

Information zu Verordnungen in der GKV

Datum: März 2017

Neuerungen des langfristigen und besonderem Heilmittelbedarfs ab 01.01.2017

1. Langfristiger Heilmittelbedarf

Regelung bei gelisteten Diagnosen

Ab sofort ist die Genehmigung durch die Krankenkasse nicht mehr erforderlich, sofern die Erkrankung auf der Diagnoseliste steht. Die Verordnungen können direkt außerhalb des Regelfalls ausgestellt werden (Verordnungsmenge so bemessen, dass alle zwölf Wochen eine ärztliche Untersuchung gewährleistet ist). Die Verordnungen unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Regelung bei nicht gelisteten Diagnosen

Bei vergleichbar schweren Erkrankungen, die nicht über die Diagnoseliste definiert sind, erfolgt die Einreichung eines formlosen Antrags plus Kopie der Heilmittelverordnung durch den Patienten bei seiner Krankenkasse. Der Antrag ist mit der Erstverordnung möglich und sollte die Schwere und Langfristigkeit der Erkrankung (mind. 1 Jahr therapiebedürftig) beinhalten. Nach Ablauf einer vierwöchigen Entscheidungsfrist der Krankenkasse ohne Rückmeldung gilt die Genehmigung als erteilt. Benötigt die Krankenkasse zusätzlichen Sachverstand, muss sie den MDK einbeziehen. Genehmigter langfristiger Heilmittelbedarf unterliegt nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

2. Besonderer Verordnungsbedarf

Bei dem „besonderen Verordnungsbedarf“, ehemals bekannt als „Praxisbesonderheit“, wurde 1. die Diagnoseliste erweitert und 2. ein zweites ICD-10-Feld auf den Verordnungsformularen Muster 13, 14 und 18 geschaffen. Die Angabe des zweiten ICD-10-Codes ist nur für die postoperative Versorgung, einer Myelopathie oder Radikulopathie bei Bandscheibenschäden erforderlich, um den besonderen Verordnungsbedarf geltend zu machen. Ein zweiter ICD-10-Code ist nicht regelhaft anzugeben. Bitte beachten Sie auch, dass bei Verordnungen nach Operationen oder bei Hirninfarkten der besondere Verordnungsbedarf nur für einen bestimmten Zeitraum (z. B. ein Jahr nach Akutereignis) anerkannt wird. Maßgeblich ist das Verordnungsdatum der ersten Heilmittelverordnung.

Bei weiteren Diagnosen, wie Demenz, Kyphosen und Skoliosen muss ein bestimmtes Alter des Versicherten bzw. bestimmter Krümmungsgrad als Zusatzbedingung erfüllt sein. Bei Verordnungen mit besonderem Verordnungsbedarf muss der Regelfall durchlaufen werden. Die Verordnungs-kosten werden in der Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt.