

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf

Vom 19. Mai 2016

### Inhalt

<b>1</b>	<b>Rechtsgrundlagen.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Neuordnung des langfristigen Heilmittelbedarfs .....</b>	<b>3</b>
2.1.1	Hintergründe / Entscheidungsgründe für eine Neuregelung.....	3
2.1.2	Neuregelung in § 8a der Heilmittel-Richtlinie.....	4
2.1.3	Festlegung einer Diagnoseliste als Anlage 2 der Heilmittel- Richtlinie.....	7
<b>2.2</b>	<b>Weitere Änderungen der HeiM-RL.....</b>	<b>17</b>
2.2.1	Änderung § 15 HeiM-RL.....	17
2.2.2	Änderung des § 18 HeiM-RL.....	17
2.2.3	Änderung § 19 HeiM-RL.....	17
2.2.4	Änderung § 28 HeiM-RL.....	17
<b>2.3</b>	<b>Änderungen des zweiten Teil der HeiM-RL (Heilmittelkatalog) .....</b>	<b>17</b>
2.3.1	Änderung im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen .....	17
2.3.2	Änderung des Abschnitts 1 im Indikationskatalog Maßnahmen der Physikalischen Therapie.....	17
2.3.2.1	CS - Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall .....	17
2.3.3	Änderung des Abschnitts 3 im Indikationskatalog Maßnahmen der Physikalischen Therapie.....	18
2.3.3.1	AT3 – Spalte Diagnosengruppe.....	18
2.3.3.2	AT3a – Spalte Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung.....	18
2.3.3.3	AT1c, AT2c und AT3c – Spalte Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung.....	18

2.3.3.4	LY2 und LY3 – Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall, A. vorrangige Heilmittel.....	18
3	Würdigung der Stellungnahmen .....	18
4	Bürokratiekostenermittlung.....	20
5	Verfahrensablauf .....	21
6	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	23
6.1	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens.....	23
6.2	Eingegangene schriftliche Stellungnahmen.....	23
6.3	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen .....	24
6.3.1	Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen .....	24
6.3.2	Stellungnahmen zur Änderung des § 8 Absatz 1, 3, 5, 6 HeilM-RL > „besondere“ .....	27
6.3.3	Stellungnahmen zur Änderung des § 8 Absatz 6 HeilM-RL .....	29
6.3.4	Stellungnahmen zur Änderung des §8 Absatz 7 HeilM-RL .....	30
6.3.5	Stellungnahmen zur Diagnoseliste (grundsätzliche Ausführungen) .....	31
6.3.6	Stellungnahmen zur Diagnoseliste (Ergänzungsvorschläge Diagnosen) .....	35
6.3.7	Stellungnahmen zur Diagnoseliste (Ergänzungsvorschläge Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel).....	67
6.3.8	Stellungnahmen zur Änderung des § 15 Abs. 1 .....	69
6.3.9	Stellungnahmen zur Änderung des § 18 Abs. 2 Ziff. 7 .....	71
6.3.10	Stellungnahmen zur Liste Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf .....	72
6.4	Mündliche Stellungnahmen .....	78
6.5	Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	78

## **1 Rechtsgrundlagen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/ HeilM-RL) regelt der G-BA gemäß § 92 Abs. 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

## **2 Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Neuordnung des langfristigen Heilmittelbedarfs**

#### **2.1.1 Hintergründe / Entscheidungsgründe für eine Neuregelung**

Mit der Neufassung der HeilM-RL vom 20. Januar 2011 hat der G-BA die HeilM-RL auch um eine Regelung bezüglich einer langfristigen Genehmigung von Heilmittel-Verordnungen bei schweren, dauerhaften funktionellen und strukturellen Schädigungen ergänzt. Die Regelung trägt insbesondere den Fällen Rechnung, in denen ein notwendiger Behandlungsbedarf für einen längeren Zeitraum ohne Unterbrechungen erforderlich ist. In § 8 Abs. 5 HeilM-RL sind bisher die Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf verankert, welche im Rahmen der Richtlinienänderung angepasst werden sollen. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in § 32 SGB V einen neuen Absatz 1a zur Verordnung von Heilmitteln für Versicherte, die langfristig Heilmittel benötigen, eingefügt. Damit hat die bereits beschlossene Regelung in der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie in § 8 Abs. 5 HeilM-RL eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage erhalten. Der G-BA wurde beauftragt, das Nähere zu regeln, insbesondere die Konkretisierung des begünstigten Personenkreises, die Anforderungen an die ärztliche Begründung des Antrages sowie die zeitliche Befristung der Genehmigung.

Darüber hinaus sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) aufgrund einer Änderung des § 84 Abs. 8 SGB V durch das GKV-VStG beauftragt worden, eine Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln festzulegen, die bei den Prüfungen nach § 106 SGB V anzuerkennen sind. Hierfür haben der GKV-SV und KBV eine Vereinbarung zu Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V mit Indikationslisten und Angaben zu den jeweiligen ICD-10-Codes-GM geschlossen. Gegenstand dieser Vereinbarung war auch eine Liste (Anlage 2 der Vereinbarung) über Indikationen mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V. Im Weiteren als „Diagnoseliste“ bezeichnet.

In seiner Sitzung am 22. November 2012 hat der G-BA beschlossen ein Merkblatt zum langfristigen Heilmittelbedarf auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen, mit dem Ziel durch die Klarstellungen ein vereinfachtes einheitliches und damit beschleunigtes Verfahren für die Genehmigung von langfristiger Heilmittelbehandlung zu erreichen. Das Merkblatt nimmt Bezug auf die zwischen GKV-SV und KBV vereinbarte Diagnoseliste, die Anlage des Merkblattes ist. Der G-BA hat sich darauf verständigt, zu einem späteren Zeitpunkt zu überprüfen, ob sich das Merkblatt im Versorgungsalltag bewährt.

Aufgrund der Erkenntnisse aus einer eigenverantwortlichen Fragebogenerhebung durch die Bänke des G-BA und der PatV zur Umsetzung des langfristigen Heilmittelbedarfs in der Versorgung, hat der G-BA in seiner Sitzung am 18. Juni 2015 das Beratungsverfahren zur Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf eingeleitet und den

Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) mit der Durchführung der Beratungen beauftragt. An der Befragung haben Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Krankenkassen teilgenommen. Das gemeinschaftliche Ergebnis der Befragung war, dass der bürokratische Aufwand sehr hoch und die Regelungen zum langfristigen Genehmigungsverfahren zu komplex seien. Dies führe dazu, dass sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten diese nur mit erheblichem Aufwand nachvollziehen können.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die Regelung des § 32 Abs. 1a SGB V modifiziert und den G-BA beauftragt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Heilmittelbedarf zu regeln. Durch die Änderung des § 32 Abs. 1a SGB V hat der G-BA zukünftig zu regeln, ob und gegebenenfalls in welchen Fällen ein Genehmigungsverfahren durchgeführt werden soll. Hierbei besteht der Spielraum zu entscheiden, ob gänzlich auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet oder ob z.B. für bestimmte Fälle, bei denen eine medizinische Prognose als schwierig angesehen wird, ein Genehmigungs- oder Begutachtungsverfahren durchgeführt werden soll. Ebenfalls obliegt es dem G-BA anhand konkreter Kriterien zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf anzunehmen ist. Dies kann in Form einer *Diagnoseliste* erfolgen.

### **2.1.2 Neuregelung in § 8a der Heilmittel-Richtlinie**

#### **Allgemeines**

Die Überführung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf in einen neuen § 8a dient dazu, die bisher an verschiedenen Stellen (u.a. in der Heilmittel-Richtlinie, im Merkblatt und in Einzelschreiben des G-BA sowie in bilateralen Vereinbarungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband) getroffenen Regelungen zu bündeln, um so Normenklarheit herzustellen. Der neue § 8a bildet nunmehr die zentrale Rechtsgrundlage für den langfristigen Heilmittelbedarf innerhalb der Heilmittel-Richtlinie. Mit der Herausnahme der Regelung aus dem bisherigen § 8 wird zudem der langfristige Heilmittelbedarf vom Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls auch im Richtlinien text entkoppelt. Die vorherige Regelung in einem Paragraphen hatte fälschlicherweise eine Verbindung beider Sachverhalte suggeriert.

#### **Zu Absatz 1**

Ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V ergibt sich auch weiterhin aus der sich aus der ärztlichen Begründung ergebenden Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und dem sich daraus nachvollziehbar ergebenden Therapiebedarf der oder des Versicherten mit Heilmitteln. Damit wird auch der gesetzgeberischen Intention weiterhin Rechnung getragen, den Zugang und die Behandlungskontinuität von Menschen mit schweren Behinderungen oder schweren chronischen Erkrankungen, die fortlaufend Heilmittel benötigen, zu verbessern.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 Satz 1 integriert die bisher als Anlage zum Merkblatt veröffentlichte Diagnoseliste – als neue Anlage 2 – in die Heilmittel-Richtlinie. Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt damit seine Kompetenz aus § 32 Absatz 1a Satz 1 und 2 SGB V i. d. F. GKV-VSG wahr, das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf zu regeln und mittels einer Diagnoseliste zu bestimmen, in welchen Fällen ein langfristiger Heilmittelbedarf angenommen wird (vgl. Begründung des 14. Ausschusses zum GKV-VSG, § 32 Abs. 1a SGB V). Satz 2 legt fest, dass bei den in der Anlage 2 aufgeführten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges kein individuelles Antrags- und Genehmigungsverfahren stattfindet. Dies dient dazu, sowohl die Versicherten als auch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer sowie Krankenkassen von unnötigem bürokratischem Aufwand zu entlasten. Bei den gelisteten Diagnosen handelt es sich um so schwerwiegende

Erkrankungen bei denen von einem Therapiebedarf von mindestens einem Jahr ausgegangen wird.

### **Zu Absatz 3**

Versicherte mit einer schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung, die nicht in der Anlage 2 gelistet ist, können auch weiterhin gegenüber der Krankenkasse eine Feststellung beantragen, ob im Einzelfall ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V besteht und die medizinisch notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können. Mit der Regelung soll eine Benachteiligung von Versicherten mit vergleichbar schweren und langfristigen Schädigungen hinsichtlich der Leistungsgewährung und ggf. erforderliche Genehmigungen bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls vermieden werden.

### **Zu Absatz 4**

Absatz 4 regelt, auf welcher Grundlage die Krankenkasse über Anträge nach Absatz 3 entscheidet. Der erste Spiegelstrich stellt klar, dass die Antragstellung durch den oder die Versicherte selbst erfolgt. Der zweite Spiegelstrich regelt, dass einem Antrag nach Absatz 3 stets eine von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzte vollständig ausgefüllte und unterschriebene Verordnung in Kopie beigelegt sein muss, um der Krankenkasse eine Entscheidung über den langfristig medizinisch notwendigen Therapiebedarf mit Heilmitteln zu ermöglichen. Das Original der Verordnung verbleibt bei der oder dem Versicherten, damit die erforderliche Heilmittelbehandlung zeitnah bereits während der Dauer des Genehmigungsverfahrens aufgenommen werden kann. Der dritte Spiegelstrich regelt, dass die Krankenkasse bei der Entscheidung über Anträge nach Absatz 3 - soweit erforderlich - den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einbezieht.

Gemäß § 275 Abs. 1 SGB V hat die Krankenkasse bei der Erbringung von Leistungen, insbesondere bei der Prüfung der Voraussetzungen, der Art und des Umfangs der Leistungen, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Gemäß der gesetzlichen Bestimmung obliegt die letztendliche Entscheidung über eine Einbeziehung des MDK im Ermessen der Krankenkasse. Dies ist vor dem Hintergrund zügiger und bürokratiearmer Genehmigungsentscheidungen insbesondere in den Fällen sachgerecht, in denen die Krankenkasse die medizinische Beurteilung von Anträgen nach Absatz 3 selbst vornehmen kann oder die Entscheidung aufgrund der vorliegenden Unterlagen und Informationen ohne weitere Beteiligung des Medizinischen Dienstes getroffen werden kann.

### **Zu Absatz 5**

Der Bezug zu § 3 Abs. 5 der Heilmittel-Richtlinie stellt im Zusammenhang mit der Entscheidung über Anträge nach Absatz 3 klar, dass sich die Indikation für die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V nicht aus der Diagnose allein ergibt. Voraussetzung ist auch hier, dass auf Grund der prognostischen Einschätzung der langfristige Heilmittelbedarf über mindestens ein Jahr unter Gesamtbetrachtung der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten und unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt medizinisch notwendig ist.

Bezüglich einer Vergleichbarkeit gemäß Absatz 3 ist zwischen zwei Sachverhalten zu unterscheiden:

1.) Grundsätzlich gilt als Beurteilungsmaßstab für die Vergleichbarkeit, dass die bei der Antragstellerin oder dem Antragsteller konkret bestehenden funktionellen/strukturellen Schädigungen eine vergleichbare Schwere und Dauerhaftigkeit sowie einen über mindestens ein Jahr andauernden Therapiebedarf mit Heilmitteln aufweisen müssen, wie dies bei den in der Anlage 2 aufgeführten Diagnosen in Verbindung mit den dort jeweils aufgeführten Diagnosegruppen des Heilmittelkataloges zu erwarten ist.

2.) Eine Vergleichbarkeit gemäß Absatz 3 kann jedoch ausnahmsweise auch dann gegeben sein, wenn bei der Antragstellerin oder dem Antragssteller mehrere einzelne funktionelle/strukturelle Schädigungen bestehen, die für sich allein gesehen zwar nicht die Voraussetzungen für einen langfristigen Heilmittelbedarf erfüllen, diese aber in Summe zu solch schweren und dauerhaften Beeinträchtigungen der Aktivitäten und einem langfristigen Therapiebedarf mit Heilmitteln führen, wie er auch bei Diagnosen der Anlage 2 zu erwarten ist.

Bei der medizinischen Einschätzung über Anträge nach Absatz 3 hat die Krankenkasse unter Berücksichtigung von § 275 Abs. 1 SGB V den MDK einzubeziehen, soweit zusätzlicher medizinischer Sachverstand erforderlich ist (vgl. auch Ausführungen zu Absatz 4).

Bei der Bewertung von Anträgen nach Absatz 3 ist – wie auch bei der Heilmittelverordnung durch den Vertragsarzt – der individuelle patientenbezogene Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieziele und die Therapieprognose in Bezug auf die langfristige beantragte Heilmitteltherapie zu berücksichtigen.

Die Aufgabe des MDK-Gutachter ist es in diesen Fällen, die Schwere und Langfristigkeit der konkret beim Antragsteller bestehenden funktionellen/strukturellen Schädigungen im Vergleich zu der Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen, die bei in Anlage 2 der HeilM-RL genannten Diagnosen zu erwarten sind, medizinisch zu bewerten.

Der Therapiebedarf besteht, wenn als Folge einer Krankheit Schädigungen der Körperstruktur bzw. der Körperfunktion und ggf. Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, die gezielt einer Behandlung mit Heilmitteln bedürfen. Die Patienten / der Patient muss zudem therapiefähig sein. Dies betrifft insbesondere die körperliche, geistige und seelische Verfassung der oder des Patienten. Eine längerfristige Heilmittelbehandlung erfordert eine ausreichende Motivation (einschließlich Motivierbarkeit) und Belastbarkeit der Patientin / des Patienten für die Heilmitteltherapie. Die Therapiefähigkeit hängt neben den funktionellen und strukturellen Schädigungen vorrangig von personenbezogenen Kontextfaktoren ab.

Die Therapieprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Therapieziels. Durch eine geeignete Heilmittelanwendung – auch in Kombination mit weiteren ärztlichen Leistungen – sollte in einem bestimmten Zeitraum unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkrankungen und des bisherigen Therapieverlaufs eine positive Beeinflussung von Schädigungen der Körperstruktur bzw. der Körperfunktion und ggf. beeinträchtigter Aktivitäten 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.

Bei der Entscheidung über Anträge nach Absatz 3 ist ausschlaggebend, dass aufgrund der bei der oder dem Versicherten vorliegenden dauerhaft schweren funktionellen/strukturellen Schädigungen ein Therapiebedarf mit Heilmitteln durchgängig für einen Zeitraum von mindestens 1 Jahr besteht. Allerdings ergibt sich auch bei dauerhaften bestehenden funktionellen/strukturellen Schädigungen häufig eine wechselnde Leitsymptomatik. Bei der Genehmigung durch die Krankenkasse ist daher zu berücksichtigen, dass eine Anpassung der Heilmittelauswahl und Frequenz gemäß der dem Antrag zugrundeliegenden Indikations- bzw. Diagnosegruppe aufgrund einer sich im Genehmigungszeitraum ggf. verändernden Leitsymptomatik möglich ist.

## **Zu Absatz 6**

Im Gegensatz zum medizinisch notwendigen Heilmittelbedarf bei dauerhaften schweren funktionellen/strukturellen Schädigungen ist davon auszugehen, dass bei prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf der in der Heilmittel-Richtlinie abgebildete Regelfall und die zur Verfügung stehenden Behandlungseinheiten eine hinreichende Versorgung mit Heilmitteln der Versicherten ermöglicht. Soweit im Einzelfall während der Versorgung im Regelfall erkennbar wird, dass die Gesamtverordnungsmenge nicht hinreichend ist, sind weitere Verordnungen im Rahmen der Versorgung außerhalb des Regelfalls möglich. Ein langfristiger Heilmittelbedarf ist definitionsgemäß nicht gegeben.

## **Zu Absatz 7**

Die Krankenkasse kann Genehmigungsentscheidungen nach Absatz 3 abhängig von dem zugrunde liegenden Einzelfall zeitlich befristet oder auch unbefristet vornehmen. Soweit die Krankenkasse von der Möglichkeit einer Befristung Gebrauch macht, muss der Genehmigungszeitraum - wie bisher - mindestens ein Jahr umfassen. Eine darüber hinausgehende zeitliche Befristung ist möglich, sofern die Krankenkasse auf Grundlage der dem Antrag gemäß Absatz 4 beigefügten ärztlichen Verordnung eine Abschätzung des Therapiebedarfs mit Heilmitteln über den beantragten Zeitraum möglich ist.

## **Zu Absatz 8**

Absatz 8 sieht vor, dass für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf gemäß Absatz 2 (Listung in Anlage 2) oder gemäß Absatz 3 (Genehmigung im Einzelfall) die langfristig notwendigen Heilmittel in Abweichung zu § 7 auch unmittelbar als Verordnung außerhalb des Regelfalls für einen Zeitraum von 12 Wochen ausgestellt werden können. Dies trägt zu einer kontinuierlichen Versorgung dieser Versicherten mit einem festgestellten langfristigen Heilmittelbedarf bei, da die notwendigen Heilmittelanwendungen in Abhängigkeit von der Behandlungsfrequenz für einen geeigneten Zeitraum bemessen werden können, über die Beschränkung auf 12 Wochen jedoch weiterhin sichergestellt bleibt, dass die langfristig notwendigen Therapien im Rahmen der ärztlichen Untersuchung regelmäßig überprüft und angepasst werden können. Darüber hinaus wird in Satz 2 festgelegt, dass eine ggf. notwendige Genehmigung gemäß § 8 Absatz 4 als erteilt gilt und zwar unabhängig davon, ob die jeweilige Krankenkasse von der Möglichkeit zur Durchführung eines Genehmigungsverfahrens Gebrauch macht oder nicht. Dies dient dazu, sowohl die Versicherten als auch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer sowie Krankenkassen von unnötigem bürokratischem Aufwand zu entlasten.

### **2.1.3 Festlegung einer Diagnoseliste als Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie**

#### **Hintergrund**

In Kapitel 2.1.1 wurde dargestellt, dass die KBV und der GKV-SV mit dem GKV-VStG beauftragt wurden, eine Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln festzulegen, die bei den Prüfungen nach § 106 SGB V anzuerkennen sind. Basis hierfür waren unter anderem die regional bestehenden Praxisbesonderheiten für Heilmittel. Auf Bundesebene wurden erstmals Diagnoselisten mit einer Zuordnung von Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel sowohl für bundesweit einheitliche Praxisbesonderheiten als auch für den langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V erstellt. Die geschlossene Vereinbarung ist am 1. Januar 2013 in Kraft getreten. Mit einer gesonderten Diagnoseliste für den langfristigen Heilmittelbedarf haben die Vertragspartner das Ziel verfolgt, insbesondere das Verfahren für den Zugang zu einer notwendigen Heilmittelbehandlung zu vereinfachen. Hierdurch sollte die Versorgung von Patienten mit schweren Erkrankungen, die einen langfristigen Heilmittelbedarf haben, verbessert werden.

Durch die Vereinbarung wurde ein Antragsverfahren gemäß § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. mit § 8 Abs. 5 HeilM-RL seit in Kraft treten der Vereinbarung für Versicherte entbehrlich, sofern deren Diagnose gelistet und die Krankenkassen auf ein Genehmigungsverfahren nach § 8 Absatz 4 HeilM-RL verzichtet haben. Parallel dazu hat der G-BA das in Kapitel 2.1.1 genannte Merkblatt veröffentlicht, welches auf die bestehenden Regelungen zur Umsetzung des langfristigen Heilmittelbedarfs verweist. Unter anderem nimmt es Bezug auf die zwischen GKV-SV und KBV vereinbarte Diagnoseliste für den langfristigen Heilmittelbedarf.

### **Aktuelle Beratungen**

Mit der unter 2.1.1 beschriebenen Änderung des § 32 Abs. 1a SGB V durch das GKV-VSG hat der G-BA „[...] insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt [...]“. Der Gesetzgeber führt in seiner Begründung dazu aus, dass der G-BA anhand konkreter Kriterien bestimmen soll, wann dieser langfristige Heilmittelbedarf besteht. Dies kann – wie derzeit in der Anlage des Merkblatts des G-BA zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen umgesetzt – in Form einer Diagnoseliste erfolgen. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll ein praktikables Verfahren geschaffen werden, das behandelnde Vertragsärztinnen und Vertragsärzte von unnötigem bürokratischem Aufwand entlastet und die Behandlungskontinuität der Versicherten fördert.

Da die Diagnoseliste mit einem langfristigen Heilmittelbedarf bekannt und anerkannt ist, soll diese Liste auch weiterhin Grundlage zur Festlegung des langfristigen Heilmittelbedarfs sein, bei denen ein Genehmigungsverfahren verzichtbar ist. Jedoch ergibt sich aufgrund der Rückmeldungen zum oben beschriebenen Feedbackverfahren ein Änderungsbedarf an der bestehenden Liste mit Stand vom 12. November 2012. Die Änderungen werden im Folgenden beschrieben:



<b>Ergänzungs- bzw. Streichungsvorschläge</b> im Vergleich zur Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V mit Stand vom 12.11.2012		
<b>ICD-Code</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Begründung</b>
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>		
G14	Postpolio-Syndrom	Physiotherapie bewirkt eine Steigerung der Kraft und der Ausdauer in den behandelten Muskelgruppen sowie eine verbesserte kardiopulmonale Leistungsfähigkeit. Auf Grund des progredienten Verlaufs ist ein langfristiger Heilmittelbedarf gegeben. Daher ist die Diagnose aus der Diagnoseliste der Praxisbesonderheiten (Anlage 1 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten) in die Diagnoseliste des langfristigen Heilmittelbedarfs zu überführen.
G24.3	Torticollis spasticus	<p>Die zervikale Dystonie tritt in vielen unterschiedlichen Formen und Ausprägungen auf. Die klassischen Formen sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laterocaput und Laterocollis (Beugung zur Seite)</li> <li>• Torticaput und Torticollis (Drehung zur Seite)</li> <li>• Anterocaput und Anterocollis (vornüber gebeugter Kopf)</li> <li>• Retrocaput und Retrocollis (nach hinten gestreckter Kopf)</li> <li>• Lateraler Shift (Kombination aus Laterocollis und Laterocaput)</li> <li>• Sagitaler Shift nach hinten (Kombination aus anterocaput und Retrocollis)</li> </ul> <p>Symptomatik der zervikalen Dystonie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ständig vorhandene, ununterbrochene Muskelverkrampfungen mit abnormen Fehlhaltungen</li> <li>• Durch die Verkrampfungen bedingte permanente Schmerzen</li> <li>• Kopf-Tremor</li> <li>• Gangunsicherheit</li> <li>• Schwindel</li> <li>• Probleme bei der Orientierung</li> </ul> <p>Physio- und Ergotherapie können die Symptome wesentlich lindern. Wenn jedoch die Behandlung unterbrochen wird, tritt wegen der permanenten Verkrampfungen der ursprüngliche, behandlungsbedürftige Zustand sehr schnell wieder ein, was den bis dahin erzielte Therapieerfolg</p>

		zunichtemacht. Der Leidensdruck in der Therapiepause ist für die Patienten erheblich.
G95.0	Syringomyelie und Syringobulbie	Bei der Syringomyelie und -bulbie kommt es zu einer Höhlenbildung im Rückenmark, bspw. nach Verletzungen, Entzündungen oder Tumoren. Nach dem ersten Auftreten von Symptomen kommt es zu einer Entwicklung neurologischer Defizite über Jahre bis Jahrzehnte, wobei die Symptomatik vielfältig ist und von Lage und Ausbildung der Höhlenbildung abhängt.
<b>Entzündliche rheumatische Erkrankungen und Kollagenosen</b>		
M05.0-	Felty-Syndrom	Insbesondere bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen Chronische Polyarthrit (CP), ankylosierende Spondylitis (AS), Kollagenosen und Vaskulitiden oder die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) bestehen aufgrund des regelhaft polytopen Musters des Gelenkbefalls komplexe Funktionsstörungen der Gelenke, der Muskulatur und anderer Elemente des Bewegungssystems. Dabei werden auch primär nicht betroffene Teile des Bewegungssystems („Bewegungsketten“) in Mitleidenschaft gezogen. Der chronisch progrediente Verlauf der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen erfordert eine lebenslange medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie. Die rheumatischen Erkrankungen insgesamt erfordern ein multimodales trans- und interdisziplinäres Krankheitsmanagement. Dieses verfolgt immer das Ziel, frühzeitig Schäden an den Bewegungsorganen zu begegnen und funktionelle Defizite auszugleichen. Ein wichtiger Baustein der multimodalen Therapie und eines optimalen Krankheitsmanagements ist die kontinuierliche Versorgung mit Heilmitteln.
M07.1	Arthritis mutilans	
M08.1	Juvenile Spondylitis ankylosans	
M08.2	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form	
M34.0	Progressive systemische Sklerose	
M34.1	CR(E)ST-Syndrom	
M45.0	Spondylitis ankylosans	In zahlreichen nationalen und internationalen Therapieempfehlungen, beispielsweise zur ankylosierenden Spondylitis (AS) und Leitlinien, wie zum Management der frühen Chronischen Polyarthrit, wird belegt, dass eine ausreichende Versorgung mit Physiotherapie sowohl Aktivitätsindices vor allem aber die Funktionsfähigkeit, die Schmerzen und die Mobilität der Betroffenen positiv beeinflussen.  Das primäre Ziel der Behandlung entzündlich rheumatischer Erkrankungen besteht darin, durch die Kontrolle von Symptomen und die Verhinderung von strukturellen Schäden die Normalisierung der körperlichen Funktionen, die Teilhabe am sozialen Leben und damit die gesundheitsbezogene Lebensqualität langfristig zu verbessern. Dieses ist nur durch eine medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemeinsam zu erreichen.  Remissionskriterien, die alleine auf dem Rückgang der Entzündungsaktivität basieren, bilden das subjektive Krankheitserleben der Betroffenen und die Auswirkungen der rheumatischen Erkrankungen auf das Individuum nicht umfassend ab.

		<p><b>Felty-Syndrom:</b> Schwere Verlaufsform einer chronischen Polyarthritis mit extra-artikularen Manifestationen und starken Gelenkdeformierungen. Letztere erfordern eine Dauertherapie mit Physiotherapie</p> <p><b>Arthritis Mutilans:</b> Bei dieser schweren destruierend verlaufenden Arthritisform, meist bei Psoriasis-Arthritis, kommt es zu einer extrem starken Gelenkverformung der Hände, so dass deren Funktion extrem behindert ist. Eine Dauertherapie mit dem Heilmittel Physiotherapie kann hier den schweren Verlauf positiv beeinflussen.</p> <p><b>Juvenile Spondylitis ankylosans:</b> Die entzündliche Wirbelsäulenerkrankung im Kindes- und Jugendalter kann zu einer extrem Verkrümmung der Wirbelsäule und auch zur Deformierung peripherer Gelenke im Regelfall führen. Hierbei ist es notwendig, neben der medikamentösen Therapie, eine dauernde Heilmittelbehandlung im Sinne von Physiotherapie durchzuführen. Dadurch kann eine Versteifung der Wirbelsäule in günstiger Stellung erreicht werden. Denn: die heutige medikamentöse Therapie kann bisher nicht die Verkrümmung und knöchernen Versteifung der Wirbelsäule aufhalten.</p> <p><b>Juvenile Idiopathische Arthritis:</b> Die S2-Leitlinie zur Therapie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis (JIA) empfiehlt eine strukturierte langfristige Behandlung durch einen speziell geschulten Physiotherapeuten, um die Gelenkbeweglichkeit zu verbessern, Kontrakturen zu vermeiden und Schmerzen zu lindern. Alle Formen der juvenilen Arthritis bedürfen gerade beim wachsenden Organismus eine Dauertherapie mit physikalischer Medizin.</p> <p><b>Progressive systemische Sklerose/CREST-Syndrom:</b> Medikamente können bisher kaum die Sklerosierung (Verhärtung der Haut) einhalten. Durch physikalische Therapieformen, zum Beispiel Lymphdrainage ist eine deutliche Verbesserung der Durchblutung zusammen mit medikamentösen Therapien unbedingt durchzuführen und entspricht allen internationalen Empfehlungen.</p>
<b>Systemkrankheiten des Bindegewebes und Erkrankungen der Wirbelsäule und Skelettsystems</b>		
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen und Organsystemen	Der systemische Lupus erythematodes (SLE) ist eine schubweise verlaufende chronisch-entzündliche Autoimmunerkrankung. Er gehört zu den seltenen Erkrankungen mit häufig schwerem Verlauf. Ein systemischer Lupus erythematodes kann unterschiedliche Organe betreffen und viele

M32.8	Sonstige Formen des systemischen erythematodes Lupus	<p>Symptome auslösen. Das Krankheitsbild ist dementsprechend vielfältig und die Erkrankung verläuft individuell sehr unterschiedlich.</p> <p>Beinahe jeder Lupus-Patient leidet unter Gelenkbeschwerden. Hierzu zählen schmerzhafte Entzündungen großer und kleiner Gelenke (Arthritis) sowie der Muskeln (Myositis). Außerdem kann das Bindegewebe der Gelenke, Sehnen und Muskeln "schwach" werden, was zu Deformationen oder Fehlstellungen führen kann, beispielsweise zu einer Z-förmigen Deformation des Daumens (Lupusarthropathie).</p> <p>Typisch ist außerdem der Befall von Haut, Lunge und Nieren, des Weiteren ist ein Befall von Herz, Zentralnervensystem, Blutbild, Gefäße, Augen, Haare, Speichel- und Tränendrüsen möglich.</p> <p>Neben der medikamentösen Therapie mit Basistherapeutika und ergänzend nichtsteroidalen Antirheumatika zur Schmerzlinderung und Entzündungshemmung besteht beinahe bei jedem Patienten, in unterschiedlichem Umfang, ein Heilmittelbedarf. Die Heilmitteltherapie kann als ergänzende Therapie, gerade bei schweren Verläufen, die Beschwerdesymptomatik mildern. Insbesondere KG zur Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und Atemtherapie bei Beteiligung der Lunge kommen dabei in Frage.</p>
<b>Erkrankungen der Wirbelsäule und Skelettsystems</b>		
Q 86.8	Thalidomid-Embryopathie	<p>In den ICD-10 GM 2013 wurde der Diagnoseschlüssel Q86.80 Thalidomid-Embryopathie neu eingeführt. Dieser wird ergänzend zu dem bereits auf der Diagnoseliste aufgeführten angeborenen Reduktionsdefekten der oberen und unteren Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Q71.- und Q72.-, aufgenommen. Die im Zusammenhang mit einer Thalidomid-Embryopathie ggf. auftretenden langfristig behandlungsbedürftigen Störungen der Sprache werden diesem ICD-10 Code zugeordnet und sind bei den Reduktionsdefekten der oberen und unteren Extremitäten nicht mehr aufgeführt.</p> <p>Außerdem wird eine Korrektur der Diagnosegruppen des Heilmittel-Kataloges vorgenommen. Infolge einer Thalidomid-Embryopathie kann es zu einer Anotie (völliges Fehlen der Ohrmuschel) sowie zu Innenohr- und Mittelohrfehlbildungen mit daraus resultierender Schwerhörigkeit bzw. hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit kommen. Im Rahmen einer Thalidomid-Embryopathie sind ggf. auch auftretenden Lähmungen der Gesichtsnerven (Fazialisparese) möglich. Aus der Hörstörung, hochgradigen Schwerhörigkeit oder Taubheit kann ein Heilmittelbedarf resultieren, der mit den Diagnosegruppen SP3 – Störungen der Artikulation (Dyslalie) und SP4 – Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit zu versorgen ist. Lähmungen der Gesichtsnerven (Fazialisparese) können zu Sprechstörungen wie Dysarthrie oder Dysarthrophonie</p>

			<p>führen. Für diese Beeinträchtigungen der Sprechmotorik (durch Läsionen bzw. Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems mit Störung der Sprechmotorik und Phonation) steht für Heilmittelverordnungen die Diagnosegruppe SP6 zur Verfügung.</p> <p>Im Ergebnis kann eine Sprachtherapie unter den Diagnosegruppen SP3, SP4 und SP6 erforderlich sein. SP5, RE1 und RE2 spielen dagegen bei den Thalidomid-Embryopathien i. d. R. keine Rolle. Sie werden daher durch SP3, SP4 und SP6 ersetzt.</p>
Q87.0	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes	mit des	<p>Bei folgenden angeborenen Syndromen handelt es sich um seltene bis sehr seltene Erkrankungen, die mit z.T. ausgeprägten Fehlbildungen im Gesicht-, Kiefer-, Mund- oder Rachenbereich und damit verbundenen funktionellen Störungen einhergehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Akrozephalopolysyndaktylie-Syndrome</i></li> <li>• <i>Akrozephalosyndaktylie-Syndrome [Apert]</i></li> <li>• <i>Freeman-Sheldon-Syndrom [Whistling-face-Syndrom]</i></li> <li>• <i>Goldenhar-Syndrom</i></li> <li>• <i>Kryptophthalmus-Syndrom</i></li> <li>• <i>Moebius-Syndrom</i></li> <li>• <i>Orofaziodigitale Syndrome</i></li> <li>• <i>Robin-Syndrom</i></li> <li>• <i>Zyklopie</i></li> </ul> <p>Dabei können komplexe Fehlbildungen auftreten (z.B. beim <i>Goldenhar-Syndrom</i>, <i>Zyklopie</i> oder den <i>Akrozephalopolysyndaktylie-Syndromen</i>) mit Schädeldeformitäten, Gesichtsasymmetrien, Spaltbildungen, Hypoplasie der Kieferknochen o.ä. Bei einigen Syndromen (z.B. <i>Moebius-Syndrom</i>, <i>Freeman-Sheldon-Syndrom</i>) kommt es zu ausgeprägten Funktionsstörungen der mimischen Muskulatur.</p> <p>Ein langfristiger Heilmittelbedarf kann bei den unter diesem ICD-10-GM-Code erfassten Erkrankungen aus medizinischer Sicht befürwortet werden.</p>
<b>Erkrankungen des Lymphsystems</b>			
N.N	Lymphödem Stadium III (Elephantiasis)		<p>Der bisher im ICD-10-GM zur Verfügung stehende Code I89.0 ist unspezifisch, da hierunter verschiedene Formen und Ausprägungsgrade eines Lymphödems verschlüsselt werden. Insbesondere der Schweregrad eines Lymphödems ist jedoch entscheidend für die Therapie. Ein langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs.1a SGB V besteht bei einem Lymphödem Stadium III (Elephantiasische harte Schwellung), allerdings war es mit dem bisherigen ICD-10-Code nicht</p>

