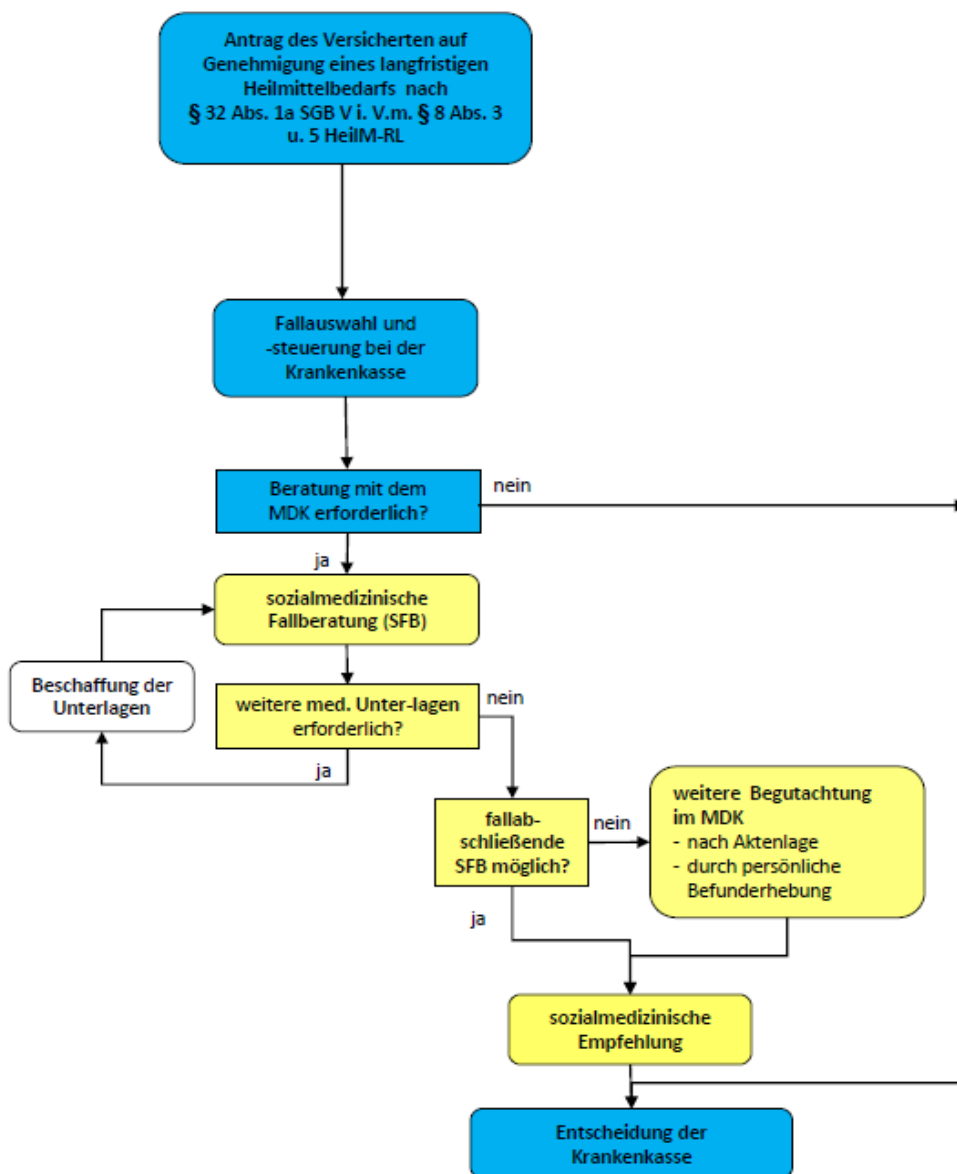
Neben den hier angesprochenen Beratungs- und Begutachtungsfeldern gibt es auch andere individuelle Fragestellungen der Krankenkassen zu Einzelfällen (z. B. Fragen zu Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V). Das gutachtliche Vorgehen orientiert sich dann an der jeweiligen Fragestellung.

