

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Änderung der Heilmittel-Richtlinie:

Änderung der HeilM-RL einschließlich des Heilmittelkatalogs

Stand: 9. Januar 2020

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschluss.....	1
A-1	Tragende Gründe zum Beschluss vom 19.09.2019	1
A-1.1	Rechtsgrundlage	1
A-1.2	Eckpunkte der Entscheidung	1
A-1.3	Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)	1
A-1.3.1	Allgemeine Grundsätze	1
A-1.3.1.1	§ 1 Grundlagen.....	1
A-1.3.1.2	§ 2 Heilmittel.....	2
A-1.3.2	Grundsätze der Heilmittelverordnung	2
A-1.3.2.1	§ 3 Voraussetzungen der Verordnung	2
A-1.3.2.2	§ 4 Heilmittelkatalog	3
A-1.3.2.2.1	§ 6 Verordnungsaußschlüsse.....	3
A-1.3.2.2.2	§ 6a Ärztliche Diagnostik (neu)	3
A-1.3.2.3	§ 7 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung (neu)	3
A-1.3.2.4	Streichung § 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls	5
A-1.3.2.5	§ 8 Langfristiger Heilmittelbedarf (neu)	6
A-1.3.2.6	§ 9 Wirtschaftlichkeit.....	6
A-1.3.2.7	§ 11 Ort der Leistungserbringung	6
A-1.3.2.8	§ 12 Auswahl der Heilmittel	7
A-1.3.2.9	§ 13 Verordnungsvordruck	9
A-1.3.2.10	§ 13a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern	11
A-1.3.3	Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern	12
A-1.3.3.1	§ 15 Beginn der Heilmittelbehandlung	12
A-1.3.3.2	§ 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung.....	13
A-1.3.3.3	§ 16a Entlassmanagement	14
A-1.3.4	Maßnahmen der Physiotherapie	14
A-1.3.4.1	§ 17 Grundlagen.....	14
A-1.3.4.2	§ 18 Massagetherapie	15
A-1.3.4.3	§ 19 Bewegungstherapie	15
A-1.3.4.4	§ 21 Maßnahmen der Elektrotherapie.....	15
A-1.3.4.5	Streichung § 26 Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie.....	15
A-1.3.5	Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	15
A-1.3.5.1	Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Teil F).....	15

A-1.3.5.2	§ 30 Grundlagen.....	16
A-1.3.5.3	§ 33a Schlucktherapie (neu).....	16
A-1.3.5.4	§ 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen.....	16
A-1.3.6	Maßnahmen der Ergotherapie.....	17
A-1.3.6.1	§ 35 Grundlagen Maßnahmen der Ergotherapie.....	17
A-1.3.6.2	§ 36 Motorisch-funktionelle Behandlung	17
A-1.3.6.3	§ 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung.....	18
A-1.3.6.4	§ 38 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung	19
A-1.3.6.5	§ 39 Psychisch-funktionelle Behandlung	20
A-1.3.6.6	§ 40 Therapieergänzende Maßnahmen sowie Heilmittelkatalog EN1	21
A-1.3.6.7	Bisheriger § 41 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Ergotherapie“	21
A-1.3.7	Ernährungstherapie.....	21
A-1.3.7.1	§ 42 „Grundlagen“	21
A-1.4	Neufassung des zweiten Teils der Richtlinie (Heilmittelkatalog).....	22
A-1.4.1	Überarbeitung der Spalte Diagnosegruppen	22
A-1.4.2	Anpassung Spalte Leitsymptomatik	23
A-1.4.3	Überführung der Therapieziele in den Richtlinienentext	23
A-1.4.4	Anpassung Spalte Heilmittelverordnung.....	23
A-1.4.5	Maßnahmen der Physiotherapie	24
A-1.4.5.1	Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsorgane.....	24
A-1.4.5.2	Erkrankungen des Nervensystems	25
A-1.4.5.3	Erkrankungen der inneren Organe.....	25
A-1.4.5.4	Sonstige Erkrankungen	28
A-1.4.6	Maßnahmen der Podologischen Therapie.....	29
A-1.4.7	Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	29
A-1.4.7.1	Störungen der Stimme.....	29
A-1.4.7.2	Störungen der Sprache und des Sprechens	29
A-1.4.7.3	Störungen des Redeflusses.....	30
A-1.4.7.4	Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	30
A-1.4.7.5	Störungen des Schluckaktes	30
A-1.4.8	Maßnahmen der Ergotherapie.....	31
A-1.4.8.1	Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane (SB1 bis SB3)	31
A-1.4.8.2	Erkrankungen des Nervensystems (EN1 bis EN3).....	32
A-1.4.8.3	Psychische Störungen (PS1 bis PS3).....	32
A-1.4.9	Ernährungstherapie.....	33

A-1.5	Änderungen in der Anlage 2 zur HeilM-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V	34
A-1.6	Inkrafttreten	37
A-1.7	Evaluation der Änderungen der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkatalogs.....	37
A-1.8	Bürokratiekostenermittlung	37
A-1.9	Anlage zu den Tragenden Gründen vom 19.09.2019.....	41
A-2	Tragende Gründe zum Änderungsbeschluss vom 22.11.2019.....	51
A-2.1	Rechtsgrundlage	51
A-2.2	Eckpunkte der Entscheidung	51
A-2.2.1	Hintergrund	51
A-2.2.2	Zu § 12 Absatz 8 (siehe Nummer 1).....	51
A-2.2.3	Zu § 13 (Siehe Nummer 2).....	51
A-2.2.4	Zu § 16 (siehe Nummer 3)	51
A-2.2.5	Zu § 18 Absatz 2 Nummer 7 sowie Änderung des Heilmittelkatalogs (siehe Nummer 4 bis 8).....	51
A-2.2.6	Aufnahme Anlage 3 (siehe Nummer 9)	52
A-2.3	Regelung zum Inkrafttreten (siehe Ziffer II.).....	53
A-2.4	Bürokratiekostenermittlung	53
A-3	Verfahrensablauf	55
A-4	Beschluss	56
A-5	Anhang.....	57
A-5.1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V.....	57
B	Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA: erstes Stellungnahmeverfahren.....	59
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	59
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	59
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	59
B-4	Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen	60
B-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	61
B-5.1	Beschlussentwurf.....	61
B-5.2	Tragende Gründe	80
B-6	Schriftliche Stellungnahmen.....	119
B-7	Mündliche Stellungnahmen.....	120
B-7.1	Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten	120
B-8	Würdigung der Stellungnahmen.....	123
B-9	Anhang: Stellungnahmen.....	124
B-9.1	Schriftliche Stellungnahmen	124
B-9.2	Mündliche Stellungnahmen.....	244

C	Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA: zweites Stellungnahmeverfahren.....	267
C-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	267
C-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	267
C-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	267
C-4	Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen	268
C-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	269
C-5.1	Beschlussentwurf.....	269
C-5.2	Tragende Gründe	325
C-6	Schriftliche Stellungnahmen.....	383
C-7	Mündliche Stellungnahmen.....	384
C-7.1	Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten	384
C-8	Würdigung der Stellungnahmen.....	387
C-9	Anhang: Stellungnahmen.....	388
C-9.1	Schriftliche Stellungnahmen	388
C-9.2	Mündliche Stellungnahmen.....	437
	Anlage I: Beschluss inklusive Anhänge	447
	Anlage II: Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen des ersten Stellungnahmeverfahrens.....	448
	Anlage III: Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen des zweiten Stellungnahmeverfahrens.....	449

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
dba	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
dbS	Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HeilM-Katalog	Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Heilmittelkatalog)
HeilM-RL	Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie)
QUETHEB	Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
VDB	VDB - Physiotherapieverband e.V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie
VDD	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
VDP	Verband Deutscher Podologen e.V.
VDOE	Berufsverband Oecotrophologie e.V.
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
VFED	Verband für Ernährung und Diätetik e.V.
ZFD	Deutscher Verband für Podologie e.V.

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Tragende Gründe zum Beschluss vom 19.09.2019

A-1.1 Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). 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 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nummer 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Der G-BA soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, die eine Anpassung seiner Richtlinien erfordern (siehe 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

A-1.2 Eckpunkte der Entscheidung

Die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) und die Neufassung des Heilmittelkataloges (HMK) dient der Reduzierung der Regelungskomplexität; auch im Hinblick auf eine Entbürokratisierung im Versorgungsalltag (vgl. hierzu auch Kapitel 3). Die Folgen sind u. a. Änderungen an der Struktur und Darstellungsform des Heilmittelkataloges, aber auch eine Neuordnung der Verordnungssystematik. Durch die Anpassungen soll die Anwendbarkeit und die Akzeptanz der HeilM-RL verbessert werden und die Änderungen des Gesetzgebers durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice und Versorgungsgesetz - TSVG) berücksichtigt werden.

Ebenfalls erfolgt eine weitere Anlehnung an das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell und an die Begrifflichkeiten der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). Neben diesen Anpassungen wird die HeilM-RL im Rahmen der Überarbeitung begrifflich harmonisiert. So wird beispielweise in § 3 Absatz 3 der Richtlinie der bisherige Begriff des „Kranken“ durch den Begriff des „Versicherten“ ersetzt.

A-1.3 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)

A-1.3.1 Allgemeine Grundsätze

A-1.3.1.1 § 1 Grundlagen

Zu Absatz 5 und Absatz 6

Aufgrund der gesetzlichen Neuordnung bezüglich der Zulassung von Heilmittelerbringern (§ 124 SGB V) und der Ausgestaltung der Verträge zur Heilmittelversorgung (§125 SGB V) durch das TSVG bedarf es Anpassungen des § 1 Absatz 5 und 6. Es wird der Hinweis auf die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gestrichen. Die Streichung in Absatz 5 Satz 2 erfolgt, da die bisher geregelte Bereitstellung eines Verzeichnisses von zugelassenen Leistungserbringern auf Anforderung der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Praxis bislang keine Rolle gespielt hat und ein gesetzlicher Auftrag zur Datenbereitstellung fehlt. Des

Weiteren werden im Bereich der Heilmittelversorgung die bisherigen Rahmenempfehlungen auf Bundesebene und Verträge auf Kassenarten- bzw. Landesebene abgelöst durch einheitliche Verträge zur Heilmittelversorgung auf Bundesebene. Daher kann der Bezug zu den Rahmenempfehlungen in Absatz 6 gestrichen werden.

Zu Absatz 7

Die Bereitstellung der gemäß § 125 Absatz 1 Satz 4 (neu) SGB V vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichenden Preise ermöglicht eine Einbindung von Preisinformationen in die ärztliche Praxisverwaltungssoftware.

A-1.3.1.2 § 2 Heilmittel

Zu Absatz 1 Satz 2

Die bisherige Bezeichnung „Physikalische Therapie“ wird in Spiegelstrich 1 in „Physiotherapie“ geändert. Die Verwendung der Begriffe „Physiotherapie“ und „Physikalische Therapie“ folgt der Begrifflichkeit des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26.05.1994; danach ist Physiotherapie der Oberbegriff, der die Krankengymnastik und die physikalische Therapie umfasst. Weitere Ausführungen erfolgen unter § 17. Eine entsprechende Anpassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte wird zeitnah angestrebt.

Die Ergänzung der Schlucktherapie im 3. Spiegelstrich ist eine Folgeveränderung. Zur Begründung siehe § 33a.

Die Änderungen in den Spiegelstrichen 2, 4 und 5 sind redaktioneller Art und Folgeänderungen.

Zu Absatz 2 Satz 2

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass Heilmittel, die im Rahmen von Maßnahmen der stationären und ambulanten medizinischen Vorsorge und Rehabilitation erbracht werden, nicht unter den Anwendungsbereich der Heilmittel-Richtlinie fallen.

A-1.3.2 Grundsätze der Heilmittelverordnung

A-1.3.2.1 § 3 Voraussetzungen der Verordnung

Zu Absatz 3

Für die Versorgung mit Heilmitteln ist es vor allem im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplanes von Bedeutung, Informationen über person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu erlangen.

Neu aufgenommen wird, dass sich die Ärztin oder der Arzt über bisherige Heilmittelverordnungen informiert. Ziel ist es, beispielsweise parallele Behandlungen derselben Erkrankungen mit Heilmitteln, die durch mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte verordnet wurden, zu vermeiden. Der oder die Versicherte soll den Arzt oder die Ärztin im Rahmen seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren. Die Verordnung darf jedoch nicht mit Hinweis auf eine fehlende Information verweigert werden.

Zu Absatz 4

Die Verwendung der Formulierung „nach pflichtgemäßem Ermessen“ ist verzichtbar und wird daher gestrichen. Es wird als Selbstverständnis angesehen, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt innerhalb des gesetzlichen Rahmens über die Verordnung von Heilmitteln entscheidet. Dies bedarf keiner gesonderten Formulierung. Die Auflistung der Inhalte des § 92 Absatz 6 SGB V wird gestrichen, da es sich hierbei um eine Wiederholung des gesetzlichen Wortlautes handelt, die verzichtbar ist. Ziel der Streichungen ist es, die Richtlinie damit einfacher lesbar zu machen. Zudem werden weitere redaktionelle Folgeänderungen vollzogen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 wurde sprachlich angepasst.

A-1.3.2.2 § 4 Heilmittelkatalog

Zu Absatz 2

Diese Änderung dient der Klarstellung, dass die mit „z. B.“ gekennzeichneten Aufzählungen von Diagnosen unter der Spalte „Diagnosegruppe“ auch in der Neufassung des Heilmittelkatalogs nur beispielhaft ist und damit keinen Anspruch auf Vollständigkeit besitzt. Es ist daher möglich, auch für hier nicht benannte Krankheitsbilder mit entsprechender funktioneller oder struktureller Schädigung, die der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden können, eine Heilmittelbehandlung zu veranlassen. Die weiteren redaktionellen Anpassungen begründen sich mit der Neufassung des Heilmittelkatalogs, da dieser keine Therapieziele mehr enthält. Zudem werden weitere redaktionelle Folgeänderungen vollzogen.

A-1.3.2.2.1 § 6 Verordnungsausschlüsse

In Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 erfolgt an eine Anpassung an geänderte Normen im SGB IX.

A-1.3.2.2.2 § 6a Ärztliche Diagnostik (neu)

In diesem neuen Paragraphen werden die bislang an unterschiedlichen Stellen aufgeführten, nahezu identischen Regelungen aus den §§ 26, 34 und 41 a. F. zusammengefasst. Spezifische Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik in den Heilmittelbereichen bleiben – soweit erforderlich – in den entsprechenden Abschnitten erhalten. Damit werden die Informationen zur erforderlichen ärztlichen Diagnostik an einer Stelle der Richtlinie gebündelt, was zur besseren Handhabung beitragen soll. Bei den in § 6a Abs. 2 benannten Fremdbefunden kann es sich, neben ärztlichen Befunden, auch um Befunde von Heilmittelleistungserbringern handeln.

A-1.3.2.3 § 7 Ordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung (neu)

Auf Grund der gesetzlichen Änderungen in § 32 Absatz 1b und 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V im Rahmen des TSVG gemäß BT-Drs. 19/8351 und der damit verbundenen Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen und der Einführung von orientierenden Behandlungsmengen, wurde der § 7 der Heilmittel-Richtlinie neu gefasst.

Zu Absatz 1

Durch den Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes entfällt künftig die Notwendigkeit, zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalles zu unterscheiden. Vor dem Hintergrund der Änderung der grundlegenden Systematik wird auch die Begrifflichkeit des „Regelfalles“ ersetzt. In Absatz 1 erfolgt eine Definition des „Ordnungsfalls“, die klarstellen soll, wann eine Verordnung demselben Ordnungsfall zuzuordnen ist und wann es sich um einen neuen Ordnungsfall handelt. Des Weiteren wird das behandlungsfreie Intervall abgeschafft.

Der § 7 Absatz 1 definiert keine zwingende Behandlungspause. Sofern medizinisch erforderlich ist die Fortsetzung der Heilmitteltherapie, über die orientierende Behandlungsmenge hinaus, möglich. Durch die Definition eines verordnungsfreien Zeitraums ist zukünftig nicht mehr das letzte Behandlungsdatum beim Therapeuten, sondern das letzte Verordnungsdatum maßgeblich für die Bemessung des Zeitpunkts, ab dem ein neuer Verordnungsfall beginnt. Verordnungen, die innerhalb des Zeitraums von 6 Monaten nach der letzten Verordnung auf Grund derselben Diagnose und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog ausgestellt werden, sind demselben Verordnungsfall zuzurechnen, unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive oder neue Erkrankungsphasen handelt. Die Regelung dient der Klarstellung, dass für die Fortsetzung der Heilmitteltherapie, über die orientierende Behandlungsmenge hinaus, keine Behandlungspausen einzuhalten sind, sofern diese nicht medizinisch indiziert sind. Die 6-Monatsfrist dient ausschließlich der Abgrenzung von Verordnungsfällen und der Einordnung der verordnenden Ärztin / des verordnenden Arztes, zu welchem Zeitpunkt sie oder er von einem neuen Verordnungsfall und somit von einer neuen orientierenden Behandlungsmenge gemäß Absatz 2 ausgehen kann. Verordnungen über die orientierende Behandlungsmenge hinaus sind bei medizinischer Notwendigkeit stets möglich.

Zu Absatz 2

Absatz 2 definiert die Begrifflichkeit „orientierende Behandlungsmenge“. Es handelt sich hierbei um die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Der Umfang der orientierenden Behandlungsmengen ist mit dem der Gesamtverordnungsmengen des Regelfalls identisch. Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass das angestrebte Therapieziel mit den der Indikation zugeordneten Heilmitteln im Rahmen der orientierenden Behandlungsmenge erreicht werden kann. Für die Heilmittelbereiche Podologische Therapie und Ernährungstherapie sind keine orientierenden Behandlungsmengen festgelegt.

