

# Ärztliche Verordnung ab dem 01.07.2004, bezüglich aller Erkrankungen mit Lymphabflussstörungen - im gesetzlichen Krankenkassensystem

– der endgültige Text der neuen Heilmittelrichtlinien und der Katalog wurden am 09. Juni über den Bundesanzeiger veröffentlicht

- Für die „Manuelle Lymphdrainage“ (MLD), vorrangiges Heilmittel (A), sind nun alle bisherigen Indikationen (Einzeldiagnosen und Leitsymptomaten) auf drei Seiten des Kataloges zusammengefasst: Diagnosegruppe LY1, LY2 bzw. LY3
  - Für mit MLD (einschl. Kompressionsbandagierung) behandelbaren Lymphabflussstörungen, Ödeme, Schwellungen etc. sind nur Beispieldiagnosen aufgeführt.
  - Fallbezogen + symptomorientiert sind vom Arzt festzulegen:
    - die Zeiteinheit für die MLD in Minuten (30 min., 45 min. oder 60 min.) und
    - die jeweils nötige Behandlungsfrequenz pro Woche (z.B. 5x, 2-3x, 1-2x etc.). Der Katalog nennt nur noch die Mindestzahl pro Wo. Eine Entstauung (KPE 1) braucht eine hohe Frequenz, eine Erhaltungsphase (KPE 2) eine zumeist deutlich niedrigere Frequenz
  - Behandlungsziele sind: „Entstauung sowie Besserung des Lymphflusses, der aktiven Muskel-Venen-Pumpe, des Haut- und Unterhautstoffwechsels, auch zur Vermeidung weiterer Sekundärkomplikationen“
  - Eine lymphologische Kompressionsbandagierung (LKV) ist, wie bisher, ärztlich zu verordnen – Kontraindikationen für Bandagierung sind zu beachten:
    - der LKV wird in der selben Zeile hinter z.B. MLD 45 min. zusätzlich notiert, zumeist in der Entstauungsphase
    - Therapeuten können diese Nebenleistung eigens abrechnen, genauso wie die ergänzenden Heilmittel
    - das Bandagieren soll nicht zu Lasten der Behandlungszeit der MLD gehen – genaueres regeln die Verträge zw. Therapeuten und Kassen
- Kompressionsbandagierung ist, per Definition, eine „Nebenleistung“ der Heilmittelerbringer, deswegen nicht unter ergänzendes Heilmittel (C) gelistet. Rahmenverträgen zwischen Berufsverbänden der Heilmittelerbringer und den Leistungsträgern haben Abrechnungsziffer und deren Vergütung für die Therapeuten festgelegt. Kompressionsmaterial ist gesondert zu verordnen als Verbandsmittel. Kurzzugbinden bei manchen Kassen bisher auch als Hilfsmittel.
- ergänzendes Heilmittel (C): Übungsbehandlung (komplettiert die KPE 1, ein Eigenübungsprogramm kann erlernt werden) - auf Grund der sehr vielfältigen Indikationen unter LY 1-3, kann aber auch zeitweise sinnvoll sein - Kältetherapie / Wärmetherapie (insbesondere heiße Rolle) / Elektrotherapie.

Wenn eine weitere Indikation / Leitsymptomatik besteht kann ein zweites vorrangiges Heilmittel (A) verordnet werden: s. entspr. Seiten des Kataloges

- LY1: **Lymphabflussstörungen mit prognostisch kurzzeitigen Behandlungsbedarf** mit a: MLD-30 / MLD-45 / MLD-60 und b: MLD-30  
Erst-VO: bis zu 6x/VO Folge-VO: bis zu 6x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles: bis zu 12 Einheiten mind. Freq: 2x / Wo.
- LY2: **Lymphabflussstörungen mit prognostisch längerdauernden Behandlungsbedarf** nur a: MLD-45 / MLD-60  
Erst-VO: bis zu 6x/VO Folge-VO: bis zu 6x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles: bis zu 30 Einheiten mind. Freq: 1x / Wo.
- LY3: **Chronische Lymphabflussstörungen bei bösartigen Erkrankungen** nur a: MLD-45 / MLD-60  
Erst-VO: bis zu 10x/VO Folge-VO: bis zu 10x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles: bis zu 50 Einheiten mind. Freq: 1x / Wo.

Ist die zunächst gewählte Gesamtverordnungsmenge verlaufsabhängig nicht ausreichend, kann immer von LY1 zu LY2 gewechselt werden, ebenso von LY2 zu LY3 - letzteres nur bei onkologischen Patienten mit manifesten Lymphödemen. Die bereits aufgeschriebenen Einheiten sind anzurechnen.

Ein neuer Regelfall kann bei „erneuter Krankheitsphase, Rezidiv“ begonnen werden, frühestens aber erst 12 Wochen nach Abschluss des vorherigen Regelfalles. Beim Auftreten einer unabhängigen Krankheit derselben Diagnosegruppe ist diese Frist nicht einzuhalten!

Ist nun ein Patient **längerfristig, über die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles von LY2 bzw. LY3 hinaus, zu behandeln**, so ist auf dem Verordnungsblatt vom Arzt dafür eine Begründung und prognostische Einschätzung einzutragen. Der Patient beantragt damit bei seiner Kasse die Behandlung außerhalb des Regelfalles - **chronische Pat. mit der alte Langfristverordnung vor dem 01.07. + kontinuierlichem Behandlungsbedarf, brauchen den Regelfall nicht zu durchlaufen!**

Bis der Leistungsträger sein Genehmigungsverfahren abgeschlossen hat, ist auf jeden Fall eine kontinuierliche Weiterbehandlung gewährleistet. „**Außerhalb des Regelfalles“ ist die Anzahl an Einheiten MLD pro Verordnung aufschreibbar - gemäß der individuell nötigen Behandlungen, dass mindestens eine Vorstellung pro Quartal beim Facharzt ausreicht.** „Kleine“ 6er oder 10er Rezepte sind dann nicht nötig. Jedes weitere Rezept ist bei der Kasse neu zu beantragen.

