

Änderungen in der Heilmittel-Richtlinie zum 1. Januar 2017

Zum 1. Januar 2017 sind Änderungen in der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) in Kraft getreten, die wir für Sie im Folgenden zusammengestellt haben.

Insbesondere im Bereich des langfristigen Heilmittelbedarfs wurden einige neue sowie einige klarstellende Formulierungen in die Richtlinie aufgenommen, die sich allesamt zugunsten von Arzt und Patient auswirken.

Der zugrundeliegende Beschluss des G-BA stammt vom 19. Mai 2016

(siehe https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2590/2016-05-19_HeilM-RL_langf-HeilM-Bedarf_BAnz.pdf).

Änderungen zum Heilmittel-Katalog	Quelle HeilM-RL
Bei LY2a und LY3a ist auch eine 30-minütige manuelle Lymphdrainage (MLD-30) verordnungsfähig.	Heilmittelkatalog Diagnosengruppen LY2 und LY3
Eine verordnete Kompressionsbandagierung hat im Anschluss an die Therapiezeit der manuellen Lymphdrainage (MLD) zu erfolgen.	§ 18 Abs. 2 Nr. 7 Satz 2 und Heilmittelkatalog Diagnosengruppen LY1, LY2 und LY3

Änderungen zum langfristigen Heilmittelbedarf	Quelle HeilM-RL
Die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V wurde als Anlage 2 in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen.	Anlage 2
Verordnungen zum langfristigen Heilmittelbedarf (sowohl bei gelisteten als auch bei nicht in Anlage 2 gelisteten Diagnosen) können außerhalb des Regelfalls gestellt werden, ohne dass zuvor der laut Heilmittelkatalog definierte Regelfall (Erst-/ Folgeverordnung(en)) durchlaufen werden muss.	§ 8a Abs. 8 Satz 1
Die Krankenkasse kann einen langfristigen Heilmittelbedarf bei nicht in Anlage 2 gelisteten Diagnosen auch anhand der Kopie einer Verordnung genehmigen.	§ 8a Abs. 4, 2. Spiegelstrich
Für Anträge auf langfristigen Heilmittelbedarf bei nicht in Anlage 2 gelisteten Diagnosen ist grundsätzlich die Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen maßgeblich. Eine Schwere und Langfristigkeit kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller/struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen würden.	§ 8a Abs. 5 Satz 2 und 3

<p>Eine Krankenkasse darf eine Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nicht allein deswegen versagen, weil sich das Heilmittel oder die Behandlungsfrequenz im Genehmigungszeitraum innerhalb der Diagnosegruppe ändern kann.</p>	<p>§ 8a Abs. 5 Satz 7</p>
<p>Die Krankenkassen können unbefristete Genehmigungen eines langfristigen Heilmittelbedarfs bei einer nicht in Anlage 2 gelisteten Diagnose erteilen. Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten.</p>	<p>§ 8a Abs. 7 Satz 1 und 2</p>
<p>Die Krankenkassen müssen im Genehmigungsbescheid zu einem langfristigen Heilmittelbedarf zumindest die therapierrelevante Diagnose und die Diagnosengruppe(n) angeben.</p>	<p>§ 8a Abs. 7 Satz 3</p>

Rein redaktionelle Änderungen sind nicht aufgeführt.