Zu Absatz 3

Bei der Verordnungsentscheidung sind Verordnungen anderer Ärzte und Ärztinnen gemäß § 3 Absatz 3 zu berücksichtigen und beim Patienten zu erfragen. Mit diesem Absatz wird jedoch klargestellt, dass die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge arztbezogen erfolgt und Behandlungseinheiten anderer Ärztinnen und Ärzte für dieselbe Patientin oder denselben Patienten nicht in die Berechnung der orientierenden Behandlungsmenge einbezogen werden müssen.

Der Absatz 3 (alt) wurde entsprechend der Neustrukturierung (orientierende Behandlungsmenge) überarbeitet und in § 9 überführt.

Zu Absatz 4

Der bisherigen Systematik entsprechend, sind auch zukünftig Heilmittelbehandlungen über die im Heilmittelkatalog definierten orientierenden Behandlungsmengen hinaus möglich, sofern das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wurde und durch eine Fortsetzung der Behandlungen das Therapieziel voraussichtlich erreicht werden kann. Hierbei ist die im Heilmittelkatalog definierte Höchstmenge je Verordnung zu beachten. Patientinnen und Patienten mit einem hohen Heilmittelbedarf sind in der Regel über die Vorgaben zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8a HeilM-RL sowie die Liste der besonderen Verordnungsbedarfe gemäß § 106 Absatz 2 Satz 2 SGB V berücksichtigt. Für diese Patientinnen und Patienten können die notwendigen Heilmittel je Verordnung unmittelbar für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Die über die orientierende Behandlungsmenge hinausgehenden Verordnungen sind ebenfalls dem jeweiligen Verordnungsfall zuzurechnen. Die verordnende Ärztin/

der verordnende Arzt dokumentiert die medizinischen Gründe in der Patientendokumentation seiner Praxis, aus der das Erfordernis der Fortführung der Heilmittelbehandlung hervorgeht.

Zu Absatz 5

Absatz 5 umfasst Regelungen zu den Einschränkungen der Verordnungsmengen je Verordnung. Es wird klargestellt, dass sich die Höchstverordnungsmenge für ergänzend verordnete Heilmittel in der Physio- und Ergotherapie nach der Anzahl der Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels richtet (z. B. 6 x Krankengymnastik als vorrangiges Heilmittel und 6 x ergänzende Wärmetherapie). Sofern die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde (vgl. § 12 Abs. 2), richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der vorrangig verordneten Heilmittel. Wurden beispielsweise 3 Einheiten Manuelle Therapie und 3 Einheiten Krankengymnastik als vorrangige Heilmittel verordnet, können maximal 6 Einheiten ergänzende Wärmetherapie verordnet werden.

Zu Absatz 6

Für Indikationen, die einen besonderen Ordnungsbedarf nach § 106b SGB V begründen war bisher der Regelfall zu durchlaufen, bevor die Behandlungsmenge je Verordnung unter Berücksichtigung des 12-Wochen-Turnus frei gewählt werden konnte. Da jedoch für Patientinnen und Patienten mit diesen Indikationen oftmals zu Beginn der Erkrankungen ein in der Regel zeitlich begrenzter intensiver Versorgungsbedarf mit Heilmitteln besteht, werden die Regelungen zur Festlegung der Behandlungsmenge je Verordnung mit den bestehenden Regelungen für Indikationen, die einen langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V begründen, vereinheitlicht. Dies gilt für alle ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe, einen besonderen Ordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen. Sofern dieser einer Altersbeschränkung unterliegt, ist das Alter der Versicherten ebenfalls maßgeblich bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.

Bei der Altersangabe handelt es sich um eine Zusatzbedingung, die durch das Praxisverwaltungssystem identifiziert werden kann, so dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt bei der Verordnung weiß, wie viele Behandlungseinheiten je Verordnung höchsten ausgestellt werden dürfen.

Die Verordnungsmenge muss dabei in Abhängigkeit der Therapiefrequenz so kalkuliert werden, dass ein Zeitraum von bis zu 12 Wochen nicht überschritten wird. Beispielsweise beträgt die maximale Verordnungsmenge pro Verordnung, bei einer Therapiefrequenz von 1-3-mal pro Woche, 36 Behandlungseinheiten. Es wurde in Absatz 6 klargestellt, dass im Fall der Angabe einer Frequenzspanne immer auf den höchsten Wert zur Berechnung der Höchstmenge je Verordnung zurückzugreifen ist.

A-1.3.2.4 Streichung § 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls

Auf Grundlage der Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen im Rahmen des TSVG erfolgt die Streichung des § 8. Die notwendigen Regelungen in Bezug auf Wiederholungsverordnungen werden in der Neufassung des § 7 getroffen.

Der Genehmigungsvorbehalt entfällt jedoch erst mit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zur orientierenden Behandlungsmenge. Dies ergibt sich aus dem Zusammenspiel von § 32 Absatz 1b SGB V und § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V in der Fassung des TSVG. In § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, indikationsbezogene orientierende Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu regeln. Etwaige Genehmigungsvorbehalte der Krankenkassen können somit erst dann entfallen, wenn der G-BA den Auftrag nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V

erfüllt hat, was mit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie dann der Fall ist. Für bis zum Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie ausgestellte Verordnungen außerhalb des Regelfalls gemäß § 8 Absatz 4 HeilM-RL gilt ein ggf. ausgesprochener Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse fort.

A-1.3.2.5 § 8 Langfristiger Heilmittelbedarf (neu)

Mit der Streichung des § 8 (Verordnungen außerhalb des Regelfalls) wird der bisherige § 8a zu § 8.

Zu Absatz 3

Zur besseren Lesbarkeit erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 6

Auf Grund der Zusammenfassung von Diagnosegruppen im Heilmittelkatalog wird nicht mehr zwischen der prognostischen Dauer eines Behandlungsbedarfs (kurzfristig, längerfristig) unterschieden. Dementsprechend werden diese Bezüge gestrichen. Die Anknüpfung zu Erkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf bei denen in der Regel keine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigung vorliegt, wird beibehalten (z.B. akuter Rückenschmerz ohne Wurzel- oder Bandscheibenschädigung).

Zu § 8a Absatz 8 (bisherige Fassung)

Die Regelung, dass Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf notwendige Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können wurde verschoben in § 7 Absatz 6.

A-1.3.2.6 § 9 Wirtschaftlichkeit

Zu Absätze 2

Die Streichung von Absatz 2 (alt) ergibt sich aufgrund der neu geschaffenen Möglichkeit in § 12 Absatz 2, die Verordnungsmenge je Verordnung auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufteilen zu können.

Die neu eingefügte Regelung in Absatz 2 war vorher in § 7 verortet. Eine inhaltliche Änderung erfolgte nicht.

A-1.3.2.7 § 11 Ort der Leistungserbringung

Zu Absatz 1

In § 11 Absatz 1 wird der Ort der Leistungserbringung weiter konkretisiert. Zur Klarstellung werden daher aus Absatz 2 die Sätze 1 und 2 in Absatz 1 überführt.

Satz 2 regelt, dass die ärztliche Verordnung eines Hausbesuches zur Durchführung der Heilmittelbehandlung in der häuslichen Umgebung der oder des Versicherten nur dann zulässig ist, wenn die Gründe hierfür ausschließlich in ihrer oder seiner Person liegen und medizinisch bedingt sind. Der Begriff „häusliche Umgebung“ umfasst dabei sowohl die Wohnung der Patientin oder des Patienten, als auch z. B. das Senioren- oder Pflegeheim oder die vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe, sofern die Patientin oder der Patient dort im Sinne einer Wohnung lebt und dort ihren oder seinen Lebensmittelpunkt hat. Medizinische Gründe einer Heilmitteltherapie in der häuslichen Umgebung liegen insbesondere bei einer Immobilität der Patientin oder des Patienten vor. Dies ist dann der Fall, wenn sie oder er (noch) nicht in der Lage ist, die Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten aufzusuchen. Die Unterbringung der Patientin oder des Patienten in einer Einrichtung (z.B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung)

ist für sich genommen nicht bereits eine ausreichende medizinische Begründung für die Verordnung eines Hausbesuches.

Zu Absatz 2

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen aller Schweregrade besuchen heute nicht nur Fördereinrichtungen, sondern zunehmend Regelschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten, in denen sie ganztägig betreut sind und speziell gefördert werden. Die Organisation der Förderung wird je nach Behinderungsbild, Schulform und Landesrecht unterschiedlich gestaltet. Kinder und Jugendliche mit Behinderungen weisen häufig einen besonderen Bedarf an Heilmitteln auf, dem nach dem Schul- oder Kindergartenbesuch/Kindertagesstättenbesuch am späten Nachmittag oder Abend, insbesondere bei Ganztagschulen, nicht mehr Rechnung getragen werden kann. Deshalb kann die Erbringung von Heilmitteln bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung mit und ohne einem behördlich festgestellten Förderstatus, der je nach Landesrecht bestimmt wird, auch innerhalb der oben genannten Einrichtungen stattfinden, sofern die Voraussetzungen, z.B. ein geeigneter Raum für die Therapie, dort gegeben sind. Das Vorliegen eines Förderstatus allein begründet nicht die Verordnung von Heilmitteln und deren Erbringung in der Tageseinrichtung. Stets muss ein Behandlungsbedarf im Sinne der Richtlinie vorliegen und die Behandlung wegen des Vorliegens einer Behinderung dort notwendig sein. Die in § 6 Absatz 2 genannten Verordnungsausschlüsse sind zu berücksichtigen.

A-1.3.2.8 § 12 Auswahl der Heilmittel

Zu Absatz 1

Zu besserer Verständlichkeit wurde der Absatz 1 umformuliert. Zudem wurden die Sätze 3 und 4 ergänzt. Dies dient der Klarstellung, dass die im Heilmittelkatalog hinterlegten Frequenzempfehlungen auf Erfahrungswerten basieren und als Empfehlung an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt gelten. In medizinisch begründeten Fällen kann es jedoch erforderlich sein, bei der Verordnung von der Frequenzempfehlung des Heilmittelkatalogs abzuweichen und eine höhere oder niedrigere Behandlungsfrequenz anzugeben (z.B. vorübergehender erhöhter Therapiebedarf nach operativen Schultereingriffen oder zeitweise Frequenzverringerung bei Kindern zum Ende einer Behandlungsserie). Es ist davon auszugehen, dass die Begründung aus der Patientendokumentation hervorgeht.

Zu Absatz 2

Die Regelung im bisherigen Absatz 2 ist nun in Absatz 1 integriert. Der bisherige Absatz 2 ist daher redundant und wurde gestrichen.

Die Änderung in Absatz 2 (neu) sieht vor, dass neben der Ergotherapie künftig auch im Bereich der Physiotherapie und Stimm-, -Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie mehrere unterschiedliche (vorrangige) Heilmittel verordnet werden können. Die neue Regelung soll u.a. der Flexibilisierung der Therapie dienen und dem verordnenden Arzt/ der verordnenden Ärztin mehr Therapieoptionen eröffnen. So können z.B. künftig schon während der Laufzeit einer Verordnung bedarfsbezogen und zielgerichtet passive Maßnahmen und aktive Maßnahmen zur Anwendung kommen. Für den Bereich der Stimm-, -Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie besteht damit die Möglichkeit verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander zu kombinieren. In der Ergotherapie hat sich diese Möglichkeit, gleichzeitig unterschiedliche (vorrangige) Heilmittel zu verordnen, bei verschiedenen Krankungsbildern (insbesondere aus dem Bereich der Neurologie) bewährt. Darüber hinaus ergeben sich auch aus Leitlinien Hinweise darauf, dass die kombinierte Verordnung verschiedener Heilmittel bei einer Erkrankung insbesondere auch abhängig vom Verlauf medizinisch sinnvoll

sein kann (z.B. Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz zur Kombination von passiven und aktivierenden Maßnahmen).

Zu Absatz 3

Es wurden die optionalen Heilmittel in die vorrangigen Heilmittel integriert. Der verordnende Arzt/ die verordnende Ärztin kann mehrere unterschiedliche, vorrangige Heilmittel verordnen (siehe § 12 Absatz 2). Die Streichung von Satz 4 („Auf dem Verordnungsvordruck ist das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen.“) hat zum Ziel, das Missverständnis, dass nur das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen ist, zu vermeiden. Nach § 13 Absatz 2 ist jedes Heilmittel eindeutig zu bezeichnen. Auf Grund der Überführung der Therapieziele aus dem Heilmittelkatalog in den Richtlinien text und weiteren Ergänzungen bzw. Spezifizierung dieser, ist eine Unterscheidung bzw. Priorisierung in optionale und vorrangige Heilmittel verzichtbar. Die Auswahl der Heilmittel erfolgt gemäß den Vorgaben in § 12.

Zu Absatz 4

Satz 2 wird zur Vermeidung von Dopplungen gestrichen, da im Absatz 7 (neu) u.a. die Verordnungsmenge der standardisierten Heilmittelkombination reguliert wird.

Zu Absatz 5 und 8

Bei den Änderungen handelt es sich um Folgeänderungen aus § 2.

Zu Absatz 7

Mit der Neufassung des § 12 Absatz 7 wird die orientierende Behandlungsmenge der standardisierten Heilmittelkombination und der Maßnahmen der Massagetherapie je Verordnungsfall auf insgesamt höchstens 12 Einheiten einheitlich festgelegt. Die Regelung bezieht sich hierbei auf eine zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffene Auslegung im konsentierten Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Fragen Nr. 32 und 33) ([siehe Anlage](#)) und trägt damit zur Regelungsklarheit und Entbürokratisierung bei. Mit der Anpassung der maximalen Verordnungsmenge von 10 auf 12 Einheiten ist keine Ausweitung der Verordnungsmenge verbunden. Mit der bisherigen Begrenzung auf 10 Einheiten war eine Fehlerquelle insbesondere im Zusammenhang mit Folgeverordnungen verbunden. Mit der Vereinheitlichung auf ein Vielfaches von sechs wird eine einfache Bemessung von Verordnungsmengen ermöglicht. Einer solchen Vereinfachung stehen keine medizinischen Erkenntnisse entgegen. Die Anhebung von 10 auf 12 Einheiten stellt vor diesem Hintergrund keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar. Bei der absoluten Begrenzung auf 12 Einheiten ist zu berücksichtigen, dass in § 19 Absatz 3 Nummer 3 klargestellt wurde, dass auch Massagetechniken als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung zur lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet zur Anwendung kommen können. Für die im Heilmittelkatalog gelisteten Indikationen „Störung der Atmung (AT)“, „Störung der Dickdarmfunktion (SO1)“, „Sekundäre periphere trophische Störungen bei Erkrankungen (SO4)“ sowie „chronische Adnexitis oder chronische Prostatitis (SO5)“ gilt die Begrenzung auf 12 Massageeinheiten je Verordnungsfall nicht. Bei diesen Erkrankungen kann aus medizinischen Gründen auch darüber hinaus eine Verordnung von Massagetherapie notwendig sein.

Zu Absatz 8

§ 12 Absatz 8 Sätze 1 und 2 regeln, dass je Tag nur eine Behandlung erbracht werden soll, wobei eine Behandlung in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und sofern verordnet ein ergänzendes Heilmittel umfasst. Damit wird klargestellt, dass sofern neben einem (vorrangigen) Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel auf derselben Verordnung verordnet wurde, diese Heilmittel zusammenhängend während eines Behandlungstermins abzugeben sind.

In § 12 Absatz 8 wurde eine Regelung aufgenommen, wonach ein vorrangiges Heilmittel in medizinisch begründeten Ausnahmefällen auch als Doppelbehandlung verordnet und erbracht werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um dasselbe vorrangige Heilmittel handelt. Sofern Doppelbehandlungen verordnet wurden, sind die beiden Behandlungseinheiten zusammenhängend abzugeben. Bei der Verordnung darf die in der Richtlinie definierte Höchstverordnungsmenge je Verordnung nicht überschritten werden. Auch bei der Erbringung dürfen die auf der Verordnung angegebenen Behandlungseinheiten nicht überschritten werden. Wenn also 6 Behandlungseinheiten verordnet wurden, dürfen 3 Doppelbehandlungen à 2 Behandlungseinheiten abgegeben werden.

Die Regelung greift eine zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffene Auslegung im konsentierten Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Frage Nr. 11) ([siehe Anlage](#)) auf und trägt damit zur Regelungsklarheit und Entbürokratisierung bei.

Fallgestaltungen für eine Doppelbehandlung können sich insbesondere dort ergeben, wo aufgrund multipler struktureller oder funktioneller Schädigungen und Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten mit der normalen Zeiteinheit eine effektive Therapie nicht oder kaum durchführbar ist, da bspw. das Ausmaß der Schmerzen in Verbindung mit den ausgeprägten Funktionsstörungen oder ausgeprägte Tonusstörungen oder Spastiken zunächst eine Detonisierung der beteiligten Muskulatur sowie die Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster erforderlich machen, bevor der Patient mit einer aktiven Heilmitteltherapie behandelt werden kann. Zur Erreichung des Behandlungsziels, kann in diesen Fallgestaltungen daher eine längere Therapiezeit pro Behandlungseinheit angezeigt sein.

A-1.3.2.9 § 13 Verordnungsvordruck

Zu Absatz 1

Absatz 1 wurde zur besseren Lesbarkeit umstrukturiert.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe a.

