



Ambulantes Zentrum für  
contergangeschädigte Menschen  
in der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik

# Langfristiger Heilmittelbedarf bei Menschen mit Conterganschädigung

**Informationen  
zur Ausstellung von sogenannten  
„Langfrist-Verordnungen“**

**Dieses Handout wurde geprüft durch  
die Kassenärztliche Bundesvereinigung**

Copyright © Interessenverband Contergangeschädigter NRW e.V.  
Jede Vervielfältigung, gewerbliche Nutzung und sonstige Verwertung, auch in Auszügen  
oder überarbeiteter Form, ist ohne ausdrückliche Zustimmung des Verfassers  
nicht gestattet (UrhG §53 bleibt unberührt).

Mai 2021

# Langfristiger Heilmittelbedarf

## 1. Grundsätzliches zu Heilmitteln

Es gibt 5 Heilmittelbereiche:

Die Maßnahmen der:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie)
- Podologischen Therapie
- Ernährungstherapie

Was ist die Heilmittel-Richtlinie?

- Regelwerk und Norm
- Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
- Sie bestimmt die möglichen Höchstmengen der Behandlungen pro Verordnung
- **NEU** und verändert seit **01.01.2021**

## 2. Die neue Heilmittel-Richtlinie (seit 01.01.2021)

Was ist neu?

- **einheitliches Verordnungsformular** für alle Heilmittelbereiche (Muster 13)
- **Regelfallsystematik entfällt** (keine Erst + Folge-VO, VO außerhalb des Regelfalles mehr)
- „**Orientierende Behandlungsmenge**“ (statt „Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls“)
- „**Dringlicher Behandlungsbedarf**“ innerhalb von 14 Tagen möglich
- Gültigkeit der Verordnung **jetzt 28 Tage** statt zuvor nur 14 Tage bis Behandlungsbeginn

Das Wichtigste:

- **3 vorrangige Heilmittel + ein ergänzendes Heilmittel sind gleichzeitig auf einem VO-Blatt möglich**
- **Die Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf sind unverändert**



### 3. Physiotherapie im „Normalfall“

#### Beispiel-Diagnose: Gebrochener Arm

Man bekommt „das Übliche“...

- > bis zu 6 Einheiten pro Verordnung Krankengymnastik (KG) = „Höchstmenge je Verordnung“
- > bis zu 18 Einheiten pro Verordnungsfall = „orientierende Behandlungsmenge“  
(also 3 Verordnungen à 6 Einheiten)
- > Frequenzempfehlung 1-3x wöchentlich

Weitere Verordnungen sind möglich, wenn das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wurde

#### Und wo steht das?

- > im Heilmittelkatalog (Zweiter Teil der Heilmittel-Richtlinie)

#### Diagnosegruppe EX (Auszug aus dem Heilmittelkatalog)

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<b>EX</b> <b>Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens</b> z.B. - Verletzungen, Frakturen - Zustand nach operativen Eingriffen - Arthrosen - Periarthropathien, Tendopathien - Bandersatz, Arthrodesen - Amputationen - entzündliche, auch rheumatische Gelenkerkrankungen - Entzündliche Systemerkrankungen (z.B. Kollagenosen) - Sympathische Reflexdystrophie Stadium I bis III - Luxationen (z.B. Hüfte, Patella, Schulter) - angeborene und erworbene Fehlhaltungen und Fehlstellungen der Füße - Fehlbildungen - Stoffwechselerkrankungen des Knochens (z.B. Osteogenesis imperfecta, Morbus Paget)	<p>a) <b>Schädigung/Störung der Gelenkfunktion</b> (einschließlich des zugehörigen Kapsel-Band-Apparats und der umgreifenden Muskulatur) z.B. - der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität - Schmerz (einschließlich Stumpf-, Phantomschmerz)</p> <p>a) <b>Schädigung/Störung der Muskelfunktion</b> z.B. - der Muskelkraft, -ausdauer und -koordination - des Muskeltonus - Schmerzen</p> <p>x) <b>[patientenindividuelle Symptomatik]</b></p>	<p><b>Vorrangige Heilmittel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- KG</li><li>- KG Gruppe</li><li>- KG-Gerät</li><li>- KG im Bewegungsbad</li><li>- KG im Bewegungsbad Gruppe</li><li>- MT</li><li>- Übungsbehandlung</li><li>- Übungsbehandlung Gruppe</li><li>- Übungsbehandlung im Bewegungsbad</li><li>- Übungsbehandlung im Bewegungsbad Gruppe</li><li>- Chirogymnastik</li><li>- KMT</li><li>- UVM</li><li>- SM</li><li>- PM</li><li>- BGM</li></ul> <p><b>Ergänzende Heilmittel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wärmetherapie</li><li>- Kältetherapie</li><li>- Elektrotherapie</li><li>- Hydroelektrische Bäder</li></ul> <p>Standardisierte Heilmittelkombination (bei komplexen Schädigungen gemäß §§12 Absatz 5 und 25 Heilm-RL)</p>	<p><b>Höchstmenge je VO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- bis zu 6x/VO</li></ul> <p><b>Orientierende Behandlungsmenge:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- bis zu 18 Einheiten</li><li>- bis zu 50 Einheiten längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres</li></ul> <p>davon jeweils bis zu 12 Einheiten für</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- standardisierte Heilmittelkombination</li><li>- Massagetherapien</li></ul> <p><b>Frequenzempfehlung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1-3x wöchentlich</li></ul> <p>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzel- falls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</p> <p>Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V siehe Anlage 2</p>

## 4. Die „Langfrist“-Verordnungen

(Korrekter Name: Langfristiger Heilmittelbedarf)

Die sogenannten „Langfrist-Verordnungen“ sind ohne Antrag möglich bei einer Diagnose + Diagnosegruppe aus der Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie (= langfristiger Heilmittelbedarf)

- Sie können direkt für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen ausgestellt werden
- Von Beginn an sind mehr Behandlungseinheiten möglich (z.B. 24 x MT + 24 x Elektrotherapie bei einer Frequenz von 1-3 x wöchentlich)
- Höchstmenge je Verordnung + Orientierende Behandlungsmenge sind nicht zu berücksichtigen
- Keine Genehmigung der Krankenkasse notwendig
- Sie fallen nicht unter die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arztpraxis

- ! **Vorsicht! Sie müssen dennoch medizinisch notwendig und wirtschaftlich sein!**  
! **Vorsicht bei Massagetherapien!!! (Nur 12 Massage-Einheiten können innerhalb von 6 Monaten von demselben Arzt für eine Indikation verordnet werden!!)**

## 5. Das Wichtigste „Werkzeug“: Die Anlage 2 der Heilmittel- Richtlinie

In der Liste der Anlage 2 finden sich die Diagnosen und entsprechenden Diagnosegruppen, für die ein langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt ist.

### Vorgehensweise

#### 1) Eine Contergan-Diagnose aus der Anlage 2 auswählen, die auf den Patienten zutrifft

-> Diagnoseschlüssel für conterganbedingte Fehlbildungen aus folgenden Bereichen:

- Q 71.0 – Q 71.9: Obere Extremitäten
- Q 72.0 – Q 72.9: Untere Extremitäten
- Q 87.0: Gesichtsbetonte Fehlbildungssyndrome

#### 2.) Eine der hier hinterlegten Diagnosegruppen auswählen, die auf die Beschwerden des Patienten zutrifft

-> Zum Beispiel:

- EX Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens
- WS Wirbelsäulenerkrankungen
- LY bei Lymphabflusstörungen (-> Lymphdrainagen)

