



# Verordnung Aktuell Heilmittel

Stand: 17. Januar 2013

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de) ▪ [www.kvb.de/praxis/verordnungen](http://www.kvb.de/praxis/verordnungen)

## ■ Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Behandlungsbedarfs

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben sich auf eine Vereinbarung über bundesweit geltende Praxisbesonderheiten für Heilmittel, in der auch der langfristige Heilmittelbedarf berücksichtigt wurde, verständigt. Dabei wurde ein Ergebnis erzielt, das eine unbürokratische Lösung für die Heilmittelversorgung bei langfristigem Heilmittelbedarf beinhaltet.

Die Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2013 in Kraft und hat folgenden Inhalt.

### Praxisbesonderheiten

Die Festlegung von Praxisbesonderheiten auf Bundesebene ([Anlage 1](#)) löst die bisher getroffenen regionalen Vereinbarungen ab. In Bayern konnten wir uns jedoch mit den Krankenkassen zu keinem Zeitpunkt auf Praxisbesonderheiten einigen.

Die in Anlage 1 aufgeführten einzelnen Diagnosen sind dem jeweiligen ICD-10-Code sowie der Diagnosegruppe/dem Indikationsschlüssel der Heilmittel-Richtlinie zugeordnet. Damit Heilmittel-Verordnungen als Praxisbesonderheiten identifiziert und somit die hierauf entfallenden Kosten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen (nach §106 SGB V) anerkannt werden können, muss auf den Verordnungsvordrucken sowohl der ICD-10-Code als auch die Diagnosegruppe/der Indikationsschlüssel deutlich angegeben werden.

Ein Genehmigungsverfahren ist bei den Praxisbesonderheiten nach Anlage 1 der Bundesvereinbarung nicht erforderlich.

### Langfristiger Behandlungsbedarf

Bestandteil der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten ist zusätzlich eine Vereinbarung über den langfristigen Heilmittelbedarf ([Anlage 2](#)). Verordnungen im Rahmen eines langfristigen Heilmittelbedarfs sind nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Sie ersetzt die bisherige Regelung mit einer Vielzahl von Krankenkassen zum langfristigen Behandlungsbedarf.

Den in Anlage 2 gelisteten Diagnosen sind der jeweilige ICD-10-Code sowie die Diagnosegruppe/der Indikationsschlüssel gemäß der Heilmittel-Richtlinie zugeordnet. Da Verordnungen

gen im Rahmen eines langfristigen Heilmittelbedarfs nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind, ist es auch hier erforderlich, dass auf den Verordnungsvordrucken sowohl der ICD-10-Code als auch die Diagnosegruppe/der Indikationsschlüssel angegeben wird. Entsprechende Verordnungen können damit als langfristiger Heilmittelbedarf identifiziert werden und belasten Ihr Verordnungsvolumen nicht.

## **Genehmigungsverfahren bei langfristigem Behandlungsbedarf (Anlage 2)**

### **Krankenkassen ohne individuelles Genehmigungsverfahren**

Laut Heilmittel-Richtlinie (§ 8 Abs 5) entscheidet die Krankenkasse auf Antrag ihres Versicherten, ob dieser einen langfristigen Heilmittelbedarf genehmigt bekommt oder nicht.

Folgende Krankenkassen haben uns ihren Genehmigungsverzicht bereits mitgeteilt.

Patienten müssen also keinen Antrag stellen! (Stand: 03. Januar 2013)

- AOK Bayern
- Ersatzkassen in Bayern
- IKK classic
- IKK-SüdWest
- Knappschaft
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Damit entfällt bei den in der Anlage 2 genannten Diagnosen eine Genehmigung.

Die übrigen Krankenkassen haben sich uns gegenüber leider noch nicht geäußert.

Sollten weitere Krankenkassen auf ein Genehmigungsverfahren verzichten wollen, werden wir Sie in den KVBIInfos und auf unserer Internetseite informieren.

