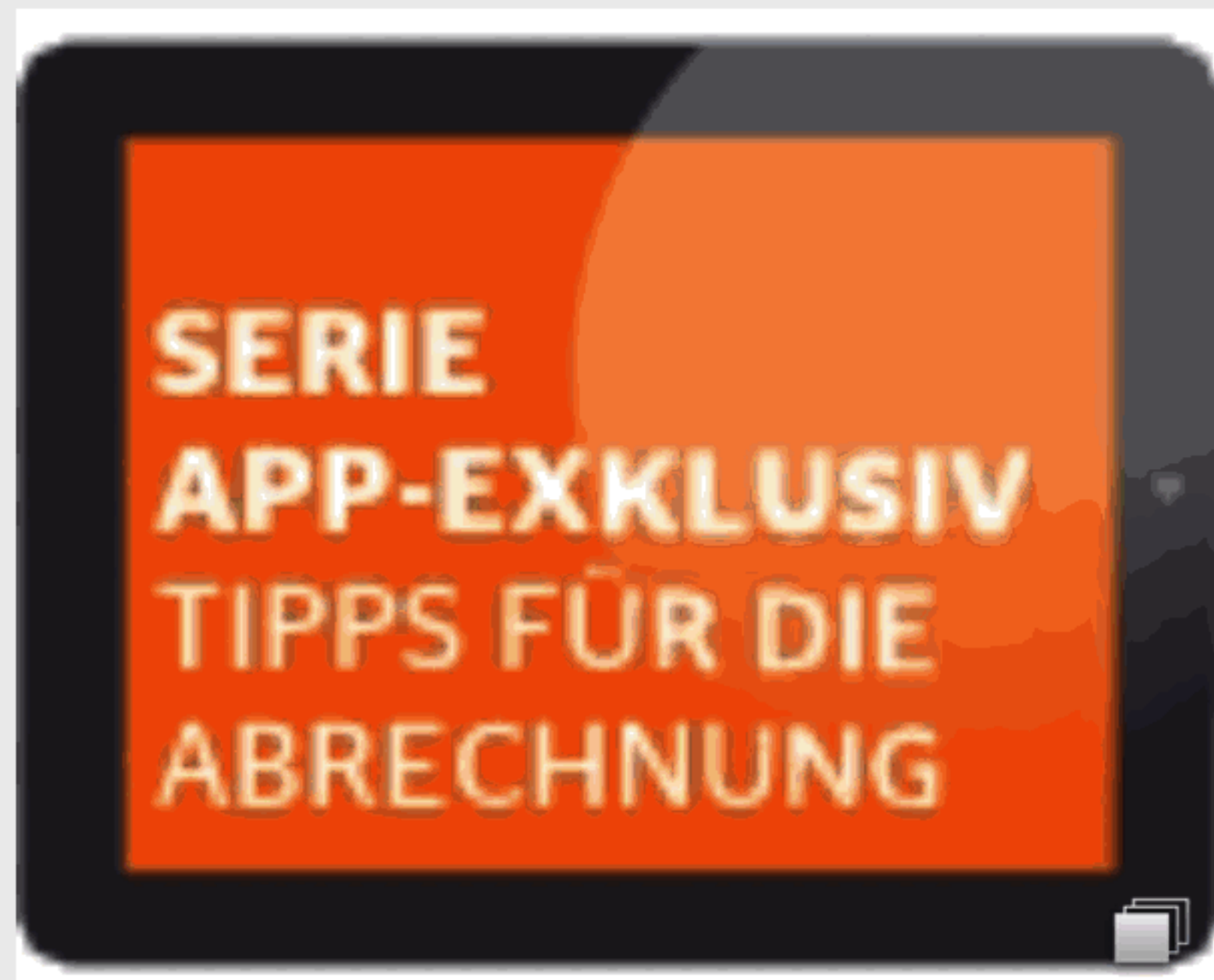


Heilmittel: Diagnoseliste sichert Ärzte gegen Regress-Risiko ab

Bei der Verordnung von Heilmitteln hat es seit Jahresbeginn einige Änderungen gegeben, die das Regressrisiko etwas reduziert haben. Der Umgang mit den neuen Regeln ist allerdings noch nicht allen Vertragsärzten vertraut. Nun hat es zum dritten Quartal weitere Neuerungen gegeben.