## "Contergandiagnosen" (Auszug aus Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien)

### Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem

ICD-10	Diagnose	Hinweis/Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe		
			Physio-therapie	Ergo-therapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
M41.0- M41.1-	Idiopathische Skoliose beim Kind Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen	Skoliose über 20° nach Cobb bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	WS/ EX	SB1	
Q71.0	<b>Reduktionsdefekte der oberen Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)</b>				
Q71.1	Angenommenes vollständiges Fehlen der oberen Extremität(en)				
Q71.2	Angenommenes Fehlen des Ober- und Unterarmes bei vorhandener Hand				
Q71.3	Angenommenes Fehlen sowohl des Unterarmes als auch der Hand				
Q71.4	Angenommenes Fehlen der Hand oder eines oder mehrerer Finger				
Q71.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius				
Q71.6	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna				
Q71.7	Spaltarm				
Q71.8	Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en)				
Q71.9	<b>Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet</b>				
Q72.0	<b>Reduktionsdefekt der unteren Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)</b>				
Q72.1	Angenommenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en)				
Q72.2	Angenommenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß				
Q72.3	Angenommenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes				
Q72.4	Angenommenes Fehlen des Fußes oder einer oder mehrerer Zehen				
Q72.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs				
Q72.6	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Tibia				
Q72.7	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Fibula				
Q72.8	Spaltfuß				
Q72.9	Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en)				
Q73.0	<b>Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)</b>				
Q73.1	Angenommenes Fehlen nicht näher bezeichneter Extremität(en)				
Q73.8	Phokomelie nicht näher bezeichneter Extremität(en)				
Q73.9	Sonstige Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)				
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita		EX	SB1	
Q86.80	<b>Thalidomid-Embryopathie</b>				SP3. SP4. SP5 Nur Logopädie möglich!
Q87.0	Angenommene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichts		WS/ EX	SB2	SP3. SF/ SC

Vorsicht!

## 6. Ein Beispiel für eine „Langfrist-Verordnung“ für einen „Kurzarmer“

### 1.) Diagnoseschlüssel aus Anlage 2:

z.B. **Q 71.9**

= Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet

### 2.) Kombiniert mit einer dort hinterlegten Diagnosegruppe:

z.B. **EX**

= Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens: Fehlbildungen  
(Diesen Text findet man im Heilmittelkatalog, siehe nächste Seite.)

Zusatzangaben frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zusatzangaben frei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betreibestätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
2) Behandlungsrelevante Diagnose(n) <b>Q 71.9</b> Conterganbedingter Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet			
Diagnosegruppe	<b>EX</b>	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input checked="" type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)			
3) Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel			
Behandlungsreichweite			
Ergänzendes Heilmittel			
4) Therapiebericht Hausbesuch <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Therapiefrequenz <b>7</b>			
5) Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen			
6) ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise			
7) IK des Leistungserbringers		Vertragsarztsstempel / Unterschrift des Arztes	



