



MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN



Spitzenverband

Begutachtungsanleitung
Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V

Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung



Die nachstehende Richtlinie wurde vom GKV-Spitzenverband nach Abnahme im MDS-Vorstand und nach Beratung im Beirat für MDK-Koordinierungsfragen auf Grundlage von § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen (die Aufgabe nach § 283 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der bis zum 31.12.2019 gültigen Fassung wird entsprechend § 414 Absatz 2 Satz 1, Halbsatz 1 SGB V bis zum 31.12.2021 weiterhin durch den GKV-Spitzenverband wahrgenommen). Die Begutachtungsanleitung ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Stand: 26.07.2021

Herausgeber

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: <https://www.mds-ev.de>

Vorwort

Die Versorgung mit zahnärztlich verordneten Heilmitteln ist für viele Patientinnen und Patienten ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ihrer Krankheitsbeschwerden und bei der Beseitigung oder Linderung von Krankheitsfolgen.

Die gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 6 SGB V beschlossene Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeiM-RL ZÄ) bildet die Grundlage der Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Diese wurde insbesondere aufgrund des im Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) einer Überarbeitung unterzogen mit dem Ziel, das Verordnungsverfahren zu erleichtern und die Leistungserbringer zu entlasten. Zu den wichtigsten Neuerungen zählt die Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge, die Abschaffung der Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalls und damit verbunden der Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Ferner sind Regelungen zur sogenannten „Blankoverordnung“ aufgenommen worden.

Zukünftig wird somit der Schwerpunkt der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in der sozialmedizinischen Bewertung von Anträgen auf einen langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V in Verbindung mit § 7 HeiM-RL ZÄ liegen. Diese Regelung soll insbesondere die Behandlungskontinuität bei fortlaufend behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten fördern, bei denen schwere, dauerhafte funktionelle und strukturelle Schädigungen bestehen.

Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens haben die Krankenkassen innerhalb der gesetzlich bestimmten Frist von vier Wochen über Anträge auf eine langfristige Genehmigung für eine fortlaufende Heilmitteltherapie bei andauerndem Behandlungsbedarf mit Heilmitteln zu entscheiden.

Diese Begutachtungsanleitung verfolgt den Zweck, die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten konkret zu regeln und die Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes mit den Krankenkassen effektiv und effizient zu strukturieren. Sie benennt Qualitätsmerkmale für die zu erstellenden Gutachten und gewährleistet damit die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung nach einheitlichen Kriterien. Die Begutachtungsanleitung ist für den Medizinischen Dienst und die Krankenkassen verbindlich.

Die Erarbeitung der Begutachtungsanleitung erfolgte durch eine Arbeitsgruppe der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste. Vorschläge und Rückmeldungen aus den Medizinischen Diensten, dem GKV-Spitzenverband sowie den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene konnten nach gemeinsamen Beratungen in die Begutachtungsanleitung aufgenommen werden. Hierfür sprechen wir allen Beteiligten unseren Dank aus.

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstands
GKV-Spitzenverband

Dr. Stefan Gronemeyer
Geschäftsführer
MDS

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
1 Einleitung	6
2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung und -Begutachtung	8
2.1 Rechtliche Grundlagen	8
2.1.1 Versorgung mit zahnärztlich verordneten Heilmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung	8
2.1.2 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses	10
2.1.2.1 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung	12
2.1.2.2 Langfristiger Heilmittelbedarf	13
2.1.3 Begutachtung	14
2.1.4 Zahnärztlich verordnete Heilmittel bei besonderen Ursachen und Abgrenzung der Zuständigkeiten	15
2.1.4.1 Gesetzliche Unfallversicherung	15
2.1.4.2 Soziales Entschädigungsrecht	17
2.1.4.3 Weitere Leistungen für Menschen mit Behinderungen, Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe	18
2.2 Zahnärztlich verordnete Heilmittel – sozialmedizinische Aspekte	21
2.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von zahnärztlich verordneten Heilmitteln	26
2.3.1 Arbeits- und Bewertungsschritte: Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 7 HeiM-RL ZÄ	27
2.3.2 Weitere Fragestellungen / Spezielle Begutachtungsaufträge / besondere Aspekte im Zusammenhang der Begutachtung von zahnärztlich verordneten Heilmitteln	31
2.3.2.1 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen nach § 7 Heilmittel-RL ZÄ und gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit	31
2.3.2.2 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen nach § 7 Heilmittel-RL ZÄ und gleichzeitige Begutachtung eines Hilfsmittels	31
2.3.2.3 Begutachtung von Anträgen nach § 7 HeiM-RL ZÄ und Behandlung in Frühförderereinrichtungen / sozialpädiatrischen Zentren / sonderpädagogischen Einrichtungen	32

2.3.2.4 Begutachtung von Anträgen nach § 7 HeiM-RL ZÄ und gleichzeitige Begutachtung von Anträgen nach § 8 HeiM-RL	32
2.3.2.5 Begutachtung von neuen Heilmitteln	33
2.3.3 Andere Fragestellungen	33
3 Zusammenarbeit Krankenkasse und Medizinischer Dienst in der Einzelfallbegutachtung	34
3.1 Fallbearbeitung, Fallauswahl und Einleitung der sozialmedizinischen Fallberatung durch die Krankenkasse	34
3.1.1 Anträge auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a in Verbindung mit § 7 HeiM-RL ZÄ	35
3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und Medizinischem Dienst	36
3.2.1 Fallabschluss und Ergebnismitteilung im Rahmen der SFB	36
3.2.2 Fallsteuernde SFB mit Einleitung einer Begutachtung	37
4 Gutachten	38
4.1 Gutachten nach Aktenlage	39
4.2 Gutachten mit persönlicher Befunderhebung	39
4.3 Inhalte der Gutachten nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung	39
5 Vorgehen bei Einspruch oder Widerspruch	42
6 Ergebnismitteilung	43
7 Anlagen	44
7.1 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses	44
7.2 Vereinbarung über den Heilmittelvordruck	44
7.3 Sozialgesetzbuch	44
7.4 SFB Fallberatungsbogen (Beispiel)	45
7.5 Erläuterungen zum bio-psycho-sozialen Modell der WHO als konzeptionelle Grundlage der ICF und zum Behinderungsbegriff	47
7.5.1 Struktur der ICF	48
7.5.2 Die Konzeption der ICF	49
7.5.3 Begriffe der ICF	50

1 Einleitung

Heilmittel nach § 32 SGB V sind gemäß § 27 Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V Bestandteil der Krankenbehandlung. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst der Begriff des Heilmittels persönlich zu erbringende medizinische Leistungen durch zugelassene Heilmittelerbringer. Gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeiM-RL ZÄ) sind dies die einzelnen Maßnahmen der

- Physiotherapie sowie
- Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.

Die vom G-BA auf der Grundlage des § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und § 92 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit § 138 SGB V beschlossene Richtlinie dient der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschritts (§ 1 Absatz 1 HeiM-RL ZÄ).

Die HeiM-RL ZÄ regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Sie gilt nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (§ 1 Absatz 3 HeiM-RL ZÄ). Es handelt sich um eine von der Heilmittel-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung unabhängige Richtlinie. Wesentliche Regelungen sind jedoch gleichlautend zur bestehenden vertragsärztlichen Richtlinie getroffen worden.

Mit der sozialmedizinischen Bewertung einer zahnärztlichen Heilmittelverordnung kann der Medizinische Dienst beauftragt werden. In der Regel handelt es sich dabei um Anträge von Versicherten auf langfristigen Heilmittelbedarf.

Bei zahnärztlichen Indikationen entscheidet die Krankenkasse auf Antrag der Versicherten oder des Versicherten darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel genehmigt werden können. Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen oder funktionellen Schädigungen, die Beeinträchtigung der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf der Versicherten oder des Versicherten ergeben (§ 7 Absatz 1 HeiM-RL ZÄ).

Die Krankenkasse trifft die Entscheidung auf Grundlage des Antrages der Versicherten oder des Versicherten, der Vorlage einer Kopie einer gültigen sowie gemäß § 11 Absatz 1 Satz 2 HeiM-RL ZÄ vollständig ausgefüllten Verordnung und – soweit erforderlich – unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes.

Aufgabe der Gutachterin oder des Gutachters ist es in diesen Fällen, im Auftrag der Krankenkasse die Heilmittelverordnung zu prüfen und dabei zu bewerten, ob das Behandlungsziel durch die verordneten Heilmittel (Art und Menge), durch andere Heilmittel oder ggf. durch andere Maßnahmen zu erreichen ist (§ 8 Absatz 1 HeiM-RL ZÄ). Aufzuzeigen sind hierbei auch eigenverantwortliche Maßnahmen wie Eigenübungsprogramme, andere vertragszahnärztliche Leistungen sowie Arznei- und Hilfsmittel. Seine

Feststellungen teilt der Medizinische Dienst der Krankenkasse unter Beachtung der in § 32 Absatz 1a SGB V genannten Fristen in Form einer sozialmedizinischen Empfehlung mit.

Ergeben sich im Rahmen der Beratung und Begutachtung medizinische Hinweise auf die Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger, so ist die Krankenkasse hierauf hinzuweisen (z. B. bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit).

Die Begutachtungsanleitung soll die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst auf diesem Begutachtungsfeld regeln und eine einheitliche Begutachtung von Fragen zu zahnärztlich verordneten Heilmitteln in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste gewährleisten.

In dieser Begutachtungsanleitung werden die Inhalte der Begutachtung sowie Art und Umfang der Instrumente dargestellt, die für eine Zusammenarbeit zwischen Medizinischem Dienst und Krankenkasse wesentlich sind. Zu nennen sind insbesondere

- rechtliche Rahmenbedingungen,
- wichtige sozialmedizinische Aspekte zum Begutachtungsanlass,
- Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung,
- organisatorische Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit,
- Verfahren der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB),
- Art und Inhalte der Gutachten sowie Dokumentationsanforderungen.

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung und -Begutachtung

Im Zusammenhang mit der Beratung der Krankenkassen und der Begutachtung von Heilmittelverordnungen durch den Medizinischen Dienst sind verschiedene Rechtsgrundlagen zu beachten. Das sind u. a. die für die Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger geltenden Vorschriften, die vom G-BA verabschiedete HeiM-RL ZÄ einschließlich des Heilmittelkataloges sowie die rechtlichen Grundlagen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (Kapitel 2.1). Weiterhin sind auch sozialmedizinisch relevante Aspekte der Behandlung mit Heilmitteln von Bedeutung (Kapitel 2.2). Die Begutachtung umfasst die systematische Erfassung und Beurteilung der medizinischen Befunde und die prognostische Abschätzung des weiteren Therapiebedarfs (Kapitel 2.3).

2.1 Rechtliche Grundlagen

Der Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln ist in verschiedenen Sozialgesetzbüchern geregelt. Einerseits besteht ein Anspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), andererseits kann z. B. auch die Unfallversicherung (SGB VII) bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen zuständig sein.

Der G-BA beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und § 92 Absatz 6 in Verbindung mit § 138 SGB V Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln.

Am 17. April 2014 hat der G-BA beschlossen, vertragszahnärztliche Spezifika für die Verordnung von Heilmitteln in einer eigenen Richtlinie mit einem eigenen Heilmittelkatalog für den vertragszahnärztlichen Sektor zu regeln. Am 15. Dezember 2016 wurde die Erstfassung der HeiM-RL ZÄ beschlossen. Sie trat am 01. Juli 2017 in Kraft.

Die Richtlinie regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Sie gilt nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

2.1.1 Versorgung mit zahnärztlich verordneten Heilmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Behandlung mit Heilmitteln ist sektorale unterschiedlich geregelt und u. a. Bestandteil:

- der Krankenbehandlung (§ 27 in Verbindung mit § 32 SGB V),
- der zahnärztlichen Behandlung (§ 28 in Verbindung mit § 32 SGB V),
- der kieferorthopädischen Behandlung (§ 29 in Verbindung mit § 32 SGB V),
- medizinischer Vorsorgeleistungen (§ 23 Absatz 1, 2 und 4 SGB V),
- der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 und § 41 SGB V),
- der vertragszahnärztlichen Leistungen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) genannt sind (§ 87 SGB V) und
- der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass im Bereich der Zahnmedizin stationäre Behandlungen Ausnahmefälle darstellen, die in der Regel keine Maßnahmen eines Entlassmanagements, z. B. die Verordnung von Heilmitteln, erfordern. Der Gesetzgeber hat in § 39 Absatz 1a SGB V festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) einen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement unter Berücksichtigung der Richtlinien des G-BA zu schließen haben. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) wurde von der Verpflichtung ausgenommen, sodass die Bestimmungen des § 39 Absatz 1a SGB V auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Anwendung finden.