Von Peter Schlüter



Die Verordnung von Heilmitteln wie Physio- oder Ergotherapie ist für Vertragsärzte immer wieder eine Herausforderung. Sie geht nicht ganz so selbstverständlich von der Hand wie viel häufiger vorkommenden Verordnungen von Arzneimitteln. Hinzu kommen die komplexen Regelungen der Heilmittelrichtlinie. Gerade bei Patienten, die einer dauerhaften Therapie mit Heilmitteln bedurften, war es immer sehr umständlich, die jeweilige Genehmigung der zuständigen Krankenkasse einzuholen.

Durch die Veränderung der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Jahresanfang hat sich die Situation immerhin etwas gebessert. Und spätestens seit dem zweiten Quartal sind die Änderungen auch in der Praxissoftware abgebildet.

Erweiterte Diagnoseliste

Im Rahmen dieser Aktualisierung wurde nach den Vorgaben des Gesetzgebers eine erweiterte Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf als Anlage 2 in die Heilmittel-Richtlinie integriert. Bei Vorliegen einer der in der Liste aufgeführten Diagnosen entfällt generell das Antrags- und Genehmigungsverfahren. Das heißt, bei der Langfrist-Verordnung von Heilmitteln sollten dann auch die passenden in der Regel fünfstelligen ICD-10-Schlüssel dokumentiert sein, um Nachfragen der Krankenkassen zu vermeiden.

Im Zuge der Änderungen wurde die Vereinbarung über die bundesweiten Praxisbesonderheiten für Heilmittel abgelöst. Das bedeutet letztlich: Aus den Praxisbesonderheiten wurde die Langfristverordnung.

Die erwähnte Anlage 2 ist bundesweit einheitlich gültig und enthält die „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V“. Mit der Einführung der Diagnoseliste müssen Langfrist-Heilmittelverordnungen für Patienten mit den in

der Liste aufgeführten Diagnosen nicht mehr von den Krankenkassen genehmigt werden.

Der richtige Diagnosecode reicht

Allein mit der Angabe der entsprechenden Diagnose bzw. des entsprechenden Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM, gilt die Heilmittelverordnung als genehmigt – eine Entlastung im Praxisalltag, die durchaus ins Gewicht fällt, selbst wenn es bedeutet bei den Diagnoseschlüsseln nun genauer hinschauen zu müssen als vorher.

Im Frühsommer hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf gleich erweitert: Es wurden vor allem etliche neue Leistungen, die den Bereich der Lymphödeme umfassen, eingefügt. Während in der ersten Fassung für die Verordnung von Heilmitteln bei Lymphödemem nur drei ICD-10-Schlüssel zur Verfügung standen, sind es nun in der neuen Liste insgesamt 14 Codes, die zur Begründung der Langfrist-Verordnung von Heilmitteln genommen werden können.

Letztlich wurden Lymphödeme der Stadien II und III durch den GBA-Beschluss in die Liste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie) aufgenommen und fallen damit zukünftig unter die Diagnosen, bei denen ein Antrags- und Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen entfällt. Damit ist eine differenzierte und stadienbezogene Abbildung des Lymphödems und die entsprechende qualifizierte Therapie möglich (siehe Tabelle).

Offensichtliche Vorteile für Praxen

Der Vorteil für die behandelnden Praxen liegt auf der Hand: Steht die Erkrankung auf der Liste im Anhang 2, gilt ein langfristiger Heilmittelbedarf von vornherein als genehmigt und es muss dafür kein eigener Antrag für die Langfristverordnung bei der Krankenkasse gestellt werden. Die erforderlichen Heilmittel können somit verordnet werden, solange sie medizinisch notwendig sind.

Zu beachten ist dabei, dass mindestens alle zwölf Wochen ein Arztbesuch zur medizinischen Kontrolle und eine erneute Heilmittelverordnung nötig sind. Die regelmäßige Kontrolle unterstützt zugleich aber auch die Adhärenz des Patienten – und sie sichert die Abrechnung des Chroniker-Zuschlags.

Nicht zuletzt hat die neue Regelung auch positive Rückwirkungen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung: Kosten für Verordnungen des „besonderen Verordnungsbedarfs“ und des „langfristigen Heilmittelbedarfs“ werden im Falle der Prüfung aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet.

Dr. Dr. Peter Schlüter ist niedergelassener Allgemeinarzt in Hemsbach an der Bergstraße. Seit mehr als 20 Jahren hält er Abrechnungsseminare für niedergelassene Ärzte.