

# Heilmittel-Regress- Prophylaxe 2018

---

SO NUTZT MAN DIE NEUEN BESONDEREN  
VERORDNUNGSBEDARFE UND REGELN ZUM  
LANGFRISTIGEN HEILMITTELBEDARF ZUM  
REGRESSSICHEREN VERORDNEN

**Politiker:**  
**„Jeder Versicherte  
bekommt die  
medizinische Leistung,  
die er benötigt!“**



# Einschränkungen des Leistungsanspruchs der Versicherten

## §12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot):

*„(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen **das Maß des Notwendigen nicht überschreiten**. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen...“*

# Heilmittelbudget: Was gilt denn nun?



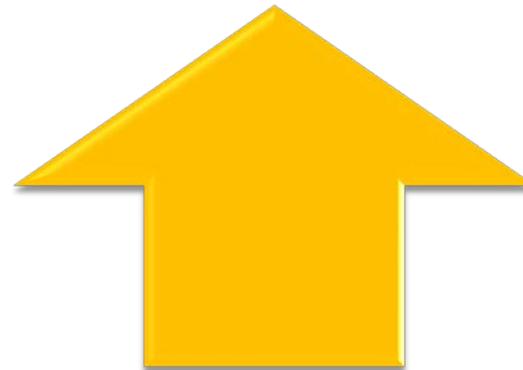
## **Anspruch der Versicherten:**

Heilmittelkatalog des G-BA legt den Regelfall fest anhand der Diagnose / Leitsymptomatik (BSG bestätigt Anspruch)



## **Heilmittelbudget:**

Volumen für Heilmittelausgaben orientiert sich an den Ausgaben der Vergangenheit (Abgleich mit HMK hat nie stattgefunden)



**Die Spielregeln der Heilmittel-Richtlinie sind bekannt – warum wenden wir so selten an?**



# Auch 2018: Stress der Ärzte mit Heilmittelverordnungen

- Ärzte werden geprüft, ob ihre Verordnungsweise „wirtschaftlich“ ist.
- Dazu gibt es „Rahmenvorgaben ... für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen“, vereinbart zwischen
  - GKV-Spitzenverband und
  - Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Auf Landesebene werden auf dieser Basis regionale Prüfvereinbarungen zwischen den Kassen und den regionalen KVen geschlossen
- Aufgrund dieser Vereinbarungen erfolgen individuelle Wirtschaftlichkeitsprüfungen der einzelnen Ärzte im Bereich der KV Schleswig-Holstein nach MRG-Auffälligkeitsprüfungen. (MRG = morbidity related groups / Morbiditätsbezogene Gruppen)

## Zielvereinbarung der KV S-H will Verordnungsmengen reduzieren

Leistung	Ziel für 2018	Ist Menge GKV-HIS 2016	Absolute Differenz	Relative Differenz %
KG EB	4.428.000	4.832.077	- 404.077	- 8,4%
Logo 45	524.000	538.671	-14.671	- 2,7%
KG ZNS Erw.	877.000	936.521	- 59.521	- 6,4%
KG ZNS Kind	185.000	219.557	- 34.557	- 15,7%

# Anzahl der Schlaganfälle nimmt ZU

Entwicklung der Gesamtzahl an Schlaganfallpatienten bis zum Jahr 2050; TIA, transitorische ischämische Attacke; mRS, modified ranking scale.