Die bisherigen „Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks“ werden zur besseren Verständlichkeit als „Personalienfeld“ bezeichnet, da es sich hierbei um die Felder handelt, die einheitlich auf allen Verordnungsvordrucken der vertragsärztlichen Versorgung vorhanden sind und in der Regel mit den Angaben der elektronischen Gesundheitskarte befüllt werden.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe b.

Unter der Maßgabe, dass die Regelungen zum TSVG in der für die Anhörung des Gesundheitsausschusses vom 16.01.2019 vorgelegten Fassung der Änderungsanträge für Heilmittel (hier Ausschussdrucksache 19(14)51.4 vom 4.01.2019 zu § 32 SGB V) in Kraft treten, wird vorgesehen, die Angabe „Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung, Verordnung außerhalb des Regelfalls“) entfallen zu lassen, da eine Unterscheidung der Verordnungen nicht mehr erforderlich ist. Da die Bundesmantelvertragspartner beabsichtigen, die bisherigen Verordnungsvordrucke Muster 13 (Physiotherapie), Muster 14 (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) sowie Muster 18 (Ergotherapie) zu einem neuen Muster 13 zusammenzulegen, soll die Angabe des Heilmittelbereiches künftig über ein Ankreuzfeld erfolgen.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe d.

Zukünftig wird die Angabe, ob ein Therapiebericht benötigt wird, vereinfacht abgebildet.

Zu Absatz 2 Satz 3 Streichung Buchstabe e. (bisherige Fassung)

Die Angabe, ob die Therapie in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden soll, erfolgt zukünftig über die Bezeichnung des Heilmittels.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe e. (neu)

Es handelt sich um eine Folgeanpassung zu § 15, wonach die Ärztin oder der Arzt einen dringlichen Behandlungsbedarf, bei dem die Behandlung innerhalb von 14 Tagen aufgenommen werden soll, auf der Verordnung kenntlich macht.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe f. (neu)

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung, da der Begriff „Verordnungsmenge“ in der Praxis teilweise unterschiedlich verstanden wurde.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe h. (neu)

Die Beispiele für „ergänzende Angaben zum Heilmittel“ wurden angepasst. Die Angabe „KG oder Übungsbehandlung im Bewegungsbad“ erfolgt künftig über die Bezeichnung des Heilmittels (siehe Auflistung im Heilmittelkatalog) und war daher als Beispiel zu streichen. Weitere Beispiele für ergänzende Angaben zum Heilmitteln können „Doppelbehandlung“ oder bei „KG-ZNS“ die Angabe „Bobath“ sein.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe i. (neu)

Es erfolgte eine begriffliche Anpassung aufgrund der Änderung von § 12 Absatz 1 und § 16 Absatz 2. Darüber hinaus wurde ergänzt, dass die Angabe auch als Frequenzspanne möglich ist. Wird die Verordnungsmenge auf einer Verordnung auf mehrere (vorrangige) Heilmittel aufgeteilt, bezieht sich die Angabe der Therapiefrequenz auf die Behandlung insgesamt und nicht auf das einzelne Heilmittel. Unterschiedliche Frequenzen oder Frequenzspannen für die auf der Verordnung angegebenen vorrangigen Heilmittel sind nicht zulässig.

Zu Absatz 2 Satz 3 Streichung Buchstabe k. (bisherige Fassung)

Die Angabe der Therapiedauer für Heilmittel der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie für Manuelle Lymphdrainage erfolgt künftig über die Bezeichnung des Heilmittels (siehe Auflistung im Heilmittelkatalog) und war daher als gesonderte Angabe zu streichen.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe j. (neu)

Da der Diagnoseschlüssel (die Verknüpfung von Diagnosegruppe und Leitsymptomatik) weggefallen ist, ist künftig nur noch die Diagnosegruppe anzugeben (z. B. WS oder EX).

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe k. (neu)

Es wird klargestellt, dass die konkrete(n) therapierelevante(n) Diagnose(n) grundsätzlich im Format ICD-10 anzugeben ist/sind. Der standardmäßig in den elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 10 SGB V hinterlegte ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden.

In Einzelfällen, z.B. im Falle von Hausbesuchen, ist es zulässig die Diagnose ausschließlich als Freitext zu formulieren und keinen ICD-10 Code anzugeben.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe l. (neu):

Die Regelungen zur Angabe der Leitsymptomatik werden angepasst. Demnach besteht unverändert die Möglichkeit eine buchstabenkodierte Leitsymptomatik und/oder den entsprechenden Klartext aus dem Katalog auf die Verordnung zu übernehmen. Die Ärztin oder der Arzt kann auch gleichzeitig mehrere Leitsymptomatiken angeben. Darüber hinaus besteht

künftig die Möglichkeit, eine oder mehrere patientenindividuelle Leitsymptomatik(en) als Freitext anzugeben, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin oder des Patienten handlungsleitend ist/sind. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann und aus Sicht des Arztes mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen a), b) oder c) vergleichbar ist. Damit soll die Angabe spezifischer individueller Informationen zu den Schädigungen der Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, ohne dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt auf die definierten Leitsymptomatiken nach HMK zurückgreifen muss.

Zu Absatz 2 Satz 3 Streichung Buchstabe n. (alt)

Unter der Maßgabe, dass die Regelungen zum TSVG in der für die Anhörung des Gesundheitsausschusses vom 16. Januar 2019 vorgelegten Fassung der Änderungsanträge für Heilmittel (hier Ausschussdrucksache 19(14)51.4 vom 04.01.2019 zu § 32 SGB V) in Kraft treten, ist vorgesehen, das Feld für die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls entfallen zu lassen, da die bisher vorgesehenen Genehmigungsverfahren gemäß § 8 Absatz 4 nicht mehr stattfinden.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m. (neu)

Hier wurde der bisher in Buchstabe o. (alte) enthaltene Zusatz „insbesondere bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie und bei „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ gestrichen, da wesentliche Befunde bei allen Heilmittelverordnungen wichtig sein können. Hierzu zählen z.B. Infektionen, Belastungsbeschränkungen, Zytostatika.

A-1.3.2.10 § 13a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern

Mit der Einführung der „Blanko-Verordnung“ in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Änderungen aufgrund des TSVG (vgl. § 125a SGB V i.V.m. § 73 Absatz 11 SGB V) bedarf es auch einer entsprechenden Ergänzung in der HeilM-RL. Das TSVG sieht in § 92 Absatz 6 Satz 1 Nr. 5 und 6 eine Ergänzung vor, wonach der G-BA regeln soll, auf welche Angaben auf der Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1 (Blankoverordnung) verzichtet werden kann sowie die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1 (Blankoverordnung).

Zu Absatz 1

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben zur Blankoverordnung trifft der Leistungserbringer bei Verordnungen auf Grund einer Diagnose nach § 125a SGB V bei bestimmten Indikationen selbst die Entscheidung über Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten. Mit dem neuen § 13a Absatz 1 wird klargestellt, auf welche Angaben die Ärztin oder der Arzt auf der Verordnung verzichten kann, wenn eine Diagnose vorliegt, für die eine Blankoverordnung ausgestellt werden kann.

Zu Absatz 2

Der G-BA geht davon aus, dass mit dem Begriff „Gültigkeit“ nicht (nur) die Gültigkeit einer Verordnung im Sinne von § 15 HeilM-RL gemeint sein kann, welche den Behandlungsbeginn innerhalb von 14 bzw. 28 Tagen vorsieht.

Der Gesetzgeber führt in der Gesetzesbegründung vielmehr aus, dass „der Gemeinsame Bundesausschuss die Gültigkeitsdauer der ‚Blankoverordnung‘ festzulegen [habe], damit nicht über diesen Umweg die Diagnosen für einen langfristigen Heilmittelbedarf ausgeweitet werden“. Gemeint ist wohl, dass die Blankoverordnung nicht dazu führen soll, dass auf unbestimmte

Zeit die Möglichkeit besteht, eine Heilmittelbehandlung in Anspruch zu nehmen, ohne erneuten Arztkontakt.

Die Festlegung der Gültigkeit von Blankoverordnungen bei Maßnahmen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie der Ernährungstherapie erfolgt deshalb zum einen in Anlehnung an die bisherigen Vorgaben für Verordnungen außerhalb des Regelfalls sowie unter Berücksichtigung der zukünftigen Regelungen für Verordnungen nach § 7 Abs. 6 (neu) der Richtlinie, in der die Behandlungsdauer für Verordnungen aufgrund eines langfristigen Heilmittelbedarfs und aufgrund besonderer Verordnungsbedarfe auf 12 Wochen festgelegt wurde. Zum anderen soll der Zeitraum bis zum Beginn einer Heilmittelbehandlung berücksichtigt werden, weshalb Blankoverordnungen bei Maßnahmen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie der Ernährungstherapie 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig sind. Bei Maßnahmen der Podologie zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms empfiehlt der Heilmittelkatalog eine Höchstmenge von 6 Einheiten je Verordnung bei einer Behandlungsfrequenz alle vier bis sechs Wochen, weshalb hier ein Gültigkeits-Zeitraum von 40 Wochen sachgerecht erscheint.

Die Festlegung der Gültigkeit einer Blankoverordnung auf längstens 16 bzw. 40 Wochen ab Verordnungsdatum gewährleistet, dass der Therapeutin oder dem Therapeuten ausreichend Zeit für die Heilmittelbehandlung zur Verfügung steht. Zudem ist sichergestellt, dass auch bei der Blankoverordnung in vertretbaren Abständen ein erneuter Arztkontakt stattfindet, um die medizinische Indikation für eine Heilmitteltherapie zu überprüfen.

Darüber hinaus wird in Satz 1 der Vorschrift klargestellt, dass auch für die Blankoverordnung die Grundsätze zum Beginn der Behandlung nach § 15 Absatz 1 gelten. Werden die vorgesehenen Zeiträume nicht eingehalten, so verliert die Blankoverordnung ihre Gültigkeit.

Zu Absatz 3

Gleichzeitig wurde klargestellt, dass bei wichtigen medizinischen Gründen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel, der Dauer und Frequenz der Therapie durch die Therapeutin oder den Therapeuten sprechen, der Arzt oder die Ärztin auf eine Blankoverordnung verzichten kann. Dann sind auch bei Indikationen nach § 125a SGB V alle Angaben nach § 13 Absatz 2 durch den Arzt oder durch die Ärztin zu machen.

Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung waren die Verträge nach § 125a SGB V (Blanko-Verordnung) noch nicht geschlossen, weshalb eine Überprüfung der Regelungen zu § 13a, insbesondere im Hinblick auf die Gültigkeitsdauer einer Verordnung nach Bekanntgabe der Verträge nach § 125a SGB V geplant ist.

A-1.3.3 Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern

A-1.3.3.1 § 15 Beginn der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

Für alle Heilmittelbereiche wird einheitlich der späteste Behandlungsbeginn auf 28 Tage festgelegt. Neu wird geregelt, dass bei Vorliegen eines dringlichen Behandlungsbedarfs die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen hat. Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.

Zu Absatz 2

Entsprechend der neu getroffenen Regelung wird die Gültigkeit der Verordnung gemäß Absatz 1 angepasst

A-1.3.3.2 § 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

Es erfolgt einer Klarstellung, dass die Regelungen des § 16 nur in eingeschränkter Form für eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern (Blankoverordnung) gemäß § 13a gilt. Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe in § 73 Absatz 11 SGB V, wonach Heilmittelerbringer bei den in den Verträgen nach § 125a Absatz 1 SGB V vereinbarten Indikationen selbst die Auswahl und die Dauer der Heilmitteltherapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten festlegen, sind § 16 Absätze 3 bis 6 der Heilmittel-Richtlinie für die Blankoverordnung nicht einschlägig. Die Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, ob und in wieweit bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie abgewichen werden kann, werden in den Verträgen nach § 125a SGB V geregelt.

Zu Absatz 2

Mit Satz 1 wird klargestellt, dass die Frequenzangabe auf der Verordnung für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend ist. Durch die Möglichkeit der Übernahme einer Frequenzspanne auf den Verordnungsvordruck (Bsp. 1-3-mal pro Woche) können in dem damit vorgegebenen Rahmen Änderungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten, die bislang einer obligaten Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bedürfen, vermieden werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich damit sowohl auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte, der Heilmittelerbringer als auch der Krankenkassen der bürokratische Aufwand verringert.

Bei der Verordnung von Ernährungstherapie ist die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht verpflichtet, eine Frequenz anzugeben, da sich die Therapie nach dem individuellen Bedarf der Patientin oder des Patienten richtet und in enger Abstimmung mit der Ernährungstherapeutin oder dem Ernährungstherapeuten bestimmt wird. Daher ist bei einer Abweichung von der ärztlichen Angabe keine Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt erforderlich.

Zu Absatz 3

Wird in der Physiotherapie, Ergotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprach- und Schlucktherapie die Behandlung ohne angemessene Begründung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die verbleibenden Therapieeinheiten grundsätzlich ihre Gültigkeit; mit der Folge, dass die Behandlung abgebrochen werden muss. Im Interesse der Patientinnen und Patienten sehen die Rahmenempfehlungen und -verträge nach § 125 SGB V schon heute vor, dass die Heilmitteltherapie z. B. krankheits-, ferien-, oder urlaubsbedingt unterbrochen werden oder eine Unterbrechung therapeutisch indiziert sein kann. Solche begründeten Unterbrechungen stellen dann auch keine Abweichung von der Frequenz dar.

Mit der Änderung in Absatz 3 erfolgt eine Aufnahme dieser Praxis in die Regelung. Mit der Formulierung „angemessen“ wird deutlich gemacht, dass nicht jede beliebige Behandlungsunterbrechung von der Ausnahmeregelung umfasst ist. Der Heilmittelerbringer hat auch in den Fällen der begründeten Unterbrechung zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird. Das Nähere, wie bspw. die Gründe und Voraussetzungen einer angemessenen Begründung sowie deren Dokumentation regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.

Zu Absatz 4)

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung.

Zu Absatz 5

Die Heilmittel-Richtlinie sieht vor, dass vorrangig Gruppentherapie zu verordnen ist, sofern eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist (vgl. § 10 HeilM-RL). Grund hierfür sind zum einen gruppendynamisch gewünschte Effekte, die erfahrungsgemäß zu besseren Behandlungsergebnissen führen können. Zum anderen entspricht der Grundsatz „Gruppentherapie“ auch dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot. In Zeiten steigender Zahlen von Patientinnen und Patienten und begrenzten Zahlen von Therapeutinnen und Therapeuten kann Gruppentherapie zudem dazu beitragen, dass Kapazitäten für Heilmittelbehandlungen in den Praxen besser genutzt werden können und die Behandlung der Patientinnen und Patienten sichergestellt wird. Mit der Änderung wird die Entscheidungskompetenz der Heilmittelerbringer erhöht, indem bei Erkrankungen, bei denen sich im Verlauf der Therapie zeigt, dass eine Einzeltherapie nicht mehr zwingend medizinisch geboten ist, die Möglichkeiten zur Organisation von Gruppentherapien ermöglicht werden. Hierfür ist die Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten nötig und das Einvernehmen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt herzustellen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 bleibt unverändert.

A-1.3.3.3 § 16a Entlassmanagement

Zu Absatz 5

Es handelt sich hier um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung der orientierenden Behandlungsmenge gemäß § 7.

A-1.3.4 Maßnahmen der Physiotherapie

A-1.3.4.1 § 17 Grundlagen

Zu Absatz 1

Die Beschreibung der Grundlagen wurde an den aktuellen Stand angepasst. Die bisher verwendete Bezeichnung „Physikalische Therapie“ wird durch den Begriff „Physiotherapie“ ersetzt und folgt damit der Nomenklatur des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Physiotherapie (PhysTH-AprV), vgl. Ausführungen zu § 2 Absatz 1). Der Begriff „Physiotherapie“ umfasst dabei alle aktiven, assistiv-therapeutisch unterstützen und passiven Therapieformen. Darunter findet sich einerseits die Krankengymnastik als Maßnahme der Bewegungstherapie, die der Physiotherapeutin oder dem Physiotherapeuten vorbehalten ist sowie andererseits die physikalische Therapie, in der Physiotherapeuten und Masseur gleichberechtigt nebeneinander tätig werden. Die physikalische Therapie als Unterform der Physiotherapie untergliedert sich in die Bereiche Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie sowie Thermotherapie. Mit der Umformulierung ist keine inhaltliche Änderung der bisher unter der Bezeichnung „Physikalische Therapie“ geführten Maßnahmen verbunden. Darüber hinaus wurde klargestellt, dass auch im Bereich der Physiotherapie die Zielsetzung mit Blick auf die ICF erfolgt.

Zu Absatz 3

Die Streichung erfolgt zur Vermeidung von Doppelungen. Der Hinweis auf die gemäß Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie nicht verordnungsfähigen Heilmittel und Indikationen ist bereits in §

5 für alle Heilmittelbereich übergreifend geregelt und kann daher in den heilmittelbereichsspezifischen Abschnitten entfallen.

A-1.3.4.2 § 18 Massagetherapie

Zu Absatz 2

Die übergreifenden Therapieziele der Massagetherapie werden in diesem Paragraphen ergänzt. Damit kann die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog entfallen.

Zu Absatz 2 Nummer 7

Die Beschreibung der Manuellen Lymphdrainage und deren grundsätzlicher therapeutischer Ziele wurde gemäß Formulierungen in der AWMF S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Lymphödeme“ (AWMF Reg.-Nr. 058-001, Mai 2017) aktualisiert.

