

Möglichkeiten der Heilmittel- verordnung bei Skoliose



Regelungen seit dem 1. Januar 2021



**Bundesverband
Skoliose-Selbsthilfe e.V.**
Interessengemeinschaft für Wirbelsäulengeschädigte

Liebe Leserschaft,

seit 1971 unterstützt der Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. als Interessengemeinschaft für Wirbelsäulengeschädigte, Skoliosebetroffene in Deutschland.

Der Verband hilft allen Erkrankten und deren Angehörigen mit zielgerichteten Informationen in verschiedenen Medien, immer mit Blick auf die jeweilige Situation. Wir fördern den Austausch zwischen Beteiligten und Betroffenen, denn nur gemeinsam schaffen wir mehr.

In dieser Ausgabe haben wir die aktuellen Möglichkeiten und Regelungen der Heilmittelrichtlinie für Sie zusammengefasst, damit Sie alle wichtigen Informationen umfassend und schnell zur Hand haben.

**Besser leben mit Skoliose.
Wir machen uns stark dafür.**



Aktuell ...

Zum 1. Januar 2021 ist die grundlegend überarbeitete Heilmittelrichtlinie in Kraft getreten. Mit der grundlegenden Überarbeitung sollte vor allem das Verordnungsverfahren erleichtert werden.

Was ist die Heilmittelrichtlinie?

Die Heilmittelrichtlinie ist die wichtigste rechtliche Grundlage für die Festlegung, auf welche Heilmittel gesetzlich Versicherte Anspruch haben und welche Heilmittel ihnen ärztlich verordnet werden dürfen. Sie wird durch den Heilmittelkatalog ergänzt, in welchem den Diagnosegruppen die verordnungsfähigen Heilmittel zugeordnet sowie Angaben zur Behandlungsmenge aufgeführt sind. Daneben sind die Diagnoselisten für den langfristigen Heilmittelbedarf und besonderen Verordnungsbedarf relevant. Verordnungen bei den dort gelisteten Diagnosen unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das heißt, die Kosten für diese Verordnungen werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem vertragsärztlichen Verordnungsvolumen herausgerechnet.

Allgemeine Grundlagen von Heilmittelverordnungen

Verordnungsfall

Die Heilmittelrichtlinie stellt seit dem 1. Januar 2021 auf den sogenannten Verordnungsfall ab. Ein Verordnungsfall umfasst alle Heilmittelbehandlungen für einen Patienten auf Grund derselben Diagnose (d. h. die ersten drei Stellen des ICD-10-GM-Codes sind identisch) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog. Ein neuer Verordnungsfall tritt (erst) ein, wenn seit dem Datum der letzten Verordnung ein Zeitraum von sechs Monaten vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.

Orientierende Behandlungsmenge und Therapiefrequenz

Wesentlicher Bestandteil der Heilmittelrichtlinie ist der Heilmittelkatalog. Bei diesem handelt es sich um eine Aufstellung, mit welchem Heilmittel in welchen Mengen bei welchen Diagnosen im Regelfall das Behandlungsziel erreicht werden soll (orientierende Behandlungsmenge). Der Heilmittelkatalog gibt auch die jeweils empfohlene Therapie-Frequenz (bspw. einmal wöchentlich) an.

Es obliegt aber dem Arzt, vor der Verordnung von Heilmitteln den Zustand des Patienten genau zu diagnostizieren und eigenverantwortlich abzuwägen, ob und welche Heilmittel verordnet werden sollen, um die von ihm bestimmten Therapieziele zu erreichen. Vor jeder Verordnung von Heilmitteln hat der Arzt insbesondere zu prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel beispielsweise auch durch eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten (z. B. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms) qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann.

Konnte das angestrebte Therapieziel mit der im Heilmittelkatalog vorgegebenen (orientierenden) Gesamtverordnungsmenge nicht erreicht werden, so sind – nach der Beurteilung des behandelnden Arztes – weitere Verordnungen möglich. In diesem Fall hat der Arzt die medizinischen Gründe für die weitere Verordnung in der Patientenakte sorgfältig zu dokumentieren. Eine Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht erforderlich.

Höchstmengen

Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Für jede Verordnung bestimmt der Heilmittelkatalog jedoch Höchstmengen an Einheiten, die je Verordnung (Rezept) verschrieben werden dürfen. Diese dürfen nur in Ausnahmefällen, nämlich bei einem langfristigen Heilmittelbedarf oder bei einem besonderen Verordnungsbedarf, überschritten werden.

Begründung

Eine Begründung für die Behandlung ist grundsätzlich nicht auf der Verordnung, sondern nur in der Patientenakte zu dokumentieren. Ausnahmen gelten für den Antrag auf Genehmigung langfristigen Heilmittelbedarfs, mit welchem eine begründete Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen ist.