		<p>möglich diesen Schweregrad abzubilden.</p> <p>Daher wird gemeinsam mit den Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Lymphologie-DGL, Deutsche Gesellschaft für Wundversorgung-DGfW, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie-DGC) ein Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2017 eingebracht, bei dem die Stadieneinteilung eines Lymphödems in Zukunft abgebildet werden kann.</p> <p>Nach erfolgter Differenzierung des ICD-10-GM-Codes „I89.0“ durch das DIMDI soll der ICD-10-GM-Code als langfristiger Heilmittelbedarf weitergeführt werden, der das „Lymphödem Stadium III (Elephantiasis)“ verschlüsselt. Bis zum Vorliegen des neuen ICD-10 –Codes wird sowohl in der Spalte „ICD-10“ als auch im Feld „Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel“ zunächst N.N. aufgeführt.</p> <p>Nach erfolgter Differenzierung durch das DIMDI wird N.N. in der Spalte „ICD-10“ durch den dann für das „Lymphödem Stadium III (Elephantiasis)“ gültigen ICD-10-GM-Code ersetzt; in der Spalte „Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel“ wird die bisher aufgeführte Diagnosegruppe „LY2“ gesetzt. Dieses Vorgehen dient dazu, die Aufnahme eines neuen ICD-10 Codes zeitnah und ohne ein erneutes Stellungnahmeverfahren in Kraft zu setzen.</p> <p>Sollte dieser differenzierte ICD-10-GM-Code bis zum 01.01.2017 nicht in das vom DIMDI herausgegebene systematische Verzeichnis 2017 aufgenommen sein, soll zeitnah eine separate Diagnosegruppe (z.B. „LY4“) im Heilmittelkatalog der Heilmittel-Richtlinie aufgenommen werden, um sicherzustellen, dass das „Lymphödem Stadium III (Elephantiasis)“ im Zusammenhang mit ICD-10-GM-Code I89.0 als langfristiger Heilmittelbedarf gilt.</p>
C00-C97	Bösartige Neubildungen nach OP / Radiatio	Ein Lymphödem mit langfristigem Heilmittelbedarf infolge einer OP/ Radiatio bei bösartiger Neubildungen tritt insbesondere bei bösartigem Melanom, Mammakarzinom, Malignomen im Kopf/Halsbereich und Malignomen des kleinen Beckens (weibliche, männliche Genitalorgane, Harnorgane) auf. Dieser bisher in der Diagnosebezeichnung enthaltene Hinweis wird nunmehr in einer neuen Spalte „Hinweis/Spezifikation“ dargestellt.
<b>Chromosomenanomalien</b>		Bei Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert, wird vor den ICD-10 Diagnosen Q90.- folgende als neue Überschrift eingefügt, da diese aus fachlicher Sicht von den Entwicklungsstörungen (F84.-) zu trennen sind.
Q93.4	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 5	Das Katzenschreisyndrom ist eine seltene Erbkrankheit. Der Krankheitsname resultiert aus dem charakteristischen Schreien. Auffallend ist die craniofaziale Dysmorphie. Herzfehler sind häufig, Fehlbildungen an den Händen (Klinodaktylie, Syndaktylie, Oligodaktylie), Hüftdysplasien, Klump- und Plattfüße sowie Skiosen können auftreten.

		<p>Die Säuglinge sind hypoton, in der Entwicklung deutlich verlangsamt. Die sprachliche Entwicklung ist stark beeinträchtigt. Geistige Behinderung ist mäßig bis schwer ausgeprägt.</p> <p>Nahezu alle Kinder benötigen eine langfristige Sprachtherapie sowie ergänzend Physio- und Ergotherapie.</p>
Q99.2	Fragiles X-Chromosom	<p>Das Fragile-X Syndrom ist die häufigste erbliche Form geistiger Behinderung. Das Spektrum der Symptome des Fragilen-X Syndroms ist weit. Neben der mentalen Retardierung sind vor allem folgende Symptome erkrankungsbestimmend: ausgeprägte Sprachentwicklungsstörungen, Grob- und feinmotorische Defizite, Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, Impulsivität, starke Verhaltensausrüche, auto- und fremdaggressives Verhalten, autistische Verhaltensweisen wie Stereotypien, Vermeiden von Blickkontakt, Perseverationen, Echolalie und Ess-Schluckstörungen.</p> <p>Teilweise leiden Betroffene unter Mitralklappenprolaps, in etwa 20% der Fälle tritt Epilepsie auf.</p> <p>Weitere körperliche Merkmale sind: Muskelhypotonie, Bindegewebsschwäche, überdehnbare Gelenke, unsicherer Gang, häufige Mittelohrentzündungen im Kindesalter und starker unkontrollierter Speichelfluss.</p> <p>Bei den meisten Betroffenen ist die Sauberkeitsentwicklung verzögert, oft bis ins Erwachsenenalter hinein. Die allermeisten Menschen mit Fragilem-X Syndrom sind auch im Erwachsenenalter nicht in der Lage, den Herausforderungen des Alltags alleine gerecht zu werden.</p> <p>Fragiles-X Syndrom ist nicht heilbar, es gibt keine gezielten pharmakologischen Therapien. Der Einsatz therapeutischer Maßnahmen durch Logopädie, Physikalischer Therapie und Ergotherapie führt in den allermeisten Fällen zu einer erheblichen Verbesserung in der Entwicklung der Betroffenen. Die Maßnahmen sind im Allgemeinen langfristig einzusetzen, um einen dauerhaften Fortschritt in der Entwicklung zu erzielen. Unterbrechungen können erzielte Erfolge zunichtemachen und die weitere Entwicklung der vom Fragilen-X Syndrom betroffenen Menschen erheblich verzögern.</p>
<b>Störung der Atmung</b>		
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 < 35 % des Sollwertes	<p>Die physiotherapeutische Atemtherapie wird bei COPD-Patienten zur Senkung der Atemarbeit, zum gezielten Einsatz der Atemmuskulatur, zur Verbesserung der Sekretelimination und der Thoraxbeweglichkeit und damit zur Verbesserung des Gasaustausches eingesetzt. Hauptziele der Atemphysiotherapie sind eine Erleichterung der erschwerten Atmung in Ruhe und unter Belastung</p>

J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes	sowie eine Verbesserung der Hustentechnik. In Abhängigkeit des Schweregrades ist bei einer sehr schweren chronisch obstruktiven Lungenkrankheit ein langfristiger Heilmittelbedarf gegeben.
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 < 35 % des Sollwertes	
J44.90	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes	



## **2.2 Weitere Änderungen der HeilM-RL**

Über die Änderungen zum langfristigen Heilmittelbedarf hinaus, sollen durch die folgenden Änderungen der Richtlinie nötige Klarstellungen und Korrekturen erfolgen.

### **2.2.1 Änderung § 15 HeilM-RL**

In § 15 Absatz 1 wird Satz 2 aus Gründen der Klarstellung gestrichen, da der Verweis auf den Fristbeginn in der Praxis dazu führen könnte, dass die Behandlung bei genehmigungspflichtigen Verordnungen erst nach Vorlage der Genehmigung durch die Krankenkasse begonnen wird. Jedoch ist in § 8 Abs. 4 Satz 2 reguliert, dass die Krankenkasse, auch bei genehmigungspflichtigen Verordnungen bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung, die Kosten der Behandlung übernimmt. Folglich ist aufgrund der Kostenzusage durch die Krankenkasse, die Behandlung auch bei genehmigungspflichtigen Verordnungen innerhalb von 14 Tagen aufzunehmen, damit keine unnötige Unterbrechung der notwendigen Heilmittelbehandlung entsteht und somit die Versorgung der Patientin bzw. des Patienten sichergestellt ist.

### **2.2.2 Änderung des § 18 HeilM-RL**

Die derzeitige Formulierung „einschließlich“ hat in der Praxis dazu geführt, dass eine ggf. erforderliche Kompressionsbandagierung teilweise innerhalb und somit zu Lasten der 30-, 45- oder 60-minütigen Behandlungszeit mit Manueller Lymphdrainage erbracht wird. Mit der Änderung wird klargestellt, dass eine Kompressionsbandagierung im Anschluss an die 30-, 45- oder 60-minütige Lymphdrainage zu erfolgen hat und nicht bereits in der Behandlungszeit an der Patientin oder am Patienten eingeschlossen ist. Die Kompressionsbandagierung kann im individuellen Einzelfall – sofern erforderlich – auf dem Verordnungsmuster zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage in der gleichen Zeile verordnet werden. Sie stellt kein eigenes Heilmittel dar (vgl. auch konsentierter [Fragen-Antworten-Katalog](#) Frage Nr. 27).

### **2.2.3 Änderung § 19 HeilM-RL**

Die Änderung im § 19 Absatz 3 HeilM-RL ergibt sich aus einem Hinweis aus der Versorgung und dient der begrifflichen Klarstellung. Die Formulierung wird an den Wortlaut im Heilmittelkatalog angepasst.

### **2.2.4 Änderung § 28 HeilM-RL**

Bei dem Hinweis, dass eine geschlossene Fehlbeschwiellung (WS 0) an einem anderen Ort an einem Fuß mit bereits vorliegenden Hautdefekten und Entzündungen im WS >0 durch einen Podologen behandelt werden kann, stellt keine eigene Maßnahme im Sinne von Absatz 4 Nr. 1 bis 3 dar. Die Regelung wird daher in einen neuen Absatz 5 überführt.

## **2.3 Änderungen des zweiten Teil der HeilM-RL (Heilmittelkatalog)**

### **2.3.1 Änderung im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen**

Die Änderung im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog ist eine Folge zu der Änderung in § 19 Absatz 3 HeilM-RL.

### **2.3.2 Änderung des Abschnitts 1 im Indikationskatalog Maßnahmen der Physikalischen Therapie**

#### **2.3.2.1 CS - Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall**

Die Änderung dient der redaktionellen Anpassung.

### **2.3.3 Änderung des Abschnitts 3 im Indikationskatalog Maßnahmen der Physikalischen Therapie**

#### **2.3.3.1 AT3 – Spalte Diagnosengruppe**

Die Streichung der Worte „bei Mukoviszidose“ ergibt sich aus einem Hinweis aus der Versorgung und dient der Klarstellung, dass die Verordnung mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf bei schwerwiegenden Bronchialerkrankungen sich nicht ausschließlich auf die Erkrankung Mukoviszidose beschränkt. Dies geht zwar aus der beispielhaften Aufzählung von möglichen Diagnosen hervor, könnte jedoch in der Praxis zu einer missverständlichen Auslegung führen.

Darüber hinaus wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen.

#### **2.3.3.2 AT3a – Spalte Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung**

Die Formulierung unter AT3a in der Spalte „Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung“ wird an die bestehende Formulierung unter AT2a angepasst. Die Schädigung sollte um den genannten Zusatz erweitert werden, so dass auch hier die Inhalation als ergänzendes Heilmittel unter dem Indikationsschlüssel AT3a verordnet werden kann.

#### **2.3.3.3 AT1c, AT2c und AT3c – Spalte Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung**

Der Austausch der Wörter „spastische Atmungsstörungen“ gegen die aktuellere Terminologie „obstruktive Ventilationsstörungen“ dient der fachlichen Klarstellung.

#### **2.3.3.4 LY2 und LY3 – Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall, A. vorrangige Heilmittel**

In den Abschnitten LY2 und LY3 sollen die vorrangigen Heilmittel zu A. um das Heilmittel „MLD30“ ergänzt werden. Die Indikationsschlüssel LY2 und LY3 können gemäß Heilmittel-Richtlinie in der derzeit gültigen Fassung nur dann verordnet werden, wenn mindestens 2 Extremitäten betroffen sind (siehe Leistungsbeschreibung nach § 18 Nr. 7 der Heilmittel-Richtlinie). Dann können entweder die Heilmittel MLD 45 oder MLD 60 abgegeben werden. Sollte nur eine Extremität betroffen sein, kann das Heilmittel MLD 30 nur im Rahmen von LY1 (prognostisch kurzzeitiger Behandlungsbedarf) verordnet werden. Damit künftig auch bei längerdauerndem Behandlungsbedarf unter den Indikationsschlüsseln LY2 und LY3 die Verordnung von Lymphdrainage bei Befall nur einer Extremität möglich ist, wurde das Heilmittel MLD 30 bei den Indikationsschlüsseln LY2 und LY3 ergänzt.

### **3 Würdigung der Stellungnahmen**

Vor Entscheidungen des G-BA über die Heilmittel-Richtlinie wird nach § 92 Abs. 6 S. 2 SGB V den hierzu berechtigten Organisationen der betroffenen Heilmittelerbringer auf Bundesebene sowie nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Stellungnahmen werden in die Entscheidung einbezogen.

Der G-BA hat die schriftlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 6 dokumentiert.

Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den Stellungnahmen folgende begründete Änderungsvorschläge in Bezug auf die geplante Änderung der Heilmittel-Richtlinie:

In § 8a Absatz 6 werden in der Position des GKV-SV in Satz 1 die Worte bis „allenfalls mittelfristigem“ gestrichen. Weiterhin wird in § 8a Absatz 6 in der Position des GKV-SV Satz 2 gestrichen.

§ 8a Absatz 7 Satz 1 wird konsentiert und wie folgt gefasst:

*„Die Genehmigung für Anträge nach Absatz 3 kann auf einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren befristet werden, muss aber mindestens ein Jahr umfassen.“*

In der Diagnoseliste werden folgende Änderungen vorgenommen:

- Das Datum des Inkrafttretens wird auf der Diagnoseliste vermerkt.
- Der Diagnoseliste wird ein Inhaltsverzeichnis vorangestellt.
- Für die Diagnose G20.2 (Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn und Yahr)) wird der Indikationsschlüssel ST1 ergänzt.
- Die Diagnose Q87.0 (Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes) wird in die Diagnoseliste aufgenommen.
- In der Überschrift „Störungen der Sprache und des Gehörs“ werden die Worte „und des Gehörs“ gestrichen.
- Für die Diagnosen unter F84 (Tiefgreifende Entwicklungsstörungen) und die Diagnosen unter Q91 (Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom) wird der Indikationsschlüssel EN2 ergänzt.
- Die PatV votiert für die Aufnahme der Diagnose G24.3 Torticollis Spasticus mit dem Indikationsschlüssel WS2. Die Diagnose soll in der Diagnoseliste unter dem Punkt „Erkrankungen des Nervensystems“ verortet werden.

Im Übrigen hat sich kein weiterer inhaltlicher Änderungsbedarf aus den Stellungnahmen für die Änderung der Richtlinie ergeben.

#### 4 Bürokratiekostenermittlung

Bei den folgenden Informationspflichten ist durch die geplanten Änderungen mit Auswirkungen auf den Umfang der Bürokratiekosten zu rechnen:

##### 1. Prüfung des Arztes, ob die Krankenkasse auf eine Einzelgenehmigung verzichtet

Bei den im Merkblatt aufgeführten Diagnosen entfällt zukünftig die Prüfung, ob die Krankenkasse des Patienten auf das Genehmigungsverfahren verzichtet oder nicht.

- durchschnittlicher zeitlicher Aufwand: 3 Minuten (Zeitwerttabelle, Standardaktivität Beschaffung von Daten, Komplexität: einfach)
- jährliche Fallzahl: Einer Stichprobenauswertung bei einer Kassenart zufolge, betrug der Anteil der Verordnungen, die auf die Anlage zum Merkblatt entfallen, an den Gesamtverordnungen des Jahres 2014 (GKV gesamt: 35.558.662) etwa 6,0% (GKV gesamt: 2.133.520). Es ist davon auszugehen, dass Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf bei einer durchgängigen Heilmittelbehandlung über mind. ein Jahr zumindest vier Verordnungen außerhalb des Regelfalls pro Jahr erhalten, so dass von ca. 533.380 Versicherten ausgegangen werden kann. Es wird die Annahme zugrunde gelegt, dass der verordnende Arzt bei jedem Versicherten zweimal pro Jahr (d.h. in 1.066.760 Fällen) individuell prüfen musste, ob die Krankenkasse des Versicherten auf das Genehmigungsverfahren verzichtet oder nicht. Der damit verbundene bürokratische Aufwand entfällt künftig aufgrund der Neuregelungen.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in € / Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekost enrückgang (in €/ Jahr)
Beschaffung von Daten	3	50,30	2,5	1.066.760	<b>2.666.900</b>

##### 2. Unterstützung des Patienten bei Einzelfallgenehmigungen

Wenn für Patienten eine im Merkblatt aufgeführte Diagnose festgestellt werden kann, entfällt zukünftig die Unterstützung der Patienten bei der Beantragung der Einzelgenehmigung.