### **Krankenkassen mit individuellem Genehmigungsverfahren**

Für Patienten, deren Krankenkassen für Verordnungen gemäß der Anlage 2 ein individuelles Genehmigungsverfahren durchführen, haben wir eine Vorlage einer [Ärztlichen Bestätigung](#), als Ergänzung zur Heilmittel-Verordnung, entwickelt. Ihr Patient beantragt mit dieser *Ärztlichen Bestätigung* und einer vollständig ausgefüllten Heilmittelverordnung inkl. medizinischer Begründung (wie bei Verordnung außerhalb des Regelfalls) die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung.

### **Einzelfall bei nicht in Anlage 2 gelisteten Diagnosen**

Die Anlage 2 ist nicht abschließend, so, dass Patienten im Falle einer anderen, vergleichbar schwerwiegenden Krankheit einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen können. Auch in diesen Fällen ist die Verwendung der [Ärztlichen Bestätigung](#) zu empfehlen, um sich die vollständig ausgefüllte Heilmittelverordnung (s. o.) genehmigen zu lassen.

Die Krankenkassen entscheiden über die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung innerhalb von vier Wochen; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Es kann möglich sein, dass eine Entscheidung nicht innerhalb von vier Wochen getroffen werden kann und ergänzende Informationen von Ihrem Patienten angefordert werden. Die Frist wird in diesen Fällen so lange unterbrochen, bis die ergänzende Information bei der Krankenkasse eingegangen ist. Zwischenzeitlich kann die Heilmittelbehandlung begonnen werden. Bis zum Zugang einer Entscheidung über den Genehmigungsantrag übernimmt die Krankenkasse die Kosten. Sollte der Antrag nicht genehmigt werden, gelten die Regelungen der Heilmittel-Richtlinie (zu Erst- und Folgeverordnungen sowie Verordnungen außerhalb des Regelfalls) unverändert fort.

**ACHTUNG!** Die Genehmigung ersetzt keine Heilmittelverordnung! Auch bei Vorliegen einer Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung können die Heilmittel für einen Zeitraum von maximal zwölf Wochen verordnet werden. Die Verordnungsmenge muss so festgelegt werden, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von zwölf Wochen gewährleistet ist. Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung stellt Ihre Patienten im Genehmigungszeitraum aber davon frei, sich die weiteren Verordnungen von der Krankenkasse erneut genehmigen zu lassen.

### Vordruck

Die **Verordnungsvordrucke** 13, 14 und 18 müssen entsprechend angepasst werden. Das 1. Quartal 2013 gilt als Übergangszeitraum. In diesem Zeitraum ist die handschriftliche Eintragung des ICD-10-Codes für die Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten und langfristigem Heilmittelbedarf möglich. **Ausfüllhinweis:** Den ICD-10-Code notieren Sie bitte in die Zeile unter den Indikationsschlüssel.

Um Nachfragen von Therapeuten und Krankenkassen zu vermeiden, achten Sie bitte unbedingt auf das korrekte Ausfüllen der Verordnungsvordrucke. Informationen hierzu finden Sie in unseren „Ausfüllhilfen“ unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) > Praxis > Verordnungen > Heilmittel. Eine Anpassung unserer Ausfüllhilfen erfolgt sobald es aktualisierte Verordnungsvordrucke gibt.

### Merksblatt

Auf Wunsch der Patientenvertreter wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss ein [Merksblatt](#) formuliert, das das Verfahren zur Genehmigung der langfristigen Heilmittelbehandlung beschreibt.

Weitere Hilfe bekommen Sie – **als Mitglied der KVB** - am Service-Telefon Verordnung unter **0 89 / 57 09 34 00 – 30.**

Herr / Frau: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Plz /Ort: \_\_\_\_\_

Vers-Nr: \_\_\_\_\_

**Ärztliche Bestätigung  
(für Krankenkassen mit individuellem Genehmigungsverfahren)**

eines langfristigen Behandlungsbedarfs für Heilmittel nach § 32 Abs. 1a SGB V.

Diagnose/n: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pflegestufe:  ja Stufe 1  Stufe 2  Stufe 3   
 nein

Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises:  ja  nein

Wenn ja: G  aG  B  H  BI  GI

Beginn der Erkrankung: \_\_\_\_\_.

Bisher wurde der/die Patient/Patientin mit folgenden Heilmitteln versorgt.