3 Zusammenarbeit Krankenkasse/MDK in der Einzelfallbegutachtung

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

Bei Begutachtungsfragen zu Heilmittelverordnungen insbesondere bei Anträgen auf einen langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 Abs. 3 HeilM-RL ist die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und MDK hinsichtlich der Fallauswahl bei der Krankenkasse und der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK von entscheidender Bedeutung.

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



3.1.1 Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 Abs. 3 HeilM-RL

Eine Antragstellung bei Fallkonstellationen eines anerkannten langfristigen Heilmittelbedarfs nach Anlage 2 der HeilM-RL ist seit dem 1. Januar 2017 nicht mehr vorgesehen; diese gelten als langfristig anerkannt. Versicherte können aber einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs 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. 3 HeilM-RL ist festgelegt: „Bei schweren dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 zur HeilM-RL vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, entscheidet die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.“

In § 8 Abs. 4 HeilM-RL heißt es: „Entscheidungen nach Absatz 3 trifft die Krankenkasse auf der Grundlage

- des Antrages der oder des Versicherten,
- der Kopie einer gültigen und gemäß § 13 Abs. 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung der Die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten und
- soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Abs. 1 SGB V.“

Absatz 5 erläutert: „Bei Entscheidungen über Anträge nach Absatz 3 gilt § 3 Absatz 5 entsprechend. Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigung liegt dann vor, wenn die bei dem Antragsteller bestehenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen vergleichbar mit der Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen sind, wie sie bei Diagnosen aus der Anlage 2 zu erwarten sind. Eine Schwere und Langfristigkeit im Sinne von Absatz 3 kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller oder struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, sich aus deren Gesamtbeurteilung jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen der Anlage 2 zu erwarten ist. Bei Entscheidungen nach den Sätzen 2 und 3 ist von einer Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr medizinisch notwendig ist. Sofern es bei der Entscheidung nach den Sätzen 2 und 3 zusätzlichen medizinischen Sachverständes bedarf, hat die Krankenkasse den MDK einzubeziehen. Dabei sind der Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieziele und die Therapieprognose des Versicherten in Verbindung mit dem verordneten Heilmittel zu berücksichtigen. Eine Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach Absatz 3 darf nicht allein deswegen versagt werden, weil sich das Heilmittel oder die Behandlungsfrequenz im Genehmigungszeitraum innerhalb der Diagnosegruppe der dem Antrag zugrunde liegenden Verordnungen ändern kann.“

Bei der Bearbeitung von Anträgen haben Krankenkassen auch die bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfe und die im Anhang 1 zur Anlage 2 „Spezifische Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Heilmittel“ der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die „Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen“ in der jeweils aktuell gültigen Fassung zu beachten. Im Anhang 1 zur Anlage 2 werden die bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfe für die Verordnung

von Heilmitteln gemäß § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V festgelegt, die bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs. 1 SGB V anzuerkennen sind.

Bei der Bearbeitung von Anträgen auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 Abs. 3 und 5 HeilM-RL empfiehlt sich für die Krankenkassenmitarbeiterinnen und Krankenkassenmitarbeiter im Zusammenhang mit besonderen Verordnungsbedarfen nach § 106b Abs. 2 SGB V folgendes Vorgehen

1. Bei Fallkonstellationen aus dem Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen liegen die Voraussetzungen für die Genehmigung langfristiger Heilmittelverordnungen nach § 32 Abs. 1a SGB V in der Regel nicht vor. Wird dennoch ein Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs gestellt, ist zu prüfen, ob das Krankheits- und Schädigungsbild sowie die verordnete Behandlung mit einem Krankheits- und Schädigungsbild der Anlage 2 zur HeilM-RL vergleichbar sind.

Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigung kann insbesondere dann vorliegen, wenn die bei der Antragstellerin oder dem Antragsteller bestehenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen vergleichbar mit der Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen sind, wie sie bei Diagnosen aus der Anlage 2 der HeilM-RL zu erwarten sind. Eine Schwere und Langfristigkeit kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller oder struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, sich aus deren Gesamtbetrachtung jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen der Anlage 2 der HeilM-RL zu erwarten ist.

2. Stimmt die Heilmittelverordnung mit ICD-Diagnose und Diagnosegruppe nicht mit den bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfen des Anhangs 1 zur Anlage 2 „Spezifische Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Heilmittel“ überein, ist ebenfalls zu prüfen, ob das Krankheits- und Schädigungsbild sowie die verordnete Behandlung mit einem Krankheits- und Schädigungsbild der Anlage 2 zur HeilM-RL vergleichbar sind.

Dies bedeutet für die Konstellationen 1–2:

- Diagnose und Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges müssen benannt sein.
- Aus dem Antrag bzw. aus der Heilmittel-Verordnung müssen Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen hervorgehen.
- Schwere und Dauerhaftigkeit der konkreten Schädigungen müssen mit einer in der Anlage 2 zur HeilM-RL benannten ICD-10-Diagnose und Diagnosegruppe hinsichtlich der assoziierten Schädigung vergleichbar sein. Es muss eine naheliegende Zuordnung auf der Ebene Krankheit, Schädigungen, Beeinträchtigungen bestehen.

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

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB)

Ergibt sich bei der kassenseitigen Fallbearbeitung ein sozialmedizinischer Beratungsbedarf, wählt die Krankenkasse nach formaler Prüfung den Vorgang für die gemeinsame SFB aus. Aus der SFB soll möglichst ein fallabschließendes Ergebnis für die Krankenkasse resultieren. Dies setzt eine sachgerechte Vorauswahl und Fallvorbereitung durch die Krankenkasse voraus.

Der MDK benötigt zur fallabschließenden sozialmedizinischen Beratung neben der Auftragsformulierung medizinische Informationen. Gemäß § 276 Abs. 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK die für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Für eine effektive SFB sollten Daten der Krankenkasse (Leistungszeiträume und Diagnosen) aus den letzten drei Jahren herangezogen werden; dies sind insbesondere:

- Auftrag der Krankenkasse
- Vollständig ausgefüllter Verordnungsvordruck gemäß § 13 Abs. 2 HeilM-RL (siehe Kapitel 2.3.1),
- Leistungsauszüge der Krankenkasse zu bisherigen Heilmittelverordnungen
- Bei Kindern ggf. Angaben zu Frühförderung/Heilpädagogik entsprechend SGB IX
- Wenn vorhanden, ergänzend Angaben mit ggf. Befundberichten zu
 - Hilfsmittelversorgungen
 - Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
 - Krankenhausbehandlungen
 - Leistungen aus der Pflegeversicherung
 - Arbeitsunfähigkeit
 - Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung
 - GdB, MdE

Soll eine SFB eingeleitet werden, bereitet die Krankenkasse einen Fallberatungsbogen vor (→ Kapitel 7.4 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, sollten die Inhalte der vorausgegangenen Fallberatung wieder vorgelegt werden.

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 (SFB mit Stellungnahme). 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 oder vom Gutachter zu unterzeichnen. Die eindeutige Beantwortung der Frage des Auftraggebers umfasst die

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

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

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

Die Beurteilung muss für die Krankenkasse verständlich und nachvollziehbar sein.

Die Stellungnahme i. R. der SFB ist von der Krankenkasse zu archivieren.

3.2.2 Fallsteuernde SFB / Einleitung einer Begutachtung

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

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

4 Gutachten

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

In Abhängigkeit der Fragestellung der Krankenkasse und des daraus resultierenden Umfangs der Auftragsbearbeitung ist eine Abstufung im Umfang der Gutachtenerstellung möglich. Die Gutachterin oder 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 (Schwerpunkt-) Begutachtung durch besonders qualifizierte Gutachterinnen und Gutachter kann insbesondere bei

- psychiatrischen Erkrankungen,

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

sinnvoll sein.