Der G-BA hat gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 6 SGB V eine eigenständige Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeiM-RL ZÄ) [Kapitel 2.1.2] beschlossen.

Für die Sicherstellung der zahnärztlichen Behandlung gelten dieselben gesetzlichen Regelungen wie für die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung. Die allgemeinen Grundsätze der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbart der GKV-Spitzenverband nach § 82 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 87 SGB V mit der KZBV im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z). Hierin ist in § 14 die Verordnung von Heilmitteln geregelt und festgelegt.

Für die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist die jeweils aktuelle Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KZBV auf Grundlage des § 87 Absatz 1 Satz 2 SGB V über einen eigenständigen Vordruck für eine zahnärztliche Heilmittelverordnung nebst Ausfüllhinweisen („Vereinbarung HM-Vordruck ZÄ“) maßgeblich.

Die HeiM-RL ZÄ führt in § 11 Absatz 2 aus, dass in der Verordnung das Heilmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen ist und alle für die individuelle Therapie oder Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen sind.

Vertragszahnärztlich verordnete Heilmittel dürfen nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden (§ 124 Absatz 1 SGB V). Die Zulassung erfolgt durch die auf Landesebene gebildeten Arbeitsgemeinschaften (ARGE-Zulassung), die sich aus den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich gebildet haben.

Der GKV-Spitzenverband schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit den jeweiligen Heilmitteln ab (§ 125 Absatz 1 SGB V). Diese Rahmenverträge, einschließlich der dazugehörigen Anlagen enthalten u. a. Regelungen zu den Preisen der einzelnen Leistungspositionen, den Inhalten der Heilmittel einschließlich Regelleistungszeiten, zu Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der Heilmittelerbringerin oder des Heilmittelerbringers mit der verordnenden Vertragszahnärztin oder dem verordnenden Vertragszahnarzt sowie zu personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung.

Nach § 11 Absatz 6 SGB V können die Krankenkassen in ihren Satzungen zusätzliche, vom G-BA nicht ausgeschlossene Heilmittel sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Diese Leistungen sind nicht Gegenstand dieser Begutachtungsanleitung.

Die Verantwortung für die Indikationsstellung und die Art der Heilmitteltherapie liegen bei der verordnenden Vertragszahnärztin oder dem verordnenden Vertragszahnarzt. Abweichend davon sind Verordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern („Blankoverordnungen“) möglich (§ 12 HeiM-RL ZÄ). Die in Frage kommenden Indikationen werden in Verträgen nach § 125a SGB V für jeden Heilmittelbereich festgelegt. Die Auswahl des Heilmittels, die Anzahl der Behandlungseinheiten und die Therapiefrequenz wird dann nicht von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt, sondern durch die jeweiligen Heilmittelerbringer bestimmt.

Diese Begutachtungsanleitung befasst sich mit den Heilmitteln, die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nach zahnärztlicher Verordnung von zugelassenen Heilmittelerbringern erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden, d. h. mit Heilmitteln, die Bestandteil der Krankenbehandlung sind.

2.1.2 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die HeiM-RL ZÄ dient der Sicherung einer nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Sie etabliert damit maßgebliche Standards zur zahnärztlichen Verordnung von Heilmitteln, die beachtet werden müssen.

Die HeiM-RL ZÄ gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil umfasst den Richtlinientext, welcher die grundlegenden Voraussetzungen zur Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte regelt. Hierbei sind für die Definition der Heilmittel sowie deren Verordnung die §§ 2 und 3 der HeiM-RL ZÄ von Relevanz.

§ 2 Heilmittel

(1) *Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Verordnungsfähige Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung sind die in den Abschnitten E und F genannten*

- *einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie (§§ 18-22),*
- *einzelnen Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (§§ 23-26).*

(2) ¹*Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung dienen der Behandlung der krankheitsbedingten strukturellen/funktionellen Schädigungen des Mund- und Kieferbereichs.* ²*Zur Erreichung dieser Ziele können erforderlichenfalls auch die anatomisch direkt angrenzenden oder funktionell unmittelbar mit dem craniomandibulären System in Zusammenhang stehenden Strukturen, z.B. der Hilfsmuskulatur des craniomandibulären Systems oder der absteigenden Lymphbahnen, mitbehandelt werden.* ³*Die Ursache der strukturellen/funktionellen Schädigungen muss im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich liegen.* ⁴*Das Nähere ergibt sich aus dem indikationsbezogenen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Absatz 6 SGB V (im Folgenden Heilmittelkatalog ZÄ genannt).*

(3) ¹Heilmittel sind nur nach Maßgabe dieser Richtlinie nach pflichtgemäßem Ermessen verordnungsfähig. ²Der Heilmittelkatalog ZÄ ist Bestandteil dieser Richtlinie. ³Näheres hierzu regelt § 4. ⁴Andere Heilmittel dürfen nicht verordnet werden.

§ 3 Voraussetzungen der Verordnung

- (1) ¹Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt voraus. ²Die Therapeutin oder der Therapeut ist an die Verordnung gebunden, es sei denn in der Richtlinie ist etwas anderes bestimmt.
- (2) Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um
- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.
- (3) Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die behandelnde Vertragszahnärztin oder der behandelnde Vertragszahnarzt von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt hat. Soweit erforderlich, soll sich die behandelnde Vertragszahnärztin oder der behandelnde Vertragszahnarzt bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) informieren und bisherige Heilmittelverordnungen, sofern ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind, berücksichtigen. Die Versicherte oder der Versicherte soll die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt im Rahmen ihrer oder seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren.
- (4) Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

Den zweiten Teil bildet der Heilmittelkatalog. In diesem werden die verordnungsfähigen Maßnahmen konkretisiert und den einzelnen Indikationsgruppen zugeordnet. Das Ziel der jeweiligen Therapie wird beschrieben und Indikation, Art und Menge der verordnungsfähigen Heilmittel werden festgelegt.

Zu den verordnungsfähigen Heilmitteln gehören Maßnahmen der Physiotherapie, der Sprech- und Sprach- sowie der Schlucktherapie.

2.1.2.1 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

§ 6 Heilm-RL ZÄ definiert und regelt den Verordnungsfall, die orientierende Behandlungsmenge und die Höchstmenge je Verordnung.

§ 6 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

- (1) ¹Ein Verordnungsfall umfasst alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Indikation und derselben Indikationsgruppe nach Heilmittelkatalog ZÄ. ²Dies gilt auch, wenn sich innerhalb des Verordnungsfalles die Leitsymptomatik ändert oder unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Im Rahmen eines Verordnungsfalles können mehrere Verordnungen getätigkt werden. ³Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben oder unterschiedlicher Indikationsgruppe(n) auf, kann dies weitere Verordnungsfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungen auszustellen sind. Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten Verordnung ein Zeitraum von 6 Monaten vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.
- (2) Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Die orientierende Behandlungsmenge ergibt sich indikationsbezogen aus dem Heilmittelkatalog ZÄ.
- (3) Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind. In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation der Zahnärztin oder des Zahnarztes zu übernehmen.
- (4) Im Heilmittelkatalog ZÄ ist zudem die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt. Sofern gemäß § 10 Absatz 2 Satz 1 neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels.
- (5) Abweichend gilt für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 7, dass die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Therapiefrequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Die orientierende Behandlungsmenge gemäß Heilmittelkatalog ZÄ ist nicht zu berücksichtigen. Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12-Wochen-Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung unter Berücksichtigung des § 15 Absatz 3 ihre Gültigkeit.

Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweilige verordnende Zahnärztin oder den verordnenden Zahnarzt.

Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuordnen sind. Bei einem darüber hinausgehenden Behandlungsbedarf ist die verordnende Zahnärztin oder der verordnende Zahnarzt für die begründende Dokumentation in der Patientenakte verantwortlich.

Im Heilmittelkatalog ist die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt.

Abweichend gilt für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 7 HeiM-RL ZÄ, dass die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können.

2.1.2.2 Langfristiger Heilmittelbedarf

Gemäß § 32 Absatz 1a SGB V ist in der Richtlinie des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf zu regeln.

§ 32 Heilmittel

...

(1a) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. ²Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. ³Ist in der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge innerhalb von 4 Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. ⁴Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

(1b) Verordnungen, die über die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verb. mit Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

§ 7 HeiM-RL ZÄ regelt das Verfahren für die Versorgung von Versicherten mit einem langfristigen Heilmittelbedarf im Sinne des § 32 Absatz 1a SGB V bei zahnärztlichen Indikationen. Nach Satz 1 entscheidet die Krankenkasse jeweils im Einzelfall auf Antrag einer oder eines Versicherten, ob die auf Grundlage einer zahnärztlichen Begründung beantragten Heilmittel langfristig genehmigt werden können. Die HeiM-RL ZÄ enthält keine Anlage über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf.

§ 7 Langfristiger Heilmittelbedarf

- (1) ¹Die Krankenkasse entscheidet auf Antrag der oder des Versicherten darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können. ²Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf der oder des Versicherten ergeben.
- (2) ¹Entscheidungen nach Absatz 1 trifft die Krankenkasse – soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Absatz 1 SGB V – auf der Grundlage
- des Antrages der oder des Versicherten,
 - der Kopie einer gültigen und gemäß § 11 Absatz 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes; die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten.

²Entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb von vier Wochen über den Antrag, gilt die Genehmigung als erteilt. ³Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen der Antragstellerin oder des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen. ⁴Die Genehmigung kann unbefristet erfolgen. ⁵Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten. ⁶Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Indikationsgruppe oder die Indikationsgruppen angegeben werden.

2.1.3 Begutachtung

Die Begutachtung zu Fragen von zahnärztlich verordneten Heilmitteln erfolgt auf Grundlage des § 275 SGB V. Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, unter bestimmten Voraussetzungen eine gutachtlche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

§ 275 Begutachtung und Beratung

- (1) ¹Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,
1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
 2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen nach den §§ 14 bis 24 SGB IX, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,

3. ...

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

Anträge von Versicherten auf Genehmigung von langfristigen Heilmittelbehandlungen nach § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 7 HeiM-RL ZÄ kann die Krankenkasse somit nach pflichtgemäßem Ermessen durch den Medizinischen Dienst begutachten lassen. Auch andere Fragen zur Versorgung mit Heilmitteln können nach dieser Vorschrift dem Medizinischen Dienst zur Beratung und Begutachtung vorgelegt werden.

Nach § 32 Absatz 1b SGB V bedürfen Verordnungen, die über die in der HeiM-RL geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

Beratungs- und Begutachtungsaufgaben hinsichtlich der weiteren Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V sind nicht Gegenstand dieser Begutachtungsanleitung.

2.1.4 Zahnärztlich verordnete Heilmittel bei besonderen Ursachen und Abgrenzung der Zuständigkeiten

In § 3 Absatz 2 HeiM-RL ZÄ wird geregelt, dass Heilmittel nur verordnet werden dürfen, um:

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Die Verordnung von Heilmitteln bei Kindern zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist ausgeschlossen, wenn an sich pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung der vorliegenden Schädigungen geboten sind. Gemäß § 5 Absatz 2 HeiM-RL ZÄ dürfen Heilmittel nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach § 46 Absatz 1 und 2 sowie § 79 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003, geändert am 23. Dezember 2016, als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

2.1.4.1 Gesetzliche Unfallversicherung

Bei Unfällen und Krankheiten, für welche die (ggf. frühere) versicherte berufliche Tätigkeit ursächlich ist, kann ein Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung vorliegen. Dieser begründet eine entsprechende Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers (Berufsgenossenschaft und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, wie z. B. Unfallkassen), die ggf. auch die Heilmittelversorgung nach § 30 SGB VII umfasst.

Dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegen u. a. auch Personen, die im Interesse der Allgemeinheit handeln (z. B. ehrenamtlich Tätige, Ersthelferinnen und Ersthelfer bei Unfällen), bzw. Personen, die aus anderen sozialstaatlichen Gründen Versicherungsschutz genießen (z. B. meldepflichtige Arbeitslose, häusliche Pflegepersonen). Der vom Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung umfasste Personenkreis ist in § 2 SGB VII definiert.

Bei einem Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) besteht gemäß § 11 Absatz 5 SGB V kein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung.

Berufskrankheiten (BK) sind die in der Anlage der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) bezeichneten Krankheiten, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden (§ 1 BKV). Beruflich verursachte Erkrankungen, die nicht in Anlage 1 der BKV stehen, werden unter bestimmten Voraussetzungen vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ebenfalls als Berufskrankheit anerkannt und ggf. entschädigt (§ 9 Absatz 2 SGB VII).

Bei begründetem Verdacht einer Berufskrankheit ist jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt unverzüglich zur Meldung an die gesetzliche Unfallversicherung oder die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Stelle verpflichtet (§ 202 SGB VII).

Schädigende Einwirkungen und definierte Berufskrankheiten (s. Anlage 1 der BKV) müssen bezogen auf das bestehende körperliche Schadensbild im Zusammenhang stehen. Ebenso muss der Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gegeben sein. Dabei kann die schädigende Einwirkung auch durch eine länger zurückliegende berufliche Tätigkeit begründet sein, die zu der aktuellen Tätigkeit der Versicherten oder des Versicherten keine Verbindung aufweist, z. B. Asbesteinwirkung.

Ein **Arbeitsunfall** liegt vor, wenn eine versicherte Person bei einer versicherten Tätigkeit (§§ 2, 3 oder 6 SGB VII) einen Unfall (zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, welches einen Gesundheitsschaden oder den Tod zur Folge hat) erleidet (§ 8 Absatz 1 SGB VII). Als Arbeitsunfall gilt auch ein Unfall auf einem mit der Tätigkeit im Betrieb zusammenhängenden Weg zur und von der Arbeitsstelle (§ 8 Absatz 2 SGB VII).

Der ursächliche Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Arbeitsunfall sowie dem Arbeitsunfall und dem Gesundheitsschaden ist mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Der Unfallversicherungsträger führt im geeigneten Fall ein Heilverfahren mit entsprechenden Vorstellungspflichten für die Verletzte oder den Verletzten durch (Durchgangsarztverfahren, Verletzungs- und Schwerstverletzungsartenverfahren).

Ist anzunehmen, dass bei einer Versicherten oder einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen (§ 20c Absatz 1 Satz 3 SGB V).

2.1.4.2 Soziales Entschädigungsrecht

Fragen der Abgrenzung einer Zuständigkeit können sich auch in Richtung des Sozialen Entschädigungsrechts (SER) ergeben.

Soziale Entschädigung in der Bundesrepublik Deutschland bedeutet: Wer einen gesundheitlichen Schaden erleidet, für dessen Folgen die Gemeinschaft in besonderer Weise einzustehen hat, hat Anspruch auf Versorgung im Rahmen der sozialen Entschädigung.

Die Leistungen bemessen sich nach Umfang und Schwere der Schädigungsfolgen sowie dem jeweiligen Bedarf und setzen sich aus mehreren Einzelleistungen zusammen (Geld- und Sachleistungen). Hierzu zählen beispielsweise auch Leistungen zur Heil- und Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation.

Derzeit ist das SER vor allem im Bundesversorgungsgesetz (BVG) geregelt, das aus den 1950er Jahren stammt und ursprünglich für Kriegsbeschädigte und Hinterbliebene der beiden Weltkriege geschaffen wurde. Das BVG gilt in entsprechender Anwendung auch für weitere Personengruppen, die nach Nebengesetzen Ansprüche haben. Ansprüche können sich insbesondere aus folgenden Gesetzen ergeben:

- das **Opferentschädigungsgesetz (OEG)** – zur Versorgung der Opfer von Gewalttaten,
- das **Soldatenversorgungsgesetz (SVG)** – zur Versorgung von erlittenen Schäden bei ehemaligen Soldatinnen und Soldaten und Wehrdienstleistenden,
- das **Zivildienstgesetz (ZDG)** – zur Versorgung von erlittenen Schäden bei Zivildienstleistenden (ausgesetzt zum 01.07.2011),
- das **Gesetz über den Bundesfreiwilligendienst (BFDG)**,
- das **Infektionsschutzgesetz (IfSG)** – zur Versorgung bei erlittenen Impfschäden,
- das **Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG)** – zur Hilfe für bestimmte Frauen und Kontaktpersonen, die in den Jahren 1978 und 1979 durch Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert wurden,
- das **Häftlingshilfegesetz (HHG)** – zur Versorgung von Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik in Gewahrsam genommen wurden,
- das **Strafrechtliche Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)** – zur Versorgung von Beschädigten infolge einer Freiheitsentziehung in der ehemaligen DDR,
- das **Verwaltungsrechtliche Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)** – zur Versorgung von Beschädigten infolge einer hoheitlichen Maßnahme (Verwaltungsentscheidung) in der ehem. DDR.

Für die Durchführung des SER sind die örtlich zuständigen Versorgungsbehörden sowie die Träger der Kriegsopferfürsorge in den einzelnen Ländern verantwortlich.

Am 19. Dezember 2019 wurde das Gesetz zur Regelung des SER (SGB XIV) verabschiedet, welches zum 1. Januar 2024 in Kraft treten wird. Einzelne Regelungen dieses Gesetzes gelten bereits rückwirkend seit dem 1. Juli 2018 (z. B. Gleichstellung von in- und ausländischen Gewaltopfern).

2.1.4.3 Weitere Leistungen für Menschen mit Behinderungen, Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe

Von Behinderung bedrohte oder betroffene Menschen haben neben den Leistungen der Krankenbehandlung häufig auch Anspruch auf Leistungen anderer Sozialleistungsträger, bspw. Leistungen der Eingliederungshilfe.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind sehr vielfältig. Bisher waren die Regelungen in verschiedenen Gesetzen zu finden. Seit dem 1. Januar 2020 sind die Regelungen nun in Teil 2 des SGB IX unter dem Titel „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen“ zusammengefasst und in vier Leistungsgruppen aufgeteilt:

- Leistungen zur Sozialen Teilhabe,
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Zudem haben versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 43b SGB V Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, insbesondere psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen sowie die im Einzelfall erforderliche Koordinierung, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) gemäß § 119c SGB V erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen.

Bei Kindern können darüber hinaus nach Maßgabe des § 43a SGB V auch Leistungen der Frühförderung sowie pädagogische, heil-, sprachheil- und sonderpädagogische Maßnahmen zum Einsatz kommen. Diese werden zum Teil auch von ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten in der Physiotherapie sowie Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, meist im Rahmen eines Teams, erbracht, so dass sich hierbei Überschneidungen und Abgrenzungsschwierigkeiten zu Heilmittelleistungen der medizinischen Krankenbehandlung ergeben können. Näheres hierzu findet sich in der „Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV [2003] in der jeweils aktuellen Version) bzw. den Rahmenvereinbarungen der einzelnen Länder. Die HeilM-RL ZÄ enthält diesbezüglich folgende Ausführungen:

§ 5 Verordnungsausschlüsse

(1) ¹Maßnahmen, die nicht aufgrund der in § 3 Absatz 2 genannten Voraussetzungen veranlasst und durchgeführt werden, dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet und durchgeführt werden. ²Dies gilt auch, wenn die Maßnahmen von nach § 124 SGB V zugelassenen Heilmittelerbringern und Heilmittelerbringern durchgeführt werden. ³Weiterhin dürfen Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich pädagogische, heilpädagogische oder sonderpä-⁴

dagogische Maßnahmen zur Beeinflussung der vorliegenden Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach den §§ 46 und 79 des SGB IX).⁴ Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden.⁵ Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.

- (2) Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den § 46 Absatz 1 und 2 und § 79 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003, geändert am 23. Dezember 2016, als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.*

Bei der Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen den Krankenkassen und den weiteren Sozialleistungsträgern bestehen zum Teil unterschiedliche regionale Regelungen. Die regionale Versorgungssituation ist bei der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem jeweiligen Medizinischen Dienst zu berücksichtigen.

Die weiteren Leistungen für Menschen mit Behinderungen ergeben sich insbesondere aus den nachstehend genannten Vorschriften der einzelnen Sozialgesetze:

SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe

§ 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

- (1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn*
- 1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und*
 - 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.*

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Absatz 4 gilt entsprechend.

SGB IX Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

§ 46 Früherkennung und Frühförderung

- (1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 umfassen auch*

1. *die medizinischen Leistungen der fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen sowie*
 2. *nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.*
- (2) ¹*Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder umfassen weiterhin nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen oder nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum. ²Die Leistungen sind erforderlich, wenn sie eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt erkennen helfen oder die eingetretene Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgleichen oder mildern.*
- (3) ¹*Leistungen nach Absatz 1 werden in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 als Komplexleistung erbracht. ²Die Komplexleistung umfasst auch Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität. ³Maßnahmen zur Komplexleistung können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität ab Geburt bis zur Einschulung eines Kindes mit Behinderungen oder drohender Behinderung erfolgen.*
- (4) *In den Landesrahmenvereinbarungen zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer wird Folgendes geregelt:*
1. *die Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrische Zentren zu Mindeststandards, Berufsgruppen, Personalausstattung, sachlicher und räumlicher Ausstattung,*
 2. *die Dokumentation und Qualitätssicherung,*
 3. *der Ort der Leistungserbringung sowie*
 4. *die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte für die als Komplexleistung nach Absatz 3 erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach der FrühV.*
- (5) ¹*Die Rehabilitationsträger schließen Vereinbarungen über die pauschalierte Aufteilung der nach Absatz 4 Nummer 4 vereinbarten Entgelte für Komplexleistungen auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder. ²Regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt. ³Der Anteil der Entgelte, der auf die für die Leistungen nach § 6 der FrühV jeweils zuständigen Träger entfällt, darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen oder in nach Landesrecht zugelassenen Einrichtungen mit*

vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum 65 % und in sozialpädiatrischen Zentren 20 % nicht überschreiten. ⁴Landesrecht kann andere als pauschale Abrechnungen vorsehen.

- (6) *Kommen Landesrahmenvereinbarungen nach Absatz 4 bis zum 31.7.2019 nicht zustande, sollen die Landesregierungen Regelungen durch Rechtsverordnung entsprechend Absatz 4 Nummer 1 bis 3 treffen.*

§ 76 Leistungen zur Sozialen Teilhabe

(1) *1Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, soweit sie nicht nach den Kapiteln 9 bis 12 erbracht werden. 2Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen. 3Maßgeblich sind die Ermittlungen und Feststellungen nach den Kapiteln 3 und 4.*

(2) *Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind insbesondere*

- 1. Leistungen für Wohnraum,*
- 2. Assistenzleistungen,*
- 3. heilpädagogische Leistungen,*
- 4. Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie,*
- 5. Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,*
- 6. Leistungen zur Förderung der Verständigung,*
- 7. Leistungen zur Mobilität und*
- 8. Hilfsmittel.*

Die Ausgestaltung der einzelnen Teilhabeleistungen ist in den §§ 77 ff. SGB IX näher ausgeführt.

2.2 Zahnärztlich verordnete Heilmittel – sozialmedizinische Aspekte

Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt voraus.

Grundsätze zur Verordnung von Heilmitteln sind in der HeiIM-RL ZÄ hinterlegt.

Im Zusammenhang mit der Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs sind grundlegende Eckpunkte zu beachten.

Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die behandelnde Vertragszahnärztin oder der behandelnde Vertragszahnarzt von dem Zustand der Versicherten oder des Versicherten überzeugt und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) informiert hat. Sofern bekannt, sollen bisherige Heilmittelverordnungen berücksichtigt werden (§ 3 Absatz 3 HeiLM-RL ZÄ). Die Versicherte oder der Versicherte soll die behandelnde Vertragszahnärztin oder den behandelnden Vertragszahnarzt im Rahmen ihrer beziehungsweise seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren.

Nach § 3 Absatz 4 HeiLM-RL ZÄ ergibt sich die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

Die Indikationsstellung zur Veranlassung einer Heilmitteltherapie hat die Beziehungen von Krankheit, Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe entsprechend des „bio-psycho-sozialen Modells“ der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health) zu berücksichtigen. Die ICF bietet die entsprechende Systematik zur Darlegung aller relevanten bio-psycho-sozialen Aspekte auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen sowie der Aktivitäten und Teilhabe. Dies geschieht unter Berücksichtigung der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (weitere Ausführungen zur ICF und zum Behinderungsbegriff s. Kapitel 7.5).

Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt hat auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs und des Therapieziels eine erforderliche Heilmitteltherapie einzuleiten. Therapiefähigkeit und eine positive Therapieprognose werden als gegeben vorausgesetzt.

Therapiebedarf

Therapiebedarf besteht, wenn als Folge einer Krankheit oder Behinderung Schädigungen der Körperstruktur bzw. der Körperfunktion und ggf. Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, die gezielt einer Behandlung mit Heilmitteln bedürfen. Dabei werden person- und umweltbezogene Kontextfaktoren berücksichtigt. Therapiebedarf besteht auch, wenn eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, beseitigt oder einer Gefährdung der Gesundheit eines Kindes entgegen gewirkt werden soll.

Therapiefähigkeit

Therapiefähigkeit liegt vor, wenn Versicherte über die für die Heilmitteltherapie notwendige psychische und physische Belastbarkeit verfügen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich einer längerfristigen Behandlung mit Heilmitteln.

Therapieprognose

Die Therapieprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Therapieziels. Durch eine geeignete Heilmittelanwendung sollte in einem bestimmten Zeitraum unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkrankungen und des bisherigen Therapieverlaufs sowie der Motivation der Versicherten oder des Versicherten eine positive Beeinflussung

der Funktionsfähigkeit zu erwarten sein. Eine positive Therapieprognose liegt auch dann vor, wenn durch die Heilmittelanwendung eine Zunahme bzw. Verschlechterung der vorliegenden Schädigungen der Körperfunktion und -struktur und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten vermieden wird.

Eine positive Therapieprognose ist auch dann gegeben, wenn mit dem Heilmittel nachvollziehbar einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führt, oder der Gefährdung einer gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegengewirkt werden kann. Dabei sind auch die persönlichen Ressourcen der Versicherten oder des Versicherten (Therapiepotenzial) zu beachten.

Therapieziel

Das Therapieziel kann darin bestehen, den ursprünglichen gesundheitlichen Zustand wieder zu erreichen („restitutio ad integrum“). Kann dieses Ziel nicht erreicht werden und bestehen beeinträchtigende Krankheitsfolgezustände, ist die Therapie so auszurichten, dass ein Minimum an Restschäden und Funktionsstörungen verbleibt („restitutio ad optimum“). Möglichst frühzeitig sind alltagsrelevante Beeinträchtigungen zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, sodass die oder der Versicherte wieder in die Lage versetzt wird, z. B. seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können und den üblichen Anforderungen einer selbstbestimmten Lebensführung gewachsen zu sein. In diesem Zusammenhang gilt es, ein realistisches (und idealerweise überprüfbares) Therapieziel zu formulieren, das sich an den Grundbedürfnissen und Alltagsanforderungen der Versicherten oder des Versicherten zu orientieren hat.

Erkenntnisse und Befunde aus der klinischen und apparativen Diagnostik sind im Rahmen der Indikationsstellung zunächst darauf hin zu bewerten, ob sich relevante funktionelle oder strukturelle Schädigungen objektivieren lassen. Aus diesen Daten lässt sich feststellen, ob und mit welchen Heilmitteln eine Heilung oder Besserung der zugrundeliegenden Krankheit bzw. der Krankheitsauswirkungen bzw. Schwächung der Gesundheit oder der Gesundheitsgefährdung erreicht werden kann.

Langfristiger Heilmittelbedarf

Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben (§ 7 Absatz 1 Satz 2 HeiM-RL ZÄ).

Entscheidungen nach § 7 Absatz 2 HeiM-RL ZÄ trifft die Krankenkasse – soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes – auf der Grundlage

- des Antrages der oder des Versicherten,
- der Kopie einer gültigen und gemäß § 11 Absatz 1 Satz 2 HeiM-RL ZÄ vollständig ausgefüllten Verordnung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes; die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten.

Gemäß § 6 Absatz 5 HeiM-RL ZÄ können die notwendigen Heilmittel je Verordnung bei langfristigem Heilmittelbedarf für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Die Anzahl der

zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Die orientierende Behandlungsmenge ist nicht zu berücksichtigen.

Die Genehmigung nach § 7 Absatz 2 kann unbefristet erfolgen. Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber 1 Jahr nicht unterschreiten. Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Indikationsgruppe oder die Indikationsgruppen angegeben werden.

Ort der Leistungserbringung

Die Behandlung der Versicherten erfolgt in der Regel in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten, da zur Durchführung der Behandlung neben der Anwesenheit der Therapeutin oder des Therapeuten auch technische Apparate und Materialien benötigt werden, die bei einer Behandlung außerhalb der Praxis nicht immer zur Verfügung stehen. Dies betrifft alle Bereiche der zahnärztlich verordneten Heilmitteltherapie. Eine zahnärztliche Verordnung für einen Hausbesuch zur Durchführung der Behandlung im häuslichen oder ständigen Wohnumfeld der Patientin oder des Patienten (dies sind z. B. auch stationäre Pflegeeinrichtungen oder Wohnheime für Menschen mit Behinderungen) ist nur dann zulässig, wenn die Gründe hierfür ausschließlich in der Person der Patientin oder des Patienten liegen und medizinisch bedingt sind.

Die Durchführung einer Heilmitteltherapie in der Wohnung der Patientin oder des Patienten kann sich aus verschiedenen medizinischen Gründen ergeben. Ein wesentlicher Grund ist die medizinisch bedingte Immobilität, d. h. die Versicherte oder der Versicherte ist (noch) nicht in der Lage, die Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten aufzusuchen.

Gemäß § 9 HeiM-RL ZÄ können aus medizinischen Gründen Heilmittelleistungen auch außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten erbracht werden. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, regelt § 9 Absatz 2 HeiM-RL ZÄ.

§ 9 Ort der Leistungserbringung

(1) Heilmittel können, sofern nichts Anderes bestimmt ist,

- als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder*
- als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2 verordnet werden. Die Verordnung eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die Behandlung in einer Einrichtung (z.B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.*

(2) Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, gegebenenfalls darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. Dies können auch Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder Regelschulen sein. Voraussetzung dafür ist, dass sich aus der ärztlichen Verordnung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. Dies soll in der Regel bei einem behördlich festgestellten Förderstatus angenommen werden. § 5 Absatz 1 darf dem nicht entgegenstehen.

Auswahl der Heilmittel

Die Zuordnung der jeweils verordnungsfähigen Heilmittel zu Indikationen wird im Heilmittelkatalog ZÄ vorgenommen. Die Auswahl der Heilmittel und die Verordnungsmöglichkeit mehrerer Heilmittel wird in § 10 HeiM-RL ZÄ geregelt. Grundsätzlich hängt die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) bei gegebener Indikation nach § 3 Absatz 4 HeiM-RL ZÄ ab von der Ausprägung und Schwere der Erkrankung, den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen, den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und den angestrebten Therapiezielen. Person- und umweltbezogene Kontextfaktoren sind zu berücksichtigen.

Die konkreten Therapieziele zu den jeweiligen Heilmitteln werden im Heilmittelkatalog ZÄ erläutert.

In der Physiotherapie kann, falls medizinisch erforderlich, zu einem vorrangigen Heilmittel nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes ergänzendes Heilmittel verordnet werden (d. h. maximal zwei Heilmittel je Verordnung).

Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.

In der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können je Verordnung verschiedene Heilmittel oder Behandlungszeiten verordnet werden.

Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie sowie Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. Werden Heilmittel aus verschiedenen Abschnitten (Indikationsgruppen) des Heilmittelkatalogs verordnet, ist für jede Verordnung je ein Verordnungsvordruck zu verwenden.

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden. Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel (s. § 10 Absatz 5 HeiM-RL ZÄ). Die Verordnung einer Doppelbehandlung erhöht weder die zulässige Höchstmenge je Verordnung noch die orientierende Behandlungsmenge (s. hierzu auch Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte: Überarbeitung der HeiM-RL ZÄ vom 14. Mai 2020 → Kapitel 2.1.11 § 10 Auswahl der Heilmittel [neu]).

2.3 Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung von zahnärztlich verordneten Heilmitteln

Bei der Begutachtung hat der Medizinische Dienst zu beurteilen, ob

- die Verordnung den medizinischen Vorgaben der HeiM-RL ZÄ entspricht,
- die verordneten Heilmittel nach Art und Umfang ausreichend, zweckmäßig und notwendig sind, um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen,
- andere Maßnahmen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten erforderlich bzw.
- ggf. weitere Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wie z. B. eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten, andere vertragszahnärztliche Maßnahmen oder die Verordnung eines Arzneimittels angezeigt sind.

Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt hat auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Verordnung der Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten.

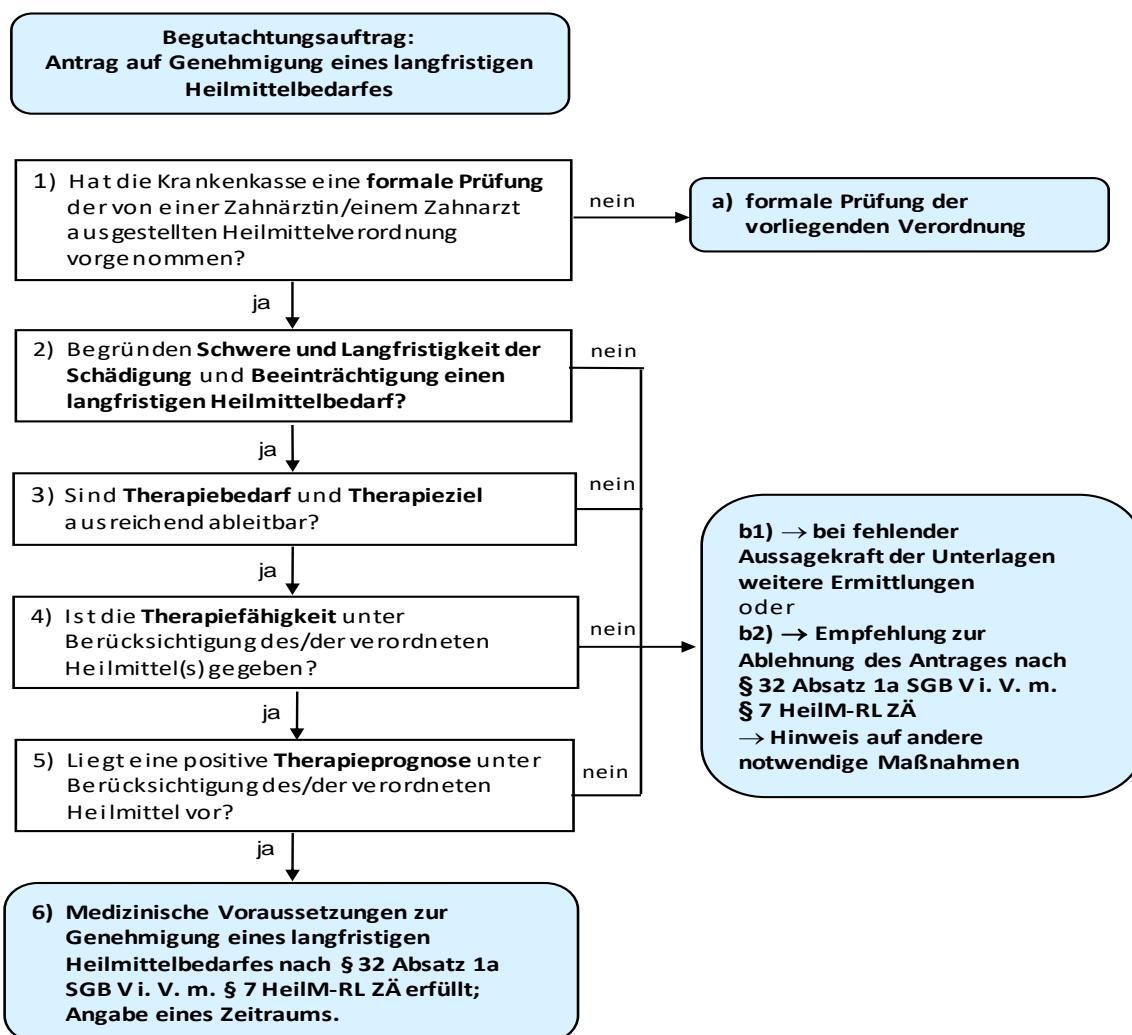
Auch bei der sozialmedizinischen Bewertung und Begutachtung sind diese Kernkriterien zu beachten. Aufgabe der Gutachterin oder des Gutachters des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Bewertung eines Antrages nach § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 7 HeiM-RL ZÄ ist es, zu prüfen, ob die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten einen langfristigen Heilmittelbedarf ergibt.

Der nachvollziehbare Therapiebedarf in dem verordnungsfähigen Umfang ist medizinisch zu bewerten und der Krankenkasse eine für den Einzelfall umsetzbare Empfehlung zu geben.

Nach § 32 Absatz 1a Satz 3 SGB V ist über Anträge auf langfristige Genehmigung innerhalb einer Frist von vier Wochen zu entscheiden, ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen der Antragstellerin oder des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

Die folgenden Arbeits- und Bewertungsschritte benennen Kriterien und Maßstäbe zur sachgerechten Beratung und Begutachtung des Einzelfalls.