Dtsch Arztebl 2008; 105(26): 467-73; DOI: 10.3238/arztebl.2008.0467

**GRAFIK 3**

	2005	2010	2020	2030	2040	2050
<b>Bevölkerung Hessen</b>						
<b>Gesamt</b>	6 092 354	6 069 900	5 963 800	5 781 300	5 503 200	5 145 200
<b>Männer</b>	2 983 150	2 974 700	2 921 300	2 826 500	2 683 100	2 503 900
<b>Frauen</b>	3 109 204	3 095 200	3 042 400	2 954 800	2 820 100	2 641 300
<b>&gt; 84 Jahre</b>	116 404	147 600	184 200	243 200	299 300	426 300
<b>Schlaganfälle nach Alter</b>						
<b>Gesamt</b>	20 846	22 491	25 995	29 616	33 438	35 085
18-24 Jahre	23	23	21	18	17	15
25-34 Jahre	113	110	110	95	82	81
35-44 Jahre	419	356	293	291	251	218
45-54 Jahre	1 128	1 278	1 126	937	929	804
55-64 Jahre	2 539	2 681	3 330	2 982	2 498	2 490
65-74 Jahre	5 443	5 632	5 721	7 293	6 595	5 620
75-84 Jahre	7 586	7 850	9 715	10 511	13 848	12 735
<b>&gt; 84 Jahre</b>	3 595	4 561	5 679	7 489	9 218	13 122
<b>Schlaganfälle nach Diagnose</b>						
TIA (G45)	5 313	5 724	6 606	7 493	8 454	8 850
Infarkt (I63)	12 906	13 928	16 088	18 358	20 706	21 706
Blutung (I61)	1 659	1 775	2 043	2 294	2 553	2 607
<b>Entlassung/Verlegung</b>						
nach Hause	11 267	12 077	13 837	15 584	17 261	17 693
in Reha-Klinik	4 368	4 661	5 362	6 063	6 760	6 819
ins Pflegeheim	1 340	1 491	1 784	2 111	2 531	2 874
mRS 4-5	4 179	4 587	5 397	6 302	7 381	8 165

Abnahme > 50 %	keine Veränderung	Zunahme 10-30 %
Abnahme 30-50 %		Zunahme 30-50 %
Abnahme 10-30 %		Zunahme >50 %

## Was bedeutet „Extrabudgetär“

- Jeder Arzt hat ein Heilmittel-Verordnungs-Budget: In Schleswig-Holstein das MRG-Steuerungsvolumen (ex-ante)
- Bei einer Prüfung (max. 5% aller Ärzte) wird aufgrund des Ordnungsverhaltens des Arztes ein MRG-Prüfvolumen erneut berechnet (ex-post)
- Überschreiten die Ist-Kosten einen der beiden o.g. MRG-Volumen um mehr als 17,5% gilt das als „maßnahmenrelevant“ („Qualifizierte Hinweise erfolgen ab Überschreitung von ca. 12,5%)
- Budgets/Volumen sind statistische Durchschnittswerte und werden um die nicht „durchschnittlichen“ Verordnungen bereinigt.
- Diese Verordnungen sind „extrabudgetär“

# Vom Kopf auf die Füße

*Bevor Sie diesen Artikel zur neuen Wirtschaftlichkeitsprüfung mit der Erwartung lesen, diese in ihrer neuen Spielart in der Tiefe zu verstehen, so müssen wir Sie leider enttäuschen. Das ist unmöglich und in den meisten Fällen auch unnötig. Kassenärztliche Vereinigungen, die hier totale Verständlichkeit für Ihre Ärzte fordern, sind wie Airlines, die den Passagieren die Verdrahtung von Flugzeugen erklären. Für Flugzeuge und Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt: Einfach geht nicht! Die zugrunde liegenden Gesetze, Verträge, Urteile etc. nehmen tausende Seiten ein, die Algorithmen zehntausende Programmierzeilen und jedes Jahr fließen Millionen Datensätze ein.*

# Extrabudgetär verordnen lassen: 3 Wege führen zum Ziel!

- a) Besondere Verordnungsbedarfe
- b) Langfristiger Heilmittelbedarf (gem. Anlage 2 Heilm-RL)
- c) Langfristiger Heilmittelbedarf auf Antrag (gem. § 32 Abs.1 a SGB V)



## Rahmenvorgaben

nach § 106b Abs. 2 SGB V für die

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

vom 30. November 2015

- zuletzt geändert am 15.02.2016 -

## § 8 a Langfristiger Heilmittelbedarf

1. <sup>1</sup>Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben.
2. <sup>1</sup>Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V auszugehen. <sup>2</sup>Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren findet nicht statt.
3. <sup>1</sup>Bei schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, trifft die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten die Feststellung darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.
4. <sup>1</sup>Entscheidungen nach Absatz 3 trifft die Krankenkasse auf der Grundlage

# Extrabudgetäre Verordnungen

## Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

**Vor** Therapie

**Nach**  
Therapie

Besondere  
Verordnungs-  
bedarfe  
(BVB)

