

Information für Ärzte zum langfristigen Heilmittelbedarf

Mit der Änderung der Heilmittel-Richtlinie entfallen seit 1. Januar 2021 Verordnungen außerhalb des Regelfalls und damit auch das damit verbundene Genehmigungsverfahren.

Reicht die orientierende Behandlungsmenge nicht aus, um das Therapieziel zu erreichen, kann die Heilmittelbehandlung ohne Genehmigung der Krankenkasse fortgesetzt werden.

Den medizinisch indizierten Bedarf dokumentiert die/der verschreibende Ärztin/Arzt in ihren/seinen Unterlagen.

1. Der langfristige Heilmittelbedarf:

Liegen schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigungen vor, kann darüber hinaus ein langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt werden

Die Regelung hierzu fördert die Behandlungskontinuität der Versicherten und entlastet die verordnenden Ärztinnen/Ärzte u. a. im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Hat die Ärztin/der Arzt eine schwere funktionelle oder strukturelle Schädigung festgestellt, bei deren Behandlung

- fortlaufend
- über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr

Heilmittel erforderlich sind, erfolgt die Genehmigung durch ein vereinfachtes Verfahren!

2. Zunächst muss die/der Ärztin/Arzt feststellen ob die Diagnose in der Heilmittelrichtlinie zu finden ist.

Wenn ja ist keine Genehmigung/Antrag erforderlich! Zu finden unter:

https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Richtlinie_Katalog_Diagnoselisten.pdf

(Punkt 4/ S.73 Diagnoselisten langfristiger Heilmittelbedarf)

Wenn nein ist ein Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf möglich:

Wichtig hierbei ist, dass die/der Ärztin/Arzt eine **dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung feststellt und ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt**. Die Ärztin/der Arzt kann in diesem Fall eine entsprechende Verordnung mit einer **Begründung** ausstellen (muss auf HMV erkenntlich sein, sollte eine aus der Diagnoseliste vergleichbare schwere und langfristige Erkrankung sein, was bei psychischen Erkrankungen ja der oft der Fall ist, Begründung kann sich auch aus der Summe der einzelnen Erkrankungen ergeben).

Auf einer HMV mit begründeten langfristigen Heilmittelbedarf dürfen mehr als 10 Behandlungseinheiten verschrieben werden. Dies richtet sich nach der Therapiefrequenz innerhalb von 12 Wochen:

Zum Beispiel:

Frequenz bis 2x wöchentlich

gleich 24 Einheiten in 12 Wochen

Frequenz bis 3x wöchentlich

gleich 36 Einheiten in 12 Wochen

3. Liegt solch eine Verordnung mit Begründung vor, können PatientInnen bei der Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen. Zum Antrag können wir gerne den PatientInnen Unterstützung anbieten. Dieser Antrag wird zusammen mit der Kopie der HMV zur Krankenkasse geschickt. Das Original bleibt beim Heilmittelbringer um die Therapie durchzuführen.

4. Die Krankenkasse muss innerhalb von vier Wochen, nach Antragseingang, über die Genehmigung entscheiden. Nach Ablauf der Frist, ohne Antwort der KK, gilt die Genehmigung als erteilt. Für die Prüfung des Antrags kann die KK (Med. Dienst) bei Ihnen oder Ihrer/Ihrem Ärztin/ Arzt weitere Informationen anfordern.

Nun gibt es 2 Möglichkeiten:

Antrag wurde genehmigt:

Therapie kann wie vorgesehen fortgesetzt werden (alle 12 Wochen Wiedervorstellung bei/beim Ärztin/Arzt nötig)

Antrag wurde abgelehnt:

Sollte der langfristige Heilmittelbedarf nicht bestätigt werden, kann die medizinisch notwendige Heilmitteltherapie nach den allgemeinen Regelungen der Heilmittel-Richtlinie fortgesetzt werden.

(laut Text des gemeinsamen Bundesausschusses, darf die maximal zulässige Behandlungsmenge ausgeschöpft und überschritten werden, wenn der verschreibende Arzt den medizinisch indizierten Bedarf in seinen Unterlagen dokumentiert. Hier können aber nur bis 10 Einheiten weiterhin verschrieben werden.)

Siehe auch:

https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3382/2021-04-01_G-BA_Patienteninformation_langfristiger-Heilmittelbedarf_bf.pdf