- durchschnittlicher zeitlicher Aufwand: 15 – 20 Minuten
- jährliche Fallzahl: Unter Berücksichtigung der Zahl von p.a. 533.380 Versicherten mit langfristigem Heilmittelbedarf gemäß Diagnoseliste und eines Anteils von 9% der Versicherten an den Gesamtversicherten, die bei einer Krankenkassen mit Genehmigungsverfahren versichert sind (vgl. Feedbackverfahren Stand 09/2014 Folie 4), ergibt sich eine Zahl von rd.48.000 Versicherten, bei denen eine Unterstützung durch den Arzt bei der Antragstellung künftig nicht mehr erforderlich ist.

Standardaktivität	Zeit (in Min.)	Tarif (in € / Std.)	Kosten pro einmaliger Durchführung (in €)	Jährliche Fallzahl	Bürokratiekost enrückgang (in € / Jahr)
Beschaffung von Daten	10	50,30	8,38	48.000	402.240
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	7	50,30	5,87	48.000	281.760
<b>Gesamt</b>	<b>17</b>	<b>50,30</b>	<b>14,25</b>	48.000	<b>684.000</b>

### 3. Entlastung durch Aufnahme weiterer Diagnosen auf die Diagnoseliste gemäß Anlage 2 HeiIM-RL

Durch die Aufnahme weiterer Diagnosen in die Diagnoseliste gemäß Anlage 2 HeiIM-RL entfallen für weitere Patienten die Einzelfallgenehmigungen. Der G-BA geht davon aus, dass dadurch künftig für weitere rund 50.000 Patienten keine Einzelfallgenehmigung mehr erforderlich sein wird. Bei Bürokratiekosten von 14,25 € pro einmaliger Durchführung ist jährlich mit einer Reduzierung der Bürokratiekosten um 712.500 € zu rechnen.

#### Zusammenfassung

Insgesamt ergibt sich durch die vorgenommenen Änderungen eine Reduzierung der jährlichen Bürokratiekosten um geschätzt 4.063.400 €

## 5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
11.03.2015	UA VL	Der UA VL begrüßt den Vorschlag der AG Überarbeitung Heilmittel-Richtlinie, eine zügige Änderung der HeiIM-RL zum langfristigen Heilmittelbedarf bis zum Dezember 2015 anzustreben.
18.06.2015	G-BA	Aufnahme der Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 VerfO
27.01.2016	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) / zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten über eine Änderung der Richtlinie XY
20.04.2016	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
19.05.2016	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJJ	XY	ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ <sup>1</sup>		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ <sup>2</sup>		Inkrafttreten

Berlin, den 19. Mai 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

---

<sup>1</sup>Die beiden Datumsangaben (s. auch Fußnote 2) in dem Dokument „Tragende Gründe“ sollen nach Beschlussfassung nicht mehr aktualisiert werden. Im Kapitel A der ZDs bzw. Abschlussberichte sollen dagegen immer die entsprechenden Daten nachgetragen werden.

<sup>2</sup> s. Fußnote 1

## 6 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind als Anlage zu den Tragenden Gründen beigefügt.

### 6.1 Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) in seiner Sitzung am 27. Januar 2016 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Absatz 5, 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V sowie 1. Kapitel § 8 Absatz 1 lit. a) VerfO vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer sowie der Bundesärztekammer wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 4 Wochen zur beabsichtigten Änderung der Heilmittel-Richtlinie Stellung zu nehmen (28. Januar 2016 bis 26. Februar 2016). Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens auch die Tragenden Gründe als Erläuterung übersandt.

### 6.2 Eingegangene schriftliche Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde, sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	26.02.16	

#### Maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V:

dbs e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten	24.02.16	
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	25.02.16	
Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V.	25.02.16	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaflhorst-Andersen e.V. (dba)	26.02.16	
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	26.02.16	
Zentralverband der Podologen und Fusspfleger Deutschlands e.V. (ZFD)	-	keine SN abgegeben

#### Organisation gem. 1. Kapitel § 8 Absatz 1 lit. a) VerfO:

VDB-Physiotherapieverband e.V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie	26.02.16	

#### Nicht stellungnahmeberechtigte Organisationen:

Bundesverband Torticollis e.V.	11.03.16	
--------------------------------	----------	--

### 6.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

#### 6.3.1 Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
1.	VDP	Der Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V. ist mit der vorliegenden geplanten Änderung der Heilmittel-Richtlinie einverstanden	Die PodologInnen sind von dieser Neuregelung nicht betroffen.	zustimmende Kenntnisnahme	nein
2.	dbs	Der dbs begrüßt die Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf, da durch eine Implementierung der Diagnoseliste als Anlage zur HeilM-RL eine klarere Struktur und eine verbesserte Auffindbarkeit der Regelungen und gelisteten Diagnosen geschaffen wird.		zustimmende Kenntnisnahme	nein
3.	dbs	Da die <b>Listen</b> (Anlage 2 zur HeilM-RL und Anlage 2 zu den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. SGB V) mittlerweile in verschiedenen Versionen existieren bzw. bisherige Listen ablösen, <b>sollte das Datum des Inkrafttretens der jeweiligen Version festgehalten und auf den Listen vermerkt werden.</b>	Problematisch wird das Inkrafttreten nicht vor dem 01.01.2017 gesehen, da die Diagnoseliste (HeilM-RL) nun einige ICD-10-Codierungen enthält, die bisher als Praxisbesonderheit galten, die in den überarbeiteten Listen der Praxisbesonderheiten (jetzt besonderer Verordnungsbedarf) jedoch nicht mehr aufgeführt sind, weil sie als langfristiger Heilmittelbedarf klassifiziert sind. So kommt es in der Übergangszeit zwischen Inkrafttreten der überarbeiteten Listen des besonderen Verordnungsbedarfs und dem Inkrafttreten der Änderungen der HeilM-RL zu	zustimmende Kenntnisnahme, zur Klarstellung wird das Datum des Inkrafttretens auf Diagnoseliste ergänzen und ggf. auch auf dem Merkblatt der Ablauf der Regelung vermerken	ja: Datum des Inkrafttretens auf Diagnoseliste vermerken



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			Versorgungsschwierigkeiten, da die ICD-10 Codes in dieser Zeit in keinerlei gültigen Diagnoseliste aufgeführt sind. Dies betrifft z.B. die ICD-10 Codes G 14, Q 99.2.		
4.	dbb	Darüber hinaus möchten wir eine <b>durchgängig alphanumerische Auflistung der ICD-10 Codes anregen</b> ,	um die Auffindbarkeit der gelisteten ICD-10-Codes zu erleichtern.	Das Anliegen wird aufgegriffen. Eine alphanumerische Sortierung ist nicht praktikabel. Es soll ein Inhaltsverzeichnis eingefügt werden.	ja: Es wird ein Inhaltsverzeichnis eingefügt
5.	BÄK	[...] Die Bundesärztekammer begrüßt die vorgesehene Änderung der Heilmittel-Richtlinie ausdrücklich.		zustimmende Kenntnisnahme	nein
6.	dbI	Grundsätzlich begrüßt der dbI die Einführung eines § 8 a und der Anlage 2 in die Heilmittel-Richtlinie. Allerdings sollte in Kenntnis der gesetzlichen Grundlage des § 32 Abs. 1 a SGB V und des § 106 b Abs. 2 SGB V <b>die Fortführung zweier Listen aus Praktikabilitätsgründen in der Praxis kritisch hinterfragt werden.</b>	Mit der Übernahme einer Liste von Diagnosen zum langfristigen Behandlungsbedarf erfährt diese eine demokratische Legitimation statt der bisherigen einseitigen Regelung. Der dbI begrüßt die sich hieraus ergebende gesetzliche Möglichkeit der Stellungnahme. Wie bereits im gemeinsamen Schreiben mit den anderen stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Verbänden von dba e.V. und dbb e.V. an den GKV-Spitzenverband vom 25.07.2014 dargelegt, besteht aus Sicht der Berufs- und Fachverbände ein Änderungs- und Ergänzungsbedarf. Das Schreiben fügen wir in der Anlage bei und nehmen auf dieses vollumfänglich Bezug. Der Überarbeitungsbedarf besteht fort, worauf wir im Weiteren eingehen werden. Auch nach	Auf Grund der unterschiedlichen Rechtsnormen ist eine andere Lösung über den G-BA derzeit nicht möglich.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>nahezu zwei Jahren seit Einführung zweier gesonderter Listen für Praxisbesonderheiten und Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf <b>sind sowohl bei Ärzten und Therapeuten als auch auf Seiten der Krankenkassen weiterhin Unsicherheiten im Umgang mit und bei praktischer Umsetzung dieser Listen festzustellen.</b> Die Fortführung <b>zweier Listen</b> ist für die Praxis <b>nicht praktikabel und führt zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand.</b> Es ist zu vermuten, dass diese Unsicherheiten im Zweifel zu Lasten der Versicherten gehen, obwohl der Gesetzgeber mit Einführung der Regelungen des § 32 Abs. 1 a SGB V und des § 106 b Abs. 2 SGB V an sich die Versorgung dieser Patientengruppen sichern und verbessern wollte.</p>		
7.	SHV	<p>[...] Den Zugang zu dem daraus resultierenden Heilmittelbedarf von einer ICD10-Diagnose abhängig zu machen, führt nach unserer Auffassung an der Zielsetzung der Regelung vorbei. Eine Orientierung an der Klassifikation der ICF wäre dagegen zielgerichteter.</p>	<p>In § 8a Absatz 1 heißt es, dass neben funktionellen/strukturellen Schädigungen auch die Beeinträchtigung der Aktivitäten einen langfristigen Therapiebedarf ergeben kann. Wenn nun in der Folge <b>die Schädigungen und Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe auf eine nach Erkenntnissen der Versorgungsforschung häufig nicht valide ICD10-Diagnose reduziert werden, wie es mit der Diagnoseliste passiert, entspricht das nicht den Morbiditätsrealitäten.</b> Demografische Veränderungen bringen Multimorbidität und damit einhergehende Einschränkungen körperlicher Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit mit</p>	<p>Die HeilM-RL in ihrer Struktur greift die Grundlagen der ICF auf, jedoch ist in der Versorgungspraxis die ICD-10-GM zum Teil die gesetzlich vorgeschriebene sowie sektorenübergreifende Klassifikation, weshalb diese hier auch gewählt wurde.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			sich.		
8.	SHV	Zudem fehlt uns in der Auflistung von Diagnosen eine grundlegende Systematik, die den Heilmittelbedarf begründet.	Wir sehen darin eine Inkonsistenz sowohl nach empirischen als auch nach evidenzbasierten Kriterien.	Kenntnisnahme	nein
9.	SHV	Insgesamt wird deshalb die geplante Anpassung der Regelung zum langfristigen Heilmittelbedarf nach unserer Auffassung nur für wenige Patienten zu einer Bürokratierleichterung führen.	Für die Mehrzahl der Patienten mit funktionellen Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe wird trotz dieser Anpassung auch weiterhin gelten: das Antragsverfahren ist unnötig mühsam und führt zu viel unnötiger Wartezeit.	Kenntnisnahme	nein

### 6.3.2 Stellungnahmen zur Änderung des § 8 Absatz 1, 3, 5, 6 HeiM-RL > „besondere“

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
10.	dbs	Der dbs unterstützt die Definition von KBV und PatV, nach der ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen etc. ergibt.	Einer weiteren „Verschärfung“ durch eine <u>besondere</u> Schwere und Langfristigkeit bedarf es nicht, da die Diagnoseliste bereits die besonders schweren Fälle auführt.	zustimmende Kenntnisnahme	PatV/KBV: nein GKV-SV: ja
11.	BÄK	Nicht nachvollzogen werden kann, warum von Seiten des GKV-Spitzenverbandes die Notwendigkeit gesehen wird, an	Die Notwendigkeit einer solchen Einschränkung wird auch in den tragenden		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		verschiedenen Stellen das Wort „besondere“ bzw. „besonders“ einzufügen.	Gründen nicht dargelegt.		
12.	dba	Entweder müssen die Diagnosen „verschärft“ werden oder „besondere“ gestrichen.	Bereits die Diagnosen bilden die besondere Schwere der Erkrankungen ab. Eine besondere Schwere von besonders schweren Erkrankungen ist medizinisch und rechtlich undifferenziert und der Spekulation anheimgestellt.		
13.	dbl	Der dbl schließt sich in § 8 a Abs. 1, 3, 5 und 6 ausdrücklich der Formulierung von KBV und Patientenvertretung an.	Nach der gesetzlichen Grundlage des § 32 Abs. 1 a SGB V ist es Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf zu regeln. Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. <b>Bei den einschlägigen Diagnosen handelt es sich damit schon um Erkrankungen mit einem besonderen Krankheitswert in Gestalt von dauerhaften schweren funktionellen/strukturellen Schädigungen.</b> Bei diesen ist prognostisch davon auszugehen, dass ein über den Regelfall hinausgehender Behandlungsbedarf gegeben ist. <b>Es ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar, weshalb hier der Anwendungsbereich der Regelung weiter eingeschränkt werden sollte.</b> Zudem würde mit der vom GKV-Spitzenverband		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			vorgeschlagenen Formulierung einer „besonderen“ Schwere und Langfristigkeit der Schädigung <b>ein weiterer unbestimmter Rechtsbegriff eingeführt, der nicht legal definiert ist.</b>		
14.	SHV	In Bezug auf § 8 a (neu) der Heilmittel-Richtlinie schließen wir uns den Ausführungen der KBV und der PatV vollinhaltlich an und lehnen die Änderungsvorschläge des GKV-SV als unnötig einschränkend ab.			
15.	VDB	Der VDB unterstützt den Vorschlag der KBV und PatV.	Die Formulierung „besondere“ im Vorschlag des GKV-SV ist zu unbestimmt und erschwert das Verordnungsermessen des Arztes in nicht prognostizierbarem Umfang.		

### 6.3.3 Stellungnahmen zur Änderung des § 8 Absatz 6 HeilM-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
16.	dbs	Der von den GKV-SV vorgeschlagenen Erweiterung auf mittelfristigen Behandlungsbedarf und der Ergänzung in § 8a Abs. 6 S. 2 möchten wir widersprechen. Der dbs schließt sich daher dem Vorschlag von	Die Einführung weiterer unbestimmter Rechtsbegriffe erschwert die Patientenversorgung, da eine klare Festlegung und Grenzziehung zwischen leichten, mittelschweren und sonstigen Erkrankungen nicht möglich erscheint.	zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: Anpassung der Formulierung entsprechend des Vorschlags von KBV und PatV	PatV und KBV: nein GKV-SV: ja

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		KBV und PatV zu § 8a Abs. 6 S. 1 an.			
17.	dba	„mittelfristigem“ Der Begriff ist unbestimmt und gibt befangenen Auslegungen Vorschub.			
18.	VDB	Der VDB unterstützt den Vorschlag der KBV und PatV.	Satz 2 des Vorschlags von GKV-SV ist mit § 8 Abs. 3 nur schwer vereinbar.		

#### 6.3.4 Stellungnahmen zur Änderung des §8 Absatz 7 HeilM-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung Beschlussentwurf
19.	dbs	Auch hier schließt sich der dbs dem Vorschlag von KBV und PatV an.	Eine Genehmigung für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren würde den jetzt schon enormen bürokratischen Aufwand für Anträge nach Abs. 3 reduzieren und alle Beteiligten entsprechend entlasten.	Kenntnisnahme Dem Anliegen der Stellungnehmer wird mit einer sprachlichen Klarstellung Rechnung getragen.	ja: Die Formulierung in § 8 Abs. 7 wird wie folgt konsentiert: „Die Genehmigung für Anträge nach Absatz 3 kann auf einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren befristet werden, muss aber mindestens ein Jahr umfassen.“
20.	dba	Ein Jahr bildet nicht eine dauerhafte schwere Erkrankung ab.	Gemäß Heilmittel-Katalog umfasst ein Regelfall, also ein „prognostisch kurzzeitiger Behandlungsbedarf“, bereits mehr als ein Jahr (SP5: 60 Einheiten, 1 x wöchentlich → 60 Wochen).		
21.	dbl	Der dbl schließt sich in Abs. 7 ausdrücklich der Formulierung von KBV und Patientenvertretung an.	Das Antragsverfahren bedeutet in der Praxis einen hohen bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten. Damit der		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung Beschluss-entwurf
			Zweck der Regelung, den Zugang von betroffenen Versicherten zur Heilmittelversorgung zu erleichtern, nicht torpediert wird, sollte im Interesse der Sicherstellung der Versorgung eine Genehmigung mindestens einen Zeitraum von zwei Jahren umfassen.		
22.	VDB	Der VDB-Physiotherapieverband unterstützt den Vorschlag von KBV und PatV.	Der Vorschlag von KBV und PatV enthält einen Mindest-Genehmigungszeitraum und zugleich mit „zwei Jahre“ eine „in der Regel“ geltende zeitliche Obergrenze für die Fälle vergleich-barer Diagnosen, die eine Leitgröße bildet, jedoch im Einzelfall mit Begründung überschritten werden kann.		