2.3.1 Arbeits- und Bewertungsschritte: Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 7 HeiM-RL ZÄ



Erläuterungen zu den Arbeits- und Bewertungsschritten

Die nachfolgenden Arbeits- und Bewertungsschritte sind sowohl bei der Abgabe gutachtlicher Stellungnahmen im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) als auch bei der Erstellung von Gutachten nach Aktenlage oder bei Gutachten mit persönlicher Befunderhebung zu berücksichtigen. Der Umfang der Dokumentation der relevanten Befunde und der sozialmedizinischen Bewertung richtet sich nach dem Begutachtungsanlass und dem zur Bearbeitung gewählten Begutachtungsprodukt. Es ist nicht erforderlich, jeden einzelnen Arbeits- und Bewertungsschritt im Gutachten zu dokumentieren. Näheres zum notwendigen Dokumentationsumfang ergibt sich je nach Art der Begutachtung aus Kapitel 3.2 (sozialmedizinische Fallberatung) bzw. Kapitel 4 (Gutachten). Die gezielten Fragestellungen der Krankenkasse sind zu beachten.

Legende zu 1): Hat die Krankenkasse eine formale Prüfung der vorliegenden Heilmittelverordnung vorgenommen? Ist die Prüfung unauffällig?

Die formale Prüfung ist auf jeden Fall von der Krankenkasse vorzunehmen (Kapitel 3.1.1). Die Krankenkasse kann bei Fragen den Medizinischen Dienst im Rahmen der SFB hinzuziehen.

Legende zu a): Formale Prüfung der vorliegenden Verordnung

Die Prüfung der Verordnung erfolgt unter Beachtung des § 11 HeiM-RL ZÄ „Verordnungsvordruck“. Zu prüfen ist insbesondere, ob die Verordnung die Angaben nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks enthält:

- a. Angaben zur Krankenkasse, zur oder zum Versicherten und zur Vertragszahnärztin oder zum Vertragszahnarzt nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks,
- b. Hausbesuch (ja oder nein),
- c. Therapiebericht (ja),
- d. gegebenenfalls Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs,
- e. Verordnungsmenge,
- f. Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ,
- g. Therapiefrequenz (Angabe auch als Therapiefrequenzspanne möglich),
- h. gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“),
- i. vollständiger Indikationsschlüssel (Indikationsgruppe und gegebenenfalls Leitsymptomatik, z. B. SPZ oder CD1a),
- j. therapierelevante Diagnose(n), ergänzende Hinweise (z. B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen) sowie gegebenenfalls die Therapieziele, falls sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.

Legende zu 2): Ergibt sich aus Schwere und Langfristigkeit der Schädigung und der Beeinträchtigung der Aktivitäten ein langfristiger Heilmittelbedarf?

Dies bedeutet im Einzelfall:

- Indikationsgruppe und Leitsymptomatik aus dem Heilmittelkatalog müssen benannt sein,
- aus dem Antrag bzw. aus der Verordnungskopie müssen sowohl die Schwere als auch die Langfristigkeit der Schädigungen hervorgehen,
- sowohl die Schwere als auch die Langfristigkeit der konkreten Schädigungen und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (z. B. Kauen, Sprechen, Schlucken) müssen einen langfristigen Heilmittelbedarf begründen.

Schwere der Schädigung (funktionell oder strukturell) und der Beeinträchtigung der Aktivitäten:

Die Schwere der Schädigung bzw. die Schwere der Beeinträchtigung der Aktivitäten muss bekannt sein bzw. sich aus der zahnärztlichen Begründung der vorliegenden Verordnung ergeben. Die Krankenkasse kann diese ggf. aus Leistungsdaten, beispielsweise zu Krankenhausbehandlungen oder Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen, nachvollziehen. Die Versicherte oder der Versicherte kann ihren oder seinen Antrag ggf. durch weitere medizinische Dokumente, wie z. B. seinen Schwerbehindertenausweis, ergänzen.

Langfristigkeit der Schädigung und der Beeinträchtigung der Aktivitäten:

Von einer Langfristigkeit der Schädigung ist insbesondere auszugehen, wenn diese angeboren ist oder der Schädigungszeitpunkt länger zurückliegt und wenn eine relevante Änderung der Schädigung nicht (mehr) zu erwarten ist. Auch für die Beeinträchtigung der Aktivitäten gilt, dass diese bereits länger bestehen sollten und eine relevante Änderung nicht zu erwarten ist. Allerdings kann auch bei Folgen einer akuten Erkrankung prognostisch absehbar sein, dass ein langfristiger Therapiebedarf besteht.

Legende zu 3): Sind Therapiebedarf und Therapieziel ausreichend ableitbar?

Die Notwendigkeit der verordneten Heilmitteltherapie muss sich aus der zahnärztlichen Begründung unter gutachtlicher Beachtung der Kriterien Therapiebedarf, Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel ergeben. In diesem Schritt muss gutachtlich bewertet werden, ob im Rahmen der festgestellten funktionellen oder strukturellen Schädigungen und Beeinträchtigungen die Notwendigkeit von Heilmitteltherapie besteht und falls ja, in welcher Form. Dabei ist das oder sind die auf der Verordnungskopie angegebene(n) Heilmittel zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob und welche Therapieziele ableitbar sind und ob sich diese in Verbindung mit den Schädigungen und Beeinträchtigungen bringen lassen (die Prüfung, ob die Therapieziele realistisch sind, erfolgt im Zusammenhang mit der Therapieprognose).

Sofern zusätzliche Erkenntnisse oder Befunde aus der klinischen oder apparativen Diagnostik (z. B. aus weiteren von der Krankenkasse vorgelegten Unterlagen oder Berichten) vorliegen, sind diese zunächst darauf hin zu bewerten, ob sich relevante funktionelle oder strukturelle Schädigungen objektivieren lassen. Ergeben sich in diesem Zusammenhang Erkenntnisse bzw. hinreichend begründete Hinweise zum Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, sind auch Angaben zur haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität zu benennen (ggf. Anzeige einer Berufskrankheit).

Ergebnisse der schädigungsbildabhängigen Diagnostik müssen die vorliegende Verordnung stützen. Dies muss sich aus der zahnärztlichen Begründung zur Verordnung ergeben.

Legende zu 4): Ist die Therapiefähigkeit unter Berücksichtigung des oder der verordneten Heilmittel(s) gegeben?

Die Therapiefähigkeit hängt von den funktionellen oder strukturellen Schädigungen ab und bezieht sich auf das jeweilige Heilmittel.

Die ambulante Behandlung mit Heilmitteln setzt eine ausreichende Belastbarkeit der Versicherten oder des Versicherten voraus. So stellt sich auch die Frage, ob die Versicherte oder der Versicherte die

Praxis der Heilmittelerbringerin oder des Heilmittelerbringers erreichen kann. Bei einer Heilmittelbehandlung als Hausbesuch ist zu klären, ob eine Therapie aus medizinischen Gründen zu Hause durchgeführt werden muss (§ 9 HeiM-RL ZÄ).

Legende zu 5): **Liegt eine positive Therapieprognose unter Berücksichtigung des oder der verordneten Heilmittel(s) vor?**

Eine positive Therapieprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Therapieziels. Es ist eine umfassende Abwägung hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird. Dabei ist die Motivation bzw. die Motivierbarkeit der Versicherten oder des Versicherten zu berücksichtigen. Auch die Vermeidung einer Verschlechterung der bestehenden Schädigungen bzw. der Beeinträchtigungen ist prognostisch positiv einzuschätzen.

Legende zu b1): **Bei fehlender Aussagekraft der Unterlagen weitere Ermittlungen**

Ergibt sich bei der inhaltlichen Prüfung, dass aufgrund nicht aussagekräftiger Unterlagen keine abschließende sozialmedizinische Empfehlung getroffen werden kann, sind weitere Ermittlungen erforderlich.

Legende zu b2): **Empfehlung zur Ablehnung des Antrages nach § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 7 HeiM-RL ZÄ**

→ Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen

- **Medizinische Voraussetzungen zur Genehmigung nach § 7 HeiM-RL ZÄ nicht erfüllt**

Die medizinischen Voraussetzungen zur Genehmigung können aus unterschiedlichen Gründen nicht erfüllt sein:

- Die beschriebene Schädigung bedingt hinsichtlich ihrer Schwere und Langfristigkeit keinen langfristigen Heilmittelbedarf.
- Es besteht zwar eine schwere Schädigung, eine Langfristigkeit kann jedoch nicht bestätigt werden.
- Es besteht eine schwere und langfristige Schädigung, aber ein langfristiger Heilmittelbedarf wird nicht bestätigt aufgrund
 - fehlender Therapiebedürftigkeit oder
 - fehlender Therapiefähigkeit oder
 - nicht erreichbarer Therapieziele bzw. einer negativen Therapieprognose.

- **Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen**

z. B.:

- Auch bei nicht bestehenden medizinischen Voraussetzungen für die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung nach § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 7 HeiM-RL ZÄ

können dennoch die Voraussetzungen für eine weitere über die orientierende Behandlungsmenge hinausgehende Heilmitteltherapie gemäß § 6 Heilm-RL ZÄ gegeben sein.

- Eine Behandlung mit Heilmitteln ist nicht erforderlich; es sind jedoch andere Maßnahmen angezeigt. Mit der gutachtlichen Stellungnahme sind begründete Empfehlungen für andere Maßnahmen auszusprechen. In jedem Fall ist eine Abwägung hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird.

Legende zu 6: **Medizinische Voraussetzungen zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfes nach § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 7 Heilm-RL ZÄ erfüllt; Angabe eines Zeitraums**

Sind die zuvor aufgelisteten Bedingungen kumulativ erfüllt, sind die medizinischen Voraussetzungen für eine Empfehlung zur Genehmigung des Antrages nach § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 7 Heilm-RL ZÄ gegeben.

Eine positive Empfehlung soll einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten umfassen oder zeitlich unbefristet sein.

2.3.2 Weitere Fragestellungen / Spezielle Begutachtungsaufträge / besondere Aspekte im Zusammenhang der Begutachtung von zahnärztlich verordneten Heilmitteln

2.3.2.1 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen nach § 7 Heilmittel-RL ZÄ und gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit

In Fällen mit längerdauernder Arbeitsunfähigkeit und vorliegendem Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs kann die Prüfung des Antrags nach § 7 Heilm-RL ZÄ mit einer Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit kombiniert werden. Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Medizinischem Dienst und Krankenkassen und der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist bei Fragen zur Arbeitsunfähigkeit die Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit maßgebend. Zur Bewertung der Heilmittelverordnungen sind die Ausführungen dieser Begutachtungsanleitung anzuwenden.

Bei der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit sind die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V) sowie die Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit zu beachten.

2.3.2.2 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen nach § 7 Heilmittel-RL ZÄ und gleichzeitige Begutachtung eines Hilfsmittels

Krankenkassen können in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Wird bei der Krankenkasse ein Antrag auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel gestellt und liegt gleichzeitig ein Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs vor, kann die Prüfung der Heilmittelverordnung mit einer Begutachtung des Erfordernisses des Hilfsmittels kombiniert werden.

Zahnärztinnen und Zahnärzte sind in der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA nicht explizit erwähnt, jedoch enthält sie mit § 4 den Verweis auf das Hilfsmittelverzeichnis, in dem zahnärztlich verordnete Hilfsmittel aufgeführt werden.

Bei der Begutachtung des Hilfsmittels sind der § 33 SGB V, die Hilfsmittel-Richtlinie und das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V zu beachten.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Medizinischem Dienst und Krankenkassen und der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sind die Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung vom 27. August 1990 maßgebend. Zur Bewertung der Heilmittelverordnungen sind die Ausführungen dieser Begutachtungsanleitung anzuwenden.

2.3.2.3 Begutachtung von Anträgen nach § 7 HeiM-RL ZÄ und Behandlung in Frühförderereinrichtungen / sozialpädiatrischen Zentren / sonderpädagogischen Einrichtungen

Heilmittel dürfen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 HeiM-RL ZÄ bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung der vorliegenden Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach den §§ 46 und 79 des SGB IX). Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.

Bei der Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen den Krankenkassen und den weiteren Sozialleistungsträgern bestehen unterschiedliche regionale Regelungen. Die regionale Versorgungssituation ist bei der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem jeweiligen Medizinischen Dienst zu berücksichtigen (z. B. geschlossene Landesrahmenvereinbarungen zur Frühfördererverordnung – FrühV).

Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach § 46 Absatz 1 und 2 und § 79 SGB IX in Verbindung mit der Frühfördererverordnung vom 24. Juni 2003, geändert am 23. Dezember 2016, als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

Bei diesem Begutachtungsanlass ist u. a. dazu Stellung zu nehmen, ob

- neben der Behandlung in spezialisierten Einrichtungen wie interdisziplinären Frühförderereinrichtungen oder Sozialpädiatrischen Zentren zusätzlich eine Heilmitteltherapie zur Krankenbehandlung erforderlich ist,
- statt der Fortführung der Heilmitteltherapie eine Vorstellung bzw. Behandlung in Frühförderereinrichtungen oder Sozialpädiatrischen Zentren notwendig ist.