Achtung: Die einzelnen Kassen können einen „**Genehmigungsverzicht**“ beschließen und melden dies der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV).

- diese Kassen-Versicherten müssen Verordnungen "außerhalb des Regelfalles" nicht zur Prüfung vorlegen.

- Betroffenen ist es zu empfehlen, sich bei der eigenen Kasse zu erkundigen. Die Kassen sind in der Entscheidung frei, ob „Genehmigungsverzicht“ ja, nein bzw. wie lange und für welche einzelnen Diagnosegruppen er gelten soll!

- einige Krankenkassen haben diesen **für LY2 und LY3** bereits ausgesprochen (wie z.B. **alle Ersatzkassen** und die **IKK**: Baden-Württemberg, Hessen, Saarland und die **AOK**: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, aber: AOK Brandenburg für LY3 „Genehmigungsverzicht“, nicht aber für LY2!).

Die Indikationen des alten Heilmittelkataloges für MLD (s.u.) sind bei Bedarf nach wie vor versorgbar, auch wenn sie nicht mehr beispielhaft aufgeführt sein sollten. MLD, zuvor auf mehr als 13 Seiten aufgeführt, ist ja nun ganz allgemein auf 3 Seiten zusammengefasst. Bei anderen Katalogseiten, wenn andere Therapieformen im Vordergrund stehen, gibt es Verweise auf LY1.

HMR von 2001: Post-Op und nach Gelenkersatz, Morbus Sudeck Stadium I + II; entzündlichen Gelenkerkrankungen (verschiedene Formen der Arthritis); akuten und subakuten Erkrankungen peripherer Gelenke (traumatisch, degenerativ, angeboren und erworben, wie z.B. Arthrosen, Distorsionen / Kontusionen); Muskelerkrankungen (entzündlich, autoimmunologisch, degenerativ, genetisch, wie z.B. Muskeldystrophien); Erkrankungen des Rückenmarks (angeboren, toxisch, degenerativ, traumatisch, entzündlich, tumorös, vasculär, wie z.B. Querschnittssyndrom, Syringomyelie, Spina bifida); peripheren Nervenläsionen (wie z.B. Paresen, Plexus-, Nervenwurzelläsionen, Polyneuropathien); Z.n. Thorakotomie; venösen Gefäßerkrankungen (CVI mit Ulcus, Post-Thrombotisches Syndrom); Lymphödemen (chronisch und chronisch ausgeprägte, sowohl schmerzhaft oder nicht schmerzhaft lymphostatische Schwellungen: primäre, sekundäre, phlebolymphostatisch); Sklerodermie.

Entscheidend ist die Symptomatik, aber auch immer die Ursachen für den gestörten Abtransport der Lymphe aus dem Gewebe. Relativ unauffällige Mikrozirkulationsstörungen im Gewebe können genauso einer MLD-Behandlung bedürfen, wie es deutliche Schwellungen mit/ohne Schmerzen sein können. Eiweißablagerungen, Bindegewebsveränderung und langsam zunehmende Beeinträchtigung der feinsten Lymphgefäße in Haut, Unterhaut und Gelenkstrukturen kann durch die richtige Kombination und Dosierung von MLD, Kompression bzw. ergänzenden Heilmitteln vorgebeugt und Schmerzen deutlich reduziert werden. Wie bei Lipödemen, Mischödemen und z.B. aber auch bei der Fibromyalgie. Eigenübungsprogramme können sehr gut die Therapie unterstützen. Es muss nicht erst zu übermäßig dicken Beinen / Arm kommen.

Mit den neuen HMR bedarf es mehr denn je Ärzte die auch eine lymphologische Sicht auf Erkrankungen haben, die physikalische Ödemtherapie verstehen und koordinieren können. „Lymphabflussstörungen" haben vielfältigste Ursachen.

Zur Erinnerung, seit diesem Jahr gilt: **schwerwiegend chronisch krank = maximal 1% vom Bruttoeinkommen muss zugezahlt werden**

Wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Erkrankung pro Quartal, auf das jeweils vergangene Jahr bezogen) und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

-Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3

-mind. 60 % Grad der Behinderung (GdB) bzw. mind. 60 % Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

-eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Gesundheitsstörungen der o.g. Krankheit zu erwarten ist.

Bei chronischen Lymphabflussstörungen, die über lange Zeiträume zu Verschlechterung und Sekundärkomplikationen neigen, unabhängig ob gutartiger oder bösartiger Ursache, droht ohne kompetente Betreuung zumindest eine dauerhafte Einschränkung der Lebensqualität (weitere Voraussetzung).

Ein Antrag kann bei der Kasse erst eingereicht werden, wenn bereits 1 % zugezahlt wurde (Quittungen). Unkomplizierte Überschlagsrechnung: [www.zuzahlung.de](http://www.zuzahlung.de)

PS: Falls ein **Schwerbehindertenausweis** vorliegt, ist eine chronische Lymphabflussstörung bzw. Veränderungen, Komplikationen bereits mitberücksichtigt?

Informationen zusammengestellt vom Bundesverband Lymphselbsthilfe, Günthersgraben 13 in 35392 Giessen