### 6.3.5 Stellungnahmen zur Diagnoseliste (grundsätzliche Ausführungen)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
23.	dbs	<p><b>1. Zur grundsätzlichen Unterscheidung von Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf und Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf</b></p> <p>Der dbs würde es daher sehr begrüßen, wenn die Diagnosen zukünftig in einer einzigen Liste aufgeführt würden. Ausgehend von der Verordnungsdauer (bis zu einem Jahr vs. länger</p>	<p><b>1. Zur grundsätzlichen Unterscheidung von Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf und Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf</b></p> <p>Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf erfordern Heilmitteltherapien, die in der Regel für einen begrenzten Zeitraum (&lt; 1 Jahr),</p>	Auf Grund der unterschiedlichen Rechtsnormen ist eine andere Lösung über den G-BA derzeit nicht möglich.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>als 1 Jahr) könnte die Zuordnung zu Diagnosen mit besonderem Heilmittelbedarf oder zu Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf erfolgen.</p>	<p>jedoch in intensivem Ausmaß, notwendig sind. Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf kommen hingegen zum Tragen, wenn ein Heilmittelbedarf mit einer Dauer von mehr als einem Jahr besteht.</p> <p>Höchstproblematisch ist, dass die beiden Listen derzeit komplementär gestaltet sind: Eine Diagnose inkl. Diagnoseschlüssel wird entweder dem besonderen oder dem langfristigem Heilmittelbedarf zugeordnet. Anders ausgedrückt: Derzeit verhindert die (sinnvolle) Klassifikation einer Diagnose mit besonderem Versorgungsbedarf die (ggf. genauso sinnvolle) Zuordnung zu den Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf und umgekehrt.</p> <p>Da sich Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf und Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf auf unterschiedliche Zeiträume nach Eintritt der Erkrankung beziehen, ergänzen sich die beiden Listen derzeit nicht, sondern schließen einander vielmehr aus.</p> <p>Die derzeitige Zuordnung ist weder formal noch inhaltlich begründet und daher nicht nachvollziehbar. So gelten beispielsweise Subarachnoidalblutungen (I60), intrazerebrale Blutungen (I61) und Hirninfarkte (I63) als Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf und</p>		



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>fehlen damit auf der Liste der Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf. Dies entspricht nicht den Bedürfnissen der betroffenen Personen, die nicht nur im ersten Jahr nach Akutereignis, sondern in der Regel langfristig rehabilitative Maßnahmen ergreifen müssen, um ihre Teilhabe im Alltag sichern zu können.</p>		
24.	dbl	Die Systematik der Liste bedarf der Überarbeitung.	<p>Bei Verabschiedung dieser Diagnoseliste bestehen zwei Listen fort: Einerseits die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1 a SGB V, andererseits der Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015. Je nachdem, in welcher Liste eine Diagnose gelistet ist, treten unterschiedliche Rechtsfolgen ein. Damit ist es für alle Beteiligten wichtig zu wissen, in welcher Liste eine Diagnose genannt ist. Dabei ist nicht erkennbar, nach welcher Systematik bzw. nach welchen Kriterien eine Zuordnung erfolgt.</p> <p>Die aktuelle Zuordnung ist weder formal noch inhaltlich begründet. Eine Diagnose ist jedenfalls nur in einer der beiden Listen aufgeführt. Es besteht daher ein Alternativverhältnis der Listen zueinander. So sind beispielsweise die Subarachoidalblutungen alleine der Liste</p>	Auf Grund der unterschiedlichen Rechtsnormen ist eine andere Lösung über den G-BA derzeit nicht möglich.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>nach § 106 b Abs. 2 SGB V aufgeführt. Dies hat zur Folge, dass sie nicht in der Anlage 2 gelistet sind. Dies entspricht nicht den Bedürfnissen betroffener Versicherter, die ggf. über das erste Jahr nach dem Akutereignis einen weitergehenden Therapiebedarf haben. Diese werden bei Bedarf auf das Verfahren nach Abs. 3 verwiesen werden müssen, was einen weiteren bürokratischen Aufwand bedeutet.</p>		
25.	dbl	<p>Der Übersichtlichkeit halber sollte die Anlage eine konsequente alphabetische Ordnung beinhalten.</p>	<p>Für alle an der Behandlung der Versicherten Beteiligten – egal ob Arzt oder Heilmittelerbringer – steht die Versorgung der Versicherten im Fokus. Regelungen und Listen sollten daher so aufgebaut sein, dass sie schnellstmöglich lesbar sind. Hierzu ist eine konsequente alphabetische Listung sinnvoll. Wird beispielsweise der Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84.0) erst auf S. 9 nach Q37.0 gelistet, obwohl die Liste den Eindruck einer alphabetischen Listung erweckt, besteht die Gefahr, dass diese Diagnosen übersehen werden. Missverständnisse sind daher vorprogrammiert.</p>	<p>Anliegen wird aufgegriffen. Eine alphanumerische Sortierung ist nicht praktikabel. Es soll ein Inhaltsverzeichnis eingefügt werden.</p>	<p>ja: Inhaltsverzeichnis wird eingefügt</p>

### 6.3.6 Stellungnahmen zur Diagnoseliste (Ergänzungsvorschläge Diagnosen)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
26.	dbs	<p><b>Grundsätzlich fehlende Diagnosen</b></p> <p>Die folgenden Diagnosen und die dazugehörigen Diagnoseschlüssel sollten daher geprüft und ergänzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</li> <li>• G30-G32 Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems</li> <li>• G40 Epilepsien</li> <li>• G81.9 Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet</li> <li>• H54.0 Blindheit und hochgradige Sehbehinderung</li> <li>• H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung</li> <li>• P00-P04 Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung</li> <li>• R49 Störungen der Stimme</li> <li>• Q35 Gaumenspalte</li> <li>• Q36 Lippenspalte</li> <li>• Q87 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme (nur Q87.4 ist gelistet, insbesondere fehlen die Diagnosen aus Q87.0 und Q87.1)</li> <li>• Q93 Monosomien und Deletionen der</li> </ul>	<p>Einige Diagnosen, die zu (dauerhaften) strukturellen und/ oder funktionellen Schädigungen der Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckfunktion führen können, sind derzeit <b>weder in der Aufstellung der Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf noch bei den Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf berücksichtigt.</b></p>	<p><b>F98:</b> umfasst heterogene Gruppe von Störungen, die medizinisch in keinem Zusammenhang stehen. Es handelt sich hierbei sowohl um definierte Syndrome als auch um Symptomkomplexe, die nicht anderweitig zugeordnet werden konnten. &gt; aus diesem ICD-10-GM kann sich kein langfristiger HeilM-Bedarf ableiten</p> <p><b>G30-G32:</b> umfassen unterschiedliche degenerative Erkrankungen des zentralen Nervensystems, die in unterschiedlichen Ausprägungsgraden vorkommen. Es kann daher nicht regelhaft von einem langfristiger HeilM-Bedarf ausgegangen werden</p> <p><b>G40:</b> die Epilepsie umfasst die epileptischen Anfallserkrankungen mit unterschiedlichen Anfallshäufungen. Die Behandlung erfolgt medikamentös und ggf. epilepsie-chirurgisch. Hier besteht kein langfristiger</p>	ja: Aufnahme Q87.0

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert (nur Q 93.4 ist gelistet)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Q99 Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert (nur Q 99.2 ist gelistet)</li> <li>• Z90 Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie</li> </ul>		<p>HeilM-Bedarf, mögliche vorbestehende ZNS-Erkrankungen bzw. Folgeschädigungen sind aus der G40 nicht ableitbar.</p> <p><b>G81.9:</b> unterschiedlicher Ausprägungsgrad und Ursachen von Hemiparesen, ein genereller langfristiger HeilM-Bedarf ergibt sich nicht.</p> <p><b>H54.0:</b> nicht nachvollziehbar, da der Stimm-, Sprech-, Sprachtherapeutische Bezug nicht dargestellt wurde</p> <p><b>H90:</b> Schwere der Hörstörung ist nicht differenziert abbildbar.</p> <p><b>P00-P04:</b> Undifferenzierter Diagnosekomplex. Dauerhafte Schädigung über spezifische ICD10-Codes abbildbar.</p> <p><b>R49:</b> Unspezifische Symptomcodierung.</p> <p><b>Q35/Q36:</b> Verschiedene Ausprägungsgrade sowohl der Gaumen- als auch der Lippenspaltbildungen, die sich jedoch über die ICD-10-GM-Codes nicht abbilden lassen. Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie ist zeitweise</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>sicher notwendig, aber bei diesen Krankheitsbildern besteht nicht grundsätzlich ein langfristiger Heilmittelbedarf.</p> <p><b>Q87.0:</b> Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes</p> <p><i>Akrozephalopolysyndaktylie-Syndrome</i>  <i>Akrozephalosyndaktylie-Syndrome [Apert]</i>  <i>Freeman-Sheldon-Syndrom [Whistling-face-Syndrom]</i>  <i>Goldenhar-Syndrom</i>  <i>Kryptophthalmus-Syndrom</i>  <i>Moebius-Syndrom</i>  <i>Orofaziodigitale Syndrome</i>  <i>Robin-Syndrom</i>  <i>Zyklopie</i></p> <p>Bei diesen angeborenen Syndromen handelt es sich um seltene bis sehr seltene Erkrankungen, die mit z.T. ausgeprägten Fehlbildungen im Gesicht-, Kiefer-, Mund- oder Rachenbereich und damit verbundenen funktionellen Störungen einhergehen. Dabei können komplexe Fehlbildungen auftreten (z.B. beim <i>Goldenhar-Syndrom</i>,</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>Zyklopie oder den Akrozephalopolysyndaktylie-Syndromen) mit Schädeldeformitäten, Gesichtsasymmetrien, Spaltbildungen, Hypoplasie der Kieferknochen o.ä. Bei einigen Syndromen (z.B. <i>Moebius-Syndrom</i>, <i>Freeman-Sheldon-Syndrom</i>) kommt es zu ausgeprägten Funktionsstörungen der mimischen Muskulatur.</p> <p>Ein langfristiger Heilmittelbedarf kann bei den unter diesem ICD-10-GM-Code erfassten Erkrankungen aus medizinischer Sicht befürwortet werden.</p> <p><b>Q87.1:</b> Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen</p> <p><i>Aarskog-Syndrom</i>  <i>Cockayne-Syndrom</i>  <i>(Cornelia-de-) Lange-Syndrom</i>  <i>Dubowitz-Syndrom</i>  <i>Noonan-Syndrom</i>  <i>Prader-Willi-Syndrom</i>  <i>Robinow-(Silverman-Smith-) Syndrom</i>  <i>Seckel-Syndrom</i></p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p><i>Silver-Russell-Syndrom</i></p> <p>Unter dieser ICD-10-GM werden angeborene Syndrome erfasst, die in der Ausprägung der strukturellen oder funktionellen Schädigungen erheblich variieren können (z.B. <i>Aarskog-Syndrom, Dubowitz-Syndrom, Noonan-Syndrom, Silver-Russell-Syndrom</i>). Auch kann sich der Heilmittelbedarf je nach Alter des Patienten stark unterscheiden. (z.B. beim <i>Prader-Willi-Syndrom</i>). Bei einigen Erkrankungen stehen medikamentöse Therapien, beispielsweise Hormontherapien, im Vordergrund.</p> <p>Bei den unter diesem ICD-Code ebenfalls erfassten Erkrankungen <i>Cockayne-Syndrom und (Cornelia-de-) Lange-I-Syndrom</i> ist auf Grund der i.d.R. ausgeprägten Fehlbildungen von einem langfristigen Heilmittelbedarf auszugehen. Eine spezifische Kodierung dieser Erkrankungsbilder ist mit der ICD-10-GM jedoch nicht</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>möglich. Bei den übrigen aufgeführten Erkrankungen kann in Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad der Symptomatik im Einzelfall eine Heilmitteltherapie, einschließlich einer Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie, auch über einen längeren Zeitraum erforderlich sein. Es besteht aber keine regelhafte medizinische Notwendigkeit zu einem langfristigen Heilmittelbedarf.</p> <p><b>Q93</b> Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert und</p> <p><b>Q99</b> Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert Unter diesen ICD-10-Codes werden unterschiedliche Störungen und Erkrankungen erfasst, denen gemeinsam ist, dass sie auf numerischen oder strukturellen Chromosomenanomalien beruhen. Die klinischen Ausprägungen sind mannigfaltig. So befinden sich</p>	



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>hierunter Erkrankungen mit einem Ausmaß, das eine Überlebensfähigkeit über das Säuglings- oder Kleinkindalter nicht gegeben ist (z.B. <i>Wolf-Hirschhorn-Syndrom</i>) bis zu klinisch leicht ausgeprägten Verlaufsformen (z.B. beim <i>Angelman-Syndrom</i>), die zudem nach dem Alter der Betroffenen deutlich variieren können. Bei einigen Erkrankungen ist die Behandlung der Begleiterkrankungen, wie beispielsweise einer symptomatischen Epilepsie, vorrangig.</p> <p>In Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad können Heilmitteltherapien auch über einen längeren Zeitraum erforderlich sein. <b>Q93.4</b> und <b>Q99.2</b> wurden auf Grund des i.d.R. bei den Betroffenen bestehenden langfristigen Heilmittelbedarfs in Anlage 2 aufgenommen.</p> <p>Eine regelhafte medizinische Notwendigkeit für einen langfristigen Heilmittelbedarf ergibt sich darüber hinaus</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>nicht.</p> <p><b>Z90:</b> In Kapitel XXI werden gemäß ICD-10-GM Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, kodiert. Hierbei handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Gesundheitsstörungen, die nicht zwangsläufig zu einem Heilmittelbedarf führen (z.B. <i>Verlust von Teilen des Magens, Verlust anderer Teile des Harntraktes</i>). Es bedarf der Einzelfallprüfung.</p>	
27.	dbs	<p><b>Fehlende Diagnosen (langfristiger Heilmittelbedarf)</b></p> <p>Die folgenden Diagnosen sollten ergänzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)</li> </ul>	<p>Analog zu Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V sollten hier unbedingt auch frühere Stadien des Primären Parkinson-Syndroms aufgeführt werden. Für die Sprech- und Stimmtherapie hat sich gezeigt, dass die besten Erfolge bei PatientInnen mit leichten bis mittel-schweren Symptomen erzielt werden. Eine langfristige Behandlung sollte daher so früh wie möglich beginnen.</p>	<p><b>G20.1:</b> In der Regel ist von keinem langfristigen Heilmittelbedarf auszugehen. In diesen Stadien variieren Art und Ausprägung der Symptomatik stark und die medikamentöse Behandlung ist die tragende Therapieform. Da jedoch ein zeitlich variierender intensiver Heilmittelbedarf gesehen wird, ist diese Diagnose in der Liste für besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) berücksichtigt.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Q16 Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen</li> </ul>		<p><b>Q16:</b> KBV/GKV-SV: Bei einer Kodierung mit Q 16.- sind angeborene Schwerhörigkeit oder Taubheit (H90.-) ausgeschlossen. Die Auswirkungen auf das Hörvermögen bei den hier zu kodierenden Fehlbildungen können sehr unterschiedlich sein. Neben einer bedarfsweise erforderlichen Hörgeräteversorgung kommen auch chirurgische Rekonstruktionen in Frage. Grundsätzlich kann auch hier unter der Diagnosegruppe SP4 eine Sprachtherapie verordnet werden. In der Regel sind die 50 Behandlungseinheiten im Regelfall ausreichend. Ein langfristiger Heilmittelbedarf ergibt sich aus dieser Gruppe von Fehlbildungen nicht.</p>	nein
		<ul style="list-style-type: none"> <li>H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung (Insbesondere aufgrund der Überschrift „Störungen der Sprache und des Gehörs“ verwundert es, dass Hörstörungen an dieser Stelle vollständig ignoriert wurden.)</li> </ul>		<p><b>H90:</b> Schwere der Hörstörung ist nicht differenziert abbildbar. Redaktionelle Anpassung der Überschrift in „Störung der Sprache“</p>	ja: Anpassung der Überschrift wie folgt: „Störung der Sprache <del>und des Gehörs</del> “

