



Patienteninformation

Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs

Heilmittel wie Physiotherapie, Sprach- und Ergotherapie oder Ernährungstherapie 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). Sie nennt Erkrankungen, bei denen eine solche Heilmittelbehandlung in Frage kommt, und legt dazu Therapieziele und die orientierende Behandlungsmenge fest. 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. 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 und Ärzte u. a. im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wann ein 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. Sie führt die Erkrankungen auf, 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.

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 Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hinzuziehen. Wenn Ihre Krankheit auf dieser Liste steht und die Nebenbedingungen (z. B. Alter oder Zeitpunkt des Akutereignisses) erfüllt sind, ist kein Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs erforderlich.

¹ Die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe ist ein Anhang der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgeschlossen werden. Die KBV stellt auf ihrer Website ein Servicedokument bereit, das die Diagnosen beider Listen übersichtlich zusammenfasst: www.kbv.de/496984





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 Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten 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 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:

Januar 2021

Herausgeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

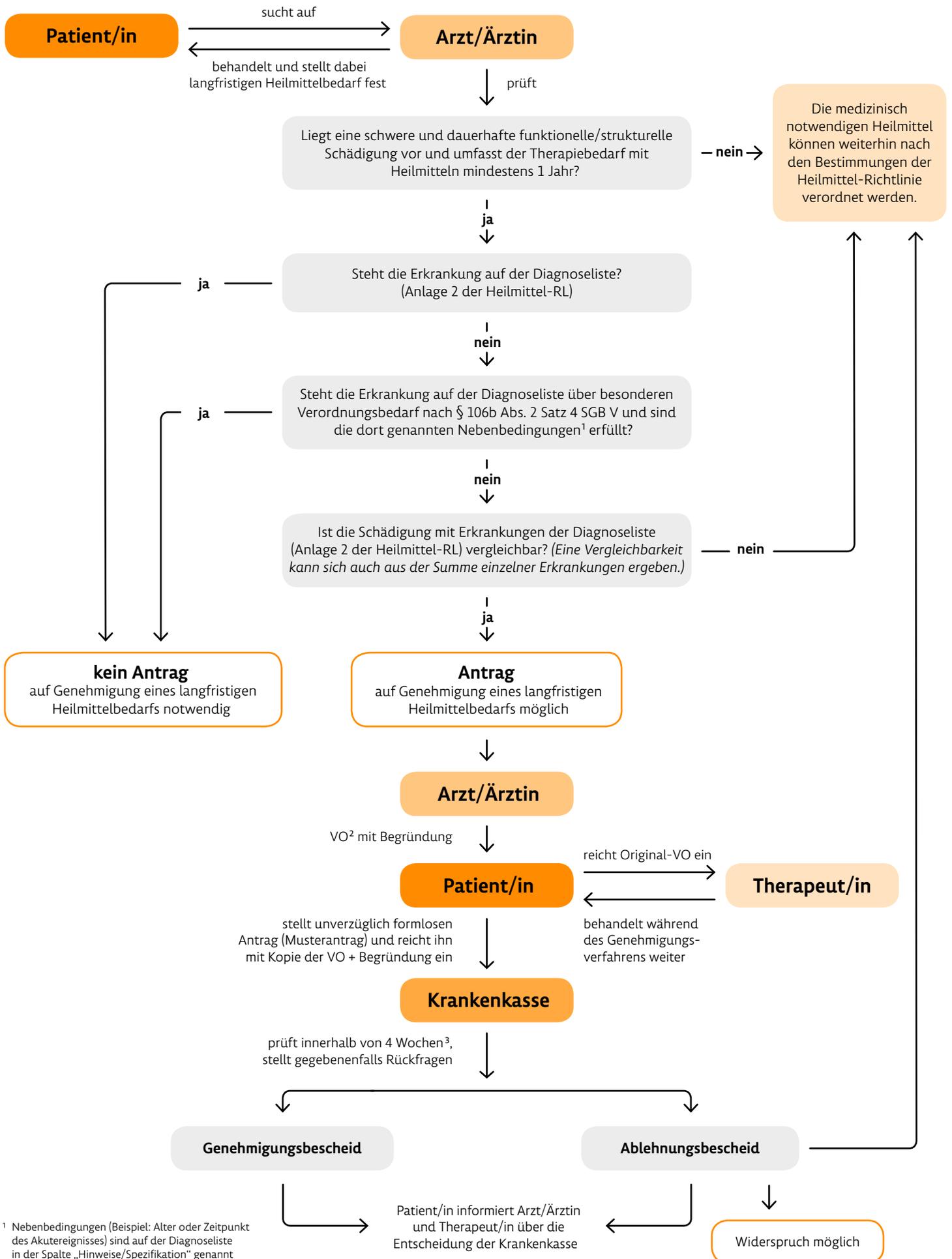
E-Mail:

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.

Anschrift Krankenkasse

Datum

Versichertennummer:

Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8 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 § 8 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)