2.3.2.4 Begutachtung von Anträgen nach § 7 HeiM-RL ZÄ und gleichzeitige Begutachtung von Anträgen nach § 8 HeiM-RL

Wird bei der Krankenkasse ein Antrag auf langfristige Genehmigung eines vertragsärztlich verordneten Heilmittels gestellt und ist der Krankenkasse gleichzeitig bekannt, dass ein Antrag auf langfristige Genehmigung eines vertragszahnärztlich verordneten Heilmittels vorliegt, kann der Medizinische Dienst

mit der Prüfung beider Anträge beauftragt werden. Für die Bewertung müssen zwingend die jeweiligen Heilmittel-Richtlinien sowie die jeweiligen Begutachtungsanleitungen beachtet werden.

2.3.2.5 Begutachtung von neuen Heilmitteln

Nach § 2 Absatz 3 HeiM-RL ZÄ sind Heilmittel nur nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnungsfähig. Dies sind Maßnahmen der Physiotherapie sowie Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Die HeiM-RL ZÄ umfasst keine Maßnahmen der Stimmtherapie, der Ergotherapie, der Podologie oder der Ernährungstherapie. Der Heilmittelkatalog ZÄ ist Bestandteil der zahnärztlichen Heilmittel-Richtlinie. Andere Heilmittel als die dort genannten dürfen nicht verordnet werden. Gemäß § 138 SGB V dürfen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte neue Heilmittel nur verordnen, wenn der G-BA zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Dies gilt gleichermaßen auch für die vertragszahnärztliche Versorgung.

Nach Verfahrensordnung des G-BA können als „neue“ Heilmittel nur Maßnahmen gelten, die

- a. nach HeiM-RL ZÄ nicht verordnungsfähig sind oder
- b. für bestimmte zahnärztliche Indikationen bereits nach HeiM-RL ZÄ verordnet werden können, deren Indikationsbereiche oder die Art ihrer Erbringung aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren haben.

Wird ein neues Heilmittel verordnet und beantragt, erfolgt die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst entsprechend der Begutachtungsanleitung Außervertragliche Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

Werden dem Medizinischen Dienst entsprechende Anträge vorgelegt, ist im ersten Schritt zu prüfen, ob die Maßnahme nicht bereits bewertet und z. B. der Anlage „Nichtverordnungsfähige Heilmittel“ der Heilmittel-Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet wurde. Im Weiteren ist der Begutachtungsanleitung NUB zu folgen.

2.3.3 Andere Fragestellungen

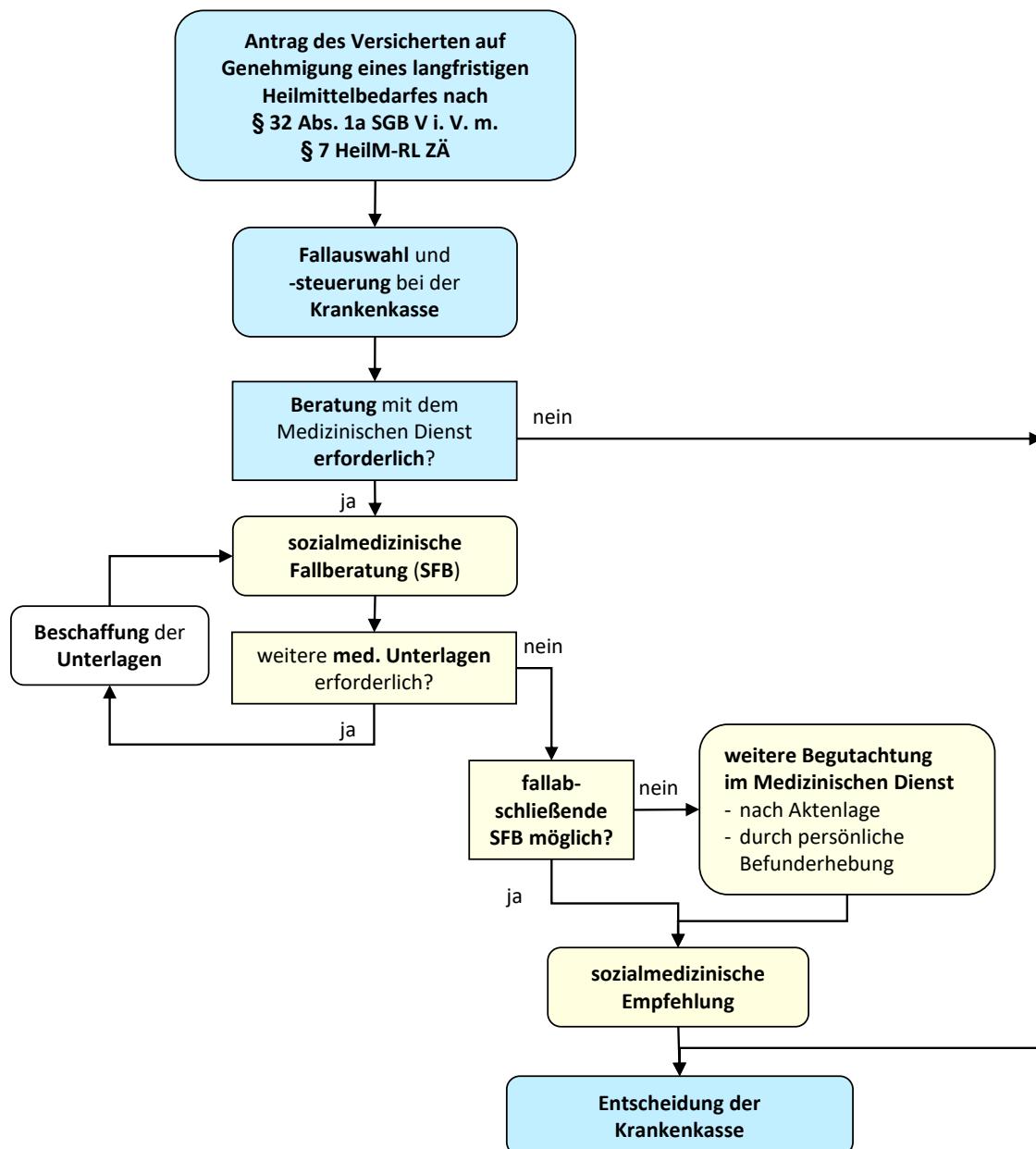
Neben den hier angesprochenen Beratungs- und Begutachtungsfeldern gibt es auch andere individuelle Fragestellungen der Krankenkassen zu Einzelfällen (z. B. Fragen zu Kostenerstattungen nach § 13 Absatz 3 SGB V). Das gutachtliche Vorgehen orientiert sich dann an der jeweiligen Fragestellung.

3 Zusammenarbeit Krankenkasse und Medizinischer Dienst in der Einzelfallbegutachtung

3.1 Fallbearbeitung, Fallauswahl und Einleitung der sozialmedizinischen Fallberatung durch die Krankenkasse

Bei Begutachtungsfragen zu Heilmittelverordnungen insbesondere bei Anträgen auf langfristige Genehmigung nach § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 7 HeilM-RL ZÄ ist die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Medizinischem Dienst hinsichtlich der Fallauswahl bei der Krankenkasse und der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und Medizinischem Dienst von entscheidender Bedeutung.

Im Kern ergeben sich orientierend folgende Ablaufwege bei der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst:



3.1.1 Anträge auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a in Verbindung mit § 7 HeilM-RL ZÄ

Jede Versicherte und jeder Versicherte kann einen Antrag auf Genehmigung langfristig erforderlicher Heilmittelbehandlungen nach § 32 Absatz 1a SGB V stellen. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. In § 7 Absatz 1 HeilM-RL ZÄ ist festgelegt, dass ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen oder funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf der oder des Versicherten ergeben.

In § 7 Absatz 2 HeilM-RL ZÄ heißt es: „Entscheidungen nach Absatz 1 trifft die Krankenkasse – soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Absatz 1 SGB V – auf der Grundlage

- des Antrags der oder des Versicherten,
- der Kopie einer gültigen und gemäß § 11 Absatz 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes; die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten.“

Neben der vertragszahnärztlichen Begründung der Schwere und Langfristigkeit spricht für einen langfristigen Heilmittelbedarf, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens 1 Jahr medizinisch nachvollziehbar ist.

In § 7 Absatz 2 der HeilM-RL ZÄ heißt es weiter: „³Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen der Antragstellerin oder des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen. ⁴Die Genehmigung kann unbefristet erfolgen. ⁵Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten. ⁶Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Indikationsgruppe oder Indikationsgruppen angegeben werden.“

Dies bedeutet:

- Diagnose und Indikationsgruppe des Heilmittelkataloges müssen benannt sein,
- aus dem Antrag bzw. aus der Heilmittelverordnung müssen Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen hervorgehen.

Im Rahmen der inhaltlichen Prüfung ist – soweit erforderlich – eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 SGB V einzuholen.

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und Medizinischem Dienst

Ergibt sich bei der kassenseitigen Fallbearbeitung ein sozialmedizinischer Beratungsbedarf, wählt die Krankenkasse nach formaler Prüfung den Vorgang für die gemeinsame SFB aus. Aus der SFB soll möglichst ein fallabschließendes Ergebnis für die Krankenkasse resultieren. Dies setzt eine sachgerechte Vorauswahl und Fallvorbereitung durch die Krankenkasse voraus.

Der Medizinische Dienst benötigt zur fallabschließenden sozialmedizinischen Beratung neben der Auftragsformulierung die Kopie des vollständig ausgefüllten Verordnungsvordrucks gemäß § 11 HeiM-RL ZÄ sowie den Antrag der Versicherten oder des Versicherten. Häufig sind zusätzliche medizinische Informationen erforderlich. Für eine effektive SFB können Daten der Krankenkasse (Leistungszeiträume und Diagnosen) der letzten Jahre herangezogen werden. Dies sind insbesondere:

- Leistungsauszüge der Krankenkasse zu bisherigen Heilmittelverordnungen,
- bei Kindern ggf. Angaben zu Frühförderung/Heilpädagogik entsprechend SGB IX,
- wenn vorhanden, ergänzend Angaben mit ggf. Befundberichten zu
 - Hilfsmittelversorgungen,
 - Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen,
 - Krankenhausbehandlungen,
 - Arbeitsunfähigkeit,
 - Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung.

Soll eine SFB eingeleitet werden, bereitet die Krankenkasse einen Fallberatungsbogen vor (Kapitel 7.3 Beispiel Fallberatungsbogen). Der Fallberatungsbogen sollte die angeführten Daten, soweit sie verfügbar sind, sowie die Fragestellung enthalten. Kommt im weiteren Fallberatungsverfahren der gleiche Vorgang erneut zur Beratung, sollten die Inhalte der vorausgegangenen Fallberatung vorgelegt werden.

In Abhängigkeit von regionalen bzw. landesspezifischen Erfordernissen kann der Fallberatungsbogen angepasst werden.

Die SFB führt entweder zum Abschluss des Beratungs- bzw. Begutachtungsauftrages beim Medizinischen Dienst (Kapitel 3.2.1) oder zur weiteren Fallsteuerung (Kapitel 3.2.2).

3.2.1 Fallabschluss und Ergebnismitteilung im Rahmen der SFB

Bei ausreichenden medizinischen Informationen trifft der Medizinische Dienst eine medizinisch begründete Aussage, die zu dokumentieren ist (SFB mit Stellungnahme). Das Ergebnis der SFB wird der Krankenkasse umgehend zugeleitet. Es soll der Krankenkasse für den jeweiligen Fall eine Entscheidung ermöglichen (fallabschließende SFB).

Der Medizinische Dienst gibt ggf. Hinweise zu notwendigen Behandlungsalternativen. Erscheint der Erfolg der Heilmitteltherapie fraglich, ist ggf. zu prüfen, ob der Behandlungserfolg durch andere therapeutische Maßnahmen zu erreichen ist.

Dokumentationsanforderungen der SFB

Das Ergebnis der SFB mit Fallabschluss ist kurz in einer übersichtlichen Form zu dokumentieren und von der Gutachterin oder dem Gutachter zu unterzeichnen. Die eindeutige Beantwortung der Frage des Auftraggebers umfasst die

- 1) Frage(n) der Krankenkasse,
- 2) vorliegende relevante Informationen der Gutachterin oder des Gutachters,
- 3) sozialmedizinische Empfehlung mit Begründung.