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
28.	dba	<p><b>Ergänzung Diagnosen (langfristiger Heilmittelbedarf)</b></p> <p>Die „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf“ ist entsprechend zu vervollständigen:</p> <p><b>F98 ff</b> Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</p> <p><b>G20.1</b> Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)</p> <p><b>G30-G32</b> Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems, einschließlich der Demenzen <b>F00-F03</b></p> <p><b>G40</b> Epilepsien</p> <p><b>G62.9</b> Polyneuropathie</p> <p><b>G81.9</b> Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet</p> <p><b>H90</b> Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungs-Störung</p> <p><b>M45.09</b> Morbus von Bechterew</p> <p><b>P00-P04</b> Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung</p> <p><b>Q16</b> Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens</p>	Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1 a SGB V (§ 8 a Abs. 1 HeilM-RL) liegt auch bei den nachfolgenden Diagnosen vor.	<p><b>F00-03:</b> Unter diesen ICD-10-Codes werden dementielle Erkrankungen verschiedener Ursache und unterschiedlichem Ausprägungsgrad erfasst. Die Behandlung, einschließlich der Heilmitteltherapie ist aber sowohl von der Genese als auch vom Stadium der jeweiligen Demenz abhängig. Ein regelhafter langfristiger Heilmittelbedarf besteht somit nicht.</p> <p>Da jedoch ein zeitlich variierender intensiver HeilM-Bedarf gesehen wird, sind bestimmte Diagnosen dieses Indikationsbereiches in der Liste für besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) berücksichtigt.</p> <p><b>G62.9:</b> unterschiedliche Erkrankungen der peripheren Nerven mit z.T. nur leichter Symptomatik, meist im Bereich der Extremitäten lokalisiert. Somit ist kein langfristiger HeilM-Bedarf ableitbar. Eine Indikation für Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie ergibt sich bei Polyneuropathien i.d.R. nicht.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>verursachen</p> <p><b>Q35</b> Gaumenspalte</p> <p><b>Q36</b> Lippenspalte</p> <p><b>Q39</b> Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus</p> <p><b>Q87</b> Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme (nur Q87.4 ist gelistet, insbesondere fehlen die Diagnosen aus Q87.0 und Q87.1)</p> <p><b>Q93</b> Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p><b>Q99</b> Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p><b>R13</b> Dysphagie</p> <p><b>R49</b> Störungen der Stimme bei</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>C00-97</b> Malignome Kopf/Hals, Atmungsorgane, Magen/Darm</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>J38.3</b> Rekurrensparese, Spasmodische Dysphonie</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>G35</b> Multiple Sklerose</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>G58.8</b> Störungen des Nervus phrenicus</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>G62.9</b> Polyneuropathie</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>M45.09</b> Morbus von Bechterew</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>R06.88</b> Vocal cord dysfunction (VCD)</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>R06.88</b> Dyspnoe</p>		<p>Die häufigste Neuropathieform mit Beteiligung der mimischen Muskulatur und langfristigem Bedarf an Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie ist mit dem ICD 10-Kode <b>G61.8</b> bereits in Anlage 2 aufgenommen.</p> <p><b>M45.09:</b> ist enthalten.</p> <p><b>Q16:</b> siehe lfd. Nr. 27</p> <p><b>Q39:</b> HeilM-Therapie zur Behandlung nicht vorrangig. Notwendig sind chirurgische und endoskopische Therapieverfahren mit bedarfsweiser stimm-sprech-sprachtherapeutischer Behandlung.</p> <p><b>R13:</b> Unspezifische Symptomcodierung. Kein genereller langfristiger HeilM-Bedarf ableitbar.</p> <p><b>R49:</b> Unspezifische Symptomcodierung.</p> <p><b>Z90:</b> unspezifische Diagnose. Hier kann nicht von einem regelhaften langfristigen HeilM-Bedarf ausgegangen werden. Es bedarf der Einzelfallprüfung.</p> <p><b>Z96.2:</b> Unspezifische</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p><b>T07</b> Polytrauma</p> <p><b>Z90</b> Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie</p> <p><b>Z96.2</b> Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan</p>		Diagnose, die keine Rückschlüsse auf das Ausmaß der bestehenden Beeinträchtigungen zulässt. Hier kann nicht von einem regelhaften langfristigen HeilM-Bedarf ausgegangen werden. Es bedarf der Einzelfallprüfung.	
29.	dbl	<p>Die Liste bedarf der Prüfung und <b>Ergänzung hinsichtlich Diagnosen.</b></p> <p>Der dbl spricht sich ausdrücklich für die Aufnahme der folgenden Diagnosen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>F98</b> Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</li> <li>• <b>G20.1</b> Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Jahr), analog zum Anhang 1 zur Anlage 2 sollten hier unbedingt auch frühere Stadien des Primären Parkinson-Syndroms aufgeführt werden.</li> <li>• <b>G30-G32</b> Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems</li> <li>• <b>G40</b> Epilepsien</li> <li>• <b>G62.9</b> Polyneuropathie</li> <li>• <b>G81.9</b> Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet</li> <li>• <b>H54.0</b> Blindheit und hochgradige Sehbehinderung</li> </ul>	Einige Diagnosen, die mit einer dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung verbunden sind oder zu dieser führen können, sind weder im Beschlussentwurf der Anlage 2 noch im Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben gelistet.	<p><b>Q02:</b> Einer Mikrozephalie liegen unterschiedliche Ursachen zugrunde. Neben angeborenen Fehlbildungssyndromen treten als Ursache fetale Entwicklungsstörungen in Folge von Infektionskrankheiten während der Schwangerschaft auf. Das Ausmaß der strukturellen und funktionellen Schädigungen und damit der Behandlungsbedarf variieren stark.</p> <p>Aus diesem ICD-10-Code kann daher kein regelhafter langfristiger Heilmittelbedarf abgeleitet werden. Ggf. Einzelfallprüfung durch individuelles Antragsverfahren möglich.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>H90</b> Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung</li> <li>• <b>M45.09</b> Morbus von Bechterew</li> <li>• <b>P00-P04</b> Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung</li> <li>• <b>Q02</b> Mikrozephalie</li> <li>• <b>Q16</b> Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen</li> <li>• <b>Q35</b> Gaumenspalte</li> <li>• <b>Q36</b> Lippenspalte</li> <li>• <b>Q39</b> Ösophagusatresie</li> <li>• <b>Q87</b> Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme (nur Q87.4 ist gelistet, insbesondere fehlen die Diagnosen aus Q87.0 und Q87.1)</li> <li>• <b>Q93</b> Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert (nur Q 93.4 ist gelistet)</li> <li>• <b>Q99</b> Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert (nur Q 99.2 ist gelistet)</li> <li>• <b>R49</b> Störungen der Stimme</li> <li>• <b>Z90</b> Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie</li> <li>• <b>Z96.2</b> Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan</li> </ul>		<p><b>Q16:</b> siehe lfd. Nr. 27</p> <p><b>R49:</b> Unspezifische Symptomcodierung.</p> <p><b>Q93:</b> siehe lfd. Nr. 26</p> <p><b>Q99:</b> siehe lfd. Nr. 26</p> <p><b>Z96.2:</b> siehe lfd. Nr. 28</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf								
30.	SHV	<p>Ergänzung:</p> <p>M06.0 Sonstige chronische Polyarthrit</p> <p><b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b></p> <table border="0"> <tr> <td><b>Physioth.</b></td> <td><b>Ergoth.</b></td> </tr> <tr> <td>WS2</td> <td>SB1</td> </tr> <tr> <td>EX2</td> <td>SB5</td> </tr> <tr> <td>EX3</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Physioth.</b>	<b>Ergoth.</b>	WS2	SB1	EX2	SB5	EX3		<p>Insbesondere bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen Chronische Polyarthrit (CP), ankylosierende Spondylitis (AS), Kollagenosen und Vaskulitiden oder die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) bestehen aufgrund des regelhaft polytopen Musters des Gelenkbefalls komplexe Funktionsstörungen der Gelenke, der Muskulatur und anderer Elemente des Bewegungssystems. Dabei werden auch primär nicht betroffene Teile des Bewegungssystems („Bewegungsketten“) in Mitleidenschaft gezogen. Der chronisch progrediente Verlauf der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen erfordert eine lebenslange medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie. Die rheumatischen Erkrankungen insgesamt erfordern ein multimodales trans- und interdisziplinäres Krankheitsmanagement. Dieses verfolgt immer das Ziel, frühzeitig Schäden an den Bewegungsorganen zu begegnen und funktionelle Defizite auszugleichen. Ein wichtiger Baustein der multimodalen Therapie und eines optimalen Krankheitsmanagements ist die kontinuierliche Versorgung mit Heilmitteln.</p>	<p>Es handelt sich um Erkrankungsbilder aus dem rheumatischen Formenkreis, die vom Erkrankungsverlauf, Befallsmuster und daraus resultierender Behandlungsbedarf stark variieren können.</p> <p><b>M06.1:</b> Adulte Form der Still-Krankheit ist selten und die Pat. werden nur in Schwerpunkteinrichtungen, die im Jahr eine große Zahl von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen behandeln, betreut. Arthralgien, Arthritis oder beides können zu irgendeiner Zeit im Krankheitsverlauf auftreten. Ggf. besteht dann ein Bedarf an Heilmittel—Therapie, allerdings nicht durchgehend langfristig.</p> <p><b>M06.2:</b> Bursitis bei chronischer Polyarthrit- Eine Bursitis stellt eine akutes Erkrankungsbild dar, dass i.R. konservativ mit vorübergehender Ruhigstellung des Gelenkes, Gabe entzündungshemmender</p>	nein
<b>Physioth.</b>	<b>Ergoth.</b>												
WS2	SB1												
EX2	SB5												
EX3													



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>Medikamente, lokaler Kältetherapie, ggf. lokaler Injektion behandelt wird. Nach Abklingen der Akutsymptomatik ist dann eine Bewegungstherapie( z.B. KG ) angezeigt, aber auch diese ist nicht langfristig, &gt; 1 Jahr, erforderlich.</p> <p><b>M06.3:</b> Rheumaknoten- hieraus ergibt sich kein Bedarf an Heilmittel-Therapie.</p> <p>Bei den übrigen Erkrankungsbildern steht außer Frage, dass Patienten, in Abhängigkeit ihres aktuellen Gesundheitszustandes, Physiotherapie verordnet werden sollte, jeweils eingebettet in das Gesamtbehandlungskonzept. Das bedeutet aber nicht zwangsläufig, dass ein Bedarf an einer dauerhaften (langfristigen) Heilmittel-VO besteht.</p> <p>Wichtig ist hier auch das Erlernen eines Eigenübungsprogrammes. Des Weiteren steht den Patienten die Teilnahme am</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>Funktionstraining zur Verfügung.</p> <p>Eine Aufnahme von M06.- auf die Anlage 2 langfristiger Heilmittelbedarf ist somit nicht angezeigt.</p> <p>Um aber Patienten mit erhöhtem Therapiebedarf gerecht zu werden ist M06.0 und M 06.1 auf der Liste besondere Verordnungsbedarfe enthalten.</p>	
31.	SHV	<p>Ergänzung:</p> <p>Q34.8 Primäre ciliäre Dyskinesie (PCD)</p> <p><b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b>  <b>Physioth. Ergoth.</b>  AT3</p>	<p>Die primäre ciliäre Dyskinesie (PCD) ist eine angeborene seltene Erkrankung, die vor allem mit einer erheblichen Funktionsstörung der Atemwege einhergeht. In der Behandlung steht die Sekretlimitation im Rahmen der Physiotherapie im Vordergrund. Der Schweregrad der Erkrankung macht eine langfristige Therapie notwendig.</p>	<p>Bei den Erkrankungsbildern Primäre ciliäre Dyskinesie (<b>Q34.8</b>) und Kartagener Syndrom (<b>Q89.3</b>) funktioniert durch einen primär genetischen Defekt die Bewegung der Flimmerhärchen in den unteren und oberen Atemwegen nicht oder nicht ausreichend. Die Patienten werden symptomatisch behandelt. Regelmäßige Impfungen und früher Einsatz von Antibiotika, zusammen mit Atem-Physiotherapie tragen dazu bei, die Entstehung von Bronchiektasen einzuschränken. Patienten mit</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>Bronchiektasen benötigen täglich Atem-Physiotherapie, auch in den ruhigen Intervallen.</p> <p>Bei Patienten mit terminaler Ateminsuffizienz besteht die Möglichkeit einer Lungentransplantation. Gelegentlich müssen Herzfehler chirurgisch korrigiert werden. Die Prognose der Krankheit hängt von der Häufigkeit pulmonaler Infektionen ab, da diese in der Regel zu Bronchiektasen mit chronischer Ateminsuffizienz führen. Eine intensive Inhalations- und Atemphysiotherapie ist ab Diagnosestellung sinnvoll. Ein langfristiger Heilmittelbedarf für AT3 kann daraus, <u>vergleichbar mit der Mukoviszidose</u> daraus resultieren.</p> <p>Allerdings ist mit der ICD-10-GM-2016 und den Codes Q34.8 bzw. Q89.3 eine eindeutige Kodierung der Erkrankungsbilder nicht möglich. Die Genehmigung eines langfristigen</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				Heilmittelbedarfs ist für die Primäre ciliäre Dyskinesie und das Kartagener Syndrom über das Einzelantragsverfahren angezeigt.	
32.	SHV	Ergänzung: Q89.3 Kartagener Syndrom  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> AT3	Bei 50% der Betroffenen mit ciliärer Dyskinesie liegt ein Situs inversus vor. In dem Fall wird das Krankheitsbild „Kartager Syndrom“ genannt. Der Therapiebedarf ist durch die o.g. Funktionsstörung der Atemwege begründet.	Siehe lfd. Nr. 31	nein
33.	SHV	Ergänzung: J47 Bronchiektasen  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> AT3	Patienten mit Bronchiektasen als chronisch entzündliche Atemwegserkrankungen werden zusätzlich zur medikamentösen Behandlung mit Atemtherapie versorgt, um Sekret aus den erweiterten Bronchien zu mobilisieren. Zur Anwendung kommen Lagerungsdrainagen, Klopfmassagen, Atemübungen und Patientenedukation.	<b>J47</b> Bronchiektasen Bronchiektasen werden unterteilt in: - angeborene Formen (insbesondere bei Zystischer Fibrose, PCD, Immundefekte) - erworbene Formen nach Pneumonien, gehäuften Exacerbationen bei COPD  30-50 % der Pat. mit COPD weisen auch Bronchiektasen auf, am häufigsten im Alter von 75-84 Jahren  Da bereits die Zystische Fibrose und schwere COPD auf ANLAGE 2 enthalten sind, ist der größte Anteil der	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>Patienten mit Bronchieektasen, insbesondere mit schweren Verlaufsformen, erfasst.</p> <p>Die zusätzliche Aufnahme von J 47 ist daher nicht erforderlich.</p> <p>Sollte bei darüber hinausgehenden Fällen im Bedarfsfall neben der medikamentösen Therapie ein längerfristiger Heilmittelbedarf bestehen, bedarf es der Einzelfallprüfung.</p>	
34.	SHV	<p>Ergänzung:</p> <p>Z 94.2 Zustand nach Lungentransplantation</p> <p><b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b>  <b>Physioth. Ergoth.</b>  AT1</p>	<p>Die Therapie nach Lungentransplantationen soll die pulmonale Situation verbessern und die gesamte körperliche Leistungsfähigkeit steigern, damit die Patienten langfristigen Nutzen durch die Transplantation haben und die Lebensqualität verbessert wird. Im Rahmen der Physiotherapie wird über einen längeren Zeitraum neben der Atemtherapie an der Verbesserung von Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination gearbeitet.</p>	<p>Nach Lungentransplantationen erfolgt eine Anschluss-Rehabilitation, danach pneumologische Nachbetreuung nach einem vorgeschriebenen Schema, in den ersten Monaten nach Lungentransplantationen regelhaft auch Physio- und Atemtherapie. Ein langfristiger Heilm-Bedarf ergibt sich nicht generell.</p>	nein
35.	SHV	<p>Ergänzung:</p> <p>J60-J70 Lungenfibrose</p>	<p>Der Lungenfibrose liegt vielfach eine Lungenkrankheit durch exogene Substanzen zugrunde. Die physiotherapeutische Atemtherapie</p>	<p>Bedarfsweise Verordnung von AT angezeigt, insbesondere zur Vermittlung von erleichternden Atem- und</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> AT1	erleichtert die Atmung durch Sekretlösung und Verbesserung der Atemmechanik. Die Hustentechnik wird optimiert, Atemgeräte angeleitet und ein Eigenübungsprogramm angeleitet. So trägt die Physiotherapie zur Besserung der Lebensqualität bei.	Hustentechniken, aber kein grundsätzlicher langfristiger HeilM-Bedarf.	
36.	SHV	Ergänzung:  J84.1 Sonstige interstitiellen Lungenerkrankungen mit Fibrose  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> AT1	Die physiotherapeutische Atemtherapie erleichtert die Atmung durch Sekretlösung und Verbesserung der Atemmechanik. Die Hustentechnik wird optimiert, Anwendung von Atemgeräten und ein Eigenübungsprogramm werden angeleitet. So trägt die Physiotherapie zur Besserung der Lebensqualität bei.	Bedarfsweise Verordnung von AT angezeigt, insbesondere zur Vermittlung von erleichternden Atem- und Hustentechniken, aber kein grundsätzlicher langfristiger HeilM-Bedarf.	nein
37.	SHV	Ergänzung:  A15, A16 Fibrose der Lunge bei Tuberkolose  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> AT1	Die physiotherapeutische Atemtherapie erleichtert die Atmung durch Sekretlösung und Verbesserung der Atemmechanik. Die Hustentechnik wird optimiert, Anwendung von Atemgeräten und ein Eigenübungsprogramm werden angeleitet. So trägt die Physiotherapie zur Besserung der Lebensqualität bei.	Bedarfsweise Verordnung von AT angezeigt, insbesondere zur Vermittlung von erleichternden Atem- und Hustentechniken, aber kein grundsätzlicher langfristiger HeilM-Bedarf.	nein
38.	SHV	Ergänzung:  P 27 Chronische Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> AT1	Hier handelt es sich um angeborene Erkrankungen, die vor allem mit einer erheblichen Funktionsstörung der Atemwege einhergehen. In der Behandlung steht die Sekretlimitation im Rahmen der Physiotherapie im Vordergrund. Der Schweregrad der Erkrankung macht eine langfristige Therapie notwendig.	Dieser ICD-10-GM-Code umfasst die Erkrankungen:  - P27.0 Mikity-Wilson-Syndrom - P 27.1 Bronchopulmonale Dysplasie - P27.8 sonstige chronische Atemwegserkrankungen	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>mit Ursprung in der Perinatalperiode</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P27.9 Nicht näher bezeichnete chronische Atemwegkrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode</li> </ul> <p>Diese Krankheitsbilder unterscheiden sich sowohl vom Erkrankungsverlauf als auch dem daraus resultierenden Behandlungsbedarf.</p> <p><b>P27.0:</b> Beim Mikity-Wilson-Syndrom handelt es sich um eine chronisch-respiratorische Erkrankung bei <b>nicht</b> beatmeten Frühgeborenen. Die betroffenen Frühgeborenen entwickeln um den 10-14. Lebenstag langsam progrediente Zeichen der Atemnot und haben oftmals einen erhöhten O<sub>2</sub>-Bedarf. Unter optimaler supportiven Maßnahmen klingt die Erkrankung i.R. folgenlos ab. Ein langfristiger Heilmittelbedarf ergibt sich hier nicht.</p> <p><b>P27.1:</b> Die bronchopulmonale Dysplasie (BDP) ist eine</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>chronische, potenziell reversible Erkrankung Frühgeborener. In Deutschland sind ca. 1-1,8 pro 1000 Lebendgeborenen betroffen, somit ist die BDP auch heute noch die häufigste Lungenerkrankung im Kleinkindesalter.</p> <p>Die Diagnose einer BDP wird bei einer zusätzlichen Sauerstoffgabe für mindestens 28 Tage gestellt und in die Schweregrade mild, moderat und schwer eingeteilt. Nach der Neonatalzeit kommt es bei den meisten erkrankten Kindern zu einer langsamen Besserung der Lungenfunktion. Bis zur Vollendung des ersten Lebensjahrs wird in der Regel eine unterstützende Atemphysiotherapie, vor allem bei schwerer BDP, empfohlen. Danach ist zwar eine weitere Nachbeobachtung und Kontrolle der ehemaligen Frühgeborenen erforderlich, ein Physiotherapiebedarf besteht dann nur noch selten und ist eher im Rahmen akuter Infektionen zu sehen.</p>	