Die Ergänzung „zusätzlich“ soll betonen, dass eine mögliche Kompressionsbandagierung einer expliziten Verordnung bedarf und nicht Bestandteil der Maßnahmen der manuellen Lymphdrainage ist. Eine Kompressionsbandagierung muss gesondert auf demselben Verordnungsvordruck verordnet werden (Bsp. „MLD-30 + anschließender Kompressionsbandagierung“). Damit wird die bisherige Auslegung der Heilmittel-Richtlinie klargestellt, auf die sich der GKV-Spitzenverband und die KBV bereits im Rahmen des konsentierten Fragen-Antworten-Katalogs vom 22.11.2005 (Frage Nr. 27) ([siehe Anlage](#)) verständigt hatten. Weitere Begründung siehe auch Diagnosegruppe „LY“ im Heilmittelkatalog.

Darüber hinaus erfolgte eine begriffliche Anpassung in Buchstabe b.

A-1.3.4.3 § 19 Bewegungstherapie

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung gemäß der ICF-Klassifikation.

Zu Nummer 3 Buchstabe a.

An dieser Stelle wird klargestellt, dass innerhalb der Maßnahmen der Physiotherapie auch Massagetechniken als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung zur lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet zur Anwendung kommen können.

Zu Nummer 3 Buchstabe c.

Es erfolgte eine sprachliche Anpassung.

A-1.3.4.4 § 21 Maßnahmen der Elektrotherapie

Der Zusatz „Maßnahmen“ ist notwendig, um den übergeordneten Begriff der „Maßnahmen der Elektrotherapie“ von der spezifischen Maßnahme Elektrotherapie zu unterscheiden.

A-1.3.4.5 Streichung § 26 Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie

Es erfolgt eine Streichung des bisherigen § 26 und die Integration in Teil B „Grundsätze der Heilmittelverordnung“ (siehe 2.1.6).

A-1.3.5 Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

A-1.3.5.1 Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Teil F)

Es wird klargestellt, dass die Schlucktherapie zukünftig neben den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verordnet werden kann. Bislang waren Maßnahmen der

Schlucktherapie unter den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie subsummiert.

A-1.3.5.2 § 30 Grundlagen

Zu Absatz 2

Bei der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie kann die Einbeziehung des sozialen Umfelds ein Bestandteil des Therapiekonzeptes sein, weshalb eine übergeordnete Regelung hierzu sachgerecht ist. Des Weiteren wird klargestellt, dass Gruppentherapie als 45- und 90-minütige Behandlung möglich ist.

Zu Absatz 3

Die Streichung erfolgt zur Vermeidung von Doppelungen. Die Bestimmungen zu den nichtverordnungsfähigen Heilmitteln sind bereits in § 5 umfassend ausgeführt.

A-1.3.5.3 § 33a Schlucktherapie (neu)

Die Schlucktherapie ist nach bisheriger Richtlinienfassung Bestandteil der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und unter den Diagnosengruppen „SC1 krankhafte Störung des Schluckaktes – Dysphagie“ und „SC2 Schädigung im Kopf-Hals-Bereich“ verordnungsfähig. Mit der Überarbeitung der Richtlinie kann die Schlucktherapie künftig explizit verordnet werden, da diese eine eigenständige Therapie ist, die von der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie abzugrenzen ist. Sie wird von Logopäden und speziell ausgebildeten Sprachtherapeuten erbracht. Daher stellt dies keine wesentliche Änderung der Richtlinie im Sinne des 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar.

Schluckstörungen betreffen sowohl Kinder als auch Erwachsene. Sie können auf organische und/oder funktionelle Ursachen zurückgeführt werden.

Das übergreifende Ziel einer Schlucktherapie ist die Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckaktes, um eine orale Nahrungsaufnahme zu ermöglichen.

A-1.3.5.4 § 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen

Zur Streichung Absatz 1 bis 3 (bisherige Fassung)

Es erfolgt eine Streichung der Absätze 1 bis 3 und deren Integration in Teil B „Grundsätze der Heilmittelverordnung“ (siehe 2.1.6)

Zu Absatz 1 (neu)

Der Absatz 1 (neu) entspricht dem bisherigen Absatz 4 und wird geringfügig geändert. Mit der Änderung soll verdeutlicht werden, dass nicht alle aufgelisteten diagnostischen Maßnahmen vor jeder Verordnung notwendig sind. Damit wird die bisherige Auslegung der Heilmittel-Richtlinie aufgegriffen, zu der sich der GKV-Spitzenverband und die KBV bereits im Rahmen des konsentierten Fragen-Antworten-Katalogs vom 22.11.2005 (Frage Nr. 48) ([siehe Anlage](#)) verständigt hatten.

Nummer 1 bis 5 „Schlucktherapie“

Darüber hinaus wird unter den Punkten 1.-4. der jeweilige Abschnitt „bei begleitenden Schluckstörungen“ gestrichen, da die Schlucktherapie als eigenständiger Bereich aufgenommen wird. Dafür wird ein neuer Punkt 5 „Schlucktherapie“ eingeführt, in dem nun unter 5.a die Eingangsdagnostik und unter 5.b die weiterführende Diagnostik bei Maßnahmen der Schlucktherapie aufgeführt werden.

Die Schlucktherapie war bisher Teil der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

In der Richtlinie (§ 34) waren als Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik bei begleitenden Schluckstörungen

- bildgebende Verfahren
- endoskopische Untersuchung
- neurologische Untersuchung

geregelt. Bei der zum diagnostischen Standard gehörenden Videofluoroskopie wird der Schluckakt zum Einschätzen des Schweregrades der Schluckstörungen und Planung/Überwachung der Therapie mittels Durchleuchtung gefilmt.

Die Videofluoroskopie zählt somit zu den bildgebenden Verfahren und soll in der neuen Richtlinie wegen ihrer weiten Verbreitung explizit benannt werden.

A-1.3.6 Maßnahmen der Ergotherapie

A-1.3.6.1 § 35 Grundlagen Maßnahmen der Ergotherapie

Zu Absatz 1

Die vorgenommene Umformulierung trägt der einheitlichen sprachlichen Überarbeitung und Anpassungen des Heilmittelkatalogs an das bio-psycho-soziale Modell der ICF Rechnung und bildet den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand ab.

Es erfolgt eine umfassende Beschreibung die sowohl die Schädigungsebene als auch die Aktivitätsebene miteinschließt. Die Spalte „Beeinträchtigung der Aktivität (Fähigkeitsstörungen)“ wurde im HMK gestrichen und in den Titel der Spalte „Leitsymptomatik“ überführt. Im Gegenzug werden die wesentlichen Therapieziele auf Aktivitätsebene für die jeweilige Behandlung, die sich aus den Beeinträchtigungen ableiten, beschrieben. Somit handelt es sich um keine wesentliche Änderung gemäß 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA.

Zur Streichung Absatz 4 (bisherige Fassung)

Die Streichung erfolgt zur Vermeidung von Doppelungen. Die Bestimmungen zu den nichtverordnungsfähigen Heilmitteln sind bereits in § 5 umfassend ausgeführt.

A-1.3.6.2 § 36 Motorisch-funktionelle Behandlung

Die Beschreibung der motorisch-funktionellen Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientieren sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO sowie den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Zu Absatz 2

Unter § 36 Absatz 2 sind die Maßnahmen in Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt.

Auf die Nennung der Maßnahme (alte Fassung): „Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen“ wurde bewusst verzichtet, da der Begriff „eigenständige Lebensführung“ weder in der Klassifikation der Körperfunktionen und-Strukturen noch in der Klassifikation der Aktivitäten der ICF ein eigenes Kapitel darstellt bzw. keinem Kapitel zuzuordnen ist. Vielmehr ergibt sich die Verbesserung einer eigenständigen Lebensführung aus der Verbesserung verschiedener Aktivitäten, wie Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung. Diese sind unter therapeutischen Zielen aufgeführt.

Zu Absatz 3

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt dagegen schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Daher findet sich beispielsweise die Schmerzlinderung/ Minderung schmerzbedingter Reaktionen unter Absatz 2 und nicht unter Absatz 3, da es sich bei Schmerz um eine Körperfunktion handelt.

Wesentliche Ziele für den Bereich der motorisch-funktionellen Behandlung auf Aktivitätsebene sind die Wiederherstellung und Erhalt der Mobilität im Alltag (z. B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel) oder die Wiederherstellung und Erhalt der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen) und der Haushaltsführung (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten). Die ICF sieht in der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation für die Selbstversorgung und das häusliche Leben eigene Kapitel vor (Kapitel 5 und 6), daher wurden die Ziele getrennt dargestellt. In der alten Fassung fanden sich diese in der Formulierung „Selbständigkeit in der Selbstversorgung (z.B. Ankleiden, Hygiene, Haushalt)“.

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

Zu Absatz 4

Infolge der Änderungen der Absätze 1 bis 3 ist die bisherige Regelung aus Absatz 3 (alt) nun in Absatz 4 enthalten.

A-1.3.6.3 § 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

Die Beschreibung der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO sowie den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Zu Absatz 2

Unter § 37 Absatz 2 werden die Maßnahmen mit Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt. Die dargestellten Schädigungen der Körperfunktionen- und Strukturen sind in Anlehnung der Struktur der ICF neu sortiert, inhaltlich im Wesentlichen unverändert. Die in der alten Fassung stehende Formulierung „Erlangung der Grundarbeitsfähigkeit“ wurde gestrichen. Eine sogenannte „Grundarbeitsfähigkeit“ setzt sich aus der Wiederherstellung und dem Erhalt verschiedenster Aktivitäten zusammen und findet sich beispielsweise in den therapeutischen Zielen wie Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen, Erlangen von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaption des Lebensumfelds.

Außerdem wurde die Maßnahme (alte Fassung): „Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen“ gestrichen, da der Begriff „eigenständige Lebensführung“ weder in der Klassifikation der Körperfunktionen und -Strukturen noch in der Klassifikation der Aktivitäten der ICF ein eigenes Kapitel darstellt bzw. keinem Kapitel zuzuordnen ist. Vielmehr ergibt sich die Verbesserung einer eigenständigen Lebensführung aus

der Verbesserung verschiedener Aktivitäten, wie Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung oder Erlangen von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaption des Lebensumfelds.

Diese sind nun unter therapeutischen Zielen aufgeführt.

Zu Absatz 3

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Für den Bereich der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung sind dies beispielsweise die Entwicklung/ Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten aus dem Bereich allgemeiner Aufgaben (z. B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben), von Aktivitäten der Mobilität und Geschicklichkeit im Alltag (z. B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, Fortbewegen im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel) und dem Erlernen von Kompensationsstrategien.

Es handelt sich nicht um neue Ziele, sondern um eine ICF-konforme Zuordnung und Formulierung, die den typischen therapeutischen Ansatz der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung widerspiegeln soll.

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit,

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

Zu Absatz 4

Infolge der Änderungen der Absätze 1 bis 3 ist die bisherige Regelung aus Absatz 3 (alt) nun in Absatz 4 enthalten

A-1.3.6.4 § 38 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

Die Beschreibung des Hirnleistungstrainings/ der neuropsychologisch orientierten Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO und den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Zu Absatz 2

Die in der alten Fassung stehende Formulierung „Erlangung der Grundarbeitsfähigkeit“ wurde gestrichen. Eine sogenannte „Grundarbeitsfähigkeit“ setzt sich aus der Wiederherstellung und dem Erhalt verschiedenster Aktivitäten zusammen und findet sich bezogen auf das Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Behandlung beispielsweise in den therapeutischen Zielen (Absatz 3) wie Planung und Durchführung täglicher Routinen, einfache und komplexe Aufgaben übernehmen, situationsgerechtes Verhalten wieder.

Unter § 38 Absatz 2 werden die Maßnahmen mit Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt. Gemäß Klassifikation der Körperfunktionen in der ICF erfolgt eine Neusortierung nach globalen und spezifischen mentalen Funktionen.

Zu Absatz 3

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Für den Bereich des Hirnleistungstrainings/ neuropsychologisch orientierter Behandlung sind dies

insbesondere die Entwicklung/ Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Planung und Durchführung täglicher Routinen, einfache und komplexe Aufgaben übernehmen), interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z.B. situationsgerechtes Verhalten, Familienbeziehungen), aber auch der Mobilität im Alltag (z. B. Tragen von Gegenständen, Benutzung von Transportmitteln), der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen) und dem Erlernen von Kompensationsstrategien.

Es handelt sich nicht um neue Ziele, sondern um eine ICF-konforme Zuordnung und Formulierung, die den typischen therapeutischen Ansatz des Hirnleistungstrainings / der neuropsychologisch orientierten Behandlung abbilden soll.

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

Zu Absatz 4

Infolge der Änderungen der Absätze 1 bis 3 ist die bisherige Regelung aus Absatz 3 (alt) nun in Absatz 4 enthalten.

A-1.3.6.5 § 39 Psychisch-funktionelle Behandlung

Die Beschreibung der psychisch-funktionellen Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO und den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Zu Absatz 2

Unter § 39 Absatz 2 werden die Maßnahmen mit Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt. Gemäß Klassifikation der Körperfunktionen in der ICF erfolgt eine Neusortierung nach globalen und spezifischen mentalen Funktionen.

Die unter Maßnahmen aufgeführte Formulierung (alte Fassung) „Verbesserung der eigenständigen Lebensführung und der Grundarbeitsfähigkeit“ wurde gestrichen. Eine sogenannte „Grundarbeitsfähigkeit“ und auch eine „eigenständige Lebensführung“ wird durch die Wiederherstellung und dem Erhalt verschiedenster Aktivitäten erreicht. Zudem lassen sich beide Formulierungen nicht den Kapiteln der ICF (Körperfunktionen-Strukturen und Aktivitäten und Partizipation) eindeutig zuordnen.

Bezogen auf die psychisch-funktionelle Behandlungen werden unter den therapeutischen Zielen entsprechende Aktivitäten genannt, z. B. tägliche Routine in richtiger Reihenfolge durchführen, Tagesstrukturierung, bewusste sinnliche Wahrnehmung, Aufmerksamkeit fokussieren.

Zu Absatz 3

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Für den Bereich der psychisch-funktionellen Behandlung sind dies insbesondere die Entwicklung/ Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten aus dem Bereich allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. tägliche Routine in richtiger Reihenfolge durchführen, Tagesstrukturierung), aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmung,

Aufmerksamkeit fokussieren), aus dem Bereich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (soziale Interaktion, Aufbau und Erhalt von Beziehungen) oder die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit, des Selbstvertrauens und Entscheidungsfähigkeit.

Es handelt sich nicht um neue Ziele, sondern um eine ICF-konforme Zuordnung und Formulierung, die den typischen therapeutischen Ansatz der psychisch-funktionellen Behandlung abbilden soll. Beispielsweise findet sich das Ziel (a.F.) „Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit“ in dem neu formulierten Ziel: Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten aus dem Bereich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (soziale Interaktion, Aufbau und Erhalt von Beziehungen)

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

Zu Absatz 4

Infolge der Änderungen der Absätze 1 bis 3 ist die bisherige Regelung aus Absatz 3 (alt) nun in Absatz 4 enthalten.

A-1.3.6.6 § 40 Therapieergänzende Maßnahmen sowie Heilmittelkatalog EN1

Eine ggf. erforderliche ergotherapeutische Schiene kann auf dem Heilmittelverordnungsformular zusammen mit dem erforderlichen Heilmittel verordnet werden, z. B. Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene. Hintergrund ist, dass die ergotherapeutische Schiene als Sachaufwendung des Heilmittelerbringers weder ein Hilfsmittel noch ein Heilmittel darstellt. Mit der Änderung wird sichergestellt, dass im Abrechnungsverfahren der Heilmittelerbringer kein anderer Vordruck zur Abrechnung kommt. Durch die feststehende Abrechnungspositionsnummer für die ergotherapeutische Schiene ist sichergestellt, dass diese Leistungen bei der arztbezogenen Erfassung nicht als Heilmittelausgaben berücksichtigt werden.

A-1.3.6.7 Bisheriger § 41 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Ergotherapie“

Es erfolgt eine Streichung und die Integration in Teil B „Grundsätze der Heilmittelverordnung“ (siehe 2.1.6).

A-1.3.7 Ernährungstherapie

A-1.3.7.1 § 42 „Grundlagen“

Zu den Absätzen 4 und 5

Die übergreifenden Therapieziele der Ernährungstherapie werden in diesen Paragraphen ergänzt. Damit kann die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog entfallen.

A-1.4 Neufassung des zweiten Teils der Richtlinie (Heilmittelkatalog)

Die mit der Überarbeitung des Heilmittelkatalogs vorgenommenen Änderungen, insbesondere die Zusammenlegung von Diagnosegruppen, die Vereinheitlichung der Leitsymptomaten und die Eingliederung der optionalen Heilmittel in die vorrangigen Heilmittel sollen zu einer Vereinfachung und Entbürokratisierung des Verordnungsvorgangs führen. Gleichzeitig sind damit keine wesentlichen Änderungen i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA oder Erweiterungen der jeweiligen Indikationsbereiche der verordnungsfähigen Heilmittel oder der Art der Erbringung verbunden. So ergeben sich die mit den jeweiligen Maßnahmen der Heilmitteltherapie verbundenen Ziele und Indikationsbereiche nach wie vor aus den Definitionen gemäß §§17 – 45 der Richtlinie. Die dort hinterlegten Inhalte der einzelnen Heilmittelmaßnahmen wurden bei Bedarf noch ergänzt und auf den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse gebracht.

