

Zur Neufassung der „Heilmittel-Richtlinie“ 2011

Zum 01.07.2011 tritt die neu gefasste Heilmittel-Richtlinie in Kraft. Der Text der neuen Heilmittel-Richtlinie steht Ihnen voraussichtlich ab dem 1.7.2011 auf der Website des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verfügung.

Dieses Informationspapier gibt einen Überblick über die wichtigsten Änderungen und soll eine Hilfestellung für die Umsetzung in den Alltag einer logopädischen Praxis sein.

Warum gibt es eine Neufassung?: Der Gemeinsame Bundesausschuss, welcher nach § 92 Abs. 1 S. Nr. 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u. a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung beschließt, hat die bisherigen Heilmittel-Richtlinien sowohl einer formalen als auch einer inhaltlichen Überarbeitung unterzogen. Hierbei wurde die Richtlinie an geänderte gesetzliche Grundlagen sowie an neue Verwaltungsvorschriften angepasst. Hervorzuheben ist insbesondere die gem. § 91 SGB V bestehende Bindungswirkung der Richtlinie auch für die Heilmittelerbringer.

Das Verfahren: Auf der Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.12.2009, die Heilmittel-Richtlinien neu zu fassen, wurde kurz vor Weihnachten 2009 das gesetzlich vorgesehene Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. war dort über die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V. (BHV) zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigt. Sowohl die ursprüngliche Beschlussfassung als auch die Stellungnahme der BHV finden Sie auf der Homepage des dbf. Neben den zur Abgabe einer Stellungnahme berechtigten Organisationen haben sich vor allem auch Verbände, Organisationen und Selbsthilfegruppen auf Patientenseite geäußert, so beispielsweise der Diakonie Bundesverband. Die Bundesärztekammer ist nach § 91 Abs. 5 SGB V stellungnahmeberechtigt. Die Vielzahl aber auch die Bandbreite unterschiedlicher Interessen wird aus der Diversität der eingereichten Stellungnahmen deutlich. Diese unterschiedlichen Interessen galt es in den sich anschließenden Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erörtern und zu gewichten. Dabei ist in erster Linie das Ziel der Richtlinie, nämlich die Sicherstellung einer medizinisch notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln im System der gesetzlichen Krankenversicherung bei gleichzeitiger möglichst hoher Stabilität des Beitragssatzes, zu berücksichtigen.

Die in der Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses am 20.01.2011 beschlossene Fassung der Neufassung der Richtlinie wurde sodann dem Bundesministerium für Gesundheit als Genehmigungsbehörde zugeleitet.

Mit Beschluss vom 16.03.2011 hat das Bundesgesundheitsministerium, kurz BMG, den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht beanstandet, dies jedoch zugleich an weitere Vorgaben geknüpft. Besonders begrüßt wurde seitens des dbf, dass sich das BMG teilweise den zuvor von der BHV e.V. geäußerten Bedenken angeschlossen hat. So hat es insbesondere klargestellt, dass die Heilmittel-Richtlinien zunächst nicht für die Verordnung von Vertragszahnärzten gelten. In seiner Sitzung vom 19.05.2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss einen Änderungsbeschluss erlassen, in welchem die Vorgaben des BMG umgesetzt

wurden. Die neu gefasste Richtlinie soll gemäß dem Beschluss nun zum 01.07.2011 in Kraft treten. Zuvor hat noch die Veröffentlichung im Bundesanzeiger zu erfolgen.

Die wichtigsten Änderungen möchten wir Ihnen im Folgenden darstellen. Diese Übersicht kann jedoch die eingehende Lektüre der neuen Heilmittel-Richtlinie nicht ersetzen, sie soll Ihnen nur den ersten Einstieg erleichtern. Nicht alle Fragen können jedoch bereits an dieser Stelle gelöst werden. Aus Sicht des Verbandes wirft die Neufassung an einigen Stellen vielmehr neue Fragen auf und lässt Antworten auf bereits bestehende Fragen und Alltagsprobleme vermissen. Die Neufassung wird in der Praxis auf den Prüfstand zu stellen sein. Viele Fragen werden sich erst in der Praxis stellen und womöglich kontrovers diskutiert werden.