Langfristiger  
Heilmittel-  
bedarf  
(gem.  
Anlage 2)

Langfristiger  
Heilmittel-  
bedarf  
(auf Antrag)

MDK  
Pflegebegut-  
achtung

Praxis-  
besonder-  
heiten

Sozialgericht

## a) Besondere Verordnungsbedarfe - BVB (1)

- Bisher: Praxisbesonderheiten – neue Bezeichnung gilt seit 2017
- Indikationen oder Indikationsgruppen, für die Heilmittel extrabudgetär verordnet werden können
- Werden im Fall einer Prüfung aus dem Heilmittelausgabenvolumen des Arztes herausgerechnet
- Gibt es regional seit ca. 2006 (Richtgrößenvereinbarungen der KVen)
- Januar 2012: Bundeseinheitliche Praxisbesonderheiten für Heilmittel werden im § 84 SGB V eingeführt
- November 2012: KBV und GKV-Spitzenverband einigen sich auf eine gemeinsame Indikationsliste für Praxisbesonderheiten, die seit dem 1.1.2013 galt

## a) Besondere Verordnungsbedarfe - BVB (2)

- Januar 2017: Besondere Verordnungsbedarfe (BVB) werden gem. § 106 b SGB V in das Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeführt.
- Inhaltlich ist die Liste der besonderen Verordnungsbedarfe etwas erweitert, hat Vorteile für die Versorgung von geriatrischen Patienten sowie von Kindern und Jugendlichen.
- Außerdem wird die Kombination von zwei zusammenhängenden ICD-10-Codes zur Begründung der Indikation eingeführt
- Wichtig: Regionale besondere Verordnungsbedarfe bzw. vereinbarte Praxisbesonderheiten beachten

# Veränderungen durch „Besondere Verordnungsbedarfe“ (BVB)

- Teilweise zweiter ICD-10 Code
- Wenige alte „Praxisbesonderheiten“ gestrichen
- Mehrere neue „Besondere Verordnungsbedarfe“ eingefügt

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G70.0		<b>Myasthenia gravis</b>	ZN1/ZN2	EN1/EN2/SB7	SC1/SP6	
		Hemiparese und Hemiplegie				
G81.0		Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie				
G81.1		Spastische Hemiparese und Hemiplegie	ZN1/ZN2	EN1/EN2		
		<b>Subarachnoidalblutung</b>				
160.0		Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend				
160.1		Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend				
160.2		Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend				
160.3		Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend				
160.4		Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
160.5		Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend				
160.6		Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend				
160.7		Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend				
160.8		Sonstige Subarachnoidalblutung				
160.9		Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet				
		<b>Intrazerebrale Blutung</b>				
161.0		Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal				
161.1		Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal				
161.2		Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet				
161.3		Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
161.4		Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn				
161.5		Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung				
161.6		Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen				
161.8		Sonstige intrazerebrale Blutung				
161.9		Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet				
		<b>Hirninfarkt</b>				
163.0		Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien				
163.1		Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien				
163.2		Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien				
163.3		Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
163.4		Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien				
163.5		Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien				
163.6		Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig				
163.8		Sonstiger Hirninfarkt				
163.9		Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet				
I64		Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet				

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G70.0		<b>Myasthenia gravis</b>	ZN1/ZN2	EN1/EN2/SB7	SC1/SP6	
G81.0 G81.1		<b>Hemiparese und Hemiplegie</b> Schlafte Hemiparese und Hemiplegie Spastische Hemiparese und Hemiplegie	ZN1/ZN2	EN1/EN2		
I60.0 I60.1 I60.2 I60.3 I60.4 I60.5 I60.6 I60.7 I60.8 I60.9		<b>Subarachnoidalblutung</b> Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend Sonstige Subarachnoidalblutung Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I61.0 I61.1 I61.2 I61.3 I61.4 I61.5 I61.6 I61.8 I61.9		<b>Intrazerebrale Blutung</b> Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen Sonstige intrazerebrale Blutung Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I63.0 I63.1 I63.2 I63.3 I63.4 I63.5 I63.6 I63.8 I63.9 I64		<b>Hirnfarkt</b> Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig Sonstiger Hirnfarkt Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