4.1 Begutachtung nach Aktenlage

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

Zur Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage können der MDK-Gutachter oder die MDK-Gutachterin die Verordner, die Heilmittelerbringer oder die Versicherten auch telefonisch befragen.

4.2 Gutachten mit persönlicher Befunderhebung

Diese Begutachtungsform stellt einen Ausnahmefall bei der Begutachtung von Heilmittelverordnungen dar. Die Befunderhebung kann in den Räumen des MDK oder im Rahmen eines Hausbesuchs durchgeführt werden. Ziel ist die Beurteilung von Therapiebedarf, -fähigkeit und -prognose zur Prüfung der Notwendigkeit einer weiteren Heilmitteltherapie.

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

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

4.3 Inhalte der Gutachten nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung

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

- Diagnose(n) mit ICD-10-Kodierung – unter Einbezug der schädigungsbildabhängigen Diagnostik,
- Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges,
- Leitsymptomatik/Schädigungen der Körperstruktur bzw. Körperfunktion, Beeinträchtigung der Aktivitäten,
- Ziel(e) der Heilmitteltherapie,
- verordnete(s) Heilmittel,
- Behandlungsbedarf,
- Prognose der weiteren Behandlung und

- ggf. bestehende Zweifel an der Notwendigkeit des verordneten Hausbesuchs und der Einzeltherapie.

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

Gliederungspunkte des Gutachtens

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

- **Frage(n) der Krankenkasse**

- **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 oder des Versicherten bzw. der vorgelegten Befundberichte inklusive Therapie. Anzugeben sind insbesondere darin enthaltene Aussagen über die Krankheitsentwicklung / den Krankheitsverlauf, die Intaktheit bzw. Schädigungen relevanter Strukturen und Funktionen sowie über Aktivitäten und deren Beeinträchtigung. Relevante Belastungsfaktoren, persönliche Risikofaktoren und sozialer Kontext sind zu beschreiben.

- **Angaben zum Befund**

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

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

- **Heilmittelbegründende Diagnose**

Bezeichnung der Krankheiten einschl. Anwendung des ICD-10-GM. Sämtliche ordnungsrelevante Erkrankungen sind aufzuführen.

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

Zusammenfassende und verständliche Darstellung des Ergebnisses der Begutachtung, Abgleich von beantragtem und gutachtlich festgestelltem Therapiebedarf. Therapiefähigkeit,

Therapieprognose und Therapieziel sind zu berücksichtigen, um eine schlüssige sozialmedizinische Beurteilung als Grundlage für die Entscheidung der Krankenkasse formulieren zu können. Die kassenseitigen Fragestellungen sind konkret und verständlich zu beantworten.

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

Ergeben sich aus der Begutachtung Hinweise auf erforderliche andere Therapien, ist dazu Stellung zu beziehen und eine Empfehlung auszusprechen.

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

Ein Widerspruch kann nur von Versicherten selbst oder ihren gesetzlichen Betreuern eingelegt werden, Einspruch können die Verordnerinnen und Verordner oder Leistungserbringer erheben.

Der Widerspruch/Einspruch 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. Ein Einspruch sollte medizinisch begründet sein.

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

Generell ist in einem Widerspruchs-Gutachten darzustellen, auf welche Sachlage sich der Widerspruch bezieht und welche Punkte strittig sind. Im nächsten Schritt ist auf die vorgebrachten Argumente einzugehen und diese sind gutachterlich zu diskutieren. Werden neue Erkenntnisse aus eingereichten Befunden ersichtlich, die ein anderes Ergebnis bedingen, ist dieses plausibel herzuleiten und in einer für die Krankenkasse und Versicherten verständlichen Weise darzulegen.

6 Ergebnismitteilung

Art und Umfang der Ergebnismitteilung an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Verordnerinnen und Verordner und die Krankenkasse sind gesetzlich im § 277 Abs. 1 SGB V festgelegt.