Mit der Einführung der Begrifflichkeit „orientierende Behandlungsmenge“ durch das TSVG und den damit verbundenen Änderungen des § 7 ergeben sich auch Folgeänderungen in der Bezeichnung der Spaltenüberschriften des Heilmittelkatalogs. Es wird hier nur noch von „Heilmittelverordnung“ gesprochen. Ebenso verändert sich der Begriff „Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls“ in „orientierende Behandlungsmenge“.

Die Beratungen zur Überarbeitung des HeilM-Kataloges waren im August 2018 weitestgehend abgeschlossen, so dass der Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL Ende August 2018 ins Stellungnahmeverfahren gegeben wurde. Zu diesem Zeitpunkt war der neue gesetzliche Auftrag, Vorgaben zu indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und zur Zahl der Behandlungseinheiten zu treffen, noch nicht bekannt. Die Begründungen zu den Änderungen im Heilmittelkatalog beziehen sich daher noch auf die zu diesem Zeitpunkt gültige Regelfallsystematik. Sie sind aber auf die neue Systematik der orientierenden Behandlungsmengen vollständig übertragbar. Da der bisherige Regelfall mit der neu eingeführten orientierenden Behandlungsmenge vergleichbar ist (vgl. hierzu auch Begründung zur Ausschussdrucksache 19(14)51.4 vom 4.01.2019 zu § 92 Absatz 6 SGB V), bedarf es auch keiner weiteren inhaltlichen Änderungen zur Festlegung der Behandlungseinheiten.

A-1.4.1 Überarbeitung der Spalte Diagnosegruppen

Zusammenfassung von Diagnosegruppen

Die Zusammenfassung der Diagnosegruppen dient der Reduzierung der Komplexität des Heilmittelkataloges und trägt somit zu einer Entbürokratisierung in dessen Anwendung bei. Bei der Auswahl der Diagnosegruppe wird künftig nicht mehr unterschieden, ob es sich um einen kurzmittel- oder längerfristigen Behandlungsbedarf handelt. Damit entfällt der Aufwand für die Ärztin oder den Arzt, bei einem Wechsel der Diagnosegruppen innerhalb eines Regelfalles die bisher ausgestellten Verordnungsmengen auf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles anzurechnen. Der damit bisher verbundene Dokumentationsaufwand, insbesondere auch bei einem Arztwechsel, kann damit entfallen. Die Vorgabe zur Anrechnung von verordneten Mengen der Vorverordnungen von „verwandten Diagnosegruppen“ war zudem eine potentielle Fehlerquelle, die mit der Zusammenlegung wegfällt. Im Zuge der Zusammenlegung der Diagnosegruppen mit kurz-, mittel-, oder längerfristigen Behandlungsbedarf wurde in der Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ der Hinweis aufgenommen, dass sich die Verordnungsmenge stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles bedarf. Damit wird klargestellt, dass

bspw. bei funktionellen/ strukturellen Schädigungen mit einem kurzzeitigem Behandlungsbedarf die im Heilmittelkatalog vorgesehenen Höchstverordnungsmengen mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht regelhaft auszuschöpfen sind.

Überarbeitung der Beispieldiagnosen

Die Änderungen, Zusammenführungen und Ergänzungen der Beispieldiagnosen erfolgen mit dem Ziel, medizinisch relevante Diagnosen zu benennen und die verwendeten Begrifflichkeiten an die aktuelle medizinische Terminologie anzupassen. Die Liste der Beispieldiagnosen ist nach wie vor nicht abschließend.

A-1.4.2 Anpassung Spalte Leitsymptomatik

Ziel der Neufassung der Leitsymptomatik ist es, die Vorgaben für die verordnenden Vertragsärzte zu flexibilisieren und zu individualisieren. Die bisher im Katalog enthaltenen Leitsymptomatiken wurden neu strukturiert und zusammengefasst und, soweit möglich, an die Begrifflichkeiten der ICF angepasst. Mit der zusätzlichen Möglichkeit zur Angabe einer patientenindividuellen Leitsymptomatik soll es ermöglicht werden, für den jeweiligen Patienten individuelle Angaben zu den Leitsymptomen zu machen. Die Angabe der vorgegebenen Leitsymptomatiken nach Heilmittelkatalog ist bei Angabe einer patientenindividuellen Leitsymptomatik verzichtbar. Es können auch gleichzeitig mehrere Leitsymptomatiken angegeben werden.

A-1.4.3 Überführung der Therapieziele in den Richtlinientext

Die Therapieziele waren in der Regel bereits im Richtlinientext in den §§17 – 45 der Richtlinie abgebildet und wurden jetzt einheitlich in den Richtlinientext überführt. Zudem besteht in der Regel ein direkter (kausaler) Zusammenhang zwischen der Leitsymptomatik, dem verordneten Heilmittel und der Zielstellung der Heilmitteltherapie. Die Therapieziele müssen nach wie vor nicht auf der Heilmittelverordnung angegeben werden. Sofern die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt es für sinnvoll hält, Therapieziele auf der Verordnung anzugeben, kann dies optional erfolgen (siehe § 13 Absatz 2 Buchstabe I.). Die Überführung der Ziele in den Richtlinientext dient ebenfalls dazu, die Komplexität des Heilmittelkatalogs zu reduzieren.

A-1.4.4 Anpassung Spalte Heilmittelverordnung

Integration optionale in die vorrangigen Heilmittel

Die Unterscheidung zwischen optionalen und vorrangigen Heilmitteln wurde gestrichen und die optionalen Heilmittel in die vorrangigen Heilmittel eingegliedert (siehe auch Begründung zu § 12 Absatz 3).

Benennung der Heilmittel

Unter der Spalte Heilmittel wurde die Bezeichnung und Auswahl der verordnungsfähigen Heilmittel konkretisiert. Durch die Konkretisierung erfolgt keine Aufnahme neuer Heilmittel, sondern lediglich eine Harmonisierung der bisher gültigen Regelung der Heilm-RL im HMK. Bei Heilmitteln, für die im Heilmittelkatalog eine Behandlungszeit vorgegeben wird, wurde die Heilmittelbezeichnung analog der bestehenden Formulierung der MLD um den entsprechenden Minutenwert ergänzt (z.B. „Sprech- und Sprachtherapie-30“). Bei Heilmitteln, die sowohl als Einzeltherapie als auch als Gruppentherapie abgegeben werden können, wurde der Zusatz „Gruppe“ ergänzt und als eigenständiges Heilmittel aufgeführt (z.B. „KG Gruppe“). Bei der Manuellen Lymphdrainage wurden die Heilmittelbezeichnungen um den Zusatz „+ Kompressionsbandagierung“ erweitert und separat aufgeführt (z.B. MLD-60 + Kompressionsbandagierung“). In der Ergotherapie wurden die vorrangigen Heilmittel, bei denen ergänzend eine ergotherapeutische Schiene verordnet werden kann, ebenfalls gesondert mit dem entsprechenden Zusatz aufgeführt (z. B. „motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene“).

Die Anpassungen dienen der besseren Abbildung der verordnungsfähigen Heilmittel in der ärztlichen Praxisverwaltungssoftware und sollen Fehler im Zusammenhang mit der Heilmittelauswahl vermeiden.

Umbenennung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls in orientierende Behandlungsmenge

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund von § 7.

Frequenzempfehlung als Frequenzspanne

Es wird klargestellt, dass die Behandlungsfrequenz als Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben werden kann. Dadurch können Änderungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten, die einer Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bedürfen, vermindert werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich damit sowohl auf Seiten der Ärzte, der Leistungserbringer als auch der Krankenkassen der bürokratische Aufwand verringert (siehe auch Begründung zu § 16 Absatz 3).

Hinweis zum Langfristigen Heilmittelbedarf

Bei den Diagnosegruppen, die auf der „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V“ enthalten sind, wurde aus Transparenzgründen im Heilmittelkatalog ein Hinweis auf die Anlage 2 eingefügt.

Insgesamt stellen die Anpassungen in der Spalte „Heilmittelverordnung“ keine wesentlichen Änderungen i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO dar.

Im Folgenden werden nur noch die Änderungen erläutert, die über die vorgenannten Punkte hinausgehen.

A-1.4.5 Maßnahmen der Physiotherapie

Unter der Spalte Heilmittel wurde die „Übungsbehandlung im Bewegungsbad“ sowie „KG im Bewegungsbad“ ergänzt. Diese waren bisher unter dem jeweiligen Heilmittel „Übungsbehandlung“ oder „KG“ subsumiert (vgl. § 19 Absatz 3 Nr. 1b und § 19 Absatz 3 Nr. 2b) und werden nun explizit benannt. Es handelt sich daher hierbei nicht um neue Heilmittel.

A-1.4.5.1 Erkrankungen des Stütz-und Bewegungsorgane

Zur Diagnosegruppe WS

Bei der Zusammenlegung von WS1 a.F. und WS2 a.F. zu WS (neu) wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 18 Behandlungseinheiten im Regelfall vereinheitlicht. Damit erhöht sich die Verordnungsmenge für die Diagnosegruppe WS1 a.F. von 6 auf 18 Einheiten. Die Verordnungsmenge richtet sich jedoch auch weiterhin stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.

Bisher war es außerdem für den verordnenden Arzt oder die verordnende Ärztin möglich, von der Diagnosegruppe WS1 a.F. auf WS2 a.F. zu wechseln, sofern das Therapieziel nicht erreicht wurde. Dann stand insgesamt ebenfalls eine Gesamtverordnungsmenge von 18 Behandlungseinheiten zur Verfügung.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO dar.

Zur Diagnosegruppe EX

Bei der Zusammenlegung der Diagnosegruppen EX1, EX2, EX3 und EX4 zu EX (neu) wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 18 Behandlungseinheiten vereinheitlicht. Eine Ausnahme sind Kinder- und Jugendliche, hier sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 50 Behandlungseinheiten möglich, wodurch der Status Quo erhalten bleibt. Mit der Zusammenlegung und Vereinheitlichung wird der individuelle Leistungsanspruch der oder des Versicherten nicht berührt. Mit der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls wird davon ausgegangen, dass damit für den Großteil der unter der jeweiligen Diagnosegruppe zusammengefassten Erkrankungen das Therapieziel erreicht werden kann. Der tatsächliche medizinische Bedarf richtet sich jedoch nach dem individuellen medizinischen Erfordernis des Einzelfalls (siehe § 7 Absatz 3 HeilM-RL). Insbesondere bei schwerwiegenderen Erkrankungen kann der Bedarf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls übersteigen. Lässt sich die Behandlung mit der im Heilmittelkatalog bestimmten Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht abschließen, besteht auch weiterhin die Möglichkeit zur Verordnung außerhalb des Regelfalls (vgl. § 8).

Darüber hinaus sind der Großteil der unter EX3 a.F. und EX4 a.F. beispielhaft aufgeführten Krankheitsbilder in den Diagnoselisten zu besonderen Verordnungsbedarfen (§ 106b SGB V) und zum langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V) berücksichtigt (bspw. Klumpfuß, angeborener Tortikollis, Reduktionsdefekte der oberen und unteren Extremitäten, Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheiten des Bindegewebes oder Spondylopathien), so dass dadurch eine krankheitsadäquate Versorgung ebenfalls sichergestellt wird.

Patienten haben zudem die Möglichkeit, bei schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, einen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen, um feststellen zu lassen, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können (siehe § 8a Absatz 3 HeilM-RL).

A-1.4.5.2 Erkrankungen des Nervensystems

Zur Diagnosegruppe ZN

Mit der Zusammenlegung der Diagnosegruppen ZN1 a.F. und ZN2 a.F. zu ZN ist bei der Auswahl der Diagnosegruppe künftig nicht mehr zwischen Kindern und Erwachsenen zu unterscheiden. Mit der Klarstellung, dass die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bei Kindern- und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 50 Behandlungseinheiten beträgt, ist ebenfalls keine Veränderung des Status Quo verbunden. Unverändert bleiben die Muskeldystrophien, und Muskelatrophien der Diagnosegruppe ZN zugeordnet. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Neuromuskuläre Erkrankung“ differenzierter dargestellt.

Zur Diagnosegruppe PN

Die Diagnosegruppe PN erhält die neue Bezeichnung **Periphere Nervenläsionen/ Muskelerkrankungen**. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Muskelerkrankungen“ differenzierter dargestellt und die Beispieldiagnosen um rein muskuläre Krankheitsgruppen (z. B. metabolische Muskelerkrankungen) ergänzt. Diese Diagnosen fanden vorher keine explizite Erwähnung, wurden aber von der Leitsymptomatik der vormaligen Diagnosengruppe PN umfasst. Die begriffliche Anpassung stellt somit keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar, sondern dient lediglich der Klarstellung.

A-1.4.5.3 Erkrankungen der inneren Organe

Zur Diagnosegruppe AT

Bei der Zusammenlegung der Diagnosegruppen AT1 a.F., AT2 a.F. und AT3 a.F. zu AT (neu) wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 18 Behandlungseinheiten vereinheitlicht. Damit erhöht sich die Verordnungsmenge für die Diagnosegruppe AT1 a.F. von 6 auf 18 Einheiten. Die Verordnungsmenge richtet sich jedoch auch weiterhin stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls

Bisher war es für den verordnenden Arzt oder verordnende Ärztin möglich, von der Diagnosegruppe AT1 a.F. auf AT2 a.F. zu wechseln, sofern das Therapieziel nicht erreicht wurde. Damit stand insgesamt ebenfalls eine Gesamtverordnungsmenge von 18 Behandlungseinheiten zur Verfügung.

Mit der Zusammenlegung und Vereinheitlichung wird der individuelle Leistungsanspruch der oder des Versicherten nicht berührt. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls gilt als Orientierungsgröße, die von der Vorstellung ausgeht, dass damit für den Großteil der unter der jeweiligen Diagnosegruppe zusammengefassten Erkrankungen das Therapieziel erreicht werden kann. Der tatsächliche medizinische Bedarf richtet sich jedoch nach dem individuellen medizinischen Erfordernis des Einzelfalls (siehe § 7 Absatz 3 HeilM-RL). Insbesondere bei schwerwiegenderen Erkrankungen kann der Bedarf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls übersteigen. Lässt sich die Behandlung mit der im Heilmittelkatalog bestimmten Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht abschließen, besteht auch weiterhin die Möglichkeit zur Verordnung außerhalb des Regelfalls (vgl. § 8).

Für „Mukoviszidose“ sowie der „Mukoviszidose vergleichbare pulmonale Erkrankungen“ wurde die [Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls / die orientierende Behandlungsmenge] bei „bis zu 50 Einheiten“ belassen, da es sich hierbei um Erkrankungen mit schweren Störungen der Atmung handelt, bei denen 18 Einheiten regelhaft nicht ausreichen. Der Mukoviszidose im Hinblick auf den Behandlungsbedarf vergleichbare pulmonale Erkrankungen sind insbesondere:

- J47 Bronchiektasen
- Q33.4 angeborene Bronchiektasen
- Q34.8 primäre ciliäre Dyskinesie

sowie kongenitale Malformationen der Atemwege und Lunge, wie

- Q33.2 Lungensequestration (angeboren)
- Q33.3 Agenesie der Lunge
- Q33.6 Hypoplasie und Dysplasie der Lunge
- Q33.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge
- Q33.9 Angeborene Fehlbildung der Lunge, nicht näher bezeichnet
- Q34.0 Anomalie der Pleura
- Q34.1 Angeborene Mediastinalzyste
- Q34.9 Angeborene Fehlbildung des Atmungssystems, nicht näher bezeichnet

Darüber hinaus ist die Mukoviszidose (Cystische Fibrose) in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V) berücksichtigt. Damit wird eine krankheitsadäquate Versorgung dieser besonders schweren und dauerhaft bestehenden Erkrankung sichergestellt.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar.

Zur Diagnosegruppe GE

Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall wurde von 12 Behandlungseinheiten a.F. auf 18 Behandlungseinheiten erhöht. Dies trägt zu einer Vereinheitlichung von Verordnungsmengen von Maßnahmen der Physiotherapie und damit zu einer Minderung der Komplexität des Heilmittelkatalogs bei. Auch hier gilt, dass die Verordnungsmenge sich stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar.

Zur Diagnosegruppe LY

Indikation, Dauer und Frequenz der Manuellen Lymphdrainage sind vom Stadium eines Lymphödems abhängig.

Ziel der konservativen Behandlung und damit der MLD und einer ggf. erforderlichen Kompressionsbehandlung ist die Erkrankung in einen ödemfreien Zustand oder in ein niedrigeres Lymphödem Stadium zurückzuführen.

Im Heilmittelkatalog werden in der Diagnosegruppe LY-Lymphabflussstörungen daher folgerichtig die Stadien des Lymphödems aufgeführt, nach dem auch eine ICD-10.Kodierung erfolgt.

Dabei folgt die Stadien- Einteilung dem aktuellen Konsens der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Lymphödeme“ AWMF Reg.-Nr. 058-001 Mai 2017).

Der Hinweis im Stadium I „Hochlagern reduziert die Schwellung“ dient der Feststellung und Beschreibung dieses Stadiums und bedeutet somit nicht, dass eine Verordnung von MLD hier nicht indiziert ist.

Durch die Verknüpfung der Manuellen Lymphdrainage mit dem Kompressionsbandagierung (MLD-30 + Kompressionsbandagierung etc.) wird der aktuellen Handhabung im Rahmen der Verordnung mittels Heilmittel-Verordnungssoftware Rechnung getragen. Auch bisher war von der Ärztin oder vom Arzt schon zu entscheiden, ob der Therapeut im Nachgang zur manuellen Lymphdrainage eine Kompressionsbandagierung durchführen soll.