I64. + SP5 = extrabudgetär

## Besondere Verordnungsbedarfe (BVB): **Beispiel Schlaganfall**

- Schlaganfall (I64.) ist als BVB benannt
- Die Anerkennung ist auf 1 Jahr nach Akutereignis begrenzt
- Medizinische Leitlinien empfehlen Intensivtherapie
- Heilmittel-Katalog kennt keine Einschränkungen bezüglich einer maximalen Frequenz je Heilmittel
- Bei entsprechender Indikation wäre eine Intensivtherapie von z.B. 6 x Woche KG-ZNS als Doppelbehandlung medizinisch sinnvoll, gem. Heilmittel-Katalog formal erlaubt und innerhalb des 1. Jahres sicher extrabudgetär

## Strategie für BVB: **Beispiel Schlaganfall (Folgezustände)**

Welche ICD-10-Kodes wähle ich bei einem Patienten, der nach einem Schlaganfall noch unter Folgen der Erkrankung leidet?

Solange Sie den akuten Schlaganfall behandeln, wählen Sie den ICD-10-Kode für den akuten Schlaganfall, ergänzt um das Zusatzkennzeichen ‚G‘ für die Diagnosesicherheit.

Sobald die Behandlung des akuten Schlaganfalls abgeschlossen ist, spätestens jedoch nach 12 Monaten, sowie bei einem rein anamnestischen Schlaganfall mit gegenwärtig noch bestehenden Folgeerscheinungen, wählen Sie für die Behandlung einen ICD-10-Kode aus I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Erkrankung mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ für die Diagnosesicherheit (weitere Erläuterungen zur Anwendung dieser Codes finden Sie im Hinweis direkt unter dem Code I69.- in der Systematik der ICD-10-GM).

# Strategie für BVB: Beispiel Schlaganfall (Folgezustände)

## Kodierung von Folgezuständen

Ein Patient erlitt vor drei Jahren einen Schlaganfall. Aktuell besteht eine residuale schlaffe Hemiparese rechts, derentwegen Krankengymnastik verordnet wird.

Kodierung:

---

G81.0	G	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
	R	

---

I69.4	G	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
-------	---	---

Die Beispiele sind jeweils vollständig mit Sekundärkodes für Manifestation, Zusatz- oder Sonderzeichen aufgeführt.

Wichtig ist, dass Sie die entsprechenden Folgen des Schlaganfalls ebenfalls kodieren. Folgeerscheinungen können z.B. sein:

- G81.– Hemiparese und –plegie
- G82.– Paraparese und –plegie
- R13.0 Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme
- R13.1 Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit (teilweise) geblockter Trachealkanüle
- R13.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie (Inkl.: Schluckbeschwerden o.n.A.)
- R47.0 Dysphasie und Aphasie
- H53.4 Gesichtsfelddefekte (Hemianopsie)
- R29.5 Neglect

Denkbar wäre hier auch die Angabe des ICD-10-Kodes für den akuten Schlaganfall unter Verwendung des Zusatzkennzeichens ‚Z‘ für „Zustand nach“.

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G70.0		<b>Myasthenia gravis</b>	ZN1/ZN2	EN1/EN2/SB7	SC1/SP6	
G81.0		<b>Hemiparese und Hemiplegie</b>				
G81.1		Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	ZN1/ZN2	EN1/EN2		
G81.1		Spastische Hemiparese und Hemiplegie				
I60.0		<b>Subarachnoidalblutung</b>				
I60.1		Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend				
I60.2		Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend				
I60.3		Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend				
I60.4		Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend				
I60.5		Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I60.6		Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend				
I60.7		Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend				
I60.8		Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend				
I60.9		Sonstige Subarachnoidalblutung				
I60.9		Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet				
I61.0		<b>Intrazerebrale Blutung</b>				
I61.1		Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal				
I61.2		Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal				
I61.3		Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet				
I61.4		Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I61.5		Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn				
I61.6		Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung				
I61.8		Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen				
I61.9		Sonstige intrazerebrale Blutung				
I61.9		Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet				
I63.0		<b>Hirnfarkt</b>				
I63.1		Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien				
I63.2		Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien				
I63.3		Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien				
I63.4		Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I63.5		Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien				
I63.6		Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien				
I63.8		Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig				
I63.9		Sonstiger Hirnfarkt				
I64		Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet				
I64		Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet				