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>Auf Grund der unterschiedlichen Verlaufsformen, die sich allerdings nicht mit dem ICD-Code abbilden lassen und i.d.R. kürzer als 12 monatigen Bedarf an Atemtherapie ist die Aufnahme in Anlage 2 nicht erforderlich.</p> <p>Um ggf. bei erhöhtem Heilmittelbedarf den Kindern gerecht werden zu können, wurde <b>P27.1</b> in die Liste der besondere Versorgungsbedarfe neu aufgenommen.</p> <p><b>P27.8:</b> Bei den hier subsummierten Erkrankungsbildern (angeborene Lungenfibrose; Beatmungslunge beim Neugeborenen) stehen die medikamentöse Therapie, O2-Gabe, CPAP-Beatmung im Vordergrund. Bei Bedarf und im Verlauf kann begleitend eine Atemtherapie sinnvoll sein, allerdings ist diese nicht durchgehend und langfristig erforderlich.</p> <p>Um ggf. bei erhöhtem Heilmittelbedarf den Kindern gerecht werden zu können,</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				wurde <b>P27.8</b> in die Liste der besondere Versorgungsbedarfe neu aufgenommen.	
39.	SHV	Ergänzung: Q77.4 Achondroplasie  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> EX4	Achondroplasie ist die häufigste Form der Osteochondrodysplasien. Menschen mit Achondroplasie weisen typische morphologische Veränderungen auf. Betroffene Menschen neigen beispielsweise zu einem engen Foramen magnum, das besonders bei einer Anteflexion der Halswirbelsäule zu einer Kompressionssymptomatik des Rückenmarks führen kann. Durch eine Spinalkanalstenose kommt es leicht zu Parästhesien der Beine. In beiden Ellenbogen besteht eine Streckhemmung, die einseitig verstärkt ist. Eine Hypermobilität in den Kniegelenken und das Genu recurvatum führt zu Kniebeschwerden. Aktive und mobilisierende Maßnahmen der Physiotherapie erhalten und fördern die Lebensqualität der Patienten.	Unterschiedliche Ausprägungsgrade. Die hier beschriebenen strukturellen und funktionellen Schädigungen treten nicht regelhaft auf und ziehen auch keine regelhaft auftretenden neurologischen Schädigungen nach sich. Bedarfsweise Physiotherapie ist sicher indiziert, aber kein grundsätzlicher langfristiger HeilM-Bedarf.	nein
40.	SHV	Ergänzung: Q85.1 Tuberöse Sklerose  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> ZN2 EN1, EN2	Physiotherapie und Ergotherapie verbessert die Fähigkeit, alltägliche Aufgaben zu bewältigen.	Unterschiedliche Ausprägungsgrade. Bedarfsweise Physiotherapie kann indiziert sein, aber kein grundsätzlicher langfristiger HeilM-Bedarf.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
41.	SHV	Ergänzung:  F20.- Schizophrenie F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> PS3	Therapeutische Maßnahmen dienen der Verbesserung emotionaler, personaler, sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen	Kein genereller langfristiger HeilM-Bedarf, sondern den unterschiedlichen Krankheitsstadien und der Krankheitsaktivität angepasste ergotherapeutische Versorgung.	nein
42.	SHV	Ergänzung:  F00-03; G31 Demenz  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> PS5, EN2	Derzeit in der Liste nach §106 b Abs. 2 enthalten. Da es sich hier um chronisch progrediente Erkrankungen handelt, ist eine Listung unter den Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf sinnvoller. Zudem ist eine Indikationserweiterung (EN2) sinnvoll, da diese Patienten häufig vom Hausarzt behandelt werden und es immer wieder zu Problemen wegen der Psychiatrischen Diagnostik kommt.	<b>F00-03:</b> siehe lfd. Nr. 28	nein
43.	SHV	Ergänzung:  I 89 Primäres Lymphödem  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> LY2	Im Zentrum der Therapie beim primären Lymphödem steht die konservative Behandlung mit einer komplexen physikalischen Entstauungstherapie. Die komplexe physikalische Entstauungstherapie wirkt sowohl auf die Lymphbildung und Lymphtransport als auch auf die Lymphknoten. Die Verbesserung des Lymphtransportes wird durch eine manuelle Lymphdrainage erzielt. Eine weitere Säule der komplexen physikalischen Entstauungstherapie ist die Kompressionstherapie zunächst durch	Der bisher im ICD-10-GM zur Verfügung stehende Code I89.0 ist unspezifisch, da hierunter verschiedene Formen und Ausprägungsgrade eines Lymphödems verschlüsselt werden. Unter anderem soll das schwere primäre Lymphödem Gegenstand der Liste bleiben. Weitere Ausführungen siehe TrGr.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			Anlegen eines Kompressionsverbandes der die durch die manuelle Lymphdrainage erreichte Entstauung konserviert und optimiert.		
44.	SHV	G11 Hereditäre Ataxie G20-21 Parkinson-Syndrom G35 Multiple Sklerose G36 Sonst. Akute disseminierte Demyelinisation G37 Sonst. Demyelinisierende Krankheiten des ZNS	Da es sich hier um chronisch progrediente Erkrankungen handelt, ist eine Listung unter den Diagnosen mit <u>langfristigem Heilmittelbedarf</u> sinnvoll.	In der Regel ist bei den genannten Diagnosen von keinem langfristigen HeilM-Bedarf auszugehen. Da jedoch ein intensiver HeilM-Bedarf gesehen wird, sind diese Diagnosen in der Liste für besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) berücksichtigt.	nein
45.	BV Torticollis e.V.	Der Gemeinsame Bundesausschuss wird noch einmal gebeten [...] zu prüfen, ob die Dystonie-Erkrankungen, insbesondere der Torticollis spasmodicus, in die Liste der Erkrankungen mit erhöhtem Krankengymnastik-Bedarf für Langfristverordnungen aufgenommen werden kann.	Im Bundesgebiet muss man von ca. 20.000 -30.000 Erkrankten ausgehen. Die verschiedenen Dystonie-Formen gehören mit einer Häufigkeit von etwa 1 % zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Die Torticollis-Erkrankung ist nicht [...] mit dem kindlichen muskulären Schiefhals vergleichbar, es ist eine extrapyramidale Störung vergleichbar mit dem M. Parkinson. Die Symptome treten im 4. bis 5. Lebensjahrzehnt auf und führen häufig zu Arbeitsunfähigkeit, eingeschränkter Teilhabe und vorzeitiger Berentung. Die Behandlungsmethoden der ersten Wahl sind regelmäßige Injektionen von Botulinumtoxin in die betroffenen Muskelgruppen und "eine auf die	<b>G24.3:</b> <b>GKV-SV: keine Aufnahme:</b> Zervikale Dystonie (Torticollis spasmodicus)  Dystonien sind Bewegungsstörungen mit unwillkürlichen Kontraktionen der quergestreiften Muskulatur, die zu repetitiven Bewegungen und abnormen Haltungen von Körperteilen führen. Bei der zervikalen Dystonie (Torticollis spasmodicus) ist die Halsmuskulatur betroffen, was zu Fehlstellungen der	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Besonderheiten der Dystonie ausgerichtete Physiotherapie" (Prof Dr. med. Bernd Lepow, Universität Halle). Insbesondere diejenigen, die keine belastenden Injektionsbehandlungen oder eingreifende operative Therapien (tiefe Hirnstimulation) durchführen lassen, benötigen regelmäßige krankengymnastische Übungsbehandlungen. Unter den betroffenen Mitgliedern des Bundesverbandes Torticollis e. V. und bei von mir betreuten Patienten gibt es zahlreiche Dystoniker, die mit alleiniger regelmäßiger Physiotherapie 1-2mal in der Woche ohne weitere kostenintensive Behandlungen auskommen und eine befriedigende Teilhabe erreichen, zumindest sind ein Fortschreiten der Erkrankung und strukturelle Folgeschäden an der Halswirbelsäule und an Bandscheiben aufzuhalten. Ärzte, die eine größere Anzahl von Torticollis-oder anderen Dystonie-Patienten behandeln und betreuen, kommen nach dem Heilmittelkatalog schnell an die Grenzen der Verordnungsmöglichkeiten: Im Regelfall sind nur 3x6 Behandlungen z. B. auf neurophysiologischer Basis möglich.</p>	<p>Halswirbelsäule führt. Zervikale Dystonien können als primäre Erkrankung (Ätiologie unklar, z.T. hereditär) oder im Rahmen anderer Grunderkrankungen auftreten (z.B. bei Basalganglienerkrankungen, Borreliose) auftreten.</p> <p>Die Behandlung der Dystonien richtet sich zum einen nach der Ursache, zum anderen dem Verteilungsmuster der betroffenen Körperregionen. Eine kausale Therapie ist bei den primären Dystonien nicht möglich.</p> <p>Bei fokalen Dystonien ist die selektive periphere Denervierung der betroffenen Muskelgruppen durch lokale Injektion von Botulinum-Toxin heute in der Regel Methode der ersten Wahl. Sind ausgedehntere Muskelpartien bei segmentalen oder generalisierten Dystonien betroffen, treten medikamentöse Behandlungen in den Vordergrund, ergänzt durch fokale Botulinum-Toxin-Injektionen.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>Bei schweren primären Dystonien und unzureichendem Effekt medikamentöser Therapiemaßnahmen wird die tiefe Hirnstimulation empfohlen.</p> <p>Chirurgische Behandlungsverfahren sind bei therapierefraktären Fällen mit schwerer Behinderung zur Vermeidung orthopädischer Folgeschäden auf Grund der Fehlhaltungen indiziert.</p> <p>Bei der heterogenen Gruppe der sekundären Dystonien ist die Therapie jeweils im Einzelfall zu treffen.</p> <p>Gemäß der gültigen AWMF-Leitlinie (Entwicklungsstufe: S1, Stand September 2012, gültig bis September 2017) wird zur Behandlung der zervikalen Dystonie (Torticollis spasmodicus) folgendes Vorgehen empfohlen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Botulinum-Toxin</li> <li>2. Anticholinergika</li> <li>3. Tetrabenazin</li> <li>4. medikamentöse Kombinationstherapie</li> </ol>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>5. selektive periphere Denervierung (distale Neurotomie)</p> <p>6. tiefe Hirnstimulation</p> <p>Die Botulinum-Toxin-Injektion ist die Therapie der ersten Wahl und hat eine hohe Erfolgsquote (mehr als 50%) mit einer Wirkungsdauer von ca. 10 bis 60 Tagen, dann muss im Bedarfsfall die Injektion wiederholt werden. Bei wiederholten Gaben besteht das Risiko eines sekundären Therapieversagens durch neutralisierende Antikörper. In jüngeren Serien liegt die Häufigkeit von Antikörpern gegen Botulinum-Toxin A mit 0,5–3 % sehr niedrig, da sich die Antigenität neuerer Botulinum-Toxin-Präparate verringert hat (nach AWMF-Leitlinie, Stand September 2012, gültig bis September 2017). Therapeutisch ist in diesen Fällen ein zunächst Wechsel auf einen anderen Typ von Botulinum-Toxin möglich.</p> <p>Physiotherapie ist zur</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>symptomatischen Therapie der zervikalen Dystonie und der häufig auftretenden Nackenschmerzen ebenfalls indiziert. Diese ist bedarfsgerecht in Abhängigkeit von der individuellen Symptomatik zu verordnen. Bei schwer verlaufenden Krankheitsfällen kann Physiotherapie auch über einen längeren Zeitraum mit Verordnungen außerhalb des Regelfalles oder langfristigen Verordnungen erforderlich machen.</p> <p>Von einem langfristigen Heilmittelbedarf von mehr als einem Jahr ist aber bei der zervikalen Dystonie nicht regelhaft auszugehen. In den hiervon betroffenen Fällen ist eine Einzelfallprüfung durchzuführen. Die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs ist für schwere Fälle des Torticollis spasmodicus (G24.3) als ergänzende Therapie der oben genannten leitliniengerechten Therapieverfahren über das Einzelantragsverfahren</p>	



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>angezeigt.</p> <p><b>KBV/PatV: Aufnahme</b></p> <p>Die zervikale Dystonie tritt in vielen unterschiedlichen Formen und Ausprägungen auf. Die klassischen Formen sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laterocaput und Laterocollis (Beugung zur Seite)</li> <li>• Torticaput und Torticollis (Drehung zur Seite)</li> <li>• Anterocaput und Anterocollis (vornüber gebeugter Kopf)</li> <li>• Retrocaput und Retrocollis (nach hinten gestreckter Kopf)</li> <li>• Lateraler Shift (Kombination aus Laterocollis und Laterocaput)</li> <li>• Sagitaler Shift nach hinten (Kombination aus anterocaput und Retrocollis)</li> <li>• Symptomatik der zervikalen Dystonie:</li> <li>• Ständig vorhandene, ununterbrochene Muskelverkrampfungen mit abnormen Fehlhaltungen</li> </ul>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch die Verkrampfungen bedingte permanente Schmerzen</li> <li>• Kopf-Tremor</li> <li>• Gangunsicherheit</li> <li>• Schwindel</li> <li>• Probleme bei der Orientierung</li> </ul> <p>Physio- und Ergotherapie können die Symptome wesentlich lindern. Wenn jedoch die Behandlung unterbrochen wird, tritt wegen der permanenten Verkrampfungen der ursprüngliche, behandlungsbedürftige Zustand sehr schnell wieder ein, was den bis dahin erzielte Therapieerfolg zunichtemacht. Der Leidensdruck in der Therapiepause ist für die Patienten erheblich.</p>	

### 6.3.7 Stellungnahmen zur Diagnoseliste (Ergänzungsvorschläge Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
46.	dbb	<p><b>Fehlende Indikationsschlüssel (langfristiger Heilmittelbedarf)</b></p> <p>Die folgenden Indikationsschlüssel sollten daher bei den angegebenen Diagnosen ergänzt werden:</p> <p><b>Q74.3:</b> SP1, SP2, SC1</p>	Bei einigen Diagnosen, die zu (dauerhaften) strukturellen und/oder funktionellen Schädigungen der Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckfunktion führen können, fehlen z.T. relevante Indikationsschlüssel.	Eine Indikation für Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie ergibt sich nicht.	nein
47.	dba	<p><b>Indikationsschlüssel</b></p> <p>Die bisher bestehende „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf“ ist um folgende Indikationsschlüssel zu vervollständigen:</p> <p><b>G12.0-G12.9:</b> ST2</p> <p><b>G20.2:</b> ST1</p> <p><b>R49 bei C00-C97:</b> ST 1 / ST2</p>		<p><b>G12.0-G12.9:</b> Stimmtherapie ist bei diesen Erkrankungen in der Regel nicht erforderlich.</p> <p><b>G20.2:</b> ST1: Zustimmung</p> <p><b>R49 bei C00-C97:</b> ST 1 / ST2 siehe Ausführungen zu R49</p>	<i>ja: Aufnahme ST1 für G20.2</i>
48.	dbl	<p>Die Liste bedarf der <b>Überarbeitung und Ergänzung hinsichtlich einschlägiger Indikationsschlüssel</b></p> <p>Der dbl spricht sich als Berufs- und Fachverband ausdrücklich bei den folgenden Diagnosen für die Ergänzung von relevanten Indikationsschlüsseln aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>B94.1:</b> SP6</li> <li>• <b>G11.0-G11.9:</b> SP6</li> <li>• <b>S14:</b> SC1, ST1</li> <li>• <b>Q68.0:</b> SC1, ST1</li> <li>• <b>F00.1-03:</b> SP5, SP6, ST1, SC1</li> <li>• <b>F00.0:</b> SP5, SP6, ST1, SC1</li> </ul>	Soweit Diagnosen im Anhang 1 zur Anlage 2 gelistet sind, sollte die Aufnahme dieser Diagnosen mit weiteren Indikationsschlüsseln in die Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie geprüft werden. Insoweit ist zum Beispiel Chorea Huntington (G10) mit ST 1/ST 2 und SP6 zu nennen.	nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>F80.1-2:</b> SP3</li> </ul>			
49.	SHV	<b>F84</b> Tiefgreifende Entwicklungsstörungen <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> <b>EN2</b>	schon in der Liste des G-BA enthalten, Indikationserweiterung	Zustimmung	ja, Aufnahme Indikationsschlüssel EN2
50.	SHV	Q90, Q91, Q96 Chromosomenanomalien <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> <b>EN2</b>	schon in der Liste des G-BA enthalten, Indikationserweiterung	<b>Q90</b> Down-Syndrom Auf Grund des unterschiedlichen Ausprägungsgrades und der verschiedenen verlaufenden kognitiven und psychosozialen Entwicklung besteht im Erwachsenenalter nicht regelhaft ein langfristiger ergotherapeutischer Behandlungsbedarf. Dieser kann neben anderen fördernden Maßnahmen phasenweise bestehen. Hier ist daher bereits im Regelfall eine Gesamtverordnungsmenge von bis zu 40 Einheiten möglich. <b>Q91</b> Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom Auf Grund der zumeist schweren ZNS-Schädigung	ja, Aufnahme Indikationsschlüssel EN2 für Q91

