



HESSISCHER LANDTAG

28. 05. 2019

Kleine Anfrage

Dr. Daniela Sommer (SPD) vom 11.03.2019**Schlaganfallpatienten und Spastiker****und****Antwort****Minister für Soziales und Integration**

Vorbemerkung Fragestellerin:

In Deutschland bekommen pro Jahr 200.000 bis 250.000 Menschen einen Schlaganfall. Jeder Fünfte stirbt an den Folgen. Damit ist der Schlaganfall nach Krebs und Herzkrankungen die dritthäufigste Todesursache. Außerdem ist der Hirnschlag oft Ursache für eine Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit. Rund 50 % der Betroffenen sind dauerhaft auf Unterstützung angewiesen. Mehr als ein Viertel aller Schlaganfallpatienten bildet eine Spastik aus, die oft dauerhaft bestehen bleibt. Eine Spastik nach Schlaganfall bedarf in jedem Fall der medizinischen und physiotherapeutischen Behandlung. Durch einen individuellen abgestimmten Therapieplan soll der Patient verloren gegangene Fähigkeiten wiedererlangen. Ziel ist es, dass intakte Bereiche des Gehirns die Funktionen der geschädigten Areale übernehmen. Dies geschieht idealerweise durch eine konsequente Übungsbehandlung, bei der Schlaganfall-Patienten von geschulten Therapeuten behandelt werden. Vor allem Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden unterstützen den Patienten dabei, in der Rehabilitation größtmögliche Fortschritte zu erzielen.

Die Vorbemerkung der Fragestellerin vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Wie viele Schlaganfallpatienten und Spastiker bzw. Schlaganfallpatienten mit Spastik gibt es in Hessen?

Im Jahr 2017 wurden in hessischen Krankenhäusern insgesamt 27.701 Patientinnen und Patienten aufgrund eines akuten Schlaganfalls vollstationär behandelt. Bei insgesamt 1.491 Patientinnen und Patienten bzw. 5 % war eine Spastik als Nebendiagnose angegeben. Weitere Informationen sind der „Tabelle 1: Zahl der in hessischen Krankenhäusern vollstationär behandelten Schlaganfallpatienten, 2017“ (siehe Anlage 1) zu entnehmen.

Darüber hinaus wurden 22.931 Patientinnen und Patienten vollstationär behandelt, die bereits in der Vergangenheit einen Schlaganfall erlitten haben und unter den Folgen leiden. Darunter befanden sich 3.931 Patientinnen und Patienten mit einer Spastik. Das entspricht einem Anteil von 17 %. Der häufigste Grund für eine erneute Krankenhausbehandlung war das Auftreten einer Epilepsie, gefolgt von Herzinsuffizienz und Pneumonie.

Weitere Informationen sind in der „Tabelle 2: Zahl der in hessischen Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten mit Folgen eines Schlaganfalls, 2017“ (siehe Anlage 1) aufgeführt.

Frage 2. Welche Zentren für Bewegungsstörungen gibt es in Hessen, die eine spezialisierte Behandlung/Betreuung für die betroffenen Patienten anbieten und welche spezifischen Behandlungskapazitäten haben diese (bitte für Landkreise und kreisfreie Städte auflisten)?

Frage 3. Welche Angebote mit welchen Wartezeiten (insbesondere bei Fachärzten und Therapeuten) gibt es in Hessen zur Nachsorge dieser Patienten (bitte für Landkreise und kreisfreie Städte auflisten)?

Die Fragen 2 und 3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam wie folgt beantwortet:

Es ist unklar, welche Behandlungs- bzw. Leistungsangebote hier konkret angesprochen werden. Je nach Schweregrad der Folgen des Schlaganfalls wird die Patientin bzw. der Patient entweder eine niedergelassene Ärztin bzw. einen niedergelassenen Arzt, in der Regel die Hausärztin bzw.

den Hausarzt aufsuchen, und diese bzw. dieser wird bei Bedarf ggf. an eine Neurologin bzw. einen Neurologen überweisen. Grundsätzlich sollten spastische Symptome aber schon im Krankenhaus / in der Rehaklinik entsprechend medikamentös eingestellt und behandelt worden sein. Für die Heilmitteltherapie (Physio-, Ergotherapie) sollte die betroffene Patientin bzw. der betroffene Patient sich eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten suchen, die bzw. der auf dem neurologischen Gebiet schon einmal gearbeitet hat.

Weitergehende Informationen liegen auch den zu dieser Frage um Stellungnahme gebetenen gesetzlichen Krankenkassen nicht vor.

Frage 4. Wie oft werden beantragte Therapien von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden sowie Reha bei Schlaganfallpatienten bzw. bei Patienten mit Spastiken von Kassen mit welcher Begründung abgelehnt (bitte nach Kassenarten auflisten)?

Zur Beantwortung dieser Frage wird exemplarisch aus der Stellungnahme der IKK classic vom 20. März 2019 zitiert:

„Bei der Heilmittelerbringung sind u.a. folgende Differenzierungen möglich:

Langfristiger Heilmittelbedarf

Bei welchen Erkrankungen vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs auszugehen ist, definiert der Gemeinsame Bundesausschuss unter anderem in einer Diagnoseliste. Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs unterliegen nicht den Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Besonderer Verordnungsbedarf

Die KBV und der GKV-Spitzenverband vereinbaren in einer gesonderten Diagnoseliste, bei welchen Erkrankungen Patienten oftmals mehr Heilmittel benötigen und daher einen „besonderen Verordnungsbedarf“ haben. Die Kosten für diese Verordnungen werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Verordnungsvolumen des Vertragsarztes herausgerechnet.