Bei der Bewertung in der SFB soll die gutachtliche Stellungnahme je nach Fragestellung insbesondere folgende Merkmale enthalten:

- Summarisch die Diagnose(n)/Indikationsgruppe(n) und Befunde nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung,
- die krankheitsbedingten Schädigungen bzw. auch Beeinträchtigungen der Aktivitäten,
- Beurteilung des verordneten Heilmittels (summarische Angaben zum Therapiebedarf, zur Therapiefähigkeit, zum Therapieziel und zur Therapieprognose),
- Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Behandlung mit Heilmitteln.

Die Beurteilung muss für die Krankenkasse verständlich und nachvollziehbar sein.

Die Stellungnahme im Rahmen der SFB ist von der Krankenkasse zu archivieren.

3.2.2 Fallsteuernde SFB mit Einleitung einer Begutachtung

Ist ausnahmsweise der Fallabschluss mit einer sozialmedizinischen Empfehlung in der SFB nicht möglich, kann eine Begutachtung nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung durch den Medizinischen Dienst nötig werden. Die Einleitung einer Begutachtung kann sich im Rahmen der SFB ergeben. Sie beinhaltet die Strukturierung des weiteren Vorgehens bei Fällen, die durch eine Begutachtung beim Medizinischen Dienst beurteilt werden sollen.

Zeigt sich bei der SFB, dass z. B. nur unzureichende Unterlagen bzw. nicht aussagekräftige Befunde vorliegen, sind die sozialmedizinisch erforderlichen Befunde bzw. Daten zu beschaffen.

4 Gutachten

Der Begutachtungsaufwand orientiert sich an der Frage oder dem Auftrag der Krankenkasse. Die Entscheidung über die angemessene Art und den Umfang der Begutachtung trifft der Medizinische Dienst.

In Abhängigkeit der Fragestellung der Krankenkasse und des daraus resultierenden Umfangs der Auftragsbearbeitung ist eine Abstufung im Umfang der Gutachtenerstellung möglich. Die Gutachterin oder der Gutachter kann sich zwischen einem Kurzgutachten, als kurze einzelfallbezogene Stellungnahme, oder einem umfassenden Gutachten entscheiden.

Die folgenden definierten Mindestanforderungen müssen dabei gemäß des Katalogs der MDK-Produkte in der jeweils aktuellen Fassung eingehalten werden:

3. Ambulante Leistungen			
Bestandteile	SFB fallabschließend	Kurzgutachten	Gutachten
Frage(n) des Auftraggebers		X	X
Angabe der vorliegenden relevanten Informationen (Befundberichte, Antragsformulare usw.)		X	X
Kurzbeschreibung des Sachverhaltes		X	
Ausführliche Angaben zum Sachverhalt: Beschreibung der Beschwerden und der beantragten Leistung			X
Diagnose und/oder ICD-Schlüssel		X	X
Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers		X	X
Eindeutige Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers	X	X	X
Für statistische Zwecke :			
Auftraggeber	X	X	X
Anlassschlüssel 311 bis 399	X	X	X
Erledigungsart	X	X	X
Erledigungsort	X	X	X
Begutachtungsart		X	X
Ergebnisschlüssel 50 bis 70	X	X	X

Für die Begutachtung stellt die Krankenkasse den bei der Fallberatung ausgefüllten Fallberatungsbo gen mit dem Ergebnis der SFB dem Medizinischen Dienst zur Verfügung, sofern eine SFB durchgeführt wurde. Ggf. sind weitere Unterlagen beizufügen.

Eine ergänzende Begutachtung durch entsprechende Facharztgruppen bzw. besonders qualifizierte Gutachterinnen oder Gutachter kann insbesondere bei

- neurologischen Erkrankungen,
- HNO-Erkrankungen,
- pädiatrischen Erkrankungen

sinnvoll sein.

4.1 Gutachten nach Aktenlage

Ein sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage stützt sich auf ausreichend aussagefähige medizinische Informationen. Zur Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage kann die Gutachterin oder der Gutachter des Medizinischen Dienstes die verordnende Zahnärztin oder den verordnenden Zahnarzt, die Heilmittelerbringer oder die Versicherten auch telefonisch befragen.

4.2 Gutachten mit persönlicher Befunderhebung

Diese Begutachtungsform stellt einen Ausnahmefall bei der Begutachtung von Heilmittelverordnungen dar. Die Befunderhebung kann in den Räumen des Medizinischen Dienstes oder in der häuslichen Umgebung durchgeführt werden. Ziel ist die Beurteilung von Therapiebedarf, -fähigkeit und -prognose zur Prüfung der Notwendigkeit einer weiteren Heilmitteltherapie.

Der Umfang der Befunderhebung richtet sich nach dem Begutachtungsanlass und kann nicht standardisiert werden. Er wird bestimmt durch den Einzelfall und liegt in der Verantwortung der Gutachterin oder des Gutachters des Medizinischen Dienstes.

Die Information der Versicherten oder des Versicherten über das Ergebnis der sozialmedizinischen Beurteilung ist zu dokumentieren.

4.3 Inhalte der Gutachten nach Aktenlage oder mit persönlicher Befunderhebung

Das Gutachten orientiert sich an den Vorgaben der HeiM-RL ZÄ. Es ist Bezug zu nehmen auf:

- Diagnose(n) und Indikationsgruppe(n) – unter Einbezug der schädigungsbildabhängigen Diagnostik,
- Indikationsschlüssel entsprechend der HeiM-RL ZÄ (ggf. Leitsymptomatik: Strukturelle und funktionelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten),
- Therapiebedarf,
- Ziel(e) der Heilmitteltherapie,
- verordnete(s) Heilmittel,
- Prognose in Bezug auf die weitere Behandlung.

Je nach Fragestellung der Krankenkasse, z. B. Zweifel an der Notwendigkeit eines verordneten Hausbesuchs, sind ggf. weitere Sachverhalte zu erörtern.

Gliederungspunkte des Gutachtens

Inhaltliche Gliederungspunkte des Gutachtens nach Aktenlage und des Gutachtens mit persönlicher Befunderhebung sind identisch.

- **Frage(n) der Krankenkasse**

- **Medizinische Unterlagen**

Chronologische Auflistung der Informationen unter Angabe der Quelle, die in der aktuellen Begutachtung Verwendung finden.

- **Vorgeschichte/Anamnese**

Medizinischer Sachverhalt: In der Vorgeschichte oder Anamnese erfolgt eine kurze zusammenfassende Darstellung der für die beantragte Heilmitteltherapie relevanten Angaben der Versicherten oder des Versicherten bzw. der vorgelegten Befundberichte inklusive Therapie. Anzugeben sind insbesondere darin enthaltene Aussagen über die Krankheitsentwicklung bzw. den Krankheitsverlauf, die Intaktheit bzw. Schädigungen relevanter Strukturen und Funktionen sowie über Aktivitäten und deren Beeinträchtigung. Relevante Belastungsfaktoren, persönliche Risikofaktoren und sozialer Kontext sind zu beschreiben.

- **Angaben zum Befund**

Bei einer Begutachtung nach Aktenlage ist die entscheidungserhebliche medizinische Befundlage so darzustellen, wie sie sich aus den Unterlagen ergibt.

Im Gutachten mit persönlicher Befunderhebung sind entsprechend des notwendigen Untersuchungsumfangs die relevanten strukturellen oder funktionellen Schädigungen sowie ggf. die Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu dokumentieren. Bei der Untersuchung sind subjektive Beschwerden (z. B. Schmerzintensität bei Muskelpalpation) von semiobjektiven (z. B. Mundöffnung eingeschränkt oder asymmetrisch) und objektiven (z. B. Gelenkgeräusche) Befunden zu unterscheiden und zu werten. Die Befunde sind so darzustellen, dass sich hieraus ausreichende Aussagen zu Therapiebedarf, -ziel, -fähigkeit und -prognose ableiten lassen.

- **Heilmittel-begründende Diagnose**

Die Felder für den ICD-10-GM-Code sind auf der Heilmittelverordnung von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt nicht auszufüllen. Die Diagnose ist als Freitext anzugeben.

Die Gutachterin oder der Gutachter des Medizinischen Dienstes muss die Krankheiten, die relevant sind bezeichnen. Dabei ist ein ICD-10-GM-Code anzugeben. Sämtliche verordnungsrelevanten Erkrankungen sind aufzuführen.

- **Sozialmedizinische Beurteilung und Feststellungen zu Therapiebedarf, -fähigkeit, -prognose und -ziel**

Die Ergebnisse der Begutachtung sind zusammenfassend und verständlich darzustellen, der beantragte und der gutachtlich festgestellte Therapiebedarf ist abzugleichen. Therapiefähigkeit, Therapieprognose und Therapieziel sind zu berücksichtigen, um eine schlüssige sozialmedizinische Beur-

teilung als Grundlage für die Entscheidung der Krankenkasse formulieren zu können. Die kassenseitigen Fragestellungen sind konkret und verständlich zu beantworten.

Bei einem Hinweis auf die Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers als die GKV sind entsprechende Ausführungen zur Abgrenzung anzugeben.

Ergeben sich aus der Begutachtung Hinweise auf erforderliche andere Therapiemaßnahmen, ist dazu Stellung zu beziehen und eine Empfehlung auszusprechen.

Sachverhalte, die für die Entscheidung nicht relevant sind, werden im Gutachten nicht dokumentiert.

Datenschutzrechtlich bedeutsame Sachverhalte, die für eine Entscheidung relevant sind, insbesondere

- Mitteilungen vertraulicher oder persönlicher Natur im Rahmen z. B. psychotherapeutischer oder psychiatrischer Maßnahmen,
- private oder familiäre Probleme mit Erwähnung Dritter

werden im Gutachten dokumentiert, aber nicht an die Krankenkasse weitergeleitet. Eine summarische Aufführung bzw. Würdigung von solchen Sachverhalten ohne Erwähnung von Einzelheiten kommt nur dann in Betracht, wenn sie leistungsrechtliche Konsequenzen der Krankenkasse nach sich ziehen können.

5 Vorgehen bei Einspruch oder Widerspruch

Ein Widerspruch kann nur von Versicherten selbst oder ihren gesetzlichen Betreuern eingelegt werden. Einspruch können verordnende Zahnärztinnen und Zahnärzte oder Leistungserbringer erheben.

Ein Widerspruch oder Einspruch richtet sich gegen die Entscheidung der Krankenkasse. Ihr obliegt das weitere Verfahren. Sie kann den Medizinischen Dienst zu einer sozialmedizinischen Stellungnahme auffordern.

Für eine sachgerechte Begutachtung benötigt der Medizinische Dienst den dokumentierten Widerspruch oder den medizinisch begründeten Einspruch und ggf. neue medizinische Unterlagen.

Sollte ein Widerspruch oder Einspruch direkt an den Medizinischen Dienst geschickt worden sein, informiert dieser umgehend die zuständige Krankenkasse.

Generell ist in einem Widerspruchs-Gutachten darzustellen, auf welche Sachlage sich der Widerspruch bezieht und welche Punkte strittig sind. Im nächsten Schritt ist auf die vorgebrachten Argumente einzugehen und diese sind gutachtlich zu diskutieren. Werden neue Erkenntnisse aus eingereichten Befunden ersichtlich, die ein anderes Ergebnis bedingen, ist dieses plausibel herzuleiten und in einer für die Krankenkasse und Versicherten verständlichen Weise darzulegen.

6 Ergebnismitteilung

Art und Umfang der Ergebnismitteilung an die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte und an die Krankenkasse sind gesetzlich in § 277 Absatz 1 SGB V festgelegt.

Grundsätzlich liegt die rechtsverbindliche Benachrichtigung der Versicherten oder des Versicherten über das Ergebnis einer gutachtlichen Stellungnahme, wenn sie mit einer leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse verbunden ist, im Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse.