## Diagnosegruppe EX (Auszug aus dem Heilmittelkatalog)

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<b>EX</b> Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens	<p><b>a) Schädigung/Störung der Gelenkfunktion</b> (einschließlich des zugehörigen Kapsel-Band-Apparats und der umgreifenden Muskulatur) z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität</li> <li>- Schmerz (einschließlich Stumpf-, Phantomschmerz)</li> </ul> <p><b>b) Schädigung/Störung der Muskelfunktion</b> z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Muskelkraft, -ausdauer und -koordination</li> <li>- des Muskeltonus</li> <li>- Schmerzen</li> </ul> <p><b>x) [patientenindividuelle Symptomatik]</b></p>	<p><b>Vorrangige Heilmittel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- KG</li> <li>- KG Gruppe</li> <li>- KG-Gerät</li> <li>- KG im Bewegungsbad</li> <li>- KG im Bewegungsbad Gruppe</li> <li><b>- MT</b></li> <li>- Übungsbehandlung</li> <li>- Übungsbehandlung Gruppe</li> <li>- Übungsbehandlung im Bewegungsbad</li> <li>- Übungsbehandlung im Bewegungsbad Gruppe</li> <li>- Chirogymnastik</li> <li>- KMT</li> <li>- UWM</li> <li>- SM</li> <li>- PM</li> <li>- BGM</li> </ul> <p><b>Ergänzende Heilmittel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wärmetherapie</li> <li>- Kältetherapie</li> <li><b>- Elektrotherapie</b></li> <li>- Hydroelektrische Bäder</li> </ul> <p><b>Standardisierte Heilmittelkombination</b> (bei komplexen Schädigungen gemäß §§12 Absatz 5 und 25 HeiM-RL)</p>	<p><b>Höchstmenge je VO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zu 6x/VO</li> </ul> <p><b>Orientierende Behandlungsmenge:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bis zu 18 Einheiten</li> <li>- bis zu 50 Einheiten längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres</li> </ul> <p>davon jeweils bis zu 12 Einheiten für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- standardisierte Heilmittelkombination</li> <li>- Massagetherapien</li> </ul> <p><b>Frequenzempfehlung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-3x wöchentlich</li> </ul> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i></p> <p><b>Langfristiger Heilmittelbedarf</b> gemäß § 32 Absatz 1a SGB V siehe Anlage 2</p>

## Weiter: Beispiel für eine „Langfrist-Verordnung“ für einen „Kurzarmen“

3.) Dann die zu den Beschwerden passende **Leitsymptomatik** laut Heilmittelkatalog (s.o.) wählen

z.B. **a) (= Schädigung/Störung der Gelenkfunktion)**

4.) **Und** das oder die notwendigen **vorrangigen Heilmittel** (und falls notwendig auch **ergänzenden Heilmittel**) laut Heilmittelkatalog wählen (= Behandlungsmethoden)

z.B. **MT** (= Manuelle Therapie)

und ergänzend falls notwendig:

z.B. **Elektrotherapie**

Zulassungsfrei Name, Vorname des Versicherten geb. am BVG Kostenbeiträgerkennung Betriebsteller-Nr. ② Behandlungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10 - Code)	Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Versicherten-Nr. Status Arzt-Nr. Datum Q 71.9 Conterganbedingter Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet Diagnosegruppe <b>EX</b> Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input checked="" type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben) Schädigung/Störung der Gelenkfunktion	Heilmittelverordnung 13 Physiotherapie ① Podologische Therapie ① Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ① Ergotherapie ① Ernährungstherapie
5 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges Heilmittel MT (Manuelle Therapie)	6 Behandlungseinheiten Ergänzendes Heilmittel Elektrotherapie ⑧ Therapiebericht Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Therapiefrequenz <input type="checkbox"/> 7 ⑩ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen ⑪ ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise	7 IK des Leistungserbringers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Muster 13 (10.2020)

## 7. Die richtige Anzahl der Behandlungen berechnen

- Beim „Langfristigen Heilmittelbedarf“ gemäß Anlage 2 brauchen die „Höchstmenge je VO“ und die „Orientierende Behandlungsmenge“ **nicht berücksichtigt werden**.
- Die Einheiten der vorrangigen Heilmittel müssen aber dennoch in **12** Wochen zu schaffen sein!
- Also sind die Anzahl und die Frequenz pro Woche wichtig:  
Beispiel: 24 x Manuelle Therapie (MT) für 12 Wochen  
Frequenzempfehlung: 1-3 x pro Woche  
(Grund:  $3 \times 12 = 36$  Einheiten sind maximal möglich, d.h. 24 Einheiten sind zu schaffen und Behandler und Patient haben mehr Flexibilität bei der Terminierung der Einheiten)
- Die ergänzenden Heilmittel fließen **nicht** in diese Berechnung und die Frequenz ein.  
Ihre Behandlungsmenge ist begrenzt durch die verordnete Anzahl der vorrangigen Heilmittel (hier also maximal 24 Einheiten).  
Beispiel: zusätzlich 24 x Elektrotherapie sind möglich

Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12-Wochen-Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung ihre Gültigkeit.