Da die für den genannten Personenkreis zutreffenden Diagnosen in der Regel unter den besonderen Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106 b Abs. 2 Satz 4 oder unter den langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1 a SGB V fallen, ist eine Genehmigung durch die IKK classic nicht erforderlich. Ablehnungen dürften daher nicht erfolgen. Auch sind die Diagnoselisten zum langfristigen Heilmittelbedarf und zum besonderen Verordnungsbedarf in der Verordnungssoftware der Ärzte hinterlegt. So wird automatisch angezeigt, wenn die Verordnung einen besonderen Verordnungsbedarf oder langfristigen Heilmittelbedarf begründet.“

Die Diagnoseliste „Langfristiger Heilmittelbedarf/Besonderer Verordnungsbedarf“ der KBV sowie eine Patienteninformation des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs sind als Anlagen (siehe Anlage 2 und Anlage 3) beigelegt.

Bei der Frage nach Rehabilitation muss nach den Ausführungen der AOK Hessen vom 18. März 2019 zwischen der Anschlussrehabilitation und stationärer Rehabilitation unterschieden werden. Anschlussrehabilitation werde nach einem akuten Schlaganfall grundsätzlich immer bewilligt. Bei stationären Rehabilitationen werde vorab geprüft, ob ambulante Maßnahmen bereits ausgeschöpft wurden.

Frage 5. Inwiefern will die Landesregierung dafür Sorge tragen, dass ein spezifisches Entlassmanagement und flächendeckende Nachsorge-Angebote zur Verfügung gestellt werden können?

Nach § 39 Abs. 1a Satz 1 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung „ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.“ Daraus ergibt sich die Verpflichtung der Krankenhäuser, ein effektives Entlassmanagement zur Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung zu gewährleisten. Hintergrund der Verpflichtung ist die Erfahrung, dass der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten darstellt.

Der GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. wurden nach § 39 Abs. 1a Satz 1 SGB V beauftragt, einen verbindlichen Rahmenvertrag über das Entlassmanagement zu schließen und die Anforderungen im Einzelnen zu konkretisieren.

Da der Rahmenvertrag hinsichtlich der Verbindlichkeit der einzelnen Maßnahmen unterschiedlich ausgestaltet ist, setzt jedes Krankenhaus das Entlassmanagement im Rahmen der eigenen Organisationshoheit anders um. Allerdings befinden sich die Krankenhäuser nach wie vor in einem Umstellungsprozess, und es sind noch weitere Anstrengungen erforderlich.

Ungeachtet dessen wird das Hessische Ministerium für Soziales und Integration prüfen, ob Vorgaben zum Entlassmanagement als Maßnahmen der Patientensicherheit sinnvoll und erforderlich sind.

Frage 6. Wie werden die Bedürfnisse der genannten Patientengruppen in der Arbeitsgruppe „Patientenversorgung“ auf Landesebene berücksichtigt? Welche Hinweise und Handlungsempfehlungen ergeben sich aus der Arbeitsgruppe und wie will die Landesregierung diese umsetzen?

Mit der Arbeitsgruppe „Patientenversorgung“ ist möglicherweise der „Landesbeirat Patientensicherheit“ gemeint, der zur Steigerung der Patientensicherheit im Zuge der geplanten „Hessischen Patientensicherheitsverordnung“ eingeführt werden soll.

Der Landesbeirat soll das Hessische Ministerium für Soziales und Integration in Fragen der Patientensicherheit beraten; die Zusammensetzung entspricht dabei der Zusammensetzung des Landeskrankenhausausschusses. Weitere sach- und fachkundige Personen oder Institutionen können hinzugezogen werden. Der Landesbeirat Patientensicherheit kann Arbeitsgruppen zur Analyse, Bewertung und Konzeptentwicklung von Maßnahmen zur Steigerung der klinischen Versorgungsqualität und der Patientensicherheit einrichten. In diesem Zusammenhang wird zu prüfen sein, welche Maßnahmen erforderlich sind, um die Versorgung von Schlaganfallpatienten bzw. Schlaganfallpatienten mit Spastik weiter zu verbessern.

Wiesbaden, 20. Mai 2019

Kai Klose

Anlage(n):

Die komplette Drucksache inklusive der Anlage(n) kann im Landtagsinformationssystem unter:

➔ <http://starweb.hessen.de> abgerufen werden.

Tabelle 1: Zahl der in hessischen Krankenhäusern vollstationär behandelten Schlaganfallpatienten, 2017

ICD-Code	ICD Diagnose	Schlaganfall-patienten	darunter mit Spastik*	Anteil
I63	Hirninfarkt	21.949	1.169	5%
I61	Intrazerebrale Blutung	3.146	240	8%
I60	Subarachnoidalblutung	944	42	4%
I62	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	1.238	29	2%
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	424	11	3%
	Insgesamt	27.701	1.491	5%

* Ausgewertet wurden folgende ICD-Codes: G81.1 Spastische Hemiparese und Hemiplegie, G82.1 Spastische Paraparese und Paraplegie, G82.4 Spastische Tetraparese und Tetraplegie, R25.2 Krämpfe und Spasmen der Muskulatur.

Quelle: Daten nach § 21 KHEntg 2017.

Tabelle 2: Zahl der in hessischen Krankenhäusern behandelten Patienten mit Folgen eines Schlaganfalls, 2017

ICD-Code	ICD Diagnose	Patienten	darunter mit Spastik*	Anteil
I69.3	Folgen eines Hirninfarktes	16.626	2.871	17%
I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	4.022	448	11%
I69.1	Folgen einer Intrazerebrale Blutung	1.599	456	29%
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung	498	119	24%
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung	186	37	20%
	Insgesamt	22.931	3.931	17%

* Ausgewertet wurden folgende ICD-Codes: G81.1 Spastische Hemiparese und Hemiplegie, G82.1 Spastische Paraparese und Paraplegie, G82.4 Spastische Tetraparese und Tetraplegie, R25.2 Krämpfe und Spasmen der Muskulatur.

Quelle: Daten nach § 21 KHEntg 2017.

Langfristiger Heilmittelbedarf / Besonderer Verordnungsbedarf (ehemals Praxisbesonderheiten)

DIAGNOSELISTE

LETZTE AKTUALISIERUNG: 14.02.2019

Tabellarische Übersicht der Diagnosen

Auf den folgenden Seiten sind alle bundesweit geltenden Diagnosen zusammengefasst, die im Zusammenhang mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses einen langfristigen Heilmittelbedarf oder einen besonderen Verordnungsbedarf begründen.