Bei der Zusammenlegung der Diagnosegruppen LY1 a.F., LY2 a.F. und LY 3 a.F. zu LY wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 30 Behandlungseinheiten vereinheitlicht. Mit der Zusammenlegung und Vereinheitlichung wird der individuelle Leistungsanspruch der/des Versicherten nicht berührt. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls gilt als Orientierungsgröße, die von der Vorstellung ausgeht, dass damit für den Großteil der unter der jeweiligen Diagnosegruppe zusammengefassten Erkrankungen das Therapieziel erreicht werden kann. Der tatsächliche medizinische Bedarf richtet sich jedoch nach dem individuellen medizinischen Erfordernis des Einzelfalls (siehe § 7 Abs. 3 HeilM-RL). Insbesondere bei schwerwiegenderen Erkrankungen kann der Bedarf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls übersteigen. Lässt sich die Behandlung mit der im Heilmittelkatalog bestimmten Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht abschließend, besteht auch weiterhin die Möglichkeit zur Verordnung außerhalb des Regelfalls (vgl. § 8).

Darüber hinaus sind alle unter LY3 a.F. beispielhaft aufgeführten Krankheitsbilder in der Diagnosenliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Absatz 1a SGB V) berücksichtigt, so dass dadurch eine krankheitsadäquate Versorgung ebenfalls sichergestellt wird.

A-1.4.5.4 Sonstige Erkrankungen

Zu den Diagnosegruppen SO1–SO5 (insgesamt)

Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall wurde von 12 Behandlungseinheiten a.F. auf 18 Behandlungseinheiten für diese Diagnosegruppen erhöht. Dies trägt zu einer Vereinheitlichung von Verordnungsmengen von Maßnahmen der Physiotherapie und damit eine Minderung der Komplexität des Heilmittelkatalogs bei. Auch hier gilt, dass die Verordnungsmenge sich stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar.

Diagnosegruppenspezifische Änderungen:

Zur Diagnosegruppe SO1

Für diese Diagnosegruppe gilt die Begrenzung der Gesamtverordnungsmengen für Massagetherapie (§ 12 Absatz 7 HeilM-RL) nicht, da hier ausschließlich Massagetherapien in Form der Colon- oder Bindegewebsmassage als vorrangiges Heilmittel zur Anwendung kommen, die gemäß der gemeinsamen Auslegung der KBV und des GKV-Spitzenverbandes im Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Fragen Nr. 32 und 33) ([siehe Anlage](#)) nicht begrenzt waren.

Zur Diagnosegruppe SO4

Die Bezeichnung der Diagnosegruppe SO4 a.F. „periphere trophische Störungen“ wird ergänzt um den Begriff „**sekundäre**“ periphere trophische Störungen. Bei Erkrankungen des Nervensystems wird der Begriff „peripher“ ergänzt.

Der bisherige Begriff des peripheren Nervensystems ist zu unpräzise. Gemeint sind hier nur die Anteile des vegetativen Nervensystems mit peripheren Auswirkungen, ICF-Konform sympathisches und parasympathisches Nervensystem bezeichnet.

Eine direkte Wirkung auf die peripheren Blutgefäße entfaltet nur der Sympathikus. Er wirkt auf diese vasokonstriktiv und tonisierend. An den Schweißdrüsen bewirkt der Sympathikus eine vermehrte Sekretion. Bei einer Schädigung des Sympathikus, wie beispielsweise bei einer Neuropathie mit autonomer Beteiligung, kann es daher zu trophischen Störungen der betroffenen Hautgebiete kommen.

Die begriffliche Anpassung stellt keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA.

Diagnosegruppe SO5

Es erfolgte die Ergänzung des Begriffs „chronisch“ bei den benannten Diagnosen.

Wärmetherapie darf nur bei chronischer Prostatitis und Adnexitis durchgeführt werden. Akute Entzündungen stellen eine relative Kontraindikation für eine Wärmebehandlung dar, weil hierdurch der Entzündungsprozess verstärkt werden kann. Akute Entzündungen der Prostata und der Adnexen werden vorrangig antibiotisch behandelt.

A-1.4.6 Maßnahmen der Podologischen Therapie

Im Kapitel „Diabetisches Fußsyndrom“ wurden keine inhaltlichen, sondern lediglich strukturelle Änderungen umgesetzt. Dabei wurde die Leitsymptomatik unter c) so benannt, wie sie auf der Verordnung anzugeben ist. Die bisherige Darstellung war zwar inhaltsgleich, hätte als Textangabe auf der Verordnung jedoch so keinen Sinn ergeben („gleichzeitige Schädigung a und b“).

Das zu verordnende Heilmittel richtet sich nach wie vor nach der angegebenen Leitsymptomatik. So kann eine Hornhautabtragung nur bei Hyperkeratose, die Nagelbearbeitung nur bei pathologischem Nagelwachstum und die Podologische Komplexbehandlung nur bei Hyperkeratose und pathologischem Nagelwachstum verordnet werden. Die Beibehaltung dieser strikten Zuordnung dient der Fehlervermeidung.

Durch die Aufhebung der Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung ist auch keine Unterscheidung mehr hinsichtlich der Verordnungsmenge je Verordnung zu machen. Daher sind künftig bei der ersten Verordnung sechs Behandlungseinheiten verordnungsfähig. Da jedoch auch bisher keine Begrenzung der Gesamtverordnungsmenge bestand, entsteht keine Ausweitung des Leistungsumfangs.

Die Vereinheitlichung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung stellt keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO dar.

A-1.4.7 Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Regelungen zur Diagnostik wurden in § 6a zusammengefasst. Differenzierte Vorgaben die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie betreffend sind nach wie vor in § 34 der Richtlinie definiert. Daher wird künftig in der Spalte „Verordnungsmenge je Diagnose/ weitere Hinweise“ darauf verzichtet, gesonderte Vorgaben für bestimmte Testungen und Diagnostiken zu machen.

A-1.4.7.1 Störungen der Stimme

Zur Diagnosegruppe ST3

Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls wurde auf 10 Einheiten erhöht, da die einer psychisch bedingten akut einsetzenden Stimmlosigkeit zugrundeliegenden Krankheitsmechanismen mit maximal 5 Behandlungseinheiten medizinisch nicht sachgerecht behandelt werden können. Dies betrifft auch die ärztliche Beurteilung, ob weiterführende psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich sind.

A-1.4.7.2 Störungen der Sprache und des Sprechens

Diagnosegruppe SP4

Bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit liegt nicht nur eine Störung der Sprache, sondern insbesondere auch eine Störung des Sprechens vor. Deshalb wird die Bezeichnung der Diagnosegruppe SP4 um die Störung des Sprechens und die Bezeichnung des verordnungsfähigen Heilmittels um „Sprechtherapie“ ergänzt. Dies entspricht der aktuell angewandten Therapie und stellt somit keine Änderung in der Art der Erbringung des Heilmittels dar.

Diagnosegruppe SP5

Eine Aphasie kann das einzige Symptom einer zerebralen Erkrankung wie Schlaganfall oder Hirnblutung sein, sodass diese zwingende Verknüpfung mit einer neurologischen, psychischen

oder neuropsychologischen Störung medizinisch nicht korrekt ist. Daher wurde die Formulierung „in Begleitung von neurologischen, psychischen und neuropsychologischen Störungen“ gestrichen.

Die erforderlichen Testungen, deren Durchführung weiterhin erforderlich ist, werden in § 6a und § 34 der Heilmittelrichtlinie geregelt und nicht mehr unter den Hinweisen aufgeführt. Daher wurde die Formulierung „geeignete standardisierte Tests (z. B. AAT) zu Beginn und im Verlauf der Therapie erforderlich [...]“ gestrichen.

A-1.4.7.3 Störungen des Redeflusses

Leitsymptomatik RE1

Analog zum Sprachgebrauch der gültigen S3 Leitlinie „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen“ wird die für das Stottern typische Leitsymptomatik im Heilmittelkatalog aufgeführt: „Störungen des Redeflusses in Form von unfreiwilligen Wiederholungen von Lauten und Silben, Dehnungen und Blockierungen“

Diagnosegruppe RE2

In die Leitsymptomatik wurden unter „c“ die Störungen des Redeflusses „mit ausgeprägtem Störungsbewusstsein, Vermeidungsverhalten“ aufgenommen, da diese Begleitsymptome, ähnlich wie beim Stottern, zu einer Verstärkung des Polterns führen können und sich hieraus ein spezifischer Therapiebedarf ergeben kann.

A-1.4.7.4 Störungen der Stimm- und Sprechfunktion

Diagnosegruppe SF

Die unter c) beschriebene Leitsymptomatik umfasst auch Stimmveränderungen und Atemstörungen.

A-1.4.7.5 Störungen des Schluckaktes

Diagnosegruppe SC

Die bisherigen Diagnosengruppen SC1 und SC2 werden zu der neuen Diagnosegruppe SC: Krankhafte Störungen des Schluckaktes Dysphagie (Schluckstörung) zusammengeführt. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen Diagnosengruppen SC1 und SC2 werden zusammengefasst, z. T. übergeordneten Krankheitsgruppen zugeordnet (z. B. prä-, peri-, postnatale Hirnschädigungen), differenzierter aufgeführt (z. B. neurodegenerative und neuromuskuläre Erkrankungen) und ergänzt (z. B. genetisch bedingte Erkrankungen). Als vorrangiges Heilmittel ist die mit Überarbeitung der Richtlinie eigenständig ausgewiesene Schlucktherapie zu verordnen. Die Dauer der Therapieeinheiten beträgt unverändert zu den vormaligen Diagnosengruppen 30/45 oder 60 Minuten. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt für die gesamte Diagnosegruppe SC 60 Behandlungseinheiten, da diese Verordnungsmenge auch zur Therapie der aus der vormaligen Diagnosengruppe SC2 übernommenen Beispielsdiagnose Operationsfolgen medizinisch geboten sein kann. Es gilt auch hier, dass die Verordnungsmenge sich stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf. Bei funktionellen oder strukturellen Schädigungen mit einem kurzzeitigem Behandlungsbedarf sind die im Heilmittelkatalog vorgesehenen Höchstverordnungsmengen mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht regelhaft auszuschöpfen.

A-1.4.8 Maßnahmen der Ergotherapie

A-1.4.8.1 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane (SB1 bis SB3)

Die bisherigen **Diagnosegruppen SB1, SB4 und SB5** a.F. wurden in der **neuen Diagnosegruppe SB1**: Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen) zusammengeführt. Entsprechend sind die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormals drei Diagnosegruppen zusammengefasst worden. Hinsichtlich des verordnungsfähigen vorrangigen Heilmittels – motorisch-funktionelle Behandlung – erfolgt keine Änderung. Die Gesamtverordnungsmenge beträgt für diese Diagnosegruppe 20 Einheiten im Regelfall. Damit ergibt sich für die ehemalige Diagnosegruppe SB4 ein Anstieg der VO-Menge von vormals 6 auf nun 20 Einheiten.

Die Verordnungsmenge richtet sich jedoch auch weiterhin stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.

Bisher war es außerdem für den verordnenden Arzt/ verordnende Ärztin möglich, von der Diagnosegruppe SB4 a.F. auf SB5 a.F. zu wechseln, sofern das Therapieziel nicht erreicht wurde. Dann stand insgesamt ebenfalls eine Gesamtverordnungsmenge von 20 Behandlungseinheiten zur Verfügung. Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA dar.

Die bisherigen **Diagnosegruppen SB2, SB3 und SB6** a.F. werden zu der **neuen Diagnosegruppe SB2**: Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen und sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen) zusammengefasst. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormals drei Diagnosegruppen wurden zusammengeführt. Durch diese Zusammenlegung wird die Sympathische Reflexdystrophie Stadium II und III bei den Beispieldiagnosen aufgeführt und stellt keine eigene Diagnosegruppe (vormals SB6) mehr dar. Es ergibt daraus keine Erweiterung für diese Indikation, durch die konkrete Benennung der in Frage kommenden Schweregrade. Im Stadium I steht eine Entlastung durch Ruhigstellung in Funktionsstellung und Hochlagerung sowie medikamentöse Therapie im Vordergrund, ergotherapeutische Maßnahmen sind hier noch nicht angezeigt. Als vorrangige Heilmittel stehen wie vormals auch bei SB2, SB3 und SB6 motorisch-funktionelle und sensomotorische-perzeptive Behandlungen zur Verfügung. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt 30 Behandlungseinheiten.

Damit ergibt sich für die ehemalige Diagnosegruppe SB2 a.F. ein Anstieg der VO-Menge von 20 auf 30 Einheiten. Auch hier gilt, dass sich die Verordnungsmenge stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA dar.

Die **Diagnosegruppe SB7** a.F. wird durch die Zusammenlegung der o.g. Gruppen zu **Diagnosegruppe SB3**: System- und Autoimmunerkrankungen mit Bindegewebe-, Muskel- und Gefäßbeteiligung (mit motorisch-funktionellen Schädigungen und sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen). Die Bezeichnung der Diagnosegruppe wurde an die beispielhaft genannten Erkrankungen fachlich angepasst.

A-1.4.8.2 Erkrankungen des Nervensystems (EN1 bis EN3)

Die **bisherigen Diagnosegruppen EN1 und EN2** werden zu der **neuen Diagnosegruppe EN1** ZNS-Erkrankungen - Gehirn / Entwicklungsstörungen zusammengeführt. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen Diagnosengruppen EN1 und EN2 wurden zusammengefasst, z. T. übergeordneten Krankheitsgruppen zugeordnet (z. B. Trisomie 21 unter genetische Syndrome) und differenzierter aufgeführt (z. B. Fehlbildungssyndrome). Als vorrangige Heilmittel können weiterhin sensomotorisch-perzeptive, motorisch-funktionelle, Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte und psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Der Hinweis zur Verordnung von thermischen Anwendungen wurde gestrichen und ist bereits im Richtlinienentwurf a.F. in § 40 Absatz 1 formuliert. Der bisherige Hinweis unter EN2 a.F., wonach eine störungsbildabhängige Zwischendiagnostik nach 20 Behandlungen erforderlich war, wurde gestrichen. Regelungen zur ärztlichen Diagnostik sind übergreifend in § 6a gefasst. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert für ZNS-Erkrankungen und Entwicklungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 60 Behandlungseinheiten, für ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres 40 Behandlungseinheiten, sowie für Entwicklungsstörungen mit Auswirkungen über das 18. Lebensjahr hinaus ebenfalls 40 Behandlungseinheiten.

Dass thermische Anwendungen auf motorisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Behandlungen begrenzt sind, gilt weiterhin, wird jedoch nicht mehr im Katalog, sondern in der Richtlinie (§ 40) aufgeführt.

Die **bisherige Diagnosegruppe EN3** wird zu der **neuen Diagnosegruppe EN2** ZNS-Erkrankungen – Rückenmark/ Neuromuskuläre Erkrankungen. Die in der vormaligen Diagnosengruppen EN3 aufgeführten Beispieldiagnosen wurden übernommen und um einige Beispieldiagnosen (z. B. spinale Muskelatrophie) sowie die explizite Nennung der Fehlbildungssyndrome ergänzt. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin sensomotorisch-perzeptive, motorisch-funktionelle und psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten. Unverändert bleiben die Muskelatrophien der Diagnosegruppe EN2 zugeordnet. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Neuromuskuläre Erkrankung“ differenzierter dargestellt.

Aus der **bisherigen Diagnosegruppe EN4** wird die **neue Diagnosegruppe EN3** Periphere Nervenläsionen / Muskelerkrankungen. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Muskelerkrankungen“ differenzierter dargestellt und die Beispieldiagnosen um rein muskuläre Krankheitsgruppen (z. B. entzündliche Muskelerkrankungen) ergänzt. Diese Diagnosen fanden vorher keine explizite Erwähnung, wurden aber von der Leit-symptomatik der vormaligen Diagnosengruppe EN4 umfasst. Die begriffliche Anpassung stellt somit keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar, sondern dient lediglich der Klarstellung. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin sensomotorisch-perzeptive und motorisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 20 Behandlungseinheiten.

A-1.4.8.3 Psychische Störungen (PS1 bis PS3)

Die **bisherige Diagnosegruppe PS1** wird zu der **neuen Diagnosegruppe PS1** Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus der vormaligen Diagnosengruppen PS1 wurden übernommen und um die Nennung weiterer Beispieldiagnosen ergänzt (z. B. ADS/ADHS). Als vorrangige Heilmittel können weiterhin psychisch-funktionelle, Hirnleistungstraining / neuropsychologisch

orientierte und sensomotorisch-perzeptive Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

Aus der **vormaligen Diagnosegruppe PS2** wird die **neue Diagnosegruppe PS2** Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus der vormaligen Diagnosegruppe PS2 wurden übernommen und um die explizite Nennung der diesem Formenkreis zuordenbaren Zwangsstörungen ergänzt. Als vorrangiges Heilmittel kann weiterhin psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

Die **bisherigen Diagnosengruppen PS3 und PS4** werden zu der **neuen Diagnosegruppe PS3** Wahnhafte und affektive Störungen / Abhängigkeitserkrankungen zusammengeführt. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen Diagnosengruppen PS3 und PS4 wurden übernommen und entsprechend gängiger psychiatrischer Nomenklaturen um die Nennung weiterer Beispielsdiagnosen (z. B. schizophrenes Residuum) ergänzt. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin psychisch-funktionelle und Hirnleistungstraining / neuropsychologisch orientierte Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

Die **bisherige Diagnosegruppe PS5** wird zu der **neuen Diagnosegruppe PS4** dementielle Syndrome. Die beispielhaft genannte Erkrankung aus der vormaligen Diagnosegruppe PS5 wurde übernommen. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte und psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

A-1.4.9 Ernährungstherapie

Im Kapitel „Ernährungstherapie“ wurden unter den Diagnosegruppe SAS und CF Leitsymptommatiken zusammengefasst.

