



Patienteninformation

Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs

In diesem Merkblatt geht es um die Versorgung von Patienten, die langfristig Heilmittel wie Krankengymnastik, Sprach- und Ergotherapie benötigen. Die Regelung hierzu fördert die Behandlungskontinuität der Versicherten und entlastet die verordnenden Ärztinnen und Ärzte. Heilmittel werden ärztlich verordnet und von speziell ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten persönlich erbracht. Unter welchen Voraussetzungen sie als Krankenkassenleistungen verordnet werden können, regelt die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Die Heilmittel-Richtlinie nennt Erkrankungen, bei denen eine Heilmittelbehandlung in Frage kommt, und legt Therapieziele und maximale Verordnungsmengen im Regelfall fest. Reichen diese nicht aus, um das Therapieziel zu erreichen, kann die Heilmittelbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen außerhalb des Regelfalls fortgesetzt werden. Liegen schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigungen vor, kann darüber hinaus ein langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt werden. Wann ein solcher langfristiger Heilmittelbedarf besteht und wie er festgestellt wird, erfahren Sie hier.



Der langfristige Heilmittelbedarf

Hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt bei Ihnen 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.



Erkrankung auf einer Diagnoseliste? – Kein Antrag notwendig

Die Heilmittel-Richtlinie enthält als Anlage 2 eine Diagnoseliste, die Erkrankungen aufführt, bei denen eine langfristige Heilmitteltherapie erforderlich werden kann. Steht Ihre Erkrankung auf dieser Liste, gilt ein langfristiger Heilmittelbedarf von vornherein als genehmigt; ein Antrag bei der Krankenkasse entfällt. Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt kann Ihnen erforderliche Heilmittel verordnen, solange sie medizinisch notwendig sind. Allerdings ist mindestens alle zwölf Wochen ein Arztbesuch zur medizinischen Kontrolle und eine erneute Heilmittelverordnung nötig.

Übrigens:

Ist Ihre Krankheit in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie nicht aufgeführt, kann noch eine weitere Liste eine kontinuierliche Heilmittelversorgung begründen; die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe¹. Auch diese kann Ihr Arzt oder Ihre Ärztin hinzuziehen. Wenn Ihre Krankheit auf dieser Liste steht und die Nebenbedingungen (z. B. Alter oder Zeitpunkt des Akutereignisses) erfüllt sind, ist kein Antrag erforderlich. Anderenfalls bedarf es eines Antrages.

¹ Die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe ist ein Anhang der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen werden.
(http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgaben_Wirtschaftlichkeitspruefung_Aenderungsvereinbarung.pdf)





Erkrankung nicht auf einer Diagnoseliste? – Antrag möglich

Ist Ihre Erkrankung auf keiner der beiden Diagnoselisten genannt, kann es dennoch sein, dass aufgrund der dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt. Die Ärztin/der Arzt kann in diesem Fall eine entsprechende Verordnung mit einer Begründung ausstellen. Aus dieser muss hervorgehen, dass eine mit der Diagnoseliste vergleichbare schwere und langfristige Erkrankung vorliegt und deshalb die Notwendigkeit einer fortlaufenden Heilmitteltherapie über mindestens ein Jahr besteht. Diese kann sich auch aus der Summe einzelner Erkrankungen ergeben.

Liegt solch eine Verordnung mit Begründung vor, können Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen. Hierfür können Sie den Musterantrag verwenden, den Sie auf Seite 4 dieser Patienteninformation finden. Legen Sie dem Antrag bitte eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit der Begründung bei. Das Original legen Sie bitte zur Durchführung Ihrer Therapie bei Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin vor.



Fortlaufende Behandlung

Die ärztliche Verordnung ist unmittelbar nach dem Ausstellen gültig. Ihre Heilmittelbehandlung kann sofort aufgenommen oder fortgesetzt werden. Selbst für den Fall, dass die Krankenkasse Ihren Antrag am Ende ablehnt, übernimmt sie die Kosten für Ihre Behandlungen mindestens bis zum Zugang des Ablehnungsbescheides.



Entscheidung der Krankenkasse innerhalb von vier Wochen

Die Krankenkasse entscheidet über die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang. Nach Ablauf dieser Frist ohne Rückmeldung der Krankenkasse gilt die Genehmigung als erteilt. Für eine Prüfung des Antrags kann gegebenenfalls auch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes erforderlich sein. Falls hierfür ergänzende Informationen nötig sind, wird Ihre Krankenkasse bzw. der Medizinische Dienst diese bei Ihnen oder Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt anfordern. In diesem Fall wird die Vier-Wochen-Frist so lange unterbrochen, bis die ergänzenden Informationen eingegangen sind. Hat Ihre Krankenkasse den Antrag genehmigt, kann Ihre Heilmitteltherapie für den genehmigten Zeitraum fortgesetzt werden. Mindestens alle zwölf Wochen sind jedoch ein Arztbesuch zur Kontrolle sowie eine erneute Heilmittelverordnung erforderlich.

Sollte der langfristige Heilmittelbedarf nicht bestätigt werden, kann die medizinisch notwendige Heilmitteltherapie nach den allgemeinen Regelungen der Heilmittel-Richtlinie (zu Erst- und Folgeverordnungen sowie Verordnungen außerhalb des Regelfalls) fortgesetzt werden.

Bitte legen Sie das Schreiben mit der Entscheidung der Krankenkasse Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt und Ihrer Heilmitteltherapeutin/Ihrem Heilmitteltherapeuten zur Information vor oder senden Sie ihnen eine Kopie zu. Im Falle einer Ablehnung besteht die Möglichkeit, einen Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse einzulegen.