Heilmittel	Zeitraum von	Zeitraum bis	außerhalb des Regelfalls (Ja / Nein)	Indikations-schlüssel, gem. Heilmittel-Katalog

Bei den aufgeführten Indikationen liegt ein gleichbleibender Therapiebedarf bereits über ein Jahr vor, der fortlaufend dokumentiert wurde. Ferner ist ein gleich bleibender langfristiger Behandlungsbedarf für mindestens ein Jahr vorhanden.

Dieser ärztlichen Bestätigung liegt eine Heilmittelverordnung mit medizinischer Begründung (wie Verordnung außerhalb des Regelfalls) bei.

Praxisstempel/Unterschrift

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie	
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>					
B94.1	Folgezustände der Virusenzephalitis	ZN1 / ZN2 SO3	EN1 / EN2	SC1/ST1/SP1/ SP3/ SP4/ SP5/ RE1/RE2 / SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C70.0 C70.1 C70.9	<b>Bösartige Neubildungen der Meningen</b> Hirnhäute Rückenmarkhäute Meningen, nicht näher bezeichnet				
C71.0 C71.1 C71.2 C71.3 C71.4 C71.5 C71.6 C71.7 C71.8 C71.9	<b>Bösartige Neubildung des Gehirns</b> Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel Inkl.: Supratentoriell o.n.A. Frontallappen Temporallappen Parietallappen Okzipitallappen Hirnventrikel, Exkl.:IV. Ventrikel (C71.7) Zerebellum Hirnstamm, Inkl.: Infratentoriell o.n.A. IV. Ventrikel Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend Gehirn, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 SO1 / SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1/ST1/SP1/ SP2/ SP3/ SP5/ SP6/ RE1 / RE2/ SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C72.0 C72.1 C72.2 C72.3 C72.4 C72.5 C72.8 C72.9	<b>Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems</b> Rückenmark Cauda equina Nn. olfactorii [I. Hirnnerv], Inkl.: Bulbus olfactorius N. opticus [II. Hirnnerv] N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv] Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven, Gehirn und and. Teile d. Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet				

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie	
G10	Chorea Huntington	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 / SP5 / SP6	
G11.0 G11.1 G11.2 G11.3 G11.4 G11.8 G11.9	<b>Hereditäre Ataxie</b> Angeborene nichtprogressive Ataxie Früh beginnende zerebellare Ataxie Spät beginnende zerebellare Ataxie Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem Hereditäre spastische Paraplegie Sonstige hereditäre Ataxien Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1	
G14	Postpoliosyndrom	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3	SC1	
G20.1-	<b>Morbus Parkinson bei schwerer Beeinträchtigung</b> Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	SC1 SP6	
G35.0 G35.1- G35.2- G35.3- G35.9  G36.0 G36.1 G36.8 G36.9	<b>Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]</b> Erstmanifestation einer multiplen Sklerose Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet  <b>Sonstige akute disseminierte Demyelinisation</b> Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit] Akute und subakute hämorrhagische Leukoenzephalitis [Hurst] Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2 EN3	SC1 ST1 SP5 / SP6	

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie	
G37.0 G37.1 G37.2 G37.3 G37.4 G37.5 G37.8 G37.9	<b>Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems</b> Diffuse Hirnsklerose Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum Zentrale pontine Myelinolyse Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom] Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit] Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet				
G70.0	Myasthenia gravis	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 SB7	SC1 / SP6	
G81.0 G81.1. G81.9	<b>Hemiparese und Hemiplegie</b> Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie Spastische Hemiparese und Hemiplegie Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet	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

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie	
I61.0	<b>Intrazerebrale Blutung</b> Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6 ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal				
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet				
I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm				
I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn				
I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung				
I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen				
I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung				
I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet				
I63.0	<b>Hirnininfarkt</b> Hirnininfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 SP5/ SP6 ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I63.1	Hirnininfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien				
I63.2	Hirnininfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien:				
I63.3	Hirnininfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien				
I63.4	Hirnininfarkt durch Embolie zerebraler Arterien				
I63.5	Hirnininfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien				
I63.6	Hirnininfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig				
I63.8	Sonstiger Hirnininfarkt				
I63.9	Hirnininfarkt, nicht näher bezeichnet				
I64.	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet				
	<b>Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit</b>				
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung				
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung				
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung				
I69.3	Folgen eines Hirnininfarktes				
I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet				
I69.8	Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten				



ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie	
G99.2 M48.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1	Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Spinal(kanal)stenose Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	WS2 / EX3 ZN1 / ZN2	EN3	SC1	Längstens 6 Monate nach Akutereignis Einschränkung: nur nach neurologischer Befunderhebung und Einschränkung ab Kraftgrad ≤ 3
S14.0 S14.1 S14.2 S14.3 S14.4 S14.5 S14.6	<b>Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe</b> Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule Verletzung des Plexus brachialis Verletzung peripherer Nerven des Halses Verletzung zervikaler sympathischer Nerven Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses	ZN1 / ZN2 AT2	EN1 / EN2 EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S24.0 S24.1 S24.2 S24.3 S24.4 S24.5 S24.6	<b>Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe</b> Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule Verletzung peripherer Nerven des Thorax Verletzung thorakaler sympathischer Nerven Verletzung sonstiger Nerven des Thorax Verletzung eines nicht näher bezeichneten Nervs des Thorax	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie	
S34.0 S34.1– S34.2 S34.3– S34.4 S34.5 S34.6 S34.8	<b>Verletzung der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens</b> Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes [Conus medullaris] Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins Verletzung der Cauda equina Verletzung des Plexus lumbosacralis Verletzung sympathischer Nerven der Lendenwirbel-, Kreuzbein- und Beckenregion Verletzung eines oder mehrerer peripherer Nerven des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
T09.3	Verletzung des Rückenmarkes, Höhe nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2	EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
<b>Entzündliche rheumatische Erkrankungen und Kollagenosen</b>					
M05.0– M05.1– M05.2– M05.3– M05.8– M05.9–	<b>Seropositive chronische Polyarthritis</b> Felty-Syndrom Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme Sonstige seropositive chronische Polyarthritis Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		
M06.0	Seronegative chronische Polyarthritis	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		
M06.1	Adulte Form der Still-Krankheit	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie	
M07.0- M07.1- M07.2- M07.3- M07.4 M07.5 M07.6	<b>Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten</b> Distale interphalangeale Arthritis psoriatica Arthritis mutilans Spondylitis psoriatica Sonstige psoriatische Arthritiden Arthritis bei Crohn-Krankheit Arthritis bei Colitis ulcerosa Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		
M08.0- M08.1- M08.2- M08.3 M08.4- M08.7- M08.8- M08.9-	<b>Juvenile Arthritis</b> Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ Juvenile Spondylitis ankylosans Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form Vaskulitis bei juveniler Arthritis Sonstige juvenile Arthritis Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		
M34.0 M34.1 M34.2 M34.8 M34.9	<b>Systemische Sklerose</b> Progressive systemische Sklerose CR(E)ST-Syndrom Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert Sonstige Formen der systemischen Sklerose Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	WS2 / EX2 EX3 / AT2	SB1 / SB5		
M45.0-	<b>Spondylitis ankylosans</b> Spondylitis ankylosans	WS2 / EX2 EX3	SB1 / SB5		

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie	
<b>Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem</b>					
M89.0-	<b>Neurodystrophie [Algodystrophie]</b> Schulter-Hand-Syndrom Sudeck-Knochenatrophie Sympathische Reflex-Dystrophie Morbus Sudeck	EX2 / EX3 LY2 / PN	SB2 / SB6		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Q66.0	Pes equinovarus congenitus (Klumpfuß)	EX4	SB3		
Q68.0	Angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus (Schiefhals)	EX4	SB7		
<b>Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems</b>					
Z98.8 i.V.m.  Z89.-  M75.1 M23.5	Zustand nach chirurgisch-orthopädischen Operationen In Verbindung mit einer der nachstehenden Grunddiagnose:  bei Major-Amputationen mindestens einer Extremität  bei rekonstruktiven Eingriffen ohne endoprothetische Versorgungen: – Läsionen der Rotatorenmanschette (Schultergelenk) – Chronische Instabilität des Kniegelenkes (Kreuzbandruptur)	EX2 / EX3	SB2 / SB3		Längstens 6 Monate nach Akutereignis
Z98.8 i.V.m  Z96.6 Z96.88	bei endoprothetischer Versorgung:  – Hüftgelenkersatz (total) – Kniegelenk, Schultergelenk	EX2 / EX3			Längstens 6 Monate nach Akutereignis