7 Anlagen

7.1 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die jeweils aktuelle Richtlinie (erster Teil – Richtlinientext und zweiter Teil – Heilmittelkatalog) findet sich auf der Interseite des Gemeinsamen Bundesschusses:

www.g-ba.de

7.2 Vereinbarung über den Heilmittelvordruck

Als Folge der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des G-BA wurde eine Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband über den Heilmittelverordnungsvordruck nebst Ausfüllhinweisen getroffen. In dieser Vereinbarung ist insbesondere aufgeführt, wie die einzelnen Felder der Heilmittelverordnung korrekt auszufüllen sind. Die Vereinbarung dient damit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenkassen und den Zahnärztinnen und Zahnärzten als Arbeitsgrundlage:

www.gkv-spitzenverband.de

7.3 Sozialgesetzbuch

Die in dieser Begutachtungsanleitung aus dem Sozialgesetzbuch zitierten Gesetze stammen aus:

MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG MDK, Sozialgesetzbuch SGB, Ausgabe 2020 (Rechtsstand: 1. Juli 2020), ip inside partner Verlag und Agentur GmbH

7.4 SFB Fallberatungsbogen (Beispiel)

Fallberatungsbogen Heilmittel - Vorderseite	
Krankenkasse	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Ansprechpartner/in	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Name, Vorname der Versicherten oder des Versicherten	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	Geburtsdatum Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	KV-Nr. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Beratungsanlass	
<input type="checkbox"/> Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V und § 7 HeiM-RL ZÄ <input type="checkbox"/>	
Andere Fragestellung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
Heilmitteltherapie seit (soweit bekannt) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
Leistungsauszüge der Krankenkasse zu bisherigen Heilmittelverordnungen (siehe Anlage) <input type="checkbox"/>	
ggf. erforderliche weitere Leistungsauszüge (siehe Anlage) <input type="checkbox"/>	
Weitere Daten: Wenn vorhanden, ergänzende Angaben mit Befundberichten zu	
<input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlungen <input type="checkbox"/> Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen <input type="checkbox"/> Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit	
Andere Unterlagen: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	
Vorherige Fallberatung des Medizinischen Dienstes: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. (siehe Fallberatungsbogen) <input type="checkbox"/>	
Weitere Hinweise: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes - Rückseite					
Diagnose(n): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.					
krankheitsbedingte funktionelle oder strukturelle Schädigungen und ggf. Beeinträchtigungen der Aktivitäten: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.					
Indikationsgruppe/Indikationsschlüssel: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
verordnete(s) Heilmittel: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.					
Beurteilung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.					
<input type="checkbox"/>	Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach <input type="checkbox"/> § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 7 HeiM-RL ZÄ wird empfohlen				
	Bei fehlender Aussagekraft der Unterlagen <input type="checkbox"/> weitere Ermittlungen				
	Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 7 HeiM-RL ZÄ <input type="checkbox"/> wird nicht empfohlen				
<input type="checkbox"/>	Hinweis auf andere notwendige Maßnahmen <input type="checkbox"/>				
Erläuterung oder Begründung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.					
Wiedervorlage beim Medizinischen Dienst nach: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Monaten					
Begutachtung beim Medizinischen Dienst erforderlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Erläuterungen/Hinweise zur Begutachtung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.					
Datum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Unterschrift: 				

7.5 Erläuterungen zum bio-psycho-sozialen Modell der WHO als konzeptionelle Grundlage der ICF und zum Behinderungsbegriff

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2001 entwickelten Familie von Klassifikationen im Gesundheitswesen. Sie ergänzt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems zu einem bestimmten Zeitpunkt auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben. Diese sogenannte finale Betrachtung der Funktionsfähigkeit ist ein Grundprinzip der ICF. Nicht die Entwicklung von Schädigungen und Beeinträchtigungen, sondern deren Ausprägungen zum Beurteilungszeitpunkt werden betrachtet.

Das der ICF zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell ermöglicht eine ganzheitliche Sichtweise und über die dargestellten Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und dem Lebenshintergrund einer betroffenen Person einen sozialmedizinischen Zugang zu Funktionsfähigkeit und Behinderung.

Mit den Items der ICF können krankheits- und behinderungsbedingte Auswirkungen auf die Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten, die Teilhabe sowie mögliche Einflüsse aus der Umwelt standardisiert beschrieben werden. Die ICF stellt somit eine einheitliche Terminologie für die Beschreibung der Auswirkungen eines Gesundheitsproblems zur Verfügung. Damit erleichtert sie die Kommunikationen zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, den Betroffenen selbst, aber auch Wissenschaftlern und der Politik. Für die Beschreibung von Einflüssen auf die Funktionsfähigkeit, die in der Person selbst begründet sind (personbezogene Faktoren), hat die WHO bislang keine Systematik zur Verfügung gestellt. Hierfür ist deshalb die Systematik der DGSMP „Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO“¹ zu verwenden, die unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes für den deutschen Sprachraum erstellt und publiziert wurde.

Gesundheitsproblem

Der englische Begriff „health condition“ ist mit dem etwas engeren Begriff „Gesundheitsproblem“ übersetzt. Als Gesundheitsproblem werden z. B. bezeichnet: Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Vergiftungen und andere Umstände wie Schwangerschaft oder Rekonvaleszenz. Das Gesundheitsproblem wird für viele andere Zwecke typischerweise als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD-10-GM erfasst bzw. klassifiziert.

¹ <https://www.dgsmp.de/materialien/systematik-der-dgsmp/>

7.5.1 Struktur der ICF

Die ICF hat eine duale Struktur. Sie besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten und insgesamt 1424 Items für die Komponente der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und Teilhabe und für die Umweltfaktoren (Abbildung 1). Eine Kodierung dieser Items ist in der GKV aber nicht vorgesehen.

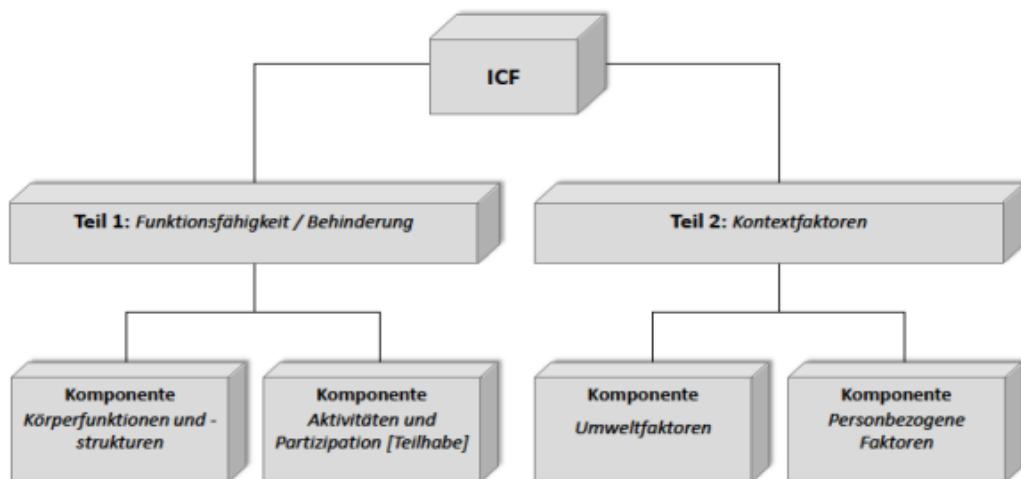


Abbildung 1: Struktur der ICF

- Teil 1 wird überschrieben mit den Begriffen Funktionsfähigkeit und Behinderung. Er enthält die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe).
- Teil 2 ist überschrieben mit dem Begriff Kontextfaktoren und untergliedert in die Komponenten umwelt- und personbezogene Faktoren.
- Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand und ihrem individuellen Lebenshintergrund (umwelt- und personbezogenen Faktoren).
- Behinderung ist nach ICF ein Oberbegriff für Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand und ihrem individuellen Lebenshintergrund.
- Kontext steht im allgemeinen Sprachgebrauch für den gesamten Lebenshintergrund einer Person.
- Kontextfaktoren sind Einflussfaktoren aus diesem Lebenshintergrund und können krankheits- oder behinderungsbedingte Auswirkungen auf allen Ebenen der Funktionsfähigkeit (Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe) positiv wie negativ haben.

Die Perspektive der **Behinderung** fokussiert auf Probleme im Gefolge eines Gesundheitsproblems (z. B. Schädigungen von Funktionen oder Strukturen oder Beeinträchtigung der Aktivität oder der Teilhabe), während die Perspektive der **Funktionsfähigkeit** die positiven Aspekte des Umganges mit dem Gesundheitsproblem bzw. des Behinderungsausgleiches in den Mittelpunkt rückt (z. B. trotz einer Unterschenkel-Amputation mit Hilfsmitteln noch laufen können wie ein Gesunder). Behinderung nach ICF

umfasst somit jegliche Schädigung oder Beeinträchtigung, die zu einem definierten Zeitpunkt vorliegt. Das SGB IX betrachtet Behinderung primär mit Blick auf die **Teilhabe** und knüpft diese an zwei Bedingungen: Die Teilhabebeeinträchtigung muss mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauern und darf nicht im Zusammenhang mit dem für das Lebensalter typischen Körper- und Gesundheitszustand stehen. Allerdings ist im SGB IX auch die drohende Beeinträchtigung der Teilhabe inkludiert, die sich mit der ICF nicht abbilden lässt.

7.5.2 Die Konzeption der ICF

Die Konzeption der ICF beruht auf dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO, mit Hilfe dessen mögliche Wechselwirkungen verdeutlicht werden können (Abbildung 2).

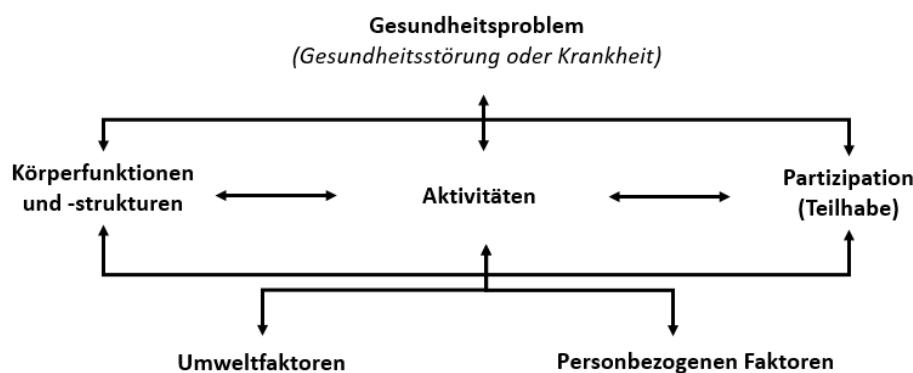


Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den Komponenten der ICF

Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess. Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise bei

- der Behandlung der Körperstruktur- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder beim Ausgleich einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

Das bio-psycho-soziale Modell der WHO ist damit eine unverzichtbare Matrix in der sozialmedizinischen Begutachtung.

Die Nutzung der ICF setzt die Kenntnis ihrer Grundbegriffe voraus.

7.5.3 Begriffe der ICF

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktionen werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu.

Unter Körperstrukturen versteht man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, Gliedmaßen oder einzelne Körperbestandteile wie Stammzellen. Defizite dieser Komponenten (Körperfunktionen oder Körperstrukturen) werden als Schädigungen bezeichnet.

Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)

Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenseins zu Grunde gelegt werden.

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Funktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person in einer bestimmten Situation dar. Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei ihrer Durchführung haben kann, z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege.

Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogensein in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein. Beeinträchtigungen können Probleme beispielsweise beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein. Defizite dieser Komponenten (Aktivitäten/Teilhabe) werden als Beeinträchtigungen der Aktivitäten bzw. Teilhabe bezeichnet.

Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogene Faktoren)

Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung sind einerseits abhängig von der Schwere und Art der Grunderkrankung, andererseits aber auch vom Einfluss der Kontextfaktoren. Bedeutsam sind Kontextfaktoren dann, wenn sie im Rahmen einer aktuellen Fragestellung als Förderfaktoren genutzt oder im negativen Fall (Barriere) günstig von außen beeinflusst werden sollen.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Assistenz, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Angeboten des Gesundheitssystems, fehlende soziale oder finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen.

Personbezogene Faktoren sind in der Person liegende Faktoren, die in Wechselwirkung zu den anderen Komponenten der ICF stehen können. Sie umfassen Gegebenheiten, die nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands und nicht Teil der Umwelt sind. Personbezogene Faktoren klassifizieren nicht

Personen, sondern sind im Einzelfall bedeutsame Einflussfaktoren einer Person auf deren Funktionsfähigkeit.

Während die Umweltfaktoren in der ICF klar konzeptualisiert und klassifiziert sind, stellt die WHO für die personbezogenen Faktoren nur eine stark vereinfachte konzeptionelle Definition zur Verfügung. Sozialmedizinische Gutachter und Gutachterinnen benötigen aber, insbesondere für die Ermittlung von Teilhabebedarfen, eine Systematik für die personbezogenen Faktoren, um alle relevanten und in der Person selbst liegenden Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit strukturiert berücksichtigen zu können. Hierfür steht ihnen die unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes erstellte und von der DGSMP publizierte Systematik zu den personbezogenen Faktoren zur Verfügung.

Beispielsweise stellen Faktoren wie Selbstvertrauen oder Ernährungsgewohnheiten nicht nur wesentliche Determinanten von Gesundheit und Funktionsfähigkeit dar, sondern können Ansatzpunkte für Interventionen sein.