Die formalen Änderungen:

Die formalen Änderungen fallen sofort ins Auge. So wird die Neufassung nun nur noch im Singular bezeichnet. Es heißt nun „Richtlinie“. Diese wird in Abschnitte, Paragraphen, Absätze und Sätze unterteilt statt wie bisher in Nummern. Ferner berücksichtigt sie die geschlechtlichen Paarformen und spricht so beispielsweise von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten.

Bedingt durch die Neustrukturierung wurden teilweise einzelne Passagen innerhalb des Regelwerkes verschoben. Finden Sie also eine Regelung nicht mehr an der gewohnten Stelle, muss dies nicht zwingend heißen, dass sie gestrichen wurde. Vielmehr kann sie sich an anderer Stelle wiederfinden (Bsp: § 3 Abs. 3 war bisher 10).

Die Neufassung berücksichtigt die zum 01.07.2008 neu gefassten §§ 91 Abs. 9, 124 und 125 SGB V. So wurde beispielsweise in § 1 der Terminus „Spitzenverbände der Krankenkassen“ im Hinblick auf § 124 Abs. 5 SGB V durch „GKV-Spitzenverband“ ersetzt.

Die inhaltlichen Änderungen:

- Geltungsbereich

Aufgrund der Vorgabe des BMG ist nun in § 1 Abs. 3 der Heilmittel-Richtlinie klargestellt, dass diese nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch **Vertragszahnärzte** gilt. Damit hat das BMG den Auffassungen einzelner Kassen, dass die Heilmittel-Richtlinien bereits in der alten Fassung bei der Verordnung von Vertragszahnärzten galten, einen Riegel vorgeschoben. Derzeit können daher Verordnungen von Zahnärzten weiterhin auf Muster 16 entgegen genommen werden.

- Anpassung der ICF-Nomenklatur

Die Neufassung soll die ICF-Nomenklatur umsetzen. So wurde der bisher verwandte Begriff der Schädigung/ Funktionsstörung heraus genommen. Maßgeblich soll nun eine Gesamtbetrachtung der funktionellen/ strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und

Umwelt sein, siehe § 3 Abs. 5. Der Verband begrüßt die Aufnahme der ICF Nomenklatur. Aus Sicht des Verbandes wären jedoch weitere inhaltliche Änderungen zur vollständigen Umsetzung erforderlich gewesen. So beschränkt sich die Umsetzung der ICF-Nomenklatur im Katalog auf ein bloßes Auswechseln der vorgenannten Begriffe. Weitere Änderungen wurden im Heilmittelkatalog im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie nicht vorgenommen.

- Bedeutung des Verzichts auf ein Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Die Heilmittel-Richtlinie unterscheidet weiterhin einerseits die Erst- und Folgeverordnungen, die an eine im Regelfall grundsätzlich als ausreichend angesehene Gesamtverordnungsmenge geknüpft sind, und andererseits Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Letztere bedürfen einer weiterführenden Diagnostik und einer auf dieser beruhenden besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung. Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind von der Krankenkasse des Patienten zu genehmigen. Die Heilmittel-Richtlinie sieht weiterhin die Möglichkeit vor, dass eine Krankenkasse auch auf die Durchführung des Genehmigungsverfahrens verzichten kann. In § 8 Abs. 4 S. 3 ist nun klar gestellt, dass der Verzicht einer Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren die gleiche Rechtswirkung hat wie eine erteilte Genehmigung. So heißt es in den tragenden Gründen zum Beschluss vom 20.01.2011, dass wenn eine Krankenkasse auf das Genehmigungsverfahren verzichtet, sie diesen Verzicht gegen sich gelten lassen muss. Dem Leistungserbringer wird also entweder „ausdrücklich“ durch Erteilung der Genehmigung oder „durch Verzicht auf das Genehmigungsverfahren generell erteilte Genehmigung“ der Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenversicherung bestätigt. Nach Auffassung des Verbandes bringt der Gemeinsame Bundesausschuss so zum Ausdruck, dass er sich der Rechtsprechung des 3. Senats des Bundessozialgerichts vom 15.11.2007, Az. B3 KR 4/07 R anschließt, nach der eine Krankenkasse, die auf die Durchführung des Genehmigungsverfahrens verzichtet hat, im Abrechnungsverfahren mit allen Einwänden gegen die Gültigkeit einer Verordnung ausgeschlossen ist, die im Genehmigungsverfahren zum Versagen der Genehmigung hätten führen können.