### Wichtig:

**Wirtschaftlichkeit und medizinische Notwendigkeit  
dürfen nie außer Acht gelassen werden!**

## Fertige Beispielverordnung

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Unfall-folgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**2 Behandlungsrelevante Diagnose(n)**  
ICD-10 - Code

**Q 71.9** Conterganbedingter Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet

Diagnosegruppe	<b>EX</b>	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input checked="" type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	patientenindividuelle Leitsymptomatik	<input type="checkbox"/> 4
----------------	-----------	--	---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------------------	----------------------------

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

**Schädigung/Störung der Gelenkfunktion**

**5 Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**  
Heilmittel

<b>Manuelle Therapie</b>	<b>6</b> Behandlungseinheiten <b>24</b>

Ergänzendes Heilmittel

<b>Elektrotherapie</b>	<b>24</b>
------------------------	-----------

**8** Therapiebericht      Hausbesuch **9** ja      **9** nein      Therapiefrequenz **7** **1 - 3 x wöchl.**

**10** Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

**11** ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

**Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien**

**12** IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Hilfreicher,  
aber nicht  
unbedingt  
notwendiger  
Hinweis



## 8. Noch ein Hinweis zu Doppeleinheiten:

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe vorrangige Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (= Doppelbehandlung) verordnet werden.  
Dennoch darf die Behandlungszeit 12 Wochen nicht überschreiten.

Bei der Verordnung von Doppeleinheiten ist folgendes zu beachten:

- Die verordnete Anzahl der Behandlungen bezieht sich auf die Einzeleinheiten (z.B. 24 x MT).
- Die Frequenz jedoch bezieht sich auf die Behandlungstermine der Doppelbehandlungen.  
Zur Sicherheit sollte eine Frequenzspanne angegeben werden von 1-2 x pro Woche.

Das heißt: 24 x MT (1-2 x pro Woche) als Doppelbehandlung verordnet,  
ergibt 1 Doppelbehandlung MT pro Woche für 12 Wochen  
oder 2 Doppelbehandlungen MT pro Woche für nur 6 Wochen.

### Wichtig:

Es dürfen nicht am selben Tag zwei verschiedene vorrangige Heilmittel als Doppeleinheit abgerechnet werden!  
Eine Doppeleinheit muss also aus zwei gleichen Therapien bestehen (2x MT und nicht z.B. MT + KG).

## 9. Achtung bei Massagetherapien!

Es dürfen nur insgesamt 12 Massage-Einheiten pro Verordnungsfall verordnet werden. Vorher waren nur 10 Einheiten im Regelfall verordnungsfähig.

### Das heißt im Klartext:

Für die gesamte Zeit, in der Sie fortlaufend von diesem Arzt Verordnungen aufgrund derselben Diagnose und Diagnosegruppe erhalten, darf Ihnen dieser Arzt wirklich nur 12 Massage-Einheiten im Rahmen eines Verordnungsfalls verordnen!!!

**Es gibt aber eine Möglichkeit, um fortlaufend Massagetherapien zu erhalten:**

→ Ausweichen auf die Verordnung von „KG“ (= Krankengymnastik)

Grundlage: Im Rahmen der „KG“ können nach § 19 Abs. 3 Nr. 3a auch Massagetechniken zur Anwendung kommen.

### Das heißt konkret:

Ihr Arzt könnte Ihnen statt 24 x Massage also 24 x Krankengymnastik (z.B. 2 x pro Woche) verordnen und zwar fortlaufend und ohne Unterbrechung. Im Rahmen dieser Krankengymnastik können auch Massagen angewendet werden.

**Bitte stimmen Sie diese Vorgehensweise unbedingt vorher mit Ihrer Physiotherapiepraxis ab! Nicht jeder behandelnde Masseur darf auch KG erbringen!**

## 10. Noch ein Wort zu Blankoverordnungen:

Die Verhandlungen zu Blankoverordnungen laufen noch.