Unter SAS wurden die Leitsymptommatiken „Störung des Fettstoffwechsels“ und „Störung des Energiestoffwechsels“ zu „Störung des Fett-/ Energiestoffwechsels“ zusammengefasst. Unter CF wurden die Leitsymptommatiken „drohende Gedeihstörung oder drohender Gewichtsverlust“ und „Gedeihstörung oder Gewichtsverlust“ zu „(drohende) Gedeihstörung oder (drohender) Gewichtsverlust“ zusammengefasst. Die Zusammenfassungen sind lediglich strukturell und stellen keine inhaltliche Änderung und insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO dar.

A-1.5 Änderungen in der Anlage 2 zur HeilM-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V

Auf der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf werden die bisherigen Diagnosegruppen durch die geänderten Diagnosegruppen gemäß HMK ersetzt und ggf. fachlich aktualisiert.

Dabei handelt es sich nicht um inhaltliche Änderungen, sondern um korrekte Zuordnungen der jeweiligen Heilmittel zu den neu benannten Diagnosegruppen und Berücksichtigung der Symptomatik. Diese Anpassungen stellen somit keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA dar.

Im Einzelnen erfolgten folgende neue Zuordnungen:

Heilmittel	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel	
	neu	alt
Physiotherapie	WS	WS1+WS2
	EX	EX1+EX2+EX3+EX4
	CS	CS
	ZN	ZN1+ZN2
	AT	AT1+AT2+AT3
	GE	GE
	LY	LY1+LY2+LY3
	SO1 bis SO5	SO1 bis SO5
Ergotherapie	SB1	SB1+SB4+SB5
	SB2	SB2+SB3+SB6
	SB3	SB7
	EN1	EN1+EN2
	EN2	EN3
	EN3	EN4
	PS1	PS1
	PS2	PS2
	PS3	PS3+PS4
	PS4	PS5
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	ST1-ST4	ST1-ST4
	SP1-SP6	SP1-SP6
	SC	SC1+SC2
	RE1+RE2	RE1+RE2

Erläuterungen der Änderungen im Einzelnen: **Erkrankungen des Nervensystems:**

- G12.0 bis G12.9: Neuuzuordnung zu ZN, AT, EN2, SB3 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu SP5, da es bei spinalen Erkrankungen keine Aphasien/Dysphasien gibt. Diese werden ausschließlich durch zerebrale Schädigungen hervorgerufen.
- G14: Neuuzuordnung zu ZN, PN, AT, EN1, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Zusätzlich Zuordnung zu EN3, da regelmäßig Symptome aufgrund der peripheren Nervenschädigungen vorkommen (z. B. Muskelatrophien)
- G20.2-: Neuuzuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen
- G24.3: Neuuzuordnung zu ZN bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.
- G61.8: Neuuzuordnung zu PN und EN3 bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei der CIPD nicht um eine Erkrankung des Rückenmarks oder eine neuromuskuläre Erkrankung handelt.
- G71.0: Neuuzuordnung zu ZN, AT, EN2, SB3 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- G80.0 bis G80.9: Neuuzuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- G82.0 bis G82.9: Neuuzuordnung zu ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppe. Fachlich gebotene Zuordnung zu EN2, da die aufgeführten Paresen sowohl durch Schädigungen des Gehirns als auch durch Schädigungen des Rückenmarks verursacht werden können.
- G93.1 bis G93.80: Neuuzuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- G95.0: Neuuzuordnung zu ZN, EN1, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q01.0 bis Q01.9: Neuuzuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei Enzephalozelen nicht um Erkrankungen des Rückenmarks handelt.
- Q03.0 bis Q03.9: Neuuzuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei einem Hydrozephalus nicht um eine Erkrankung des Rückenmarks handelt.
- Q04.0 bis Q04.9: Neuuzuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei angeborenen Erkrankungen des Gehirns nicht um Erkrankungen des Rückenmarks handelt.
- Q05.0 bis Q05.9: Neuuzuordnung zu ZN, AT, EN1, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q06.0 bis Q06.9: Neuuzuordnung zu ZN, AT, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN1, da es sich bei angeborenen Fehlbildungen des Rückenmarks nicht um eine Erkrankung des Gehirns handelt. Keine Zuordnung zu SP5, da es bei spinalen Erkrankungen keine Aphasien/Dysphasien gibt. Diese werden ausschließlich durch zerebrale Schädigungen hervorgerufen.
- T90.5: Neuuzuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.

Entzündliche Polyarthropathie, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien

- M05.0-: Neuuzuordnung zu WS, EX, AT und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.

- M 07.1-, M08.1-, M08.2-: Neuordnung zu WS, EX und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung /Änderungen der Diagnosegruppen.
- M32.1, M32.8: Neuordnung zu EX, WS, AT, SB1 und SB3 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen.
- M34.0, M34.1 und Q87.4: Neuordnung zu WS, EX, AT, SB1 und SB3 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.
- M45.0-: Neuordnung zu WS, EX und SB1 SB3 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.

Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem

- M41.0-, M41.1- : Neuordnung zu WS, EX und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.
- Reduktionsdefekte der oberen, der unteren und nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)
- Q71.0 bis Q71.9: Neuordnung zu CS, AT, PN, WS, EX, ZN, GE, LY, und SB2 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen, SO1-SO4 sind unverändert
- Q72.0 bis Q72.9, Q73.0, Q73.1, Q73.8: Neuordnung zu CS, AT, PN, WS, EX, ZN, GE, LY, und SB2 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen, SO1-SO4 sind unverändert
- Q74.3: Neuordnung zu EX und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen
- Q87.0: Neuordnung zu WS, EX, SB2, SC bedingt durch die Zusammenlegung Änderungen der Diagnosegruppen, SP3 und SF sind unverändert

Erkrankungen des Lymphsystems

- I89.01,-02,-04,-05; I97.21,-22,-82,-83,-85,-86; C00-C97; Q82.01,-02,-04,-05: Neuordnung zu LY bedingt durch Änderungen bzw. Zusammenlegung der Diagnosegruppen

Entwicklungsstörungen

- F84.0 bis F84.1 und F84.3 bis F84.8: Neuordnung zu ZN, EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- F84.2: Neuordnung zu ZN, WS, EX, AT, EN1, SB3 und SC bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q90.0 bis Q90.9: Neuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q91.0 bis Q91.7: Neuordnung zu ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q93.4: Neuordnung zu WS, EX4, ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q96.0 bis Q96.9: Neuordnung zu ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q99.2: Neuordnung zu ZN, EN1 und SB3 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.

Störungen der Atmung

- J44.00 bis J44.90: Neuordnung zu AT bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.

- P27.1 und P27.8: Neuordnung zu AT bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.

Stoffwechselstörungen

- E74.0, E75.0 und E76.0: Neuordnung zu ZN, PN, AT, WS, EX, CS und SB3 bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen, SO1, EN1, EN2, SB1 ist unverändert.

A-1.6 Inkrafttreten

Die Änderungen treten zum 1. Oktober 2020 in Kraft. Durch die grundlegende Umstrukturierung der Kommunikationsstrukturen zwischen verordnenden Ärzten und Heilmittelerbringern ist die Anpassung und Zertifizierung der Heilmittelverordnungs-Software gemäß § 73 Absatz 10 SGB V notwendig. Die Stichtagsregelung wird aufgrund der hierfür erforderlichen Vorlaufzeit vorgesehen.

A-1.7 Evaluation der Änderungen der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkatalogs

Wegen der umfänglichen Änderungen der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkatalogs überprüft der G-BA so weit möglich auf Basis von Routinedaten und Rückmeldungen aus der Versorgung zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen deren Auswirkungen. Ziel der Evaluation ist es, insbesondere die Entwicklungen der Verordnungen nach § 7 der Richtlinie vor Inkrafttreten der Änderungen und deren Entwicklung in der Zeit nach Inkrafttreten zu vergleichen. Der Umsetzungsstand und die Auswirkungen der Änderungen werden überprüft und gegebenenfalls erforderliche Änderungen vorgeschlagen

A-1.8 Bürokratiekostenermittlung

Bürokratiekostenermittlung anlässlich der Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL) und Überarbeitung des Heilmittel-Katalogs

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel VerFO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit dem vorliegenden Beschluss sind in den folgenden Stellen Entlastungen der verordnenden Ärztinnen und Ärzte und der Heilmittelerbringer von bürokratischen Aufwänden intendiert:

1. Verordnung von Heilmitteln

§ 13 Heilm-RL enthält wie bisher die Vorgabe, dass die Verordnung von Heilmitteln ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck erfolgen muss. Die Änderungen in § 13 verfolgen vor diesem Hintergrund das Ziel, das Ausfüllen des Verordnungsformulars für die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu vereinfachen.

Über die Änderungen im Verordnungsvordruck hinaus entfällt künftig im Heilmittel-Katalog die Unterscheidung nach kurz-, mittel- und langfristigem Behandlungsbedarf im Rahmen der Auswahl der Diagnosegruppen. Diese Änderung vereinfacht den Verordnungsvorgang, da nicht mehr zwischen verschiedenen verwandten Diagnosegruppen differenziert werden muss. Zudem wird auch kein Wechsel innerhalb verwandter Diagnosegruppen mehr notwendig und die Vorgaben zur Anrechnung der bisher ausgestellten Verordnungsmengen auf die Gesamtverordnungsmenge entfallen. Außerdem entfällt die Zuordnung von Heilmitteln zu einer Leitsymptomatik; sie orientiert sich künftig allein an der Auflistung aller Leitsymptomen. Darüber hinaus gibt es zukünftig auch keine Unterscheidung mehr zwischen Erst- und Folgeverordnung.

Infolge der genannten Änderungen verringern sich sowohl der Aufwand bei Ausstellung einer Verordnung als auch der Prüfaufwand der Heilmittelerbringer. Verbunden damit ist auch eine Reduzierung der Fehleranfälligkeit bei Ausstellung der Verordnung sowie damit zusammenhängend der Rückfragen von Heilmittelerbringern und Krankenkassen an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte.

2. Neustrukturierung des Verordnungsfalls und Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes

Die Neustrukturierung des Verordnungsfalls in § 7 und der damit verbundene Wegfall der Unterscheidung in Verordnung im Regelfall und Verordnung außerhalb des Regelfalls resultieren aus der Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen außerhalb des Regelfalls und der Einführung von orientierenden Behandlungsmengen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG und gehen mit einer bürokratischen Entlastung einher.

In dem neugefassten § 7 wird die Begrifflichkeit „Gesamtverordnungsmenge im Regelfall“ durch den Begriff „orientierende Behandlungsmenge“ abgelöst. Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann.

Kann das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, so ist wie bisher über eine erneute Arztkonsultation eine weiterführende Verordnung möglich. Bei Ausstellung dieser Verordnung orientiert sich die Ärztin bzw. der Arzt jedoch zukünftig auch weiterhin an der Höchstmenge je Verordnung. Die bisherige Möglichkeit ab diesem Zeitpunkt die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz für einen Zeitraum von 12 Wochen auszustellen (Verordnung außerhalb des Regelfalls) entfällt. Ausgenommen sind hier Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Verordnungsbedarf gemäß § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V oder mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8 HeilM-RL (neu). Bei diesen Patientinnen und Patienten können die notwendigen Heilmittel je Verordnung mit Verordnungsbeginn für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Diese Neustrukturierung der Verordnungssystematik hat zur Folge, dass zukünftig zwar auch Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Verordnungsbedarf gemäß § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V mit Verordnungsbeginn die notwendigen Heilmittel für einen Zeitraum von 12 Wochen verordnet bekommen, so dass sich für diese Gruppe die Anzahl der Verordnungs-ausstellungen vermindert.

Für Patientinnen und Patienten, die jedoch keinen besonderen Verordnungsbedarf gemäß § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V oder einen langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8 HeilM-RL (neu) haben, bedeutet die neue Versorgungssystematik jedoch, dass sie – soweit sie einen Behand-

lungsbedarf haben, der über die orientierende Behandlungsmenge hinausgeht – fortan häufiger die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt kontaktieren werden, da die Verordnungen sich weiterhin an der Höchstmenge je Verordnung orientieren müssen und nicht mehr für einen Zeitraum von 12 Wochen ausgestellt werden können.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich im Falle des besonderen Verordnungsbedarfs gemäß § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V die Bürokratiekostenlast seitens der Ärztinnen und Ärzte reduzieren und bei einem Behandlungsbedarf der über die orientierende Behandlungsmenge ohne besonderen Verordnungsbedarf gemäß § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V oder einen langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8 HeilM-RL (neu) steigen werden. In der Folge ist davon auszugehen, dass sich die Bürokratiekosten diesbezüglich angleichen werden.

Durch die Streichung des bisherigen § 8 „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ und dem damit einhergehenden Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls reduziert sich zukünftig der bürokratische Aufwand der Leistungserbringer.

Ärztinnen und Ärzte sind bislang verpflichtet eine Verordnung außerhalb des Regelfalls medizinisch zu begründen. Die Verpflichtung eine medizinische Begründung auf dem vereinbarten Vordruck anzugeben entfällt zukünftig. Bei Überschreitung der orientierenden Behandlungsmenge ist die Ärztin / der Arzt nach § 7 Abs. 4 verpflichtet die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation zu übernehmen.

Zukünftig kann innerhalb eines Verordnungsfalles in folgende Verordnungen unterschieden werden:

1. Verordnung innerhalb der orientierenden Behandlungsmenge
2. Verordnung oberhalb der orientierenden Behandlungsmenge.

Für die Ex-ante Abschätzung der Bürokratiekosten werden neben dem Wegfall des Genehmigungsvorbehalts für Verordnungen außerhalb des Regelfalls, die Unterscheidung in Verordnung im Regelfall und Verordnung außerhalb des Regelfalls und die Dokumentation der medizinischen Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls auf dem Vordruck auch die weiteren Vereinfachungen (siehe 4.) einbezogen, die den Aufwand für das Ausstellen einer Verordnung reduzieren. Der zukünftige zeitliche Aufwand, der mit der Verordnung von Heilmitteln einhergeht, lässt sich für die beiden Verordnungsmöglichkeiten wie folgt darstellen:

Tabelle 1: Künftiger Zeitaufwand - Verordnung innerhalb der orientierenden Behandlungsmenge

Standardaktivität	Zeitwert	Qualifikationsniveau
Beschaffung von Daten	1	einfach
Formulare ausfüllen	2	hoch
Kopieren, Archivieren, Verteilen	1	einfach

Tabelle 2: Künftiger Zeitaufwand - Verordnung oberhalb der orientierenden Behandlungsmenge

Standardaktivität	Zeitwert	Qualifikationsniveau
Beschaffung von Daten	1	einfach
Formulare ausfüllen	2,5	hoch
Kopieren, Archivieren, Verteilen	1	einfach

Geht man davon aus, dass die bisherigen Bürokratiekosten für die beiden Verordnungsformen innerhalb und außerhalb des Regelfalls zusammen etwa 104.180.511 Euro betragen und mit Neustrukturierung des Verordnungsfalls Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 86.798.203 Euro entstehen, so werden die Ärztinnen und Ärzte mit Vereinfachung des Verordnungsvorgangs um jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 17.382.308 Euro entlastet werden.

Neben der Ärzteschaft entlastet der Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes insbesondere die Therapeutinnen und Therapeuten. Bislang mussten sie bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls prüfen, ob ein Genehmigungsvorbehalt der jeweiligen Krankenkasse besteht. Im TSVG wurde verankert, dass Verordnungen, die über die geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, keiner Genehmigung durch die Krankenkasse bedürfen. Diese gesetzliche Änderung wurde in der Richtlinie umgesetzt und damit entfällt der hohe bürokratische Aufwand, der in der Vergangenheit mit den durchgeführten Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls verbunden war. Eine Abschätzung der diesbezüglichen Bürokratiekosten ist nicht möglich, da insbesondere der zeitliche Aufwand der Heilmittelerbringer schwer einschätzbar ist. Überdies wurde nur noch von wenigen Krankenkassen ein Genehmigungsverfahren durchgeführt.

3. Einführung der Blankoverordnung

Gemäß § 13a kann die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt durch das Ausstellen einer Blankoverordnung bei bestimmten Indikationen auf die Auswahl des Heilmittels, Dauer der Therapie und Frequenz der Behandlungseinheiten verzichten und diese Entscheidungen an die Therapeutin oder den Therapeuten delegieren. Das bedeutet, dass Diagnose- und Indikationsstellung für eine Heilmittelverordnung weiterhin durch die Ärztin bzw. den Arzt erfolgt, die Heilmittelerbringer entscheiden bei ausgewählten Indikationen über Art, Kombination und Intensität des jeweils angewandten Heilmittels. Es ist davon auszugehen, dass die Einführung der Blankoverordnung die verordnenden Ärztinnen und Ärzte zeitlich entlastet werden. Den Therapeuten und Therapeutinnen entsteht künftig ein Mehraufwand, da sie auf Basis ärztlich festgestellter Diagnosen und Indikationen den Therapieplan erstellen und die Auswahl des Heilmittels, die Behandlungsfrequenz und Behandlungsdauer selbstständig bestimmen.

4. Weitere Vereinfachungen

Der Beschluss enthält zudem weitere Neuregelungen, mit dem Ziel die Verordnung von Heilmitteln und die Handhabung des Heilmittelkatalogs sowohl für die Ärzte als auch die Heilmittelerbringer zu vereinfachen.