- Einführung einer Langfristgenehmigung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Anders als die vielleicht vielen von Ihnen noch aus der Fassung der Heilmittel-Richtlinien aus dem Jahr 2001 bekannte Langfristverordnung, sieht die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie nun in § 8 Abs. 5 eine **Langfristgenehmigung** vor. Diese wird relevant, wenn bei Patienten ein Regelfall schon ausgeschöpft wurde und daher Verordnungen außerhalb des Regelfalls ausgestellt werden. Nach der bislang geltenden Fassung war die Verordnung außerhalb des Regelfalls der Krankenversicherung des Patienten zur Genehmigung vorzulegen, es sei denn die Kasse hatte auf die Durchführung des Genehmigungsverfahrens verzichtet. Ergänzend kann nun eine Kasse auch Leistungen langfristig genehmigen.

Von diesem Instrument der Langfristgenehmigung kann eine Krankenkasse bei schweren, dauerhaften funktionellen und strukturellen Schädigungen des

Versicherten Gebrauch machen. So soll der Verwaltungsaufwand der Kassen in den Fällen reduziert bzw. vereinfacht werden, in dem der Behandlungsbedarf für einen längeren Zeitraum schon feststeht und keine Änderungen an der Notwendigkeit der Heilmittel-Behandlung zu erwarten sind.

Eine solche Langfristgenehmigung setzt einen Antrag des Versicherten voraus. Sofern Sie daher in ihrer Praxis einschlägige Patienten betreuen, z.B. Parkinson-Patienten, können Sie Patienten nun auf diese Möglichkeit verweisen. Ausweislich der tragenden Gründe soll für den Antrag kein besonderes Begründungsverfahren eingeführt werden. Daher sollte nach Auffassung des dBl, die bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls üblicherweise enthaltene besondere Begründung für die Verordnung für den Antrag als ausreichend zu erachten sein. Der Patient sollte daher die entsprechende Verordnung mit der Bitte um Erteilung einer Langfristgenehmigung nach § 8 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie an seine Krankenkasse senden. Aus organisatorischen und beweisrechtlichen Gründen empfiehlt der Verband weiterhin das schriftliche Verfahren.

Die Langfristgenehmigung kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens für die Dauer von einem Jahr ausgesprochen werden. Hieraus folgt für Sie als Leistungserbringer die Pflicht, das Ende einer Langfristgenehmigung sorgfältig zu notieren und einen Fristenkalender zu führen. Denn, sollten Sie das Auslaufen einer Langfristgenehmigung übersehen haben und eine Behandlung außerhalb des Regelfalls fortgeführt haben, kann dies dazu führen, dass Sie keinen Vergütungsanspruch für die geleisteten Therapieeinheiten haben.

Da nach unserer Einschätzung die mehrheitliche Zahl der Krankenkassen auf die Durchführung des Genehmigungsverfahrens verzichtet hat und die Regelung des § 8 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie nur auf einen sehr restriktiven Patientenkreis Anwendung findet, gehen wir davon aus, dass diese Regelung in der Praxis nur eine untergeordnete Rolle spielen wird. Umso größere Vorsicht ist daher im Umgang mit dieser Regelung mit Blick auf die Fristenproblematik geboten.