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				Zustimmung. <b>Q96</b> Turner-Syndrom Frauen mit Turner-Syndrom können ein normales Leben führen und sich durch Hormontherapien ab dem 12. Lebensjahr klinisch nahezu regelgerecht entwickeln. Ein langfristiger ergotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht nicht	
51.	SHV	Q86.80 Thalidomid-Embryopathie  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> Physioth. Ergoth. SB3	schon in der Liste des G-BA enthalten, Indikationserweiterung	Unter den Schlüsseln Q71.0 bis Q72.9 ist die SB3 gelistet. Weitere Ausführungen zur Thalidomid-Embryopathie siehe TrGr.	nein

### 6.3.8 Stellungnahmen zur Änderung des § 15 Abs. 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
52.	VDB	Der VDB spricht sich dafür aus, § 15 Abs. 1 Satz 2 HMR nicht zu streichen	§ 15 Abs. 1 Satz 1 HMR regelt eine Frist für den Behandlungsbeginn. Diese beträgt 14 Kalendertage, wobei der Fristbeginn nicht eindeutig definiert ist. Man kann davon ausgehen, dass das Datum der Verordnung gemeint ist. Nach § 8	In § 15 Abs. 1 soll aus Gründen der Klarstellung weiterhin der Satz 2 gestrichen werden, da der Verweis auf	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Abs. 1 Satz 3 HMR sind bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls die Grundsätze der Verordnung im Regelfall mit Ausnahme von § 7 Abs. 10 anzuwenden. Das bedeutet, dass insoweit auch § 15 Abs. 1 Satz 1 mit der 14-tägigen Frist für den Beginn der Behandlung zu gelten hat, weil diese auch für Verordnungen im Regelfall gilt. § 8 Abs. 4 HMR regelt die Genehmigungspflicht und nach Satz 2 die Kostentragungspflicht von der Vorlage der Verordnung bis zur Entscheidung der Krankenkasse.</p> <p>Nicht geregelt ist hingegen, in welcher Frist der Antrag auf Genehmigung gestellt werden muss. Dies ergibt sich nicht aus § 15 Abs. 1 Satz 1 HMR, weil diese Frist eine Frist für den Behandlungsbeginn ist und nicht eine Frist, binnen derer ein Genehmigungsantrag zu stellen ist. Nach bisheriger Rechtslage gibt es keine Frist, so dass der Antrag auf Genehmigung auch außerhalb der Frist von 14 Kalendertagen gestellt werden kann. Der § 15 Abs. 1 Satz 2 HMR stellt dann klar, dass die Behandlungsfrist erst nach der Genehmigung zu laufen beginnt. Würde man diesen Satz streichen, wäre unklar, ab wann die Frist von 14 Kalendertagen aus § 15 Abs. 1 Satz 1 HMR zu laufen beginnt, wenn es um Verordnungen außerhalb des Regelfalls geht. Die Vorlage bei der Krankenkasse zur Genehmigung kann auch nicht ausschlaggebend sein, da dieses Datum in der Regel nicht dokumentiert wird und darüber hinaus nicht klar ist, innerhalb welcher Frist der Antrag, also die Vorlage, zur Genehmigung zu stellen wäre. § 15 Abs. 1 Satz 2 HMR ist deshalb nach derzeitiger Rechtslage wichtig, weil der Fristbeginn für den Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Kalendertagen ansonsten nicht geregelt wäre. § 15 Abs. 1 Satz 2 HMR ist deshalb nach derzeitiger Rechtslage wichtig, weil der Fristbeginn für den Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Kalendertagen ansonsten nicht geregelt wäre. Der Nachteil ist allerdings, dass nach dem Text der HMR nicht ausgeschlossen werden kann,</p>	<p>den Fristbeginn in der Praxis dazu führen könnte, dass die Behandlung bei genehmigungspflichtigen Verordnungen erst nach Vorlage der Genehmigung durch die Krankenkasse begonnen wird.</p> <p>In § 8 Abs. 4 ist klargelegt, dass die Vorlage der Genehmigung bei der Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie erfolgen muss.</p> <p>Über § 8 Abs. 4 Satz 2 ist sichergestellt, dass die Krankenkasse, auch bei genehmigungspflichtigen Verordnungen nach deren Vorlage bei der Krankenkasse bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung, die Kosten der Behandlung übernimmt. Folglich ist aufgrund der Kostenzusage durch die Krankenkasse, die Behandlung auch bei genehmigungspflichtigen Verordnungen innerhalb von 14 Tagen aufzunehmen, damit keine unnötige Unterbrechung der notwendigen</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			dass auch eine wesentlich verspätete Antragstellung zur Genehmigung möglich ist, was dem Beschleunigungsgrundsatz von der Heilmittelbehandlung entgegensteht. Nach unserer Auffassung kann die Regelung aus § 15 Abs. 1 Satz 2 HMR nur entfallen, wenn im Gegenzug eine Antragsfrist für die Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls geregelt würde. Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass die Fristen aus § 13 Abs. 3 a SGB V für Versicherte nicht ungünstiger als dort geregelt gestaltet werden dürfen, weil es sich sonst einen Gesetzesverstoß handeln würde.	Heilmittelbehandlung entsteht und somit die Versorgung der Patientin bzw. des Patienten sichergestellt ist.	

### 6.3.9 Stellungnahmen zur Änderung des § 18 Abs. 2 Ziff. 7

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
53.	VDB	Der Einschub wird befürwortet. Ergänzender Vorschlag des VDB: Im bisherigen Satz 2 (künftig Satz 3) soll der Terminus „Kompressionsbinden“ durch „Kompressionsmaterial“ ersetzt werden.	Bei dem neu eingeschobenen Satz 2 handelt es sich lediglich um eine Klarstellung.  Zum ergänzenden Vorschlag des VDB: Der Terminus „Kompressionsmaterial“ umfasst alle für die Kompressionsbehandlung notwendigen Materialien, also neben der „Kompressionsbinde“ auch Polstermaterial und Trikofix. Diese Änderung wäre eine Klarstellung, die Verordnung umfasst damit eindeutig alle für die Kompressionsbandagierung erforderlichen Materialien.	Die im Rahmen einer MLD über die ggf. erforderlichen Kompressionsbinden hinaus zur Anwendung kommenden „Kompressionsmaterialien“ (Trikofix und Polstermaterial) sind nicht patientenindividuell verordnungsfähig, da sie als Verbrauchsmaterial der Heilmittelpraxis gelten und die Kosten hierfür in den Vergütungssätzen für die MLD	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				enthalten sind.	

### 6.3.10 Stellungnahmen zur Liste Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
54.	dbs	<p><b>Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf</b></p> <p>Auch zu den Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf (Anlage 2 zu den Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V vom 30.11.2015) möchten wir hier ergänzend Stellung nehmen, da die derzeitige Zuordnung zu den verschiedenen Diagnoselisten weder formal noch inhaltlich nachvollziehbar ist und im Versorgungsalltag bei Verordnern, Leistungserbringern und Patienten zu unnötigen Verwirrungen und bürokratischem Aufwand führt.</p> <p>Wie bereits oben ausgeführt, würde es der dbs sehr begrüßen, wenn die Diagnosen zukünftig in einer einzigen Liste zusammen gefasst würden und dabei folgende Anmerkungen berücksichtigt würden:</p> <p><b>Spezifikation „Längstens 1 Jahr nach Akutereignis“</b></p>		<p>Die Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V ist nicht Gegenstand der Beratungen im G-BA.</p> <p>Da jedoch ein zeitlich variierender intensiver HeilM-Bedarf gesehen wird, ist diese Diagnose in der Liste für besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) berücksichtigt.</p>	nein



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Bei Diagnosen, die Folge eines Akutereignisses sind, findet sich die Spezifikation, dass ein besonderer Versorgungsbedarf „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ geltend gemacht werden kann. Eine Begründung dieser zeitlichen Beschränkung fehlt.</p> <p>Generell gilt, dass sich besondere Verordnungsbedarfe (bisher: Praxisbesonderheiten) auf Heilmittel beziehen, die für einen begrenzten Zeitraum (&lt; 1 Jahr) erforderlich sind (ansonsten würde die Regelung zum langfristigen Heilmittelbedarf greifen). Eine zusätzliche Spezifikation des Zeitraumes ist daher unnötig. Gleichzeitig ist der genannte Bezugspunkt („ab Akutereignis“) nicht nachvollziehbar: Insbesondere bei Diagnosen, die in Folge von Akutereignissen auftreten, ist der initiale Rehabilitationsprozess (Akutklinik, Anschlussheilbehandlung, Rehabilitationsklinik) äußerst zeitintensiv und erstreckt sich in der Regel über mehrere Monate. Je schwerer der Patient bzw. die Patientin betroffen ist, desto später wird er/sie in der Lage sein, eine ambulante Heilmittelversorgung in Anspruch zu nehmen. Sollte dies erst ein Jahr nach Akutereignis der Fall sein, greift die Regelung zum besonderen Versorgungsbedarf nicht mehr und insbesondere schwer betroffene PatientInnen sind in ihrer Behandlung benachteiligt.</p> <p>Die Spezifikation „Längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ sollte daher bei allen</p>			

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Diagnoseschlüsseln ersatzlos gestrichen werden.</p> <p><b>4.2 Spezifikation „Ab vollendetem 70. Lebensjahr“</b></p> <p>Bei sämtlichen geriatrischen Syndromen ist ein besonderer Versorgungsbedarf erst dann gegeben, wenn der Patient/ die Patientin das 70. Lebensjahr vollendet hat. Eine Begründung dieser Altersgrenze fehlt und ist insofern problematisch, dass die als geriatrische Syndrome gelisteten Diagnosen durchaus auch vor dem vollendeten 70. Lebensjahr auftreten können. Warum in diesem Fall kein besonderer Versorgungsbedarf vorliegt, ist nicht nachzuvollziehen. Gerade bei progredienten Erkrankungen sollte eine therapeutische Intervention möglichst früh beginnen, um kognitive und sprachliche Leistungen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Die Angabe eines Mindestalters, um einen besonderen Versorgungsbedarf festzustellen, wird dem nicht gerecht.</p> <p>Die Spezifikation „Ab vollendetem 70. Lebensjahr“ sollte daher bei allen Diagnoseschlüsseln ersatzlos gestrichen werden.</p> <p><b>4.3 Fehlende Indikationsschlüssel</b></p> <p>Bei einigen Diagnosen, die zu (dauerhaften) strukturellen und/oder funktionellen Schädigungen der Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckfunktion führen können, fehlen z.T.</p>			

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
		<p>relevante Indikationsschlüssel.</p> <p>Die folgenden Indikationsschlüssel sollten daher bei den angegebenen Diagnosen ergänzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• B94.1: SP6</li> <li>• G11.0-G11.9: SP6</li> <li>• G20.1:ST1</li> <li>• S14: SC1, ST1</li> <li>• Q68.0: SC1, ST1</li> <li>• F00.1-03: SP5, SP6, ST1, SC1</li> <li>• F00.0: SP5, SP6, ST1, SC1</li> <li>• F80.1-2: SP3</li> </ul>			
55.	dbl	<p>Zum Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V kann der dbl als Berufs- und Fachverband die dort eingeführten Beschränkungen unter der Rubrik Hinweis/ Spezifikation nicht teilen. Dies betrifft insbesondere die Beschränkung „ab vollendetem 70. Lebensjahr“</p> <p>und „längstens 1 Jahr/6 Monate nach Akutereignis“. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, die Diagnosen vor vollendetem 70. Lebensjahr bzw. die Diagnosen mit einer zeitlichen Beschränkung nach Ablauf derselben in die Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie zu übernehmen.</p>	<p>Bei Diagnosen, die Folge eines Akutereignisses sind, findet sich die Spezifikation, dass ein besonderer Versorgungsbedarf „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ / „längstens 6 Monate nach Akutereignis“ geltend gemacht werden kann. Gerade bei den zugrundeliegenden Diagnosen ist eine Behandlungsdauer regelhaft von mehr als einem Jahr anzunehmen. Bliebe es bei dieser zeitlichen Begrenzung, wäre der Vorteil dieser Regelungen für die Versicherten und die behandelnden Ärzte faktisch ausgehöhlt, da sich oftmals der Zeitraum einer stationären und rehabilitativen Maßnahme schon über mehrere Monate erstreckt. Hinsichtlich der statuierten Beschränkung „ab vollendetem 70. Lebensjahr“ ist</p>	<p>Die Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V ist nicht Gegenstand der Beratungen im G-BA.</p> <p>Da jedoch ein zeitlich variierender intensiver HeilM-Bedarf gesehen wird, ist diese Diagnose in der Liste für besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) berücksichtigt.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			festzuhalten, dass die diesen zugrunde liegenden Diagnosen nicht erst Menschen ab einer bestimmten Altersgrenze treffen. Für eine Ungleichbehandlung zwischen einem 69-Jährigen und einem 70-Jährigen Patienten besteht bei gleicher Diagnose kein Raum. Auch Menschen, die jünger sind als 70 Jahre, können durchaus an geriatrischen Diagnosen erkranken. Gerade bei diesen Patienten muss die Versorgung sichergestellt sein, um einen progredienten Verlauf zu verhindern. Eine therapeutische Intervention sollte möglichst früh beginnen, um kognitive und sprachliche Leistungen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten.		
56.	SHV	F82, F83 Motorische Entwicklungsstörungen <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> ZN1 EN1	Umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen sind gekennzeichnet durch eine herabgesetzte motorische Leistungsfähigkeit, Bewegungs- und Koordinationsprobleme. Die erforderliche Therapie stellt alltagsbezogene Handlungen in den Mittelpunkt. Die Mitarbeit der Eltern und des sonstigen Umfeldes (Kindergarten, Schule) ist sehr wichtig. Durch rechtzeitig einsetzende Therapie wird die Teilhabe der Kinder gefördert. Da schon kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen zu den Diagnosen mit besonderem Verordnungsbedarf	Die Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V ist nicht Gegenstand der Beratungen im G-BA.  Da jedoch ein zeitlich variierender intensiver Heilm-Bedarf gesehen wird, ist diese Diagnose in der Liste für besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) berücksichtigt.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			gehören, ist eine Ausklammerung der motorischen Entwicklungsstörungen nicht plausibel.		
57.	SHV	G54 Plexusparese, angeboren oder erworben  <b>Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel</b> <b>Physioth. Ergoth.</b> PN EN1, EN4	Die wichtigste konservative Behandlungsmethode von Beginn einer Plexusläsion an ist die Physio- und Ergotherapie. Passives Durchbewegen beugt der schon früh einsetzenden Gelenkversteifung vor. Funktionell erhaltene Muskelgruppen sollten durch aktives Üben gestärkt werden, von Beginn an ist es auch sinnvoll, physiologische Mitbewegungen und Bewegungsmuster einzelner von der Plexusläsion nicht betroffener Muskeln auszunutzen. Sobald Reinnervation – spontan oder postoperativ – einsetzt, müssen die jeweiligen Muskelgruppen intensiv aktiv beübt werden.	Die Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V ist nicht Gegenstand der Beratungen im G-BA.  Da jedoch ein zeitlich variierender intensiver HeilM-Bedarf gesehen wird, ist diese Diagnose in der Liste für besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) berücksichtigt.	nein

## 6.4 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 20. April 2016 eingeladen worden.

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten (siehe Anlage) und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Veranlasste Leistungen gewürdigt. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 13 Absatz 3 Satz 4 VerFO).

## 6.5 Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 20. April 2016 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
<b>Maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V</b>							
dbs e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten	Frau Judith Heide	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Frau Claudia Breuer	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Frau Frauke Kern	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	nein
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)	Frau Marion Malzahn	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	nein
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	Herr Karl-Heinz Kellermann	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
<b>Organisation gem. 1. Kapitel § 8 Absatz 1 lit. a) VerFO</b>							
VDB-Physiotherapieverband	Herr Dr. Michael Stehr	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
e.V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie	Herr Wilfried Hofmann	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein

### Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

### Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

### Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

### Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

**Anlage zu den Tragenden Gründen: Volltexte zur Dokumentation des  
Stellungnahmeverfahrens zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses**

- Beschluss zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens
- Schreiben an die zur Stellungnahme berechtigten Organisationen
- Beschlussentwurf zur Neufassung der Heilmittel-Richtlinie
- Erläuterungen (Tragende Gründe) für Stellungnahmeberechtigte
- Eingegangene Stellungnahmen
- Wortprotokoll der mündlichen Anhörung