Es wird frühestens mit einem Inkrafttreten von Blankoverordnungen zum **01.01.2022** gerechnet.

Dann trifft nicht mehr der Arzt, sondern der Heilmitteltherapeut die Auswahl der Heilmittelleistung, bestimmt Behandlungsfrequenz und Menge der Behandlungseinheiten. Die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit von Blankoverordnungen liegt dann nicht mehr auf ärztlicher Seite, sondern wird von den Therapeuten übernommen. Die Kosten für die Blankoverordnungen werden im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung aus dem ggf. vereinbarten ärztlichen Heilmittel-Budget herausgerechnet.

Wir hoffen, Ihnen und Ihrem Arzt mit diesem Handout die Ausstellung von sog. „Langfrist-Verordnungen“ speziell für contergangeschädigte Menschen zu erleichtern.

Die Bestätigung über die erfolgte Prüfung dieser Informationen finden Sie in der nachfolgenden Anlage.

Bei Fragen oder zu Anregungen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung!

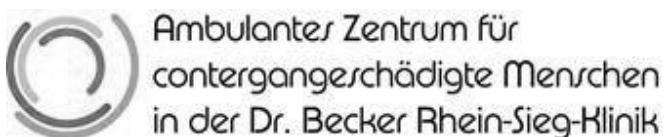
Mit den besten Grüßen und bitte bleiben Sie gesund!

Herzlichst

Irmela Aurich

Diplom-Betriebswirtin  
Ergotherapeutin

Koordinatorin



Tel: 02293 81 79 556

Mobil: 0152 02 95 99 01

Email: [koordination@behandlungszentrum-contergan-nrw.eu](mailto:koordination@behandlungszentrum-contergan-nrw.eu)

Website: [Ambulantes Zentrum für contergangeschädigte Menschen \(dbkg.de\)](http://Ambulantes Zentrum für contergangeschädigte Menschen (dbkg.de))

Film zum Zentrum: [LVCNRWEV – LVCNREW \(contergan-nrw.eu\)](http://LVCNRWEV – LVCNREW (contergan-nrw.eu))

Interessenverband Contergangeschädigter  
Nordrhein-Westfalen e.V.  
Hilfswerk für vorgeburtlich Geschädigte  
[www.contergan-nrw.eu](http://www.contergan-nrw.eu)



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kassenärztliche Bundesvereinigung > Herbert-Lewin-Platz 2 > 10623 Berlin

Frau Irmela Aurich  
Ambulantes Zentrum für contergangeschädigte  
Menschen in der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik

Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin  
Postfach 12 02 64  
10592 Berlin  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de)

**Prüfung des Handouts „Langfristiger Heilmittelbedarf  
bei Menschen mit Contergenschädigung“ (Stand Mai 2021)**

Sehr geehrte Frau Aurich,

vielen Dank für Ihre Fragen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Hiermit kann  
ich Ihnen die Prüfung des oben benannten Handouts bestätigen.

Sebastian Prechel-Radon  
Fachreferent  
Versorgungsmanagement/  
Abteilung Veranlasste  
Leistungen

E-Mail: [SPrechel-radon@kbv.de](mailto:SPrechel-radon@kbv.de)  
SPR  
20. Mai 2021

Die KBV übernimmt jedoch keine Gewähr für Vollständigkeit, Aktualität und  
Richtigkeit. Haftungsansprüche gegen die KBV, die sich auf Schäden materieller oder  
ideeller Art beziehen, welche durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser  
Publikation des Ambulanten Zentrums für contergangeschädigte Menschen in der  
Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik enthaltenen Informationen oder durch fehlerhafte und  
unvollständige Informationen verursacht wurden, sind ausgeschlossen.

Mit freundlichen Grüßen

Sebastian Prechel-Radon  
Fachreferent