Gültigkeit

Die Verordnung behält ihre Gültigkeit im Regelfall für 28 Tage, soweit kein dringlicher Behandlungsbedarf besteht. Innerhalb dieser Frist muss mit der Behandlung begonnen sein.

Wird die Behandlung länger als 14 Tage ohne ausreichende Begründung unterbrochen, verliert die Heilmittelverordnung ihre Gültigkeit.

Langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf

Neben dem Standard-Verordnungsfall nach Heilmittelkatalog wird bei besonders gravierenden Erkrankungen ein langfristiger Heilmittelbedarf oder ein besonderer Heilmittelbedarf anerkannt. Für die betroffenen Versicherten ergänzen die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V und die Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V die Heilmittelrichtlinie und den Heilmittelkatalog. Ihnen können die dauerhaft notwendigen Heilmittel verordnet werden. Die orientierende Behandlungsmenge gilt hier nicht. Je Verordnung können die notwendigen Heilmittel für eine Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen verordnet werden. Sollten die verordneten Therapie-Einheiten innerhalb der zwölf Wochen nicht aufgebraucht sein, behält die Verordnung gleichwohl ihre Gültigkeit.

Ist eine Erkrankung nicht in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf enthalten, so kann der Patient gleichwohl bei seiner Krankenversicherung einen Antrag auf Genehmigung stellen. Diesem wird stattgegeben, wenn eine schwere und langfristige Erkrankung vorliegt, die hinsichtlich der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und des Therapiebedarfes mit den in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf aufgeführten Erkrankungen vergleichbar ist.

Verordnungen des langfristigen Heilmittelbedarfs unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Für den behandelnden Arzt hat der langfristige Heilmittelbedarf daher den Vorteil, dass die auf dieser Basis von ihm ausgestellten Verordnungen nicht sein „Budget“ belasten. Dies gilt sowohl für die Patienten, deren Erkrankung in der Liste für den langfristigen Heilmittelbedarf ausdrücklich berücksichtigt ist, als auch für Verordnungen auf Grundlage einer auf Antrag des Patienten an seine Krankenkasse erteilten Genehmigung.

Verordnungen im Rahmen besonderen Verordnungsbedarfs werden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arztes anerkannt und aus seinem Verordnungsvolumen herausgerechnet. Auch Verordnungen aufgrund dieser Diagnosen entlasten damit das „Budget“ des Arztes im Heilmittelbereich.



Berücksichtigung der Skoliose im Heilmittelkatalog

Skoliose bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr über 20 Grad nach Cobb

In der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf sind berücksichtigt:

- die idiopathische Skoliose beim Kind (M41.0-) über 20 Grad nach Cobb bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
- die idiopathische Skoliose beim Jugendlichen (M41.1-) über 20 Grad nach Cobb bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Bei diesen Diagnosen kann der Arzt die seiner Beurteilung nach medizinisch notwendigen Heilmittelverordnungen nach den Heilmittelkatalog-Schlüsseln WS und EX – auch oberhalb der durch den Heilmittelkatalog für den (Standard-) Verordnungsfall festgesetzten orientierenden Behandlungsmenge – ausstellen. Die im Heilmittelkatalog festgesetzten Höchstmengen je Verordnung gelten nicht; vielmehr können in der Verordnung die notwendigen Heilmittel für eine Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen verordnet werden. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren für die langfristige Verordnung ist nicht erforderlich.

Skoliose beim Erwachsenen mit einem Cobb-Winkel ab 50 Grad

In der Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe sind berücksichtigt:

- die Kyphose als Haltungsstörung (M40.0-) ab Gesamtkyphosewinkel über 60 Grad beim Erwachsenen,
- die sonstige sekundäre Kyphose (M40.1-) ab Gesamtkyphosewinkel über 60 Grad beim Erwachsenen,
- die sonstige idiopathische Skoliose (M41.2-) ab 50 Grad nach Cobb beim Erwachsenen,
- die sonstige sekundäre Skoliose (M41.5-) ab 50 Grad nach Cobb beim Erwachsenen.

Für diese Kyphosen und Skoliosen darf der Arzt in jeder Verordnung die notwendigen Heilmittel für eine Behandlungsdauer von bis zu zwölf Wochen verordnen. Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren ist nicht erforderlich.





Sonstige Skoliosen

Für alle sonstigen Skoliosen und Kyphosen ohne und mit Korsettversorgung sieht der Heilmittelkatalog in Abschnitt I (Maßnahmen der Physiotherapie), Ziffer 1. (Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane) unter dem Kürzel WS vorrangig verschiedene Physiotherapiemaßnahmen vor, darunter Maßnahmen der Bewegungstherapie (insbesondere Krankengymnastik in unterschiedlicher Ausgestaltung, aber auch manuelle Therapie, Übungsbehandlung, Chirogymnastik) und spezielle Formen der Massagetherapie. Als ergänzendes Heilmittel sind u. a. Thermotherapie, Traktion oder Elektrotherapie genannt.

