

MB 14 b AV 05/18 Merkblatt zum Thema¹

Langfristige Genehmigungen

→ Einleitung

Seit der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie (HMR) zum 01.07.2011 können Menschen mit schweren und langfristigen funktionellen/strukturellen Schädigungen (z.B. neurologische Erkrankungen oder Behinderungen) künftig eine langfristige Genehmigung von Heilmittelbehandlungen von ihrer gesetzlichen Krankenkasse bekommen. Seit 01.01.2012 ist in § 32 Abs. 1a SGB V die Bestimmung der HMR auf eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage gestellt. Damit verknüpft sind weitere Neuregelungen in § 84 Abs. 8 Satz 6 (Berechnung von Richtgrößen) sowie § 106b Abs. 4 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen). **Somit unterliegen langfristig genehmigte Heilmittelverordnungen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung** der Vertragsärzte. Ferner sind die auf diese Verordnungen entfallenden Kosten bei der Vereinbarung von Richtgrößen nach § 84 Abs. 6 SGB V zu berücksichtigen.

Die am 01.01.2017 in § 8a der HMR eingefügte Regelung sieht vor, dass sich die Beeinträchtigungen aus der ärztlichen Begründung bzw. Diagnosestellung ergeben sollen und die Genehmigung für mindestens ein Jahr lang gelten soll. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine **Anlage 2 zur HMR** erstellt, die eine Liste mit Diagnosen enthält, bei denen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht. Diese Liste ist jedoch nicht abschließend, so dass Patienten im Falle einer anderen, vergleichbar schwerwiegenden Krankheit auf jeden Fall weiterhin einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen können.

Die HMR samt den Anlagen sowie ein Merkblatt für Patienten finden Sie auf der Homepage des G-BA².

→ So funktioniert es:

a) **Diagnose ist gelistet (Anlage 2, Langfristiger Heilmittelbedarf)**

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

¹ Wir wollen Ihnen das Lesen erleichtern. Deshalb verwenden wir bei den Personenbezeichnungen in der Einzahl die weibliche, in der Mehrzahl die männliche Form. Gemeint sind selbstverständlich immer Menschen beiderlei Geschlechts.

² <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/>

Wichtig! Auch bei Krankenkassen, die das Genehmigungsverfahren (§ 8 Absatz 4 Heilm-RL) durchführen³, ist bei gelisteter Diagnose kein Antrag auf langfristige Genehmigung erforderlich.

Achtung! Bei Verordnungen mit einer gelisteten Diagnose ist darüber hinaus kein Antrag auf Genehmigung der Verordnung außerhalb des Regelfalls nach § 8 HMR erforderlich (§ 8a Absatz 8).

b) Antragsverfahren im Einzelfall bei nicht gelisteten Diagnosen:

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

Der Antrag kann gleich bei Behandlungsbeginn – und nicht mehr, wie vor der Neuregelung 2017, erst nach Durchlaufen des Regelfalls – gestellt werden (§ 8a Abs. 8 HMR). Also auch hier stellt die Ärztin **sofort** eine Verordnung außerhalb des Regelfalls aus. Wird bei Behandlungsbeginn ein Antrag auf langfristige Genehmigung gestellt, ist ein separater Antrag auf Genehmigung der Verordnung (nach § 8 Absatz 4 Heilm-RL) nicht erforderlich.

Diagnosen aus dem geriatrischen, neurologischen und orthopädischen Bereich sind als Besonderer Ordnungsbedarf anerkannt – die Anlage 2 der HMR führt vor allem angeborene Erkrankungen auf. Der DVE geht davon aus, dass das Antragsverfahren besondere Relevanz bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung, z.B. postschizophrener Depression, hat. Denn mit Ausnahme der Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und der Chromosomenanomalien sind keine Diagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis gelistet.

Dauer der Genehmigung:

Alle Verordnungen, die innerhalb des Genehmigungszeitraums ausgestellt werden, sind inhaltlich als genehmigt anerkannt. Dabei spielt es keine Rolle, dass Therapieeinheiten ggf. über den Genehmigungszeitraum (z.B. von einem Jahr) hinaus erbracht werden. Maßgeblich ist hier das Ausstellungsdatum der Verordnung.

Der Antrag soll enthalten:

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

³ Sie finden die Liste der Krankenkassen, die das Genehmigungsverfahren durchführen, auf der Homepage des DVE: <https://www.dve.info/downloads/genehmigungsverfahren>

Dem Antrag soll beigelegt werden:

- **aussagekräftige Belege** wie z. B. vorliegende ärztliche Diagnostik, Feststellungen der Pflegekasse oder Krankenhausberichte
- **Kopie der Heilmittelverordnung** außerhalb des Regelfalls mit medizinischer Begründung

Die Krankenkassen entscheiden über die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung innerhalb von vier Wochen; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt (§ 32 Absatz 1a SGB V). Diese Frist kann sich ggf. verlängern, etwa wenn ergänzende Informationen von der Krankenkasse angefordert werden. In der Zeit zwischen Antragsstellung und Bescheid der Krankenkasse kann die Therapie jedoch wie gewohnt durchgeführt werden. Wird bei Behandlungsbeginn ein Antrag auf langfristige Genehmigung gestellt, ist ein separater Antrag auf Genehmigung der Verordnung (§ 8 Absatz 4 Heilm-RL) nicht erforderlich.