## Strategie für BVB: **Beispiel Schlaganfall (Folgezustände)**

- Schlanfe Hemiparese oder Hemiplegie (G81.0) ist als besonderer Verordnungsbedarf benannt
- Die Anerkennung als BVB ist zeitlich nicht begrenzt
- Heilmittel-Katalog kennt keine Einschränkungen bezüglich einer maximalen Frequenz je Heilmittel
- Bei entsprechender Indikation und dem Einhalten der formalen Spielregeln der HeiM-RL können die Patienten weiterhin extrabudgetär versorgt werden!

### Rest- und Folgezustände (Residuen)

Aktuelle Krankheiten, die als Rest- oder Folgezustände einer früheren Krankheit bestehen, werden auf zwei Arten verschlüsselt:

- Durch einen Kode, der sowohl den aktuellen Krankheitszustand als auch die verursachende frühere Krankheit bzw. deren Behandlung enthält.
- Durch zwei Kodes: Ein Kode für den aktuellen Krankheitszustand und ein Kode, der nur die „Folgen“ oder „Folgezustände“ einer früheren Erkrankung enthält. Achtung: Kodes, die nur die Folgen beschreiben, sind nicht alleine zu verwenden.

## Beim Verordnen beachten 1:

- Besonderer Verordnungsbedarf und regionale Praxisbesonderheiten werden erst zum Zeitpunkt einer möglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung aus dem Volumen der verordneten Leistungen Heilmittel herausgerechnet.
- Deswegen müssen solche Verordnungen unbedingt innerhalb der eigenen Praxissoftware als „extrabudgetär“ gekennzeichnet werden.
- Das ist in jedem zertifizierten PVS möglich

Kennzeichnungsmöglichkeit für extrabudgetäre Verordnungen

Die Software muss die Möglichkeit vorsehen entsprechende Verordnungen als extrabudgetäre Verordnungen zu markieren.

## Beim Verordnen beachten 2:

- Viele besondere Verordnungsbedarfe und regionale Praxisbesonderheiten sind zeitlich beschränkt.
- Dabei bezieht sich diese zeitliche Beschränkung in der Regel auf das jeweilige Akutereignis
- Eine Verordnung ist schneller als „extrabudgetär“ zu erkennen, wenn das Datum des Akutereignisses auf der Verordnung angegeben wird.
- Das ist einfach als Konkretisierung der Diagnose möglich.

# Extrabudgetäre Verordnungen

## Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

### **Vor** Therapie

### **Nach** Therapie

Besondere  
Verordnungs-  
bedarfe  
(BVB)

Langfristiger  
Heilmittel-  
bedarf  
(gem.  
Anlage 2)

Langfristiger  
Heilmittel-  
bedarf  
(auf Antrag)

MDK  
Pflege-  
begutachtung

Praxis-  
besonder-  
heiten

Sozialgericht

# Extrabudgetäre Verordnungen

## Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

**Vor** Therapie

**Nach**  
Therapie

Besondere  
Verordnungs-  
bedarfe  
(BVB)

Langfristiger  
Heilmittel-  
bedarf  
(gem.  
Anlage 2)

Langfristiger  
Heilmittel-  
bedarf  
(auf Antrag)

MDK Pflege-  
begutachtung

Praxis-  
besonder-  
heiten

Sozialgericht

# Neuaufgabe: Anleitungsbroschüre



Art.-Nr.: 01423

Preis inkl. MwSt: 6,96 €

[www.buchner-shop.de](http://www.buchner-shop.de)

# Vielen Dank für Ihr Interesse!

Kontaktdaten:

buchner  
Zum Kesselort 53  
24149 Kiel

0 431 / 720 000  
[www.buchner.de](http://www.buchner.de)  
[www.up-aktuell.de](http://www.up-aktuell.de)  
[www.praxisfragen.de](http://www.praxisfragen.de)

[info@buchner.de](mailto:info@buchner.de)

Ralf Buchner: 0 171 / 77 55 631

# Freiraum für Therapie

buchner