

# Der langfristige Heilmittelbedarf

Die Verordnungen für den sogenannten langfristigen Heilmittelbedarf ändern sich zum 1. Januar des kommenden Jahres. Irene Kopf erläutert, was zu beachten ist.

Zum 01.01.2017 wird die Heilmittelrichtlinie angepasst. Dadurch ergibt sich für unser Krankheitsbild folgende Änderung: Bisher war Polio bzw. PPS als Praxisbesonderheit gelistet und unterlag dadurch für den verordnenden Arzt nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung – es war für ihn budgetneutral.

Zum Glück konnten wir erreichen, dass wir auch im neuen Verfahren als Krankheitsbild gelistet sind. Das hat den Vorteil, dass Versicherte sich einen langfristigen Heilmittelbedarf nicht mehr von ihrer Krankenkasse genehmigen lassen müssen und der verordnende Arzt nach korrekter Ausstellung des Rezeptes auch weiterhin budgetneutral bleibt.

## Was bedeutet überhaupt langfristiger Heilmittelbedarf?

- Patienten mit schweren funktionellen und/oder strukturellen Schädigungen benötigen in bestimmten Fällen dauerhaft Heilmittel. Betrifft dies Erkrankungen, die in der vom G-BA definierten Diagnoseliste enthalten sind, ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs auszugehen. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren bei der Krankenkasse ist dann nicht mehr erforderlich.
- Von einer Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit ist auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr medizinisch notwendig ist.
- Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs unterliegen nicht den Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

## Wie muss das Rezept aussehen?

Zunächst muss das Kreuz bei Verordnung außerhalb des Regelfalles (3) gesetzt und zusätzlich eine medizinische Begründung eingetragen werden.

Das Kästchen Hausbesuch (6) muss angekreuzt werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Sonst muss „Hausbesuch nein“ angekreuzt werden.

Auf Wunsch kann der Vertragsarzt einen Therapiebericht (7) beim Leistungserbringer anfordern.

Verordnungsmenge (8): Da im Rezept außerhalb des Regelfalles (15) angekreuzt wurde, ist die Verordnungsmenge so zu bemessen, dass die Behandlung einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen umfasst und eine ärztliche Untersuchung gewährleistet ist.

Anzahl pro Woche: In dies Feld (10) ist vom verordnenden Arzt eine Frequenzempfehlung einzugetragen. Diese ist abhängig von der Ausprägung und

Schwere der Erkrankung sowie vom angestrebten Therapieziel.

In unserem Fall handelt es sich beim Punkt Indikationsschlüssel (11) um die Bezeichnung ZN2a. Zusätzlich muss die

Diagnose (12) mit Leitsymptomatik angegeben werden. Auch beim neuen Verfahren muss der ICD-10-Code (13) unbedingt mit angegeben werden – also G14. Nur durch die Angabe dieses Codes entfällt die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Angabe eines weiteren ICD-10-Codes ist nur notwendig, wenn ein besonderer Verordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem die Angabe eines zweiten ICD-10-Codes Voraussetzung ist (gem. Anh. 1 zur Anl. 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015).

## Bitte Muster Heilmittelverordnung beachten!

Auch nach der ab 01.01.2017 geltenden Heilmittelrichtlinie sind die Verordnungen der Ergotherapie sowie der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie als Langzeitverordnung ohne Genehmigung möglich.