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

7 Anlagen

7.1 Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

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

7.2 Patienteninformation des Gemeinsamen Bundesausschusses „Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs“

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

7.3 Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vereinbart zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die jeweils aktuelle Lesefassung ist abrufbar unter:

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/wirtschaftlichkeitspruefung/wirtschaftlichkeitspruefung_leistungen.jsp

7.4 Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung mit Erläuterungen

Vordruckvereinbarung

https://www.kbv.de/media/sp/02_Vordruckvereinbarung.pdf

Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung

https://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf

relevant jeweils:

Muster 13 Heilmittelverordnung

7.5 SFB Fallberatungsbogen (Beispiel)

Vorderseite

Fallberatungsbogen Heilmittel

Krankenkasse

Ansprechpartner/in _____

Telefon _____

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum, KV-Nr.

Beratungsanlass

Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V und § 8 Abs. 3 oder 5 HeilM-RL

andere Fragestellung:

Heilmitteltherapie seit (soweit bekannt) ____

Leistungsauszüge der Krankenkasse zu bisherigen Heilmittelverordnungen

und ggf. erforderliche weitere Leistungsauszüge

(siehe Anlage)

Weitere Daten:

- Wenn vorhanden, ergänzend Angaben mit ggf. Befundberichten zu

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

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

siehe beigefügte Daten

Vorherige MDK – Fallberatung: am _____

(siehe Fallberatungsbogen)

weitere Hinweise:

Rückseite

Stellungnahme des MDK

Diagnose(n) mit ICD-10 Kodierung

krankheitsbedingte funktionelle oder strukturelle Schädigungen und ggf. Beeinträchtigungen der Aktivitäten:

Diagnosegruppe

--	--	--	--

verordnete(s) Heilmittel:

Beurteilung:

Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs
nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL
wird empfohlen

bei fehlender Aussagekraft der Unterlagen weitere
Ermittlungen

Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs
nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 HeilM-RL
wird nicht empfohlen

Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen

Erläuterung oder Begründung:

Wiedervorlage beim MDK nach Monaten

Begutachtung beim MDK erforderlich: ja nein

Erläuterungen/Hinweise zur Begutachtung:

Datum:

Unterschrift

7.6 Erläuterungen zum bio-psycho-sozialen Modell der WHO als konzeptionelle Grundlage der ICF und Bezugssystem für die sozialmedizinische Begutachtung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2001 entwickelten Familie von Klassifikationen im Gesundheitswesen. Sie ergänzt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems zu einem bestimmten Zeitpunkt auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben. Diese sogenannte finale Betrachtung der Funktionsfähigkeit ist ein Grundprinzip der ICF. Nicht die Entwicklung von Schädigungen und Beeinträchtigungen, sondern deren Ausprägungen zum Beurteilungszeitpunkt werden betrachtet.

Das der ICF zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell ermöglicht eine ganzheitliche Sichtweise und über die dargestellten Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und dem Lebenshintergrund einer betroffenen Person einen sozialmedizinischen Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung.

Mit den Items der ICF können krankheits- und behinderungsbedingte Auswirkungen auf die Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten, die Teilhabe sowie mögliche Einflüsse aus der Umwelt standardisiert beschrieben werden. Die ICF stellt somit eine einheitliche Terminologie für die Beschreibung der Auswirkungen eines Gesundheitsproblems zur Verfügung. Damit erleichtert sie die Kommunikationen zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, aber auch Wissenschaftlern und der Politik. Für die Beschreibung von Einflüssen auf die Funktionsfähigkeit, die in der Person selbst begründet sind (personbezogene Faktoren), hat die WHO bislang keine Systematik zur Verfügung gestellt. Hierfür ist deshalb die Systematik der DGSMP „Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO“² zu verwenden, die unter Beteiligung des MDK für den deutschen Sprachraum erstellt und publiziert wurde.

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-10-GM erfasst bzw. klassifiziert.