Übrigens:

Die Genehmigung Ihrer Krankenkasse bleibt auch bei einem Arztwechsel gültig. In diesem Fall sollten Sie natürlich auch Ihre neue Ärztin bzw. Ihren neuen Arzt über die erteilte Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs informieren. Bei einem Krankenkassenwechsel endet die Gültigkeit der Genehmigung, denn sie ist an die jeweilige erteilende Kasse gebunden. Sie müssen also bei Ihrer neuen Krankenkasse erneut einen Antrag stellen.

Stand:

16. November 2016

Diese Patienteninformation ist ein Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Herausgeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

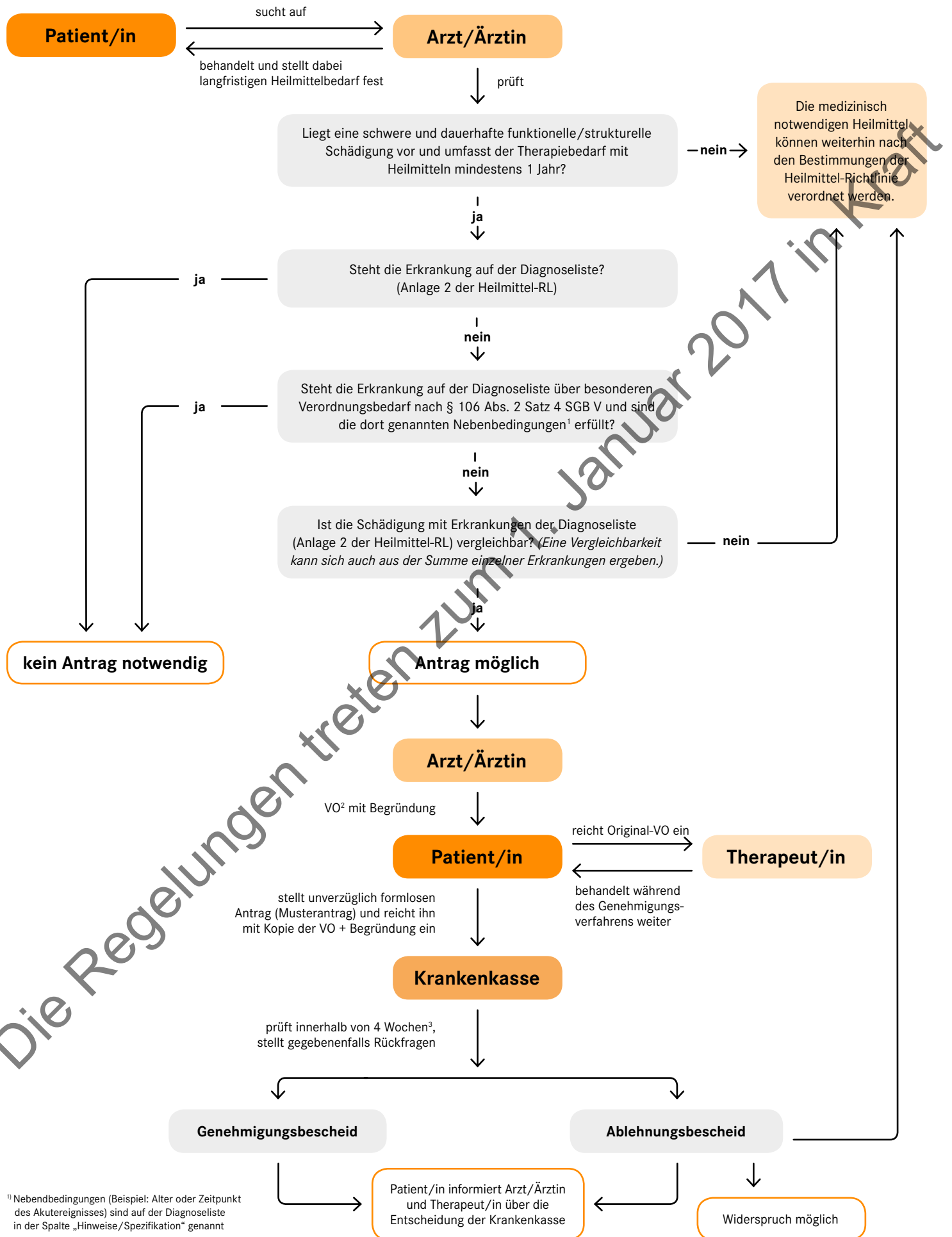
E-Mail:

info@g-ba.de

Internet:

www.g-ba.de

Verfahren zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs (§ 32 Abs. 1a SGB V)



¹ Nebenbedingungen (Beispiel: Alter oder Zeitpunkt des Akutereignisses) sind auf der Diagnoseliste in der Spalte „Hinweise/Spezifikation“ genannt

² VO = Heilmittelverordnung

³ Die 4-Wochen-Frist kann sich ggf. aufgrund noch nicht vorliegender Unterlagen verlängern.

[Absender]

[Anschrift Krankenkasse]

[Datum]

[Versichertennummer:]

Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8a Heilmittel-Richtlinie

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund meiner schweren dauerhaften funktionellen /strukturellen Schädigung besteht der Bedarf einer langfristigen Versorgung mit Heilmitteln.

Deshalb beantrage ich hiermit, die Schwere und Langfristigkeit meiner Erkrankung(en) gemäß § 8a der Heilmittel-Richtlinie festzustellen sowie die erforderliche Heilmitteltherapie langfristig zu genehmigen.

Auf die in der Anlage beigefügte Kopie der Heilmittel-Verordnung mit ärztlicher Begründung wird verwiesen.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]

[Anlage(n)]

Kopie der ärztlichen Heilmittel-Verordnung

...]

Die Regelungen treten zum 1. Januar 2017 in Kraft