

Häufige Fragen und Antworten zu den neuen Heilmittel- Praxisbesonderheiten

Die Praxisbesonderheiten für Heilmittel wurden aufgrund gesetzlicher Vorgaben zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband verhandelt und im November 2012 veröffentlicht. Die Liste der neuen Praxisbesonderheiten wurde in Nordrhein als Anlage 1 in die Richtgrößenvereinbarung übernommen. Sie löste die bisherige Liste der Heilmittel-Praxisbesonderheiten und Symbolziffern zum 01. Januar 2013 ab.

Zusätzlich erstellte der Gemeinsame Bundesausschuss eine Liste von Erkrankungen mit einem langfristigen Heilmittelbedarf. Diese Liste wurde als Anlage 2 in die Richtgrößenvereinbarung übernommen und gilt in Nordrhein ebenfalls ab dem 01. Januar 2013.

Die neuen Praxisbesonderheiten und die in Anlage II genannten Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf werden zu Gunsten des Arztes berücksichtigt.

Zu den neuen Regelungen erreichen uns viele Anfragen. Wir haben die häufigsten in einem Fragen-und-Antworten-Katalog zusammengestellt.

Fragen zu den Praxisbesonderheiten (Stand 01.07.2014)

1) Warum gibt es neue Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln?

Die KBV und der Spitzenverband Bund vereinbarten am 12. November 2012 Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln (auf Bundesebene), die in Richtgrößenprüfungen zu berücksichtigen sind. Dies wurde mit dem GKV-Versorgungsstruktur-Gesetz in § 84 Abs. 8 SGB V geregelt. Die Praxisbesonderheiten wurden in die Rahmenempfehlungen für die Heilmittelvereinbarungen mit aufgenommen.

2) Warum gibt es zwei Anlagen zu den Praxisbesonderheiten?

Was ist der Unterschied zwischen Anlage 1 und Anlage 2?

In Anlage 1 sind Praxisbesonderheiten aufgeführt, die auf Bundesebene verhandelt wurden und die bisherigen Praxisbesonderheiten und Symbolziffern in Nordrhein ablösen.

In Anlage 2 sind Erkrankungen gelistet, für die ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht. Verzichtet die Krankenkasse auf ein individuelles Genehmigungsverfahren (was für die Mehrzahl der Versicherten zutrifft), ist ein Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung nicht mehr erforderlich.

3) Sind die Praxisbesonderheiten in der Quartalsbilanz enthalten?

Die Quartalsbilanz ist eine quartalsweise Information über das Richtgrößenvolumen der einzelnen Praxis. Es werden Bruttowerte ausgewiesen. Die Kosten für die Praxisbesonderheiten sind in der Quartalsbilanz enthalten, sie werden jedoch nicht extra ausgewiesen.

4) Gelten bisherige Symbolziffern für Praxisbesonderheiten weiter?

Nein, die bisherigen Symbolziffern und Praxisbesonderheiten für Heilmittel gelten nicht weiter. Aufgrund der gesetzlichen und bundeseinheitlichen Vorgaben hat sich die Systematik geändert.

5) Wie werden die neuen Praxisbesonderheiten gekennzeichnet?

Die neuen Praxisbesonderheiten für Heilmittel werden durch die bisherige Kombination aus Indikationsschlüssel, Diagnose und einem zusätzlichen ICD-10-Code kenntlich gemacht.

6) Gibt es eine Übersicht, welche neuen Praxisbesonderheiten den alten Symbolziffern entsprechen?

Die Systematik der Praxisbesonderheiten hat sich in allen KV-Bezirken geändert. Bisher konnten sich regional vereinbarte Praxisbesonderheiten entweder auf sehr eng umgrenzte Erkrankungsbilder oder auf eine allgemeine Symptomatik beziehen. Durch den Zusatz der ICD-10 Codierung ist es nicht möglich, die bisherigen Praxisbesonderheiten den Praxisbesonderheiten nach dem neuen Katalog 1:1 zuzuordnen.

7) Wird die Plausibilität von Praxisbesonderheiten geprüft?

In begründeten Fällen können die Prüfungsstellen stichprobenhaft und auch auf Antrag der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung als Praxisbesonderheiten gekennzeichnete Verordnungen auf ihre Plausibilität hin überprüfen.

Fragen zum langfristigen Behandlungsbedarf

8) Müssen Heilmittel mit langfristigem Behandlungsbedarf für die in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden?

Verordnungen von Heilmitteln für Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf gemäß Anlage 2 der Richtgrößenvereinbarung müssen von Krankenkassen genehmigt werden. Die Kassen haben jedoch die Möglichkeit, auf den Genehmigungsvorbehalt zu verzichten.

Die meisten Krankenkassen haben auf eine Genehmigung von Heilmittelverordnungen verzichtet. Dies gilt sowohl für Verordnungen außerhalb des Regelfalls, als auch für Verordnungen von Heilmitteln bei Diagnosen mit langfristigem Behandlungsbedarf gemäß der Anlage 2.

Eine vollständige, aktuelle Liste der Krankenkassen, die auf den Genehmigungsvorbehalt bei Heilmitteln verzichtet haben, finden Sie unter www.kvno.de.