Struktur der ICF

Die ICF hat eine duale Struktur. Sie besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten und insgesamt 1424 Items für die Komponente der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und Teilhabe und für die Umweltfaktoren (Abbildung 1). Eine Kodierung dieser Items ist in der GKV aber nicht vorgesehen.

² <https://www.dgsmp.de/materialien/systematik-der-dgsmp/>

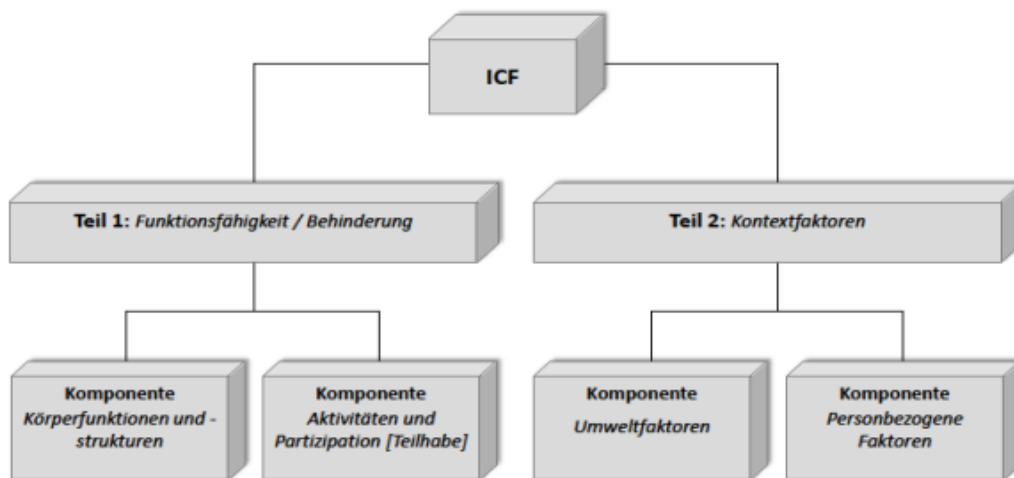


Abbildung 1: Struktur der ICF

- Teil 1 wird überschrieben mit den Begriffen 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. Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand und ihrem individuellen Lebenshintergrund (Umwelt- und personbezogene Faktoren).
- Behinderung ist nach ICF ein Oberbegriff für Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand und ihrem individuellen Lebenshintergrund.
- Kontext steht im allgemeinen Sprachgebrauch für den gesamten Lebenshintergrund einer Person.
- Kontextfaktoren sind Einflussfaktoren aus diesem Lebenshintergrund und können krankheits- oder behinderungsbedingte Auswirkungen auf allen Ebenen der Funktionsfähigkeit (Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe) positiv wie negativ haben.

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** die positiven Aspekte des Umganges mit dem Gesundheitsproblem bzw. des Behinderungsausgleiches in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation mit Hilfsmitteln noch laufen können wie ein Gesunder). Behinderung nach ICF umfasst **somit jeg-**

liche Schädigung oder Beeinträchtigung, die zu einem definierten Zeitpunkt vorliegt. Das SGB IX betrachtet Behinderung primär mit Blick auf die **Teilhabe** und knüpft diese an zwei Bedingungen: Die Teilhabebeeinträchtigung muss mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauern und darf nicht im Zusammenhang mit dem für das Lebensalter typischen Körper- und Gesundheitszustand stehen. Allerdings ist im SGB IX auch die drohende Beeinträchtigung der Teilhabe inkludiert, die sich mit der ICF nicht abbilden lässt.