Wichtig:

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

Auch ohne eine langfristige Genehmigung kann die Patientin mit Ergotherapie versorgt werden. Sollte der langfristige Heilmittelbedarf nicht bestätigt werden, kann eine weiterhin notwendige Heilmittelverordnung nach den Regelungen der Heilmittel-Richtlinie ausgestellt werden. Im Fall b) wird bei einer Ablehnung der langfristigen Genehmigung der Regelfall mit Ausstellung einer Folgeverordnung fortgesetzt. Bei Krankenkassen, die ein Genehmigungsverfahren durchführen, ist dann ist allerdings zu beachten, dass bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls eine Genehmigung nach § 8 Absatz 4 HMR beantragt werden muss.

MB 14 a AV – Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Wichtig – Tipps für den Alltag!

- ✓ Voraussetzung für eine langfristige Genehmigung ist immer die Ausstellung einer Verordnung außerhalb des Regelfalls.
- ✓ Diese wird in den Fällen a) und b) unmittelbar bei Behandlungsbeginn ausgestellt.
- ✓ Prüfen Sie vor einem Antragsverfahren, ob evtl. ein besonderer Verordnungsbedarf vorliegt – im Merkblatt 30 AV finden Sie dazu weitere Informationen.
- ✓ Der Antrag wird von der Patientin gestellt – Sie und/oder die ausstellende Arztpraxis können dabei selbstverständlich unterstützen.

Weitere Veröffentlichungen des DVE zum Thema:

- Broschüre „Rund um die Ergotherapie-Verordnung – Muster 18, BVB, LHM“
- Mini-Flyer Heilmittel-Richtlinie
- Kontrollfolie Verordnung

Sie erhalten diese Materialien kostenpflichtig im DVE SHOP:

<https://www.dve.info/service/dve-shop.html>

Beispiel Antrag langfristige Genehmigung

Krankenkasse
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

Muster

Ihr Zeichen

Datum

Versicherungsnummer: (Versicherungsnummer einfügen)

Antrag auf längerfristige Genehmigung meiner Heilmittelverordnungen nach § 32 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8a Abs 3 HeilM-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Aufgrund der bei mir vorliegenden Krankheit besteht ein regelmäßiger Therapiebedarf, der auch langfristig weiter bestehen wird.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift Versicherter)

Anlagen

2018 – Wege zur extrabudgetären Verordnung

BVB: Besondere Verordnungsbedarfe	LHM: Langfristiger Heilmittelbedarf	
	Möglichkeit 1	Möglichkeit 2
bundesweite Liste mit Diagnosen → Anhang 1 ¹ → strukturiert nach ICD-10	bundesweite Liste mit Diagnosen → Anlage 2 Heilm-RL des G-BA ² → strukturiert nach ICD-10	Antrag auf langfristige Genehmigung bei nicht gelisteten Diagnosen – bei schweren dauer- haften Schädigungen; vergleichbar mit Liste LHM
zu tun:	zu tun:	zu tun:
1. Ausstellen einer Verordnung (Erst-, Folgeverordnung, Verordnung außerhalb des Regelfalls)	1. Ausstellen einer Verordnung außerhalb des Regelfalls → immer möglich, auch ohne Durchlaufen des Regelfalls (§ 8a Heilm-RL)	1. Antrag durch Patientin/Patient → bei allen Krankenkassen, § 8a Absatz 3 Heilm-RL → einreichen zusammen mit der Verordnung, siehe Schritt 2
2. passenden ICD-10-Code (ggf. zwei) auf der Verordnung auftragen	2. passenden ICD-10-Code auf der Verordnung auftragen	2. Ausstellen einer Verordnung außerhalb des Regelfalls ³ → immer möglich, auch ohne Durchlaufen des Regelfalls (§ 8a Absatz 8 Heilm-RL)
→ bei VO außerh. d. Regel- falls evtl. Genehmigung nötig	→ automatisch langfristig genehmigt	→ Genehmigung wird erteilt oder abgelehnt
3. ICD-10-Code/s wird/werden vom Leistungserbringer an die Krankenkasse übermittelt	3. ICD-10-Code wird vom Leistungserbringer an die Krankenkasse übermittelt	3. wenn erteilt: langfristige Genehmigung wird bei Kasse hinterlegt
4. extrabudgetäre Aner- kennung nach §§ 84 Absatz 8, 106b Absatz 2 SGB V im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung	4. unmittelbare extrabudgetäre Anerkennung als längerfristiger Heilmittelbedarf nach §§ 32 Absatz 1a, 84 Absatz 8, 106b Absatz 4 SGB V	

- **Broschüre des DVE: Rund um die Ergotherapie-Verordnung – Muster 18, BVB, LHM**
- **erhältlich im DVESHop unter www.dve.info oder unter shop@dve.info**

¹ Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen, vom 30.11.2015

² Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL): Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf, vom 19.05.2016

³ Ein Antrag nach § 8 Absatz 4 gilt in diesem Fall als erteilt.