Bei Krankenkassen, die nicht auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet haben, muss der Patient jeweils eine langfristige Genehmigung beantragen. Dies gilt auch für Heilmittelverordnungen mit langfristigem Behandlungsbedarf für Diagnosen, die weder in Anlage 1, noch in Anlage 2 gelistet sind. Hierfür wendet sich der Patient mit einer ärztlichen Bescheinigung, aus der sowohl die Begründung über die Notwendigkeit einer langfristigen Heilmitteltherapie als auch die prognostische Einschätzung der Therapiedauer (mindestens 1 Jahr) hervorgeht, an die entsprechende Krankenkasse.

Hinweis: Heilmittel, die als Praxisbesonderheit gemäß Anlage 1 anerkannt werden, können ebenfalls außerhalb des Regelfalls über einen längeren Zeitraum verordnet werden, sofern keine zeitliche Begrenzung angegeben ist. Wenn die Kasse auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet hat, muss der Patient keinen gesonderten Antrag stellen.

9) Müssen Heilmittel mit langfristigem Behandlungsbedarf immer als Verordnung außerhalb des Regelfalls ausgestellt werden?

Heilmittel mit langfristigem Behandlungsbedarf bei Erkrankungen, die in Anlage 2 gelistet sind, werden von der ersten Verordnung an als Verordnung außerhalb des Regelfalls ausgestellt.

Bei Heilmitteln mit langfristigem Behandlungsbedarf, bei denen die zu behandelnden Erkrankungen nicht in der Anlage 2 gelistet werden, werden zunächst als Erst- und Folgeverordnung, dann außerhalb des Regelfalls verordnet. Der Patient stellt einen Antrag auf Genehmigung bei seiner Krankenkasse, wenn der Regelfall nahezu durchlaufen ist. Im Falle einer Ablehnung gilt die Heilmittel-Richtlinie fort.

10) Können Heilmittel bei weiteren Erkrankungen mit langfristige^m Behandlungsbedarf, die nicht in Anlage 2 gelistet sind, von Krankenkassen genehmigt werden?

Bei Erkrankungen, die nicht in der Liste des Gemeinsamen Bundesausschuss geführt sind, und für deren Heilmittelbehandlung dennoch ein langfristiger Bedarf besteht, können Kassen eine Genehmigung für eine langfristige Heilmitteltherapie ausstellen. Diese muss vom Patient beantragt werden. (s.u.)

Wenn die Krankenkasse innerhalb von vier Wochen nicht reagiert, gilt der Antrag als genehmigt. Eine schriftliche Genehmigung sollte in Kopie der Praxisdokumentation zugeführt werden, damit im Falle einer Richtgrößenprüfung die Besonderheit gegenüber der Prüfungsstelle zusätzlich gemeldet werden kann.

11) Wie läuft das Antragsverfahren im Einzelfall für Heilmittel mit langfristige^m Behandlungsbedarf, wenn die Diagnose nicht in Anlage 2 gelistet ist?

In diesen seltenen Einzelfällen kann der Patient bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf langfristige Genehmigung einer Heilmittelverordnung stellen. Der Antrag sollte neben Name, Anschrift und Versichertennummer die bekannten Diagnosen und ggf. die Pflegestufe und ein Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises enthalten. Wenn der Regelfall durchlaufen wurde stellt der Vertragsarzt eine Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls mit medizinischer Begründung und prognostischer Abschätzung aus. Siehe Merkblatt des Gemeinsamen-Bundesausschusses [LINK](#)

12) Müssen Heilmittel, deren langfristiger Behandlungsbedarf von der Krankenkasse/ dem Medizinischen Dienst abgelehnt wurden, dennoch ausgestellt werden?

Medizinisch notwendige Heilmittel müssen entsprechend der Heilmittel-Richtlinie verordnet werden, auch wenn die langfristige Behandlung (über ein Jahr) vom Medizinischen Dienst als nicht notwendig angesehen wird.

13) Müssen Verordnungen von Heilmitteln mit langfristige^m Behandlungsbedarf regelmäßig ausgestellt werden?

Bei der Verordnung von Heilmitteln mit langfristigen Behandlungsbedarf können Sie in Bezug auf die Menge, nicht aber auf die Art des Heilmittels von den Vorgaben des Heilmittelkatalogs abweichen und eine Verordnung für einen Zeitraum von jeweils bis zu zwölf Wochen ausstellen. Beispielsweise 24mal Lymphdrainage bei der Diagnose Mamma-Karzinom. Allerdings ist ein Arzt-Patienten-Kontakt spätestens alle zwölf Wochen erforderlich.

Merke: Es gibt keine Langfristverordnung, mindestens alle 12 Wochen muss ein Heilmittelrezept erneut ausgestellt werden.

Fragen zur ICD-10-Codierung

14) Gibt es ein besonderes Feld, in dem der ICD-10-Code eingetragen werden muss?

Die ICD-10-kodierte Diagnose muss im dreizeiligen Feld „Diagnose mit Leit-symptomatik“ unter „Indikationsschlüssel“ auf dem Verordnungsblatt aufgebracht werden. Neue Verordnungsvordrucke gibt es ab April 2013; die alten Vordrucke können aufgebraucht werden.