Zum 1. Januar 2019 wurden in Folge der jährlichen Revision der ICD-10-GM die ICD-10-Diagnosen des komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) aus dem bestehenden ICD-10-Code „M89.0 Neurodystrophie [Algodystrophie]“ herausgelöst. Die neuen Codes (G90.5-, G90.6- und G90.7-) wurden gesondert als besondere Verordnungsbedarfe aufgenommen.

Außerdem wurde für vier geriatrische Indikationen (R26.0, R26.1, R26.2 und R29.6) die Aufnahme der Diagnosegruppe EX3 vereinbart. Darüber hinaus wird für Verletzungen von peripheren Nerven (S14.3 und S14.4) die Diagnosegruppe EN4 aufgenommen.

Alle Änderungen sind rückwirkend zum 1. Januar 2019 gültig.

Die Diagnosen sind unter folgenden Überschriften zusammengefasst:

▪ Krankheiten und Verletzungen des Nervensystems	3
▪ Krankheiten der Wirbelsäule und des Skelettsystems	10
▪ Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheiten des Bindegewebes und Spondylopathien	11
▪ Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems	13
▪ Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems	14
▪ Erkrankungen des Lymphsystems	14
▪ Störungen der Sprache	15
▪ Entwicklungsstörungen	16
▪ Chromosomenanomalien	16
▪ Störungen der Atmung	17
▪ Stoffwechselstörungen	18
▪ Geriatrische Syndrome	18

➔ Weitere ausführliche Informationen zur Verordnung von Heilmitteln finden Sie hier: www.kbv.de » SERVICE » Verordnungen » Heilmittel

Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:

1. ICD-10 2. ICD-10 Diagnose

Physio-
therapieErgo-
therapieStimm-,
Sprech-,
Sprach-
therapieHinweis/
Spezifikation

Krankheiten und Verletzungen des Nervensystems

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	<i>Bösartige Neubildungen der Meningen:</i> Hirnhäute	ZN1/ZN2 SO1/SO3	EN1/EN2/EN3	SC1/ST1 SP1/SP2/SP3 SP5/SP6 RE1/RE2/SF	längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C70.1	Rückenmarkshäute				
C70.9	Meningen, nicht näher bezeichnet				
C71.0	<i>Bösartige Neubildung des Gehirns:</i> Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel				
C71.1	Frontallappen				
C71.2	Temporallappen				
C71.3	Parietallappen				
C71.4	Okzipitallappen				
C71.5	Hirnventrikel				
C71.6	Zerebellum				
C71.7	Hirnstamm				
C71.8	Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend				
C71.9	Gehirn, nicht näher bezeichnet				
C72.0	<i>Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems:</i> Rückenmark				
C72.1	Cauda equina				
C72.2	Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]				
C72.3	N. opticus [II. Hirnnerv]				
C72.4	N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]				
C72.5	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirn- nerven				
C72.8	Gehirn und andere Teile des Zentralnerven- systems, mehrere Teilbereiche überlappend				
C72.9	Zentralnervensystem, nicht näher bezeich- net				
G10	Chorea Huntington	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1 SP5/SP6	
G11.0	<i>Hereditäre Ataxie:</i> Angeborene nichtprogressive Ataxie	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1	
G11.1	Früh beginnende zerebellare Ataxie				
G11.2	Spät beginnende zerebellare Ataxie				
G11.3	Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem				
G11.4	Hereditäre spastische Paraplegie				
G11.8	Sonstige hereditäre Ataxien				
G11.9	Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet				

■ Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

■ Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
G12.0		<i>Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome:</i> Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I (Typ Werdnig-Hoffmann)	ZN1/ZN2 AT2	EN3/SB7	SC1/SP5/SP6	
G12.1		Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie				
G12.2		Motoneuron-Krankheit				
G12.8		Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome				
G12.9		Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet				
G14		Postpoliosyndrom	ZN2/AT2	EN2/EN3	SC1/SP6	
G20.1-		Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	SC1/SP6	
G20.2-		Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	SC1/SP6 ST1	
G21.3		<i>Sekundäres Parkinson-Syndrom:</i> Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom	ZN2	EN2	SC1/SP6	
G21.4		Vaskuläres Parkinson-Syndrom				
G21.8		Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom				
G24.3		Torticollis spasticus	ZN1/ZN2			nur bei gleichzeitiger leitlinien-gerechter medika-mentöser Therapie
G35.0		<i>Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]:</i> Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3	SC1/ST1 SP5/SP6	
G35.1-		Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf				
G35.2-		Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf				
G35.3-		Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf				
G35.9		Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet				
G36.0		<i>Sonstige akute disseminierte Demyelinisation:</i> Neuromyelitis optica (Devic-Krankheit)				
G36.1		Akute und subakute hämorrhagische Leukoencephalitis (Hurst)				
G36.8		Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation				
G36.9		Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet				

■ Besonderer Ordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

■ Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
G37.0 G37.1 G37.2 G37.3 G37.4 G37.5 G37.8 G37.9		<i>Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems:</i> Diffuse Hirnsklerose Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum Zentrale pontine Myelinolyse Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems Subakute nekrotisierende Myelitis [Folx-Alajouanine-Syndrom] Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit] Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3	SC1/ST1 SP5/SP6	
G61.8		<i>Länger bestehende chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIPD):</i> Sonstige Polyneuritiden	PN	EN3/EN4		nur chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIPD)
G70.0		Myasthenia gravis	ZN1/ZN2	EN1/EN2/SB7	SC1/SP6	
G71.0		Muskeldystrophie	ZN1/ZN2 AT2	EN1/EN2/SB7	SC1/SP6	
G80.0 G80.1 G80.2 G80.3 G80.4 G80.8 G80.9		<i>Infantile Zerebralparese:</i> Spastische tetraplegische Zerebralparese Spastische diplegische Zerebralparese Infantile hemiplegische Zerebralparese Dyskinetische Zerebralparese Ataktische Zerebralparese Sonstige infantile Zerebralparese Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SP1/SP2/ SP6/SC1	
G81.0 G81.1		<i>Hemiparese und Hemiplegie:</i> Schlaaffe Hemiparese und Hemiplegie Spastische Hemiparese und Hemiplegie	ZN1/ZN2	EN1/EN2		
G82.0 G82.1 G82.2 G82.3 G82.4 G82.5		<i>Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie:</i> Schlaaffe Paraparese und Paraplegie Spastische Paraparese und Paraplegie Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie Spastische Tetraparese und Tetraplegie Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2		

■ Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

■ Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
G93.1 G93.80		Anoxische Hirnschädigung, anderorts nicht klassifiziert Apallisches Syndrom	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1	Wachkoma (apallisches Syn- drom, auch Infolge Hypoxie)
G95.0		Syringomyelie und Syringobulbie	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3		
I60.0 I60.1 I60.2 I60.3 I60.4 I60.5 I60.6 I60.7 I60.8 I60.9		<i>Subarachnoidalblutung:</i> Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. commu- nicans anterior ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. commu- nicans posterior ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. verte- bralis 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		<i>Intrazerebrale Blutung:</i> Intrazerebrale Blutung in die Großhirn- hemisphäre, subkortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirn- hemisphäre, kortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirn- hemisphäre, 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

- Besonderer Ordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V
- Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
I63.0		<i>Hirninfrakt:</i> Hirninfrakt durch Thrombose präzerebraler Arterien	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5 SP6/ST1	längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I63.1		Hirninfrakt durch Embolie präzerebraler Arterien				
I63.2		Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien				
I63.3		Hirninfrakt durch Thrombose zerebraler Arterien				
I63.4		Hirninfrakt durch Embolie zerebraler Arterien				
I63.5		Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien				
I63.6		Hirninfrakt durch Thrombose der Hirnvenen, nicht teilig				
I63.8		Sonstiger Hirninfrakt				
I63.9		Hirninfrakt, nicht näher bezeichnet				
I64		Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet				
I69.0		<i>Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit:</i> Folgen einer Subarachnoidalblutung	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5 SP6/ST1	längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I69.1		Folgen einer intrazerebralen Blutung				
I69.2		Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung				
I69.3		Folgen eines Hirninfraktes				
I69.4		Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet				
I69.8		Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten				
Q01.0		<i>Enzephalozele:</i> Frontale Enzephalozele	ZN1/ZN2 AT2/SO1 SO3	EN1/EN2 EN3	SC1 SP1/SP5 SP6	
Q01.1		Nasofrontale Enzephalozele				
Q01.2		Okzipitale Enzephalozele				
Q01.8		Enzephalozele sonstiger Lokalisationen				
Q01.9		Enzephalozele, nicht näher bezeichnet				
Q03.0		<i>Angeborener Hydrozephalus:</i> Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri	ZN1/ZN2 AT2/SO1 SO3	EN1/EN2 EN3	SC1 SP1/SP5 SP6	
Q03.1		Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturae laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels				
Q03.8		Sonstiger angeborener Hydrozephalus				
Q03.9		Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet				

- Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V
- Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
Q04.0		<i>Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns:</i> Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum	ZN1/ZN2 AT2/SO1 SO3	EN1/EN2 EN3	SC1 SP1/SP5 SP6	
Q04.1		Arrhinenzephalie				
Q04.2		Holoprosenzephalie-Syndrom				
Q04.3		Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns				
Q04.4		Septooptische Dysplasie				
Q04.5		Megalenzephalie				
Q04.6		Angeborene Gehirnzysten				
Q04.8		Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns				
Q04.9		Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet				
Q05.0		<i>Spina bifida:</i> Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus	ZN1/ZN2 AT2/SO1 SO3	EN1/EN2 EN3	SC1 SP1/SP5 SP6	
Q05.1		Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.2		Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.3		Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.4		Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.5		Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
Q05.6		Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
Q05.7		Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
Q05.8		Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
Q05.9		Spina bifida, nicht näher bezeichnet				
Q06.0		<i>Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarkes:</i> Amyelie	ZN1/ZN2 AT2/SO1 SO3	EN1/EN2 EN3	SC1 SP1/SP5 SP6	
Q06.1		Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarkes				
Q06.2		Diastematomyelie				
Q06.3		Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina				
Q06.4		Hydromyelie				
Q06.8		Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarkes				
Q06.9		Angeborene Fehlbildung des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet				
S14.0		<i>Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe:</i> Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes	ZN1/ZN2 AT2	EN1/EN2 EN3		längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S14.1		Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes				
S14.2		Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule				
S14.3		Verletzung des Plexus brachialis	ZN1/ZN2 AT2	EN1/EN2 EN3/EN4		längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S14.4		Verletzung peripherer Nerven des Halses				
S14.5		Verletzung zervikaler sympathischer Nerven	ZN1/ZN2 AT2	EN1/EN2 EN3		längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S14.6		Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses				

■ Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

■ Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
S24.0		Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe:	ZN1/ZN2	EN1/EN2 EN3		längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S24.1		Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes				
S24.2		Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes				
S24.3		Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule				
S24.4		Verletzung peripherer Nerven des Thorax				
S24.5		Verletzung thorakaler sympathischer Nerven				
S24.6		Verletzung sonstiger Nerven des Thorax				
S34.0		Verletzung der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens:	ZN1/ZN2	EN1/EN2 EN3		längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S34.1		Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes (Conus medullaris)				
S34.2		Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes				
S34.3		Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins				
S34.4		Verletzung der Cauda equina				
S34.5		Verletzung des Plexus lumbosacralis				
S34.6		Verletzung sympathischer Nerven der Lendenwirbel-, Kreuzbein- und Beckenregion				
S34.8		Verletzung eines oder mehrerer peripherer Nerven des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens				
T09.3		Verletzung des Rückenmarkes, Höhe nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2 AT2	EN3		längstens 1 Jahr nach Akutereignis
T90.5		Folgen einer intrakraniellen Verletzung	ZN1/ZN2 AT2/SO3	EN1/EN2	SC1 SP5/SP6	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

- Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V
- Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation

Krankheiten der Wirbelsäule und des Skelettsystems

M40.0- M40.1-		Kyphose als Haltungsstörung Sonstige sekundäre Kyphose	WS2			ab Gesamtkyphosewinkel über 60° bei Erwachsenen
M41.0- M41.1-		Idiopathische Skoliose beim Kind Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen	WS2/EX4	SB1		Skoliose über 20° nach Cobb bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
M41.2- M41.5-		Sonstige idiopathische Skoliose Sonstige sekundäre Skoliose	WS2/AT2	SB1		ab 50° nach Cobb bei Erwachsenen
M42.04 M42.05		Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakalbereich) Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakolumbalbereich)	WS2			fixierte Kyphose ab Gesamtkyphosewinkel über 40° bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
M47.0- M47.1- M47.2- M47.9- M47.9- M48.0- M50.0- M50.1- M51.0- M51.1-	G99.2 G99.2 G55.2 G99.2 G55.2 G55.3 G99.2 G55.1 G99.2 G55.1	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom mit Myelopathie Sonstige Spondylose mit Myelopathie Sonstige Spondylose mit Radikulopathie Spondylose, nicht näher bezeichnet mit Myelopathie Spondylose, nicht näher bezeichnet mit Radikulopathie Spinalkanalstenose mit Radikulopathie Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	WS2/EX3 ZN2	EN3		längstens 6 Monate nach Akutereignis Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
M75.1		<i>Schulterläsionen:</i> Läsionen der Rotatorenmanschette	EX2/EX3			
M89.0-		Neurodystrophie [Algodystrophie]	EX2/EX3 LY2/PN	SB2/SB6		längstens 1 Jahr nach Akutereignis
G90.5- G90.6- G90.7-		Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ II Komplexes regionales Schmerzsyndrom, sonstiger nicht näher bezeichneter Typ				

■ Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

■ Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation

Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheiten des Bindegewebes und Spondylopathien

		<i>Seropositive chronische Polyarthritiden:</i>	WS2/EX2 EX3/AT2	SB1/SB5		
M05.0-		Felty-Syndrom				
M05.1-		Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritiden				
M05.2-		Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritiden				
M05.3-		Seropositive chronische Polyarthritiden mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme				
M05.8-		Sonstige seropositive chronische Polyarthritiden				
M05.9-		Seropositive chronische Polyarthritiden, nicht näher bezeichnet				
M06.0-		Seronegative chronische Polyarthritiden	WS2 EX2/EX3	SB1/SB5		
M06.1-		Adulte Form der Still-Krankheit	WS2 EX2/EX3	SB1/SB5		
M07.0-		<i>Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten:</i> Distale Interphalangeale Arthritis psoriatica	WS2 EX2/EX3	SB1/SB5		
M07.1-		<i>Arthritis mutilans:</i>				
M07.2		Spondylitis psoriatica				
M07.3-		Sonstige psoriatische Arthritiden				
M07.4-		Arthritis bei Crohn-Krankheit (Enteritis regionalis)				
M07.5-		Arthritis bei Colitis ulcerosa				
M07.6-		Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten				
M08.0-		<i>Juvenile Arthritis:</i> Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ	WS2/EX2 EX3	SB1/SB5		
M08.1-		Juvenile Spondylitis ankylosans				
M08.2-		Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form				
M08.3		Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form				
M08.4-		Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form				
M08.7-		Vaskulitis bei juveniler Arthritis				
M08.8-		Sonstige juvenile Arthritis				
M08.9-		Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet				

■ Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

■ Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
M30.0 M31.3		Panarteriitis nodosa Wegener-Granulomatose	EX3/ZN1 ZN2/PN	EN1/EN2 SB5/SB7	SC1	
M32.1 M32.8		Systemischer Lupus erythematosus mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematosus	EX2/EX3 WS2/AT2	SB4/SB5 SB7		
M33.0 M33.1 M33.2		Juvenile Dermatomyositis Sonstige Dermatomyositis Polymyositis	EX3/ZN1 ZN2/PN	EN1/EN2 SB5/SB7	SC1	
		<i>Systemische Sklerose:</i>	WS2/EX2 EX3/AT2	SB5/SB7		
M34.0 M34.1		Progressive systemische Sklerose CR(E)ST-Syndrom				
M34.2 M34.8 M34.9		Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert Sonstige Formen der systemischen Sklerose Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet				
M45.0-		Spondylitis ankylosans	WS2/EX2 EX3	SB1/SB5		
Q87.4		Marfan-Syndrom	WS2/EX2 EX3/AT2	SB1/SB7		

- Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V
- Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation

Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems

Q66.0	Pes equinovarus congenitus (Klumpfuß)	EX4	SB3		
Q68.0	Angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus	EX4	SB7		
	<i>Reduktionsdefekte der oberen Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen):</i>	CS/AT2/PN WS2/EX2 EX3/ZN2	SB3		
Q71.0	Angeborenes vollständiges Fehlen der oberen Extremität(en)	GE/LY2 S01/S02			
Q71.1	Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterarmes bei vorhandener Hand	S03/S04			
Q71.2	Angeborenes Fehlen sowohl des Unterarmes als auch der Hand				
Q71.3	Angeborenes Fehlen der Hand oder eines oder mehrerer Finger				
Q71.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius				
Q71.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna				
Q71.6	Spalthand				
Q71.8	Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en)				
Q71.9	Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet				
	<i>Reduktionsdefekte der unteren Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen):</i>				
Q72.0	Angeborenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en)				
Q72.1	Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß				
Q72.2	Angeborenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes				
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				
	<i>Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen):</i>				
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)				

■ Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

■ Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
Q74.3		Arthrogryposis multiplex congenita	EX3/EX4	SB5		
Q86.80		Thalidomid-Embryopathie			SP3/SP4 SP6	
Q87.0		Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes	WS2/EX3 EX4	SB3	SP3/SF SC2	

Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems

M23.5-	Z98.8	Chronische Instabilität des Kniegelenks	EX2/EX3/LY2	SB2	längstens 6 Monate nach Aku- ter Ereignis Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Ver- ordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnose- schlüssel
M24.41	Z98.8	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion	EX2/EX3	SB2	
Z89.-	Z98.8	Extremitätenverlust	EX2/EX3	SB3	
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX2/EX3	SB2	
Z96.64 Z96.65	Z98.8 Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese Vorhandensein einer Kniegelenkprothese	EX2/EX3 LY2	SB2	