# Merkblatt<sup>1</sup>

## **Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie**

### **Inhalt**

A. Einführung .....	1
B. Hintergrund und Zweck der Regelung .....	1
C. Begünstigter Personenkreis .....	2
D. Antragsverfahren und Genehmigung .....	2

### **A. Einführung**

Zum 1. Juli 2011 ist eine neue Fassung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten. Der darin geschaffene § 8 Abs. 5 HeilM-RL soll die Versorgung mit Physikalischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Ergotherapie für Patientinnen und Patienten mit schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen verbessern. Die Krankenkasse kann die medizinisch notwendigen Heilmittel auf Antrag der oder des Versicherten für mindestens ein Jahr genehmigen.

Die Regelung legt fest, dass Menschen mit schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen von ihrer gesetzlichen Krankenkasse eine Genehmigung von langfristigen Heilmittelbehandlungen bekommen können. Dieses Merkblatt gibt Hinweise zur Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs.

### **B. Hintergrund und Zweck der Regelung**

#### **1. Warum ist eine neue Regelung für Patientinnen und Patienten mit dauerhaftem Heilmittelbedarf geschaffen worden?**

Patientinnen und Patienten mit schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen können in bestimmten Fällen dauerhaft Heilmittel wie Physikalische Therapie, Stimm- Sprech- und Sprachtherapie- oder Ergotherapie benötigen. Sofern zur Erreichung des Therapieziels die im Heilmittelkatalog als Regel festgelegte Höchstzahl der Behandlungen nicht ausreicht, kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen. Diese Verordnungen unterliegen einem Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkasse; die Krankenkassen können aber auch auf den Genehmigungsvorbehalt verzichten (vgl. § 8 Abs. 4 HeilM-RL).

Darüber hinaus haben Patientinnen und Patienten mit schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen durch die Regelung des § 8 Abs. 5 HeilM-RL die Möglichkeit, medizinisch notwendige und dauerhaft benötigte Heilmittel für mindestens ein Jahr von ihrer Krankenkasse genehmigt zu bekommen.

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt kann im Rahmen des genehmigten langfristigen Heilmittelbedarfs Heilmittel entsprechend der HeilM-RL verordnen, ohne dass diese Gegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind.

---

<sup>1</sup> Dieses Merkblatt nimmt Bezug auf die zwischen GKV-Spitzenverband und KBV vereinbarte Indikationsliste, die diesem Merkblatt anliegt.

## C. Begünstigter Personenkreis

### 2. Welcher Personenkreis kann die Heilmittelversorgung langfristig erhalten?

Menschen mit besonders schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen haben die Möglichkeit, eine langfristige Genehmigung für eine fortlaufende Heilmitteltherapie zu erhalten, wenn ein andauernder Behandlungsbedarf mit Heilmitteln zu erwarten ist. Dieser langfristige Heilmittelbedarf besteht in der Regel bei Vorliegen der Diagnosen aus der anliegenden Liste.

## D. Antragsverfahren und Genehmigung

### 3. Wie kann man die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung erhalten?

#### a) Krankenkassen ohne individuelles Genehmigungsverfahren<sup>2</sup>:

Stellt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt fest, dass bei der Patientin oder dem Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf bei Vorliegen einer in der Anlage gelisteten Diagnose besteht, kann die Patientin oder der Patient mit einer Verordnung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes die Heilmitteltherapie unmittelbar beginnen. **Ein Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung ist nicht erforderlich.**

#### b) Krankenkassen mit individuellem Genehmigungsverfahren<sup>3</sup>:

Stellt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt fest, dass bei der Patientin oder dem Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf bei Vorliegen einer in der Anlage gelisteten Diagnose besteht, kann die Patientin oder Patient bei der Krankenkasse eine Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung beantragen.