- a) Mit Ablösung des behandlungsfreien Intervalls durch den Verordnungsfall gemäß § 7 Abs. 1 muss die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt künftig vor der erneuten Verordnung von Heilmitteln nicht mehr das Datum der letzten Behandlung beim Therapeuten in Erfahrung bringen. Maßgeblich ist das Datum der letzten Verordnung. Dieses liegt der Ärztin oder dem Arzt bereits vor. So ist künftig der Aufwand für die Ermittlung des letzten Behandlungsdatums entbehrlich.
- b) Um die bisherigen alltäglichen Schwierigkeiten der Therapeutinnen und Therapeuten bei unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllten Verordnungen aufzugreifen, wird die Anlage 3 neu eingeführt. Diese Übersicht wird zukünftig Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie und soll die Änderungs- und Korrekturmöglichkeiten einheitlich regeln und möchte Klarheit schaffen, in welchen Fällen eine Änderung auf der Verordnung, wann eine erneute Arztunter-

schrift mit Datumsangabe erforderlich bzw. in welchen Fällen ein Einvernehmen ausreichend ist und in welcher Form und an welcher Stelle der Verordnung Änderungen bzw. Rücksprachen dokumentiert werden.

- c) Mit der Änderung in § 15 Abs. 1, wonach künftig der Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Kalendertagen (bislang: 14 Kalendertage) nach Verordnung beginnen soll, verringert sich die Zahl derjenigen Fälle, in denen aufgrund Nicht-Einhaltung dieser Frist das Ausstellen neuer Verordnungen oder Rückfragen der Therapeutinnen und Therapeuten an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte erforderlich werden.
- d) Für die Heilmittelverordnung wird im Heilmittelkatalog klargestellt, dass die Angabe zur Behandlungsfrequenz auch als Frequenzspanne erfolgen kann. Änderungen der Behandlungsfrequenz bedürfen damit keiner Abstimmung zwischen Therapeuten und verordnender Ärztin bzw. verordnendem Arzt.
- e) Durch die Streichung der Unterscheidung zwischen vorrangigen und optionalen Heilmitteln soll die Komplexität des Heilmittelkatalogs reduziert und die Handhabung erleichtert werden.

Es wird davon ausgegangen, dass die vorgesehenen Vereinfachungsmaßnahmen zu einer Verringerung der Fehleranfälligkeit und zu einer Reduktion von Rückfragen zu konkreten Verordnungen führen. Damit stellen diese für alle am Verfahren beteiligten Akteure – Leistungserbringer und Krankenkassen – eine deutliche Entlastung dar.

A-1.9 Anlage zu den Tragenden Gründen vom 19.09.2019

Fragen-/Antwortenkatalog zur Heilmittel-Richtlinie

Konsentierter Fragen-/Antwortenkatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
Richtlinientext	
1) Wie ist hinsichtlich der Klassifizierung der Verordnungen ab dem 1. Juli 2004 bei bestehenden Heilmittelversorgungen zu verfahren?	Bestehende Heilmittelversorgungen werden fortgeführt, sofern die kontinuierliche Fortsetzung der Behandlung erforderlich ist. Ist die jetzt gültige Gesamtverordnungsmenge noch nicht erreicht, wird eine Folgeverordnung im Regelfall ausgestellt. Ist die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bereits erreicht, erfolgt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls. Ein neuer Regelfall ist gegeben, wenn bei bestehenden Erkrankungen nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen abgelaufen ist.
2) Können die alten Verordnungsblätter aufgebraucht werden?	Es gilt die vereinbarte Übergangslösung (Schreiben der KBV an die KVn vom 30.06.2004 und Schreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen an die Berufsverbände vom 25. Juni 2004).
3) Sind bei zwei Regelfällen, die im zeitlichen Zusammenhang entstehen, zwei separate Verordnungen auszustellen? Gilt dies sowohl bei unabhängigen Erkrankungen einer Diagnosengruppe als auch bei Erkrankungen aus unterschiedlichen Diagnosengruppen?	Ja!
4) Wie ist mit verordneten aber nicht in Anspruch genommenen Behandlungen bezogen auf die Gesamtverordnungsmenge zu verfahren? Gilt stets die vom Vertragsarzt verordnete Menge, da nur diese für den Arzt nachprüfbar ist?	Es gilt stets die vom Vertragsarzt verordnete Menge. Verordnete, aber nicht in Anspruch genommene Mengen verfallen, es sei denn, es wird nachgewiesen, dass die Verordnung nicht begonnen wurde (Rückgabe der Verordnung).

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
5) Ist die Frequenz (Anzahl je Woche) stets anzugeben?	Ja. Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist die Angabe entscheidend für die maximale Verordnungsmenge. Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von zwölf Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.
6) Es werden bei einer Erstverordnung (z. B. WS 1 a mit bis zu sechs Einheiten) nur 4 Einheiten verordnet. Können die restlichen 2 Verordnungen bis zum Erreichen der Gesamtverordnungsmenge später im Rahmen des Regelfalles noch nachgeholt werden?	Ja.
7) Muss vor einer Verordnung außerhalb des Regelfalls stets das Verfahren über Erst- und Folgeverordnung(en) durchlaufen werden?	Ja. Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls kann erst ausgestellt werden, wenn die Verordnungen im Regelfall bis zur Gesamtverordnungsmenge durchlaufen wurden. Allerdings ist es möglich, eine Verordnung außerhalb des Regelfalls schon dann auszustellen, wenn aus der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls weniger als drei Einheiten verfügbar sind und die verordnete Menge die verfügbaren Behandlungseinheiten aus der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls überschreitet (z. B. Verordnungsmenge des Regelfalls 24, davon sind 22 Einheiten verbraucht; es werden mehr als die im Regelfall noch verfügbaren 2 Einheiten benötigt; in diesen Fällen kann eine Verordnung außerhalb des Regelfalls mit z. B. 6 Einheiten ausgestellt werden). Diese Regelung gilt auch für chronisch kranke Patienten.

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004 Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
8) Ist eine Begrenzung der Verordnung außerhalb des Regelfalls hinsichtlich der Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung erforderlich?	Ja. Eine Begrenzung der Anzahl ist erforderlich. Eine ausschließlich zeitliche Befristung (z. B. 3 Monate oder bis 31. Oktober 2004) ist nicht möglich. Die Anzahl ist maximal so zu bemessen, dass abhängig von der Behandlungsfrequenz spätestens nach 12 Wochen die Behandlung endet und eine ärztliche Kontrolle erfolgt.
9) Der Katalog sieht Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor. Wie häufig sind solche Verordnungen möglich?	Die Anzahl der möglichen Wiederholungsverordnungen außerhalb des Regelfalls ist nicht festgelegt. Sie richtet sich zwingend nach der medizinischen Notwendigkeit. Jede dieser Verordnungen muss begründet und der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden, sofern die Krankenkasse nicht darauf verzichtet.
10) Liegt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls auch dann vor, wenn die Diagnose und ggf. Funktionsstörung im Katalog nicht aufgeführt ist?	Der Katalog enthält sowohl Diagnosengruppen mit einer abschließenden Aufzählung von Diagnosen als auch Diagnosengruppen mit beispielhafter Aufzählung von Diagnosen. Falls eine Diagnose allerdings nicht einer Diagnosengruppe mit beispielhafter Aufzählung zugeordnet werden kann und in den abschließend geregelten Diagnosengruppen nicht aufgeführt ist, ist für diese Diagnose keine Heilmittelverordnung möglich, auch nicht außerhalb des Regelfalles. Solche Diagnosen sollten dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Überprüfung mitgeteilt werden.

3

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004 Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
11) Können Doppel-Behandlungseinheiten verordnet werden (z. B. 6 verordnete Einheiten werden als 3 Doppelseinheiten angegeben)?	Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag maximal nur einmal verordnet bzw. abgegeben werden; in seltenen medizinischen Fällen kann der Arzt auch eine Doppelbehandlung verordnen. Die vom Arzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl gilt als Höchstmenge. Soweit der Vertragsarzt die Abgabe in Form einer Doppelbehandlung wünscht, kann er im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ dies deutlich machen (z. B. KG als Doppelbehandlung). Sind im Feld „Verordnungsmenge“ 6 Einheiten angegeben, können 3 Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die im Katalog genannte diagnosebezogene „Verordnungsmenge im Regelfall“ nicht.
12) Können ergänzende Heilmittel alleine ohne ein vorrangiges oder optionales Heilmittel verordnet werden?	Ja. Allerdings nur Maßnahmen der Elektrotherapie/ -stimulation sowie Ultraschall-Wärmetherapie, sofern der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.
13) Können auf einem Verordnungsblatt bei gleicher Indikation zwei ergänzende Heilmittel verordnet werden (z. B. bei WS2 Traktionsbehandlung und Wärmetherapie)?	Nein. Gemäß der Richtlinien Punkt 24. können nur Maßnahmen der Elektrotherapie oder Ultraschall-Wärmetherapie isoliert als ergänzende Heilmittel verordnet werden, soweit der Katalog dieses ergänzende Heilmittel vorsieht. Dennoch gilt, dass maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden kann. Folglich kann die Traktionsbehandlung als ergänzendes Heilmittel in den Diagnosengruppen WS1 und WS2 nicht mit anderen ergänzenden Heilmitteln (wie der Wärmetherapie), sondern ausschließlich mit einem vorrangigem Heilmittel verordnet werden.

4

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
14) Können - bezogen auf eine Indikation - auch andere als die zugeordneten Heilmittel aus den Heilmittel-Richtlinien außerhalb des Regelfalles verordnet werden, soweit dies vom Arzt medizinisch gesondert begründet wird?	Nein. Dies ist auch nicht außerhalb des Regelfalles möglich <u>Hinweis:</u> Hinweise aus der Praxis hinsichtlich fehlender Indikationen bzw. fehlender Zuordnung von Heilmitteln bei bestimmten Indikationen können nur an den Gemeinsamen Bundesausschuss herangetragen werden; diese werden dort bei der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinien geprüft.
15) Ist bezüglich des Hausbesuchs bei jeder Verordnung zwischen Ja und Nein mit einem Kreuz in den dafür vorgesehenen Kästchen zu entscheiden?	Ja.
16) In den Heilmittel-Richtlinien ist unter Punkt II, 6.3 ausgeführt, dass die Verordnung kurortspezifischer Heilmittel nicht Gegenstand der Richtlinien ist. Wie sind kurortspezifische Heilmittel zu verordnen?	Die Verordnung kurortspezifischer Heilmittel kann nur auf der „Verordnung des Kurarztes“ erfolgen (Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V).
17) Ist bezüglich des Therapieberichts bei jeder Verordnung zwischen Ja und Nein mit einem Kreuz in den dafür vorgesehenen Kästchen zu entscheiden?	Ja!

5

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
18) Ist neben dem Indikationsschlüssel stets die Diagnose, die Leitsymptomatik und das Therapieziel anzugeben?	Neben dem Indikationsschlüssel ist die Diagnose + Leitsymptomatik immer anzugeben. „Z.n. Bandscheiben-OP“ allein reicht für eine Verordnung nicht aus. Wenn die Diagnose - z. B. Zustand nach Bandscheiben-OP mit Fußheberschwäche - die Leitsymptomatik – wie in diesem Beispiel schon enthält (hier: Fußheberparese), muss sie nicht noch einmal wiederholt werden. Das Therapieziel muss nur dann angegeben werden, wenn es nicht aus der Diagnose bzw. Leitsymptomatik/Funktionsstörung hervorgeht. Hier kann beispielsweise die Spezifizierung erfolgen: „Verbesserung der Wirbelsäulen-/Gelenkstabilität“. Eine solche Therapiezieldefinition sieht der Katalog nur indirekt vor, wenn beispielsweise die Leitsymptomatik „Muskeldysbalance-, -insuffizienz und -verkürzung“ angegeben wird.
19) Es wird z. T. von Therapeuten darauf hingewiesen, dass bei Patienten (meist Behinderte), die eine Tageseinrichtung besuchen, eine Behandlung am Abend in der Praxis des Therapeuten nicht effizient ist, da die Konzentrationsfähigkeit der Patienten vielfach nicht mehr gegeben ist. Ist in diesen Fällen ein Hausbesuch zu verordnen? Wie ist zu verfahren?	Therapeutentätigkeit außerhalb der Praxis in z.B. Betreuenden Einrichtungen, Sonderschulen etc. wird unter anderem auch als ausgelagerte Praxistätigkeit des Therapeuten gesehen und erfüllt nicht die Kriterien eines Hausbesuchs. Die Notwendigkeit eines Hausbesuches richtet sich nicht nach „Wunschvorstellungen“. Die Regelung zur Verordnung eines Hausbesuches richtet sich ausschließlich nach der Regelung in 16.2 der Richtlinien; das heißt, der Hausbesuch ist nur dann ausnahmsweise zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist. Liegen medizinische Gründe vor, kann der Arzt auch einen Hausbesuch in einer Tageseinrichtung verordnen. Dies sollte in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden. Allerdings sollten solche Gründe im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot sehr gut dokumentiert werden, da ein solches Vorgehen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Bedeutung sein könnte.

6

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
<p>20) Verordnung von Heilmitteln</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in Altenheimen – unter welchen Bedingungen (Hausbesuch)? 2. in sonderpädagogischen Einrichtungen – unter welchen Bedingungen? 3. in Sonderschulen unter der Trägerschaft beispielsweise des LVR? 4. in integrativen Kindergärten – unter welchen Bedingungen? 	<p>Die Fragen 1. – 4. unterscheiden sich vor allem durch die Tatsache, dass Menschen, die in Altenheimen leben, dort auch ihren häuslichen Lebensmittelpunkt haben. Hausbesuche sind in den jeweiligen Einrichtungen nur dann möglich, wenn medizinische Gründe für die Verordnung eines Hausbesuches vorliegen (siehe 16.2 der Heilmittel-Richtlinien).</p> <p>Generell ist darauf zu achten, dass eine Verordnung auf der Basis der Heilmittel-Richtlinien durch den Arzt - insbesondere in Altenheimen - nicht als Ersatz für die aktivierende Pflege zur allgemeinen Mobilisation erfolgen darf. Dieser Bereich fällt in den Aufgabenbereich des Pflegepersonals. Bei Altenpflegeheimbewohnern ist die aktivierende Pflege zur Mobilisation Aufgabe des Pflegepersonals und zählt zum Leistungsspektrum des Pflegeheimes; die Vergütung erfolgt über den Pflegesatz.</p>
<p>21) Der Arzt verordnet eine Gruppentherapie. Der Leistungserbringer kann keine Gruppe zusammenstellen und verlangt vom Arzt die Umwandlung der Verordnung in eine Einzeltherapie.</p>	<p>Die Regelungen in Ziffer 29.4 der Richtlinien schließen eine Änderung der Gruppen- in eine Einzeltherapie im Einzelfall nicht aus. Hierüber ist der Arzt zu informieren. Soweit der Arzt z. B. auf Grund gruppenspezifischer Effekte oder aus wirtschaftlichen Gründen eine Gruppenbehandlung für unabdingbar hält, der Leistungserbringer aber keine Gruppenbehandlung sicherstellen kann, muss die Gruppenbehandlung durch einen anderen Therapeuten, der diese anbieten kann, erfolgen. Eine generelle Weigerung des Heilmittelerbringers zur Durchführung von Gruppentherapie ist nicht möglich.</p>
<p>22) Wird bei einem Wechsel bei gleichbleibendem Krankheitsbild von einer Diagnosengruppe mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf in eine Diagnosengruppe mit länger andauernden Behandlungsbedarf (z. B. von LY1 zu LY2) ein neuer Regelfall ausgelöst?</p>	<p>Nein. Es ist eine Folgeverordnung auszustellen und die vorherigen Behandlungseinheiten gemäß Heilmittelkatalog anzurechnen (z. B. LY2: 30 Einheiten – LY1 12 Einheiten = es verbleiben im Regelfall unter LY2 noch 18 verordnungsfähige Einheiten).</p>

7

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
<p>23) Dürfen Kinder neben der Versorgung in einer Frühförderstelle mit Maßnahmen aus dem Bereich der Heilmittel-Richtlinien versorgt werden?</p>	<p>Grundsätzlich ist die Heilmittelerbringung laut Frühförderverordnung Aufgabe der Frühfördereinrichtung. Sollte diese die Heilmittelerbringung nicht leisten können, ist ausnahmsweise eine ambulante Heilmittelerbringung möglich. Dieser Ausnahmefall ist jedoch von der Frühförderstelle zu begründen.</p>
<p>24) Welche Behandlungsmengen sind auf die Gesamt-Verordnung anzurechnen?</p>	<p>Die Verordnungsmenge des vorrangigen Heilmittels ist entscheidend, soweit in Kombination verordnet wird.</p>

8

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
Physikalische Therapie	
25) Unter welcher Diagnosengruppe kann die Faszialisparese heilmitteltherapeutisch behandelt werden?	Unter der Diagnosengruppe: PN (Periphere Paresen).
26) Muss der Arzt die Wärmetherapie näher spezifizieren?	Der Arzt ist mit Ausnahme der Bestimmungen zu D1 (17. A 8) gehalten, die Art der zu erbringenden Wärmetherapie aus medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu spezifizieren. Gleiches gilt für die Kältetherapie.
27) Ist die Kompressionsbandagierung nach MLD zusätzlich zu verordnen?	Ja. Die Kompressionsbandagierung ist im individuellen Einzelfall - sofern erforderlich - auf Muster 13 zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage in der gleichen