Die Konzeption der ICF

Die Konzeption der ICF beruht auf dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO, mit Hilfe dessen mögliche Wechselwirkungen verdeutlicht werden können. (Abbildung 2)

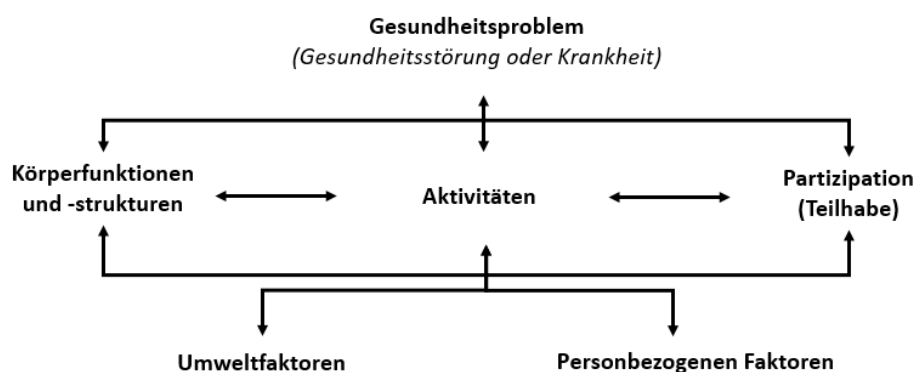


Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den Komponenten der ICF

Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess. 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 beim Ausgleich einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

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 personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der WHO ist damit eine unverzichtbare Matrix in der sozialmedizinischen Begutachtung.

Die Nutzung der ICF setzt die Kenntnis ihrer Grundbegriffe voraus.

Begriffe der ICF

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktionen werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, 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. Defizite dieser Komponenten (Körperfunktionen oder Körperstrukturen) werden als Schädigungen bezeichnet.

Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)

Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenenseins zu Grunde gelegt werden.

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Funktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person 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 Einbezogenensein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein. Beeinträchtigungen können Probleme beispielsweise beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein. Defizite dieser Komponenten (Aktivitäten/Teilhabe) werden als Beeinträchtigungen der Aktivitäten bzw. Teilhabe bezeichnet.

Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren)

Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung sind einerseits abhängig von der Schwere und Art der Grunderkrankung, andererseits aber auch vom Einfluss der Kontextfaktoren. Bedeutsam sind Kontextfaktoren dann, wenn sie im Rahmen einer aktuellen Fragestellung als Förderfaktoren genutzt oder im negativen Fall (Barriere) günstig von außen beeinflusst werden sollen.

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, Assistenz, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Angeboten des Gesundheitssystems, fehlende soziale oder finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen.

Personbezogene Faktoren sind in der Person liegende Faktoren, die in Wechselwirkung zu den anderen Komponenten der ICF stehen können. Sie umfassen Gegebenheiten, die nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands und nicht Teil der Umwelt sind. Personbezogene Faktoren klassifizieren nicht Personen, sondern sind im Einzelfall bedeutsame Einflussfaktoren einer Person auf deren Funktionsfähigkeit. Beispielsweise stellen Faktoren wie Selbstvertrauen oder Ernährungsgewohnheiten nicht nur

wesentliche Determinanten von Gesundheit und Funktionsfähigkeit dar, sondern können auch Ansatzpunkte für die Verordnung von Heilmitteln sein.

Während die Umweltfaktoren in der ICF klar konzeptualisiert und klassifiziert sind, stellt die WHO für die personbezogenen Faktoren nur eine stark vereinfachte konzeptionelle Definition zur Verfügung. Sozialmedizinische Gutachtern und Gutachterinnen benötigen aber, insbesondere für die Ermittlung von Teilhabebedarfen, eine Systematik für die personbezogenen Faktoren, um alle relevanten und in der Person selbst liegenden Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit strukturiert berücksichtigen zu können. Hierfür steht ihnen die unter Beteiligung des MDK erstellte und von der DGSM publizierten Systematik zu den personbezogenen Faktoren zur Verfügung.

Beispielsweise stellen Faktoren wie Selbstvertrauen oder Ernährungsgewohnheiten nicht nur wesentliche Determinanten von Gesundheit und Funktionsfähigkeit dar, sondern können Ansatzpunkte für Interventionen sein.