15) Muss jede Heilmittel-Verordnung mit einem ICD-10-Code gekennzeichnet werden?

Ja, auch auf Verordnungen außerhalb von Praxisbesonderheiten und von langfristigem Heilmittelbedarf muss der ICD-10-Code aufgetragen werden. Diese Vorgabe wurde mit einer Änderung der Vordruckvereinbarung zum 01. Juli 2014 eingeführt. Viele Vertragsärzte nutzen bereits den im System hinterlegten ICD-10-Browser.

16) Unterstützen Praxisverwaltungssysteme die zusätzliche Bedruckung mit dem ICD-10-Code?

Ja, zahlreiche Praxisverwaltungssysteme geben bereits heute schon die Diagnose ICD-10-kodiert auf dem Verordnungsblatt an. Für weitere technische Fragen steht Ihnen Ihr Softwarehaus sicher gern zur Verfügung.

17) Welcher ICD-10-Code ist bei Zustand nach chirurgisch-orthopädischen Eingriffen auf dem Verordnungsvordruck zu vermerken?

Nach Auskunft der KBV muss der therapierrelevante Code in das dafür vorgesehene Feld, beispielsweise M75.1 (Läsionen der Rotatorenmanschette) oder Z96.6 (Hüftgelenksersatz total) angegeben werden.

Der vorausgegangene operative Eingriff sollte durch einen weiteren ICD-10-Code Z98.8 (Zustand nach chirurgisch-orthopädischen Operationen) gekennzeichnet werden, der als zweite Diagnose auf dem Diagnosefeld zusätzlich eingetragen werden kann.

Die gleiche Vorgehensweise ist auch bei der in Anlage 3a gelisteten regionalen Praxisbesonderheiten anzuwenden.

Wird eine Heilmittelanwendung beispielsweise i. Rahmen konservativ behandelter Läsionen der Rotatorenmanschette oder chronischer Instabilität des Kniegelenks verordnet, also OHNE vorherigen operativen Eingriff, so wird nur der entsprechende therapierrelevante ICD-10-Code M75.1 bzw. M23.5 angegeben. Der Hinweis auf eine Operation entfällt.

Allgemeine Fragen

18) Gilt die Heilmittel-Richtlinie weiterhin?

Heilmittel können gemäß der Heilmittel-Richtlinie zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. Die Richtlinie ist bei der Verordnung wie bisher zu beachten.

19) Wurden die Richtgrößen für Heilmittel angepasst?

Das Heilmittelausgabenvolumen wurde in Nordrhein in 2013 gegenüber 2012 um 9 Prozent erhöht und die Richtgrößen entsprechend angepasst.

Nach den Vorgaben des Gesetzgebers, sollen die Kosten für Verordnungen mit Praxisbesonderheiten und für Verordnungen mit genehmigten langfristigen Heilmittelbedarf bei der Berechnung des Richtgrößenvolumens berücksichtigt werden.

20) Muss ich bei der Verordnung von Heilmitteln, die als Praxisbesonderheit nach Anlage 1 anerkannt werden, weiterhin die Heilmittel-Richtlinie beachten?

Ja. Heilmittel/ Praxisbesonderheiten gemäß Anlage 1 der Richtgrößenvereinbarung werden zunächst als Regelfall verordnet, danach als Verordnung außerhalb des Regelfalls ausgestellt.

21) Wo finde ich weitere Informationen?

Die KV Nordrhein hat zunächst in der KVNO aktuell über den Abschluss der Verhandlungen zu den Vereinbarungen des Arznei- und Heilmittelvolumens in der KVNO aktuell 11/12 2012 informiert. Die Vereinbarungstexte erschienen im rheinischen Ärzteblatt vom 30.12.2012. In einem Sonderheft, das mit der KVNO aktuell 1/2 2013 versendet wurde, gehen wir auf die Vereinbarungen im Detail ein. Die Vereinbarungen, Merkblätter des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Heilmittel-Richtlinie finden Sie unter www.kvno.de.

22) Wie oft können standardisierte Heilmittelkombinationen verordnet werden?

Standardisierte Heilmittelkombinationen D1 sind laut Heilmittel-Richtlinie nur in bestimmten Fällen verordnungsfähig. Immer dann, wenn ein komplexes Krankheitsbild einer intensiven physiotherapeutischen Behandlung (bestehend aus mindestens drei oder mehr Maßnahmen) bedarf. Sie müssen in einem örtlichen und zeitlichen Zusammenhang erbracht werden und der Patient muss aus medizinischer Sicht den Anforderungen dieser Therapie genüge leisten.

Die Verordnungsmenge dieser standardisierten Heilmittelkombination ist laut Heilmittelkatalog auf 10 Einheiten begrenzt.

Wurden diese 10 Einheiten nicht im Regelfall verordnet, können sie einmalig bis zu der im Regelfall genannten Anzahl für diese Kombination außerhalb des Regelfalls verschrieben werden. Weitere Einheiten können dann erst wieder in einem neuen Regelfall verordnet werden.