Im Übrigen ergeben sich für den Arzt bei der Ausstellung von Verordnungen im Rahmen einer Langfristgenehmigung keine weiteren Besonderheiten. Liegt eine solche vor, stellt der Arzt weiterhin Verordnungen aus und der Leistungserbringer rechnet diese nach Abgabe der Leistung mit den Krankenkassen ab.

Wichtig: Hat eine Krankenkasse nicht auf das Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls verzichtet, muss spätestens zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns eine Einzel- oder die im vorherigen Absatz dargestellte Langfristgenehmigung vorliegen.

- Therapie in Einrichtungen

Die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie sieht erstmals eine Therapie in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr vor, knüpft diese jedoch an Voraussetzungen:

1. Besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/ strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die sich aus der ärztlichen Begründung ergeben,

2. das Kind/ der Jugendliche ist ganztägig in der Tageseinrichtung untergebracht und
3. die Tageseinrichtung ist auf die Förderung des zuvor genannten Personenkreises ausgerichtet.

Damit beschränkt sich die Regelung auf behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder. Ausweislich der tragenden Gründe zum Beschluss vom 20.01.2011 kann es sich bei der auf die Förderung dieser Kinder ausgerichteten Einrichtungen auch um Regelschulen handeln. Dies sind die zunehmend Verbreitung findenden integrativen Einrichtungen. Weiterhin nicht von der Heilmittel-Richtlinie gedeckt ist daher die Behandlung von Regelkindern in Tageseinrichtungen oder Schulen ohne integrativen Zweig.

Die Behandlung in der Einrichtung ist nicht an die Verordnung eines Hausbesuches gebunden. Sie ist daher grundsätzlich nicht vom Arzt verordnet, so dass es für den Leistungserbringer eine freiwillige Leistung darstellt. Er kann sich überlegen, ob er die Therapie in seinen zugelassenen Praxisräumen oder in der Einrichtung erbringt.

Ein finanzieller Ausgleich für die hierfür entstehende Mehrbelastung muss im Rahmen der Vertragsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen noch vereinbart werden. Da naturgemäß die Krankenkassen hieran wenig Interesse haben, kann dies einige Zeit in Anspruch nehmen. Ggf. könnten individuelle Vereinbarungen mit der jeweiligen Krankenkasse des Versicherten getroffen werden, wobei die ortsübliche Hausbesuchsvergütung einen Anhaltspunkt bilden kann.

Das BMG hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegeben, die Altersbegrenzung zu überprüfen. Möglicherweise könnte daher die Altersbegrenzung zu einem späteren Zeitpunkt entfallen.

- Notwendige Angaben auf dem Verordnungsvordruck

In § 13 Abs. 2 wurde in der Aufzählung „**Therapiebericht (ja oder nein)**“ hinzugefügt. Damit ist nun auch im Richtlinien text klargestellt, dass der Vertragsarzt bei jeder Verordnung mit einem Kreuz in dem entsprechenden Kästchen zu entscheiden hat, ob er einen Therapiebericht wünscht oder nicht. Leistungserbringer sollten daher auch diesbezüglich auf die Vollständigkeit der Verordnung achten.

Im Weiteren sind für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie neben dem Diagnoseschlüssel stets die Diagnose und die Leitsymptomatik anzugeben. Die Angabe des Therapieziels ist nur dann erforderlich, wenn es sich nicht aus der Diagnose und der Leitsymptomatik ergibt.

- Behandlungsbeginn

In § 15 der Richtlinie wurde nun für alle Heilmittel (mit Ausnahme der Podologie) der **Beginn der Behandlung** einheitlich auf 14 Kalendertage festgelegt. Dies entspricht der bisherigen Regelung für den Bereich der Logopädie.

(GS/Breuer, Juni 2011)