Als orientierende Behandlungsmenge gibt der Heilmittelkatalog für die Skoliose und Kyphose bis zu 18 Einheiten vor. Je Verordnung dürfen allerdings nur bis zu sechs Einheiten verschrieben werden. Das bedeutet, dass je Verordnungsfall dreimal sechs Therapieeinheiten verordnet werden dürfen. Von den insgesamt 18 Einheiten dürfen bis zu zwölf Einheiten für standardisierte Heilmittelkombinationen verordnet werden; hierbei handelt es sich um die gleichzeitige Verordnung von drei oder mehr Maßnahmen, die jedoch nur zulässig ist, wenn komplexe Schädigungsbilder vorliegen.

Die Therapie-Frequenz empfiehlt der Heilmittelkatalog mit einer bis drei Einheiten wöchentlich.

Verfahren zur langfristigen Genehmigung von Heilmitteln

Auch wenn ihre Erkrankung nicht in der Diagnoseliste für den langfristigen Heilmittelbedarf enthalten ist, können Menschen mit starker Skoliose bei ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen. Ein Musterantrag findet sich in der Patienteninformation des Gemeinsamen Bundesausschusses, die auf der dortigen Internetseite (www.g-ba.de) unter der Rubrik „Richtlinien“, dort „Heilmittelrichtlinie“, abrufbar ist.

Dem Antrag ist eine Kopie der gültigen und vollständig ausgefüllten Heilmittelverordnung beizufügen. Die dem Antrag beizufügende Heilmittelverordnung muss ausnahmsweise mit einer Begründung versehen sein. Aus dieser muss hervorgehen, dass eine schwere und langfristige Erkrankung vorliegt, die hinsichtlich der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und des Therapiebedarfes mit den in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf aufgeführten Erkrankungen vergleichbar ist. Eine Schwere und Langfristigkeit kann sich dabei auch aus der Summe der Schädigungen und Beeinträchtigungen ergeben, die einzeln betrachtet die Kriterien nicht erfüllen würden, in ihrer Gesamtbetrachtung hingegen schon. Von dauerhaft und Langfristigkeit wird ausgegangen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr medizinisch notwendig ist.

Das Original der ärztlichen Verordnung verbleibt beim Versicherten und ist unmittelbar nach dem Ausstellen gültig. Der Patient kann also das Original der Verordnung parallel bei seinem Physiotherapeuten einreichen und mit der Therapie beginnen. Sollte die Krankenkasse den Antrag im Ergebnis ablehnen, übernimmt sie gleichwohl die Kosten für die Behandlung, zumindest bis zum Zugang des Ablehnungsbescheides.

Die Krankenkasse hat über die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs innerhalb von vier Wochen nach Eingang des vollständigen Antrags zu entscheiden. Meldet sie sich innerhalb dieser Frist nicht, gilt die Genehmigung als erteilt.

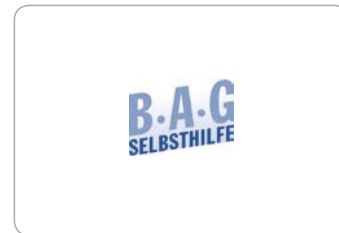
Soweit erforderlich, kann die Krankenkasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) zur Begutachtung hinzuziehen. Informationen, die von diesem benötigt werden, holt die Krankenkasse oder der Medizinische Dienst beim Antragsteller oder beim behandelnden Arzt ein. In diesem Fall wird die Vier-Wochen-Frist so lange unterbrochen, bis die ergänzenden Informationen eingegangen sind.

Hat die Krankenkasse den Antrag genehmigt, kann die Therapie für den genehmigten Zeitraum fortgesetzt werden. Mindestens alle zwölf Wochen sind jedoch ein Arztbesuch zur Kontrolle sowie eine erneute Heilmittelverordnung erforderlich.

Sollte der Antrag abgelehnt werden, kann die medizinisch notwendige Therapie nach den allgemeinen Regelungen der Heilmittelrichtlinie und des Heilmittelkataloges fortgesetzt werden. Im Falle einer Ablehnung besteht außerdem die Möglichkeit, einen Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse einzulegen. Sollte auch dieser abgelehnt werden, ist eine Klage vor dem Sozialgericht möglich.

Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V.

Wir sind Mitglied in:





Wir machen uns stark dafür!



Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V.
Interessengemeinschaft für Wirbelsäulengeschädigte
Siegburger Straße 1a, 51491 Overath
Tel.: 02206 / 9 04 79 56
verwaltung@bundesverband-skoliose.de
www.bundesverband-skoliose.de