



AOK Niedersachsen □ Postfach 31 09 □ 30031 Hannover

«Anrede»

«Arztname»

«Straße»

«PLZ» «Ort»

**AOK - Die Gesundheitskasse  
für Niedersachsen**

Gesundheitsmanagement ambulant  
Unternehmensbereich Heilmittel  
Niedersachsenstraße 10  
49074 Osnabrück

Ansprechpartnerin  
Heilmittelberatung  
Tel.: 0800 265 67 11  
Fax: 0511 285 3313529  
Mail: Heilmittelberatung@nds.aok.de

Datum  
11.03.2021

Montag, Dienstag, Freitag	09.00-17.00 Uhr
Mittwoch	09.00-13.00 Uhr
Donnerstag und nach Vereinbarung	09.00-18.00 Uhr

Zeichen  
«Arztnummer7»

**Trendmeldung Nr. 1-2021**

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit einigen Wochen ist die neue Heilmittel-Richtlinie in Kraft. Die umfangreichen Änderungen führen bei vielen Beteiligten zu Fragen.

Um Sie im Praxisalltag ein wenig zu entlasten, haben wir die häufigsten Fragen aufgegriffen und beantwortet (Anlage).

Des Weiteren möchten wir Sie noch auf die Anlage 3 zur Heilmittel-Richtlinie aufmerksam machen. Die Anlage 3 legt unter anderem fest, welche unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf der Heilmittelverordnung geändert werden müssen, bzw. wann eine erneute Arztunterschrift mit Datumsangabe erforderlich ist.

Die kostenlosen Online-Schulungsangebote „Praxiswissen Quickcheck“ unter **aok-gesundheitspartner.de** (Arzt & Praxis > Ärzte & Psychotherapeuten > Praxiswissen Quickcheck: E-Learning für Arztpraxen) und „plexus-Fortbildungen für Ärzte (CME-zertifiziert) und MFA“ unter **www.kvn.de** (Mitglieder > Fortbildungen) bieten Informationen zur neuen Heilmittel-Richtlinie und erläutern Inhalte anhand von Fallbeispielen.

Wenn Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns bitte an.

Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen: **«Telefon\_KVN»**  
Heilmittelberatung der AOK Niedersachsen: **0800 2656711**

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

AOK – Die Gesundheitskasse für  
Niedersachsen

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

## Fragen- und Antworten zur Neuen Heilmittel-Richtlinie

### Gibt es noch ein Genehmigungsverfahren?

**Nein.** Der Gesetzgeber hat die Verordnungssystematik verändert und die Verordnungen außerhalb des Regelfalls gestrichen und somit das Genehmigungsverfahren beendet. Nach der neuen Systematik können auch Verordnungen oberhalb der orientierenden Behandlungsmenge ausgestellt werden, falls es medizinisch erforderlich ist. Diese müssen der Krankenkasse aber nicht zur Genehmigung vorgelegt werden. In der Patientenakte sind die medizinischen Gründe allerdings zu dokumentieren.

**Aber:** Patienten/Versicherte können bei schweren dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 (Diagnoseliste LFG) vergleichbar sind, weiterhin einen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf bei der Krankenkasse stellen.

### Haben sich die Regelungen für den langfristigen Heilmittelbedarf (LFG) und die besonderen Verordnungsbedarfe (BVB) grundsätzlich geändert?

**Nein.** Verordnungen, die die Voraussetzungen für LFG und/oder BVB erfüllen, unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung bzw. werden die Kosten für diese Verordnungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Verordnungsvolumen des verordnenden Vertragsarztes herausgerechnet.

### Wann darf von der Höchstmenge je Verordnung laut Heilmittelkatalog abgewichen werden? In welchen Fällen darf eine Behandlungsdauer von 12 Wochen verordnet werden?

Liegen die Voraussetzungen für einen langfristigen Heilmittelbedarf (LFG) und/oder einen besonderen Verordnungsbedarf (BVB) vor, darf von der Höchstmenge je Verordnung abgewichen werden. In diesen Fällen darf für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden.

### Besonderheit „besonderer Verordnungsbedarf“

Nach § 7 Abs. 6 HMRL muss ausschließlich der ICD-10-Code, die Diagnosegruppe und gegebenenfalls das Alter mit den Kriterien der Diagnoseliste (Besonderer Verordnungsbedarf nach § 106b Abs. 2 SGB V) übereinstimmen, um einen 12-Wochen-Bedarf verordnen zu können. Das Datum des Akutereignisses und gegebenenfalls weitere Hinweise/Spezifikationen sind nicht maßgeblich für die Verordnungsmenge.

**Aber Achtung:** Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist das Akutereignis weiterhin relevant. Es können nur Verordnungen aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet werden, die innerhalb des festgelegten Zeitraums nach dem Akutereignis ausgestellt wurden.

### Was löst einen neuen Verordnungsfall aus?

Ein Verordnungsfall umfasst alle Heilmittelbehandlungen je verordnenden Arzt für einen Patienten auf Grund derselben Diagnose (erste drei Stellen des ICD-10-Codes). Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit dem **Datum der letzten Verordnung** ein Zeitraum von 6 Monaten vergangen ist.

**Hat jeder Patient einen Anspruch auf die orientierende Behandlungsmenge und muss nach Erreichen der orientierenden Behandlungsmenge eine Verordnungspause eingelegt werden?**

Die Menge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder Schädigung/Indikation ist die Höchstmenge je Verordnung oder die gesamte Behandlungsmenge erforderlich.

Nach Erreichen der orientierenden Behandlungsmenge muss keine Pause eingelegt werden. Sollte das Therapieziel noch nicht erreicht sein, können je nach medizinischem Bedarf weitere Verordnungen ausgestellt werden. Bitte prüfen Sie, ob Therapiealternativen wie zum Beispiel Eigenübungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining sowie Arzneimittel in Frage kommen können.

**Muss die vorgegebene Frequenzempfehlung (1- bis 3-mal) immer angewendet werden?**

Nein. Der Arzt darf Frequenzen individuell anpassen und ggf. konkretisieren, zum Beispiel 2 Einheiten pro Woche anstatt 1 bis 3 Einheiten pro Woche.