#### c) Antragsverfahren im Einzelfall bei nicht gelisteten Diagnosen:

Stellt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt fest, dass bei der Patientin oder dem Patienten ein langfristiger Heilmittelbedarf aufgrund einer nicht in der Anlage gelisteten Diagnose vorliegt, kann die Patientin oder der Patient bei der Krankenkasse eine Genehmigung einer notwendigen langfristigen Heilmittelbehandlung beantragen. Eine Genehmigung kommt dann in Betracht, wenn Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen mit den in der Anlage aufgeführten Diagnosen vergleichbar ist.

Der Antrag der Patientin oder des Patienten sollte Name, Anschrift, Versicherungsnummer, bekannte Diagnosen, Pflegestufe oder das Merkzeichen des Schwerbehindertenausweises enthalten. Weiter sollte der Zeitraum benannt werden, seit dem eine regelmäßige Heilmittelbehandlung in Anspruch genommen wird. Um der Krankenkasse die Einschätzung der medizinischen Situation zu erleichtern, können dem Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung weitere aussagekräftige Belege wie z. B. der Patientin oder dem Patienten vorliegende ärztliche Gutachten, Feststellungen der Pflegekasse oder Krankenhausberichte beigelegt werden.

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt stellt eine Heilmittelverordnung mit medizinischer Begründung (wie Verordnung außerhalb des Regelfalls) aus. Diese Verordnung ist dem Antrag beizufügen.

Die Krankenkassen entscheiden über die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung innerhalb von vier Wochen; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Da für eine qualifizierte Entscheidung jedoch die Prüfung der eingereichten Unterlagen und gegebenenfalls ein Gutachten des medizinischen Dienstes erforderlich ist, ist es möglich, dass eine Entscheidung nicht umgehend getroffen werden kann und ergänzende Informationen von der Krankenkasse bei der Antragstellerin oder dem Antragsteller angefordert werden. In diesem Fall wird die Vier-Wochen-Frist so lange unterbrochen, bis die ergänzenden Informationen bei der Krankenkasse eingegangen sind.

In der Zwischenzeit kann die Heilmittelerbringerin oder der Heilmittelerbringer die Therapie durchführen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten des Heilmittels gemäß der dem Antrag beigelegten Verordnung außerhalb des Regelfalls unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung.

<sup>2</sup> Die Krankenkasse informiert in geeigneter Weise über das gewählte Genehmigungsverfahren.

<sup>3</sup> Die Krankenkasse informiert in geeigneter Weise über das gewählte Genehmigungsverfahren.

**4. Welche therapeutischen Maßnahmen umfassen die langfristigen Heilmittelversorgungen?**

Die Genehmigung bezieht sich auf die verordnungsfähigen Heilmittel der Diagnosegruppe, die aus der dem Antrag beiliegenden ärztlichen Verordnung hervorgeht. Es gilt die Heilmittel-Richtlinie.

**5. Wie lange gilt eine Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung?**

Die Krankenkasse legt die Dauer der Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung fest. Nach § 8 Abs. 5 HeilM-RL soll der Genehmigungszeitraum mindestens ein Jahr umfassen.

**6. Sind trotz einer Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung weiterhin auch Verordnungen für einzelne Heilmittel erforderlich?**

Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung nach § 8 Abs. 5 HeilM-RL ersetzt keine Heilmittelverordnung. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt legt die Verordnungsmenge so fest, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen gewährleistet ist. Auch bei Vorliegen einer Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung können die Heilmittel für einen Zeitraum von max. 12 Wochen verordnet werden. Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung stellt die Versicherten im Genehmigungszeitraum aber davon frei, sich die weiteren Verordnungen von der Krankenkasse erneut genehmigen zu lassen.

**7. Bleibt eine Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung auch bei einem Vertragsarztwechsel gültig?**

Eine Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung ist für einen Versicherten ausgestellt und nicht auf eine behandelnde Vertragsärztin oder einen behandelnden Vertragsarzt beschränkt.

**8. Bleibt eine Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung auch bei Kassenwechsel gültig?**

Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung hat keine Verbindlichkeit gegenüber einer neuen Krankenkasse. Bei einem Krankenkassenwechsel müssen betroffene Versicherte einen neuen Genehmigungsantrag stellen.

**9. Was passiert, wenn der Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung abgelehnt wird?**

Sollte der Antrag nicht genehmigt werden, gelten die Regelungen der Heilmittel-Richtlinie (zu Erst- und Folgeverordnungen sowie Verordnungen außerhalb des Regelfalls) unverändert fort.

# Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>				
E74.0	Glykogenspeicherkrankheiten (z.B. M. Pompe)	ZN1 / ZN2		
E75.0	GM2-Gangliosidose Inkl.: Sandhoff-Krankheit, Tay-Sachs-Krankheit	PN/ AT2	EN1 / EN2	
E76.0	Mukopolysaccharidose, Typ I Inkl.: Hurler-Scheie-Variante, Pfaundler-Hurler-Krankheit, Scheie-Krankheit	WS2 / EX2 EX3 / CS SO1	SB1 / SB7	SC1
F84.2	Rett-Syndrom	ZN1 / ZN2 WS2 / EX2 EX3 / AT2	PS1 EN1 / EN2 SB1 / SB7	SP1 / SC1
<b>Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome</b>				
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]			
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie			SC1
G12.2	Motoneuron-Krankheit	ZN1 / ZN2	EN3 / SB7	SP5 / SP6
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome			
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet			
G20.2-	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	SC1 / SP6
<b>Länger bestehende chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIPD)</b>				
G61.8	Sonstige Polyneuritiden (nur CIPD)	PN	EN3 / EN4	
G71.0	Muskeldystrophie, z.B. Typ Duchenne	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 SB7	SC1 SP6
<b>Infantile Zerebralparese</b>				
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese, Spastische quadriplegische Zerebralparese			
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese, Angeborene spastische Lähmung (zerebral), Spastische Zerebralparese o.n.A.			
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SP1 / SP2 / SP6 SC1
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese, Athetotische Zerebralparese, Dystone zerebrale Lähmung			
G80.4	Ataktische Zerebralparese			
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese, Mischsyndrome der Zerebralparese			
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet, Zerebralparese o.n.A.			



# Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie
G82.0- G82.1- G82.2- G82.3- G82.4- G82.5-	<b>Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie</b> Schlaaffe Paraparese und Paraplegie Spastische Paraparese und Paraplegie Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet Lähmung beider unterer Extremitäten o.n.A. Paraplegie (untere) o.n.A. Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie Spastische Tetraparese und Tetraplegie Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet Quadriplegie o.n.A.	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	
G93.1 G93.80	Wachkoma (apallisches Syndrom, auch infolge Hypoxie)	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1
Q01.0 Q01.1 Q01.2 Q01.8 Q01.9	<b>Enzephalozele</b> Frontale Enzephalozele Nasofrontale Enzephalozele Okzipitale Enzephalozele Enzephalozele sonstiger Lokalisationen Enzephalozele, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 SP1 / SP5 SP6
Q03.0 Q03.1 Q03.8 Q03.9	<b>Angeborener Hydrozephalus</b> Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturales laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels Dandy-Walker-Syndrom Sonstiger angeborener Hydrozephalus Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 SP1 / SP5 SP6

# Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie
	<b>Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns</b>			
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum			
Q04.1	Arrhinenzephalie			
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom			
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1
Q04.4	Septooptische Dysplasie	AT2 / SO1	EN3	SP1 / SP5
Q04.5	Megalenzephalie	SO3		SP6
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten			
Q04.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns			
Q04.9	Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet			
	<b>Spina bifida</b>			
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus; Lumbosakrale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 / SP1
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus	AT2 / SO1	EN3	SP5 / SP6
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus	SO3		
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus			
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus; Lumbosakrale Spina bifida o.n.A.			
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus			
Q05.9	Spina bifida, nicht näher bezeichnet			
	<b>Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarkes</b>			
Q06.0	Amyelie			
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks			
Q06.2	Diastematomyelie	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SP1 / SP5 / SP6
Q06.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina	AT2 / SO1	EN3	SC1
Q06.4	Hydromyelie	SO3		
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks			
Q06.9	Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet			

# Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie
Q87.4	Marfan-Syndrom	WS2 / EX2 EX3 / AT2	SB1 / SB7	
T90.5	Folgen einer intrakraniellen Verletzung Folgen einer Verletzung, die unter S06.- klassifizierbar ist nicht umfasst: S06.0 Gehirnerschütterung umfasst: S06.1 bis S06.9  Hinweis: Folgen oder Spätfolgen, die ein Jahr oder länger nach der akuten Verletzung bestehen	ZN1 / ZN2 AT2 / SO3	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6
<b>Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem</b>				
M41.0- M41.1-	<b>Skoliose über 20° nach Cobb bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr</b> Idiopathische Skoliose beim Kind Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen	WS2 / EX4	SB1	
Q71.0 Q71.1 Q71.2 Q71.3 Q71.4 Q71.5 Q71.6 Q71.8 Q71.9	<b>Reduktionsdefekte der oberen Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)</b> Angeborenes vollständiges Fehlen der oberen Extremität(en) Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterarmes bei vorhandener Hand Angeborenes Fehlen sowohl des Unterarmes als auch der Hand Angeborenes Fehlen der Hand oder eines oder mehrerer Finger Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna Spalthand Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en) Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet	CS / AT2 / PN WS2 / EX2 EX3 / ZN2 GE / LY2 SO1 / SO2 SO3 / SO4	SB3	SP5 / SP6 RE1 / RE2
Q72.0 Q72.1 Q72.2	<b>Reduktionsdefekte der unteren Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)</b> Angeborenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en) Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß Angeborenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes			

# Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-,Sprech-, Sprachtherapie
Q72.3	Angeborenes Fehlen des Fußes oder einer oder mehrerer Zehen			
Q72.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs			
Q72.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Tibia			
Q72.6	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Fibula			
Q72.7	Spaltfuß			
Q72.8	Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en)			
Q72.9	Reduktionsdefekt der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet			
	<b>Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)</b>			
Q73.0	Angeborenes Fehlen nicht näher bezeichneter Extremität(en)			
Q73.1	Phokomelie nicht näher bezeichneter Extremität(en)			
Q73.8	Sonstige Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)			
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita	EX3 / EX4	SB5	
<b>Erkrankungen des Lymphsystems</b>				
I89.0	Elephantiasis	LY2		
C00-C97	Bösartige Neubildungen nach OP / Radiatio <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mammakarzinom</li> <li>• Malignome Kopf/Hals</li> <li>• Malignome des kleinen Beckens</li> </ul>	LY3		
Q82.0	Hereditäres Lymphödem	LY2		

# Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

Störungen der Sprache und des Gehörs				
	<b>Gaumenspalte mit Lippenspalte</b>			
Q37.0	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte			SP3/SF
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte			
Q37.2	Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte			
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte			
Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte			
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte			
Q37.8	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit beidseitiger Lippenspalte			
Q37.9	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit einseitiger Lippenspalte			
Entwicklungsstörungen				
	<b>Tiefgreifende Entwicklungsstörungen</b>			
F84.0	frühkindlicher Autismus	ZN1 / ZN2	EN1 / PS1	SP1
F84.1	Atypischer Autismus			
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters			
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien			
F84.5	Asperger-Syndrom			
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen			
	<b>Down-Syndrom</b>			
Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction	ZN1 / ZN2	EN1	SP1 / SP3 / RE1 SC1
Q90.1	Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction)			
Q90.2	Trisomie 21, Translokation			
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet			

# Anlage zum Merkblatt des G-BA

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V

Q91.0	<b>Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom</b> Trisomie 18, meiotische Non-disjunction	ZN1 / ZN2	EN1	SP1
Q91.1	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)			
Q91.2	Trisomie 18, Translokation			
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Q91.4	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction			
Q91.5	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)			
Q91.6	Trisomie 13, Translokation			
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Q96.0	<b>Turner Syndrom</b> Karyotyp 45,X	ZN1 / ZN2	EN1	SP1
Q96.1	Karyotyp 46,X iso (Xq)			
Q96.2	Karyotyp 46,X mit Gonosomenanomalie, ausgenommen iso (Xq)			
Q96.3	Mosaik, 45,X/46,XX oder 45,X/46,XY			
Q96.4	Mosaik, 45,X/sonstige Zelllinie(n) mit Gonosomenanomalie			
Q96.8	Sonstige Varianten des Turner-Syndroms			
Q96.9	Turner-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
<b>Störungen der Atmung</b>				
E84.9	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	AT3		