Erkrankungen des Lymphsystems

C00-C97		Bösartige Neubildungen	LY3		bösartige Neu- bildungen nach OP/Radiatio, insbe- sondere bei - bösartigem Mela- nom - Mammakarzinom - Malignom Kopf/ Hals - Malignom des kleinen Beckens (weibliche, männli- che Genitalorgane, Harnorgane)
I89.01		Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II	LY2		
I89.02		Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III	LY2		
I89.04		Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II	LY2		
I89.05		Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III	LY2		

■ Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

■ Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
I97.21		Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium II	LY2			
I97.22		Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium III				
I97.82		Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium II				
I97.83		Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium III				
I97.85		Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium II				
I97.86		Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium III				
Q82.01		Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II				
Q82.02		Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III				
Q82.04		Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II				
Q82.05		Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III				

Störungen der Sprache

			SP3/SF			
Q37.0		Gaumenspalte mit Lippenspalte: Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte				
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				

- Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V
- Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation

Entwicklungsstörungen

F80.1 F80.2-	<i>Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache:</i> Expressive Sprachstörung Rezeptive Sprachstörung				SP1/SP2	bis zum vollenden 12. Lebensjahr
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen		ZN1	EN1	SP1/SP2 SP3/SP6 RE2	bis zum vollenden 18. Lebensjahr
F84.0 F84.1 F84.3 F84.4 F84.5 F84.8	<i>Tiefgreifende Entwicklungsstörungen:</i> Frühkindlicher Autismus Atypischer Autismus Andere desintegrative Störung des Kindesalters Überaktive Störung mit Intelligenzmindern und Bewegungstereotypen Asperger-Syndrom Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen		ZN1/ZN2	EN1/EN2 PS1	SP1	
F84.2	Rett-Syndrom		ZN1/ZN2 WS2/EX2 EX3/AT2	PS1 EN1/EN2 SB1/SB7	SP1/SC1	

Chromosomenanomalien

Q90.0 Q90.1 Q90.2 Q90.9	<i>Down-Syndrom:</i> Trisomie 21, meiotische Non-disjunction Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Trisomie 21, Translokation Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet		ZN1/ZN2	EN1	SP1/SP3 RE1/SC1	
Q91.0 Q91.1 Q91.2 Q91.3 Q91.4 Q91.5 Q91.6 Q91.7	<i>Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom:</i> Trisomie 18, meiotische Non-disjunction Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Trisomie 18, Translokation Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet Trisomie 13, meiotische Non-disjunction Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Trisomie 13, Translokation Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet		ZN1/ZN2	EN1/EN2	SP1	

- Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V
- Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
Q93.4		Deletion des kurzen Arms des Chromosoms 5	WS2/EX4 ZN1	EN1	SP1	
Q96.0		<i>Turner-Syndrom:</i> 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				
Q99.2		Fragiles X-Chromosom	ZN1/ZN2 SO2	EN1/EN2 SB7/PS1 PS2	SP1/SP3 SP5/SF RE1/RE2	

Störungen der Atmung

J44.00	<i>Chronische obstruktive Lungenkrankheiten:</i> Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege:	AT2/AT3
J44.10	FEV ₁ < 35% des Sollwertes	
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet:	
J44.80	FEV ₁ < 35% des Sollwertes	
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obs- truktive Lungenkrankheit: FEV ₁ < 35% des Sollwertes	
J44.90	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV ₁ < 35% des Soll- wertes	
P27.1	Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode	AT2
P27.8	Sonstige chronische Atemwegserkrankun- gen mit Ursprung in der Perinatalperiode	

- Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V
- Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2018

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation

Stoffwechselstörungen

E74.0		Glykogenspeicherkrankheiten [Glykogenose]	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1	
E75.0		GM2-Gangliosidose	PN/AT2	SB1/SB7		
E76.0		Mukopolysaccharidose, Typ I	WS2/EX2 EX3/CS/SO1			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ernäh- rungsthe- rapie		Hinweis/ Spezifikation
		Seltene angeborene Stoffwechselerkrankun- gen		SAS		nur verordnungsfähig, wenn Ernäh- rungstherapie alternativlos ist, da ansonsten Tod oder Behinderung dro- hen (gemäß § 42 Heilm-RL i.V.m. dem Heilm-Katalog)
E84.0		Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	AT3	CF		

Geriatrische Syndrome

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
E41		Alimentärer Marasmus			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr, sofern dieser durch Schluck- störungen verursacht ist
F00.0		Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)		PS5		
F00.1		Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spä- tem Beginn (Typ 1)		PS5		ab vollendetem 70. Lebensjahr
F00.2		Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form				
F01.0		Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn				
F01.1		Multiinfarkt-Demenz				
F01.2		Subkortikale vaskuläre Demenz				
F01.3		Gemischte kortikale und subkortikale vasku- läre Demenz				
F01.8		Sonstige vaskuläre Demenz				
F02.3		Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom				
F02.8		Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern				
F03		Nicht näher bezeichnete Demenz				

■ Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V

■ Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

Übersicht der Diagnosen

Stand: 1. Januar 2019

			Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel:			
1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- therapie	Hinweis/ Spezifikation
F41.0 F41.1 F41.2 F41.3 F41.8 F41.9		Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] Generalisierte Angststörung Angst und depressive Störung, gemischt Andere gemischte Angststörungen Sonstige spezifische Angststörungen Angststörung, nicht näher bezeichnet		PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
F45.40 F45.41		Anhaltende somatoforme Schmerzstörung Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	CS	PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
G54.6		Phantomschmerz	CS	PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
H81.- H82		Störungen der Vestibularfunktion Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	WS2/EX2 S03			ab vollendetem 70. Lebensjahr
N39.3 N39.4-		Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	S02			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R13.-		Dysphagie			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr
R15		Stuhlinkontinenz	S02			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R26.0 R26.1 R26.2 R29.6		Ataktischer Gang Paretischer Gang Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	WS2/EX2/EX3 S03			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R32		Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	S02			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R42		Schwindel und Taumel	WS2/EX2 S03			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R52.1 R52.2		Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz Sonstiger chronischer Schmerz	CS	PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
R64		Kachexie			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr
M80.0- M80.2- M80.3- M80.5- M80.8-		Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur	WS1/WS2 EX1/EX2 EX3			ab vollendetem 70. Lebensjahr längstens 6 Monate nach Akutereignis

- Besonderer Verordnungsbedarf für Heilmittel nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V
- Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V



Patienteninformation

Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs

In dieser Patienteninformation geht es um die Versorgung von Patienten, die langfristig Heilmittel wie Krankengymnastik, Sprach- und Ergotherapie benötigen. Die Regelung hierzu fördert die Behandlungskontinuität der Versicherten und entlastet die verordnenden Ärztinnen und Ärzte. Heilmittel werden ärztlich verordnet und von speziell ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten persönlich erbracht. Unter welchen Voraussetzungen sie als Krankenkassenleistungen verordnet werden können, regelt die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Die Heilmittel-Richtlinie nennt Erkrankungen, bei denen eine Heilmittelbehandlung in Frage kommt, und legt Therapieziele und maximale Verordnungsmengen im Regelfall fest. Reichen diese nicht aus, um das Therapieziel zu erreichen, kann die Heilmittelbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen außerhalb des Regelfalls fortgesetzt werden. Liegen schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigungen vor, kann darüber hinaus ein langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt werden. Wann ein solcher langfristiger Heilmittelbedarf besteht und wie er festgestellt wird, erfahren Sie hier.



Der langfristige Heilmittelbedarf

Hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt bei Ihnen eine schwere funktionelle oder strukturelle Schädigung festgestellt, bei deren Behandlung

- fortlaufend
- über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr

Heilmittel erforderlich sind, erfolgt die Genehmigung durch ein vereinfachtes Verfahren.



Erkrankung auf einer Diagnoseliste? – Kein Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs notwendig

Die Heilmittel-Richtlinie enthält als Anlage 2 eine Diagnoseliste, die Erkrankungen aufführt, bei denen eine langfristige Heilmitteltherapie erforderlich werden kann. Steht Ihre Erkrankung auf dieser Liste, gilt ein langfristiger Heilmittelbedarf von vornherein als genehmigt; ein Antrag bei der Krankenkasse entfällt. Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt kann Ihnen erforderliche Heilmittel verordnen, solange sie medizinisch notwendig sind. Allerdings ist mindestens alle zwölf Wochen ein Arztbesuch zur medizinischen Kontrolle und eine erneute Heilmittelverordnung nötig.

Übrigens:

Ist Ihre Krankheit in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie nicht aufgeführt, kann noch eine weitere Liste eine kontinuierliche Heilmittelversorgung begründen; die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe¹. Auch diese kann Ihr Arzt oder Ihre Ärztin hinzuziehen. Wenn Ihre Krankheit auf dieser Liste steht und die Nebenbedingungen (z. B. Alter oder Zeitpunkt des Akutereignisses) erfüllt sind, ist kein Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs erforderlich. Anderenfalls bedarf es eines solchen Antrags.

¹ Die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe ist ein Anhang der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen werden.
(http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgaben_Wirtschaftlichkeitspruefung_Aenderungvereinbarung.pdf)





Erkrankung nicht auf einer Diagnoseliste? – Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs möglich

Ist Ihre Erkrankung auf keiner der beiden Diagnoselisten genannt, kann es dennoch sein, dass aufgrund der dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt. Die Ärztin/der Arzt kann in diesem Fall eine entsprechende Verordnung mit einer Begründung ausstellen. Aus dieser muss hervorgehen, dass eine mit der Diagnoseliste vergleichbare schwere und langfristige Erkrankung vorliegt und deshalb die Notwendigkeit einer fortlaufenden Heilmitteltherapie über mindestens ein Jahr besteht. Diese kann sich auch aus der Summe einzelner Erkrankungen ergeben.

Liegt solch eine Verordnung mit Begründung vor, können Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen. Hierfür können Sie den Musterantrag verwenden, den Sie auf Seite 4 dieser Patienteninformation finden. Legen Sie dem Antrag bitte eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit der Begründung bei. Das Original legen Sie bitte zur Durchführung Ihrer Therapie bei Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin vor.



Fortlaufende Behandlung

Die ärztliche Verordnung ist unmittelbar nach dem Ausstellen gültig. Ihre Heilmittelbehandlung kann sofort aufgenommen oder fortgesetzt werden. Selbst für den Fall, dass die Krankenkasse Ihren Antrag am Ende ablehnt, übernimmt sie die Kosten für Ihre Behandlungen mindestens bis zum Zugang des Ablehnungsbescheides.



Entscheidung der Krankenkasse innerhalb von vier Wochen

Die Krankenkasse entscheidet über die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang. Nach Ablauf dieser Frist ohne Rückmeldung der Krankenkasse gilt die Genehmigung als erteilt. Für eine Prüfung des Antrags kann gegebenenfalls auch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes erforderlich sein. Falls hierfür ergänzende Informationen nötig sind, wird Ihre Krankenkasse bzw. der Medizinische Dienst diese bei Ihnen oder Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt anfordern. In diesem Fall wird die Vier-Wochen-Frist so lange unterbrochen, bis die ergänzenden Informationen eingegangen sind. Hat Ihre Krankenkasse den Antrag genehmigt, kann Ihre Heilmitteltherapie für den genehmigten Zeitraum fortgesetzt werden. Mindestens alle zwölf Wochen sind jedoch ein Arztbesuch zur Kontrolle sowie eine erneute Heilmittelverordnung erforderlich.

Sollte der langfristige Heilmittelbedarf nicht bestätigt werden, kann die medizinisch notwendige Heilmitteltherapie nach den allgemeinen Regelungen der Heilmittel-Richtlinie (zu Erst- und Folgeverordnungen sowie Verordnungen außerhalb des Regelfalls) fortgesetzt werden.

Bitte legen Sie das Schreiben mit der Entscheidung der Krankenkasse Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt und Ihrer Heilmitteltherapeutin/Ihrem Heilmitteltherapeuten zur Information vor oder senden Sie ihnen eine Kopie zu. Im Falle einer Ablehnung besteht die Möglichkeit, einen Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse einzulegen.

Übrigens:

Die Genehmigung Ihrer Krankenkasse bleibt auch bei einem Arztwechsel gültig. In diesem Fall sollten Sie natürlich auch Ihre neue Ärztin bzw. Ihren neuen Arzt über die erteilte Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs informieren. Bei einem Krankenkassenwechsel endet die Gültigkeit der Genehmigung, denn sie ist an die jeweilige erteilende Kasse gebunden. Sie müssen also bei Ihrer neuen Krankenkasse erneut einen Antrag stellen.

Stand:

April 2017

Diese Patienteninformation ist ein Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Herausgeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

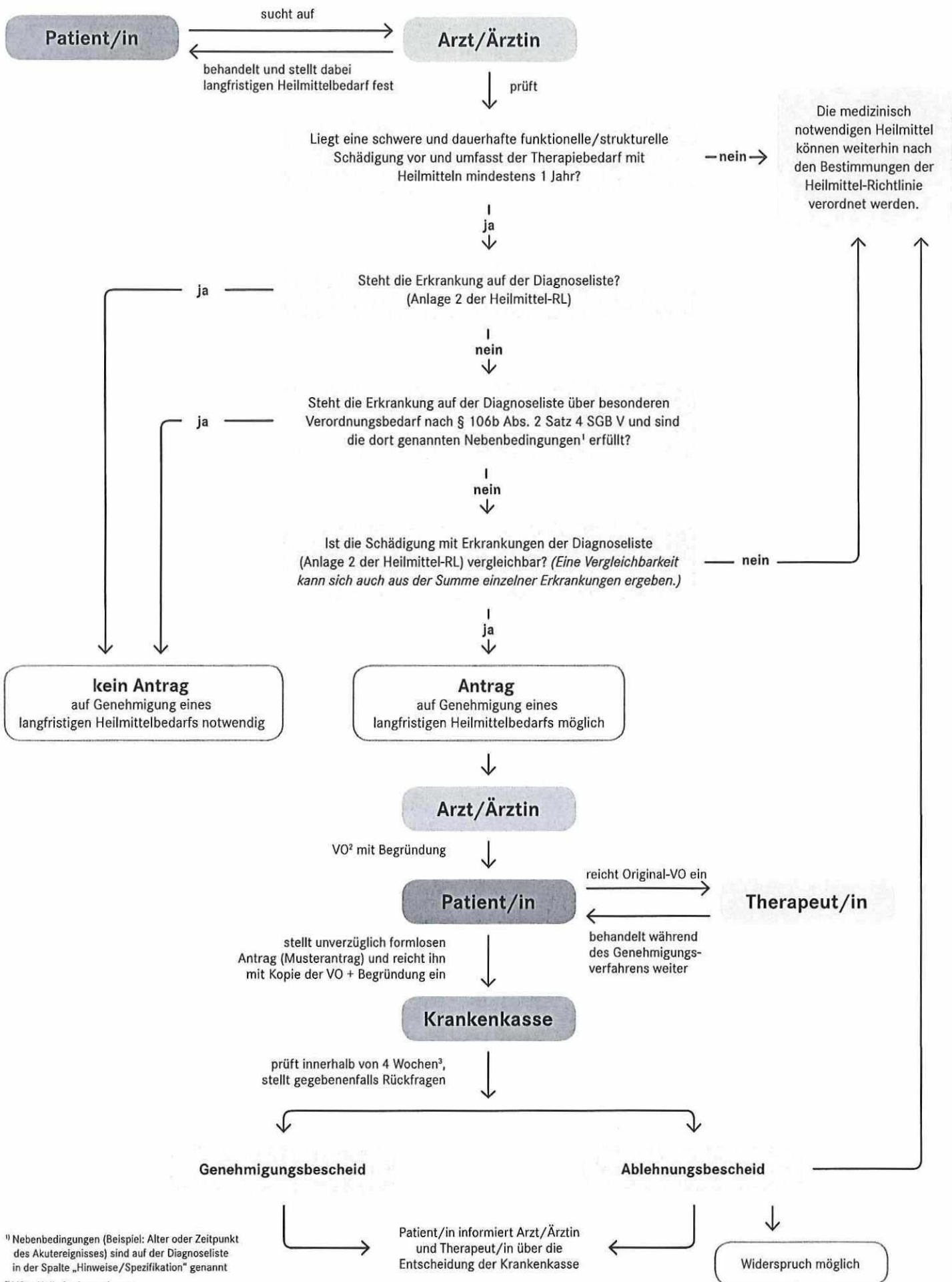
E-Mail:

info@g-ba.de

Internet:

www.g-ba.de

Verfahren zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs (§ 32 Abs. 1a SGB V)



¹⁾ Nebenbedingungen (Beispiel: Alter oder Zeitpunkt des Akutereignisses) sind auf der Diagnoseliste in der Spalte „Hinweise/Spezifikation“ genannt

²⁾ VO = Heilmittelverordnung

³⁾ Die 4-Wochen-Frist kann sich ggf. aufgrund noch nicht vorliegender Unterlagen verlängern.

Absender

Anschrift Krankenkasse

Datum

Versichertennummer:

Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8a Heilmittel-Richtlinie

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund meiner schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung besteht der Bedarf einer langfristigen Versorgung mit Heilmitteln.

Deshalb beantrage ich hiermit, die Schwere und Langfristigkeit meiner Erkrankung(en) gemäß § 8a der Heilmittel-Richtlinie festzustellen sowie die erforderliche Heilmitteltherapie langfristig zu genehmigen.

Auf die in der Anlage beigefügte Kopie der Heilmittel-Verordnung mit ärztlicher Begründung wird verwiesen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlage(n)

Kopie der ärztlichen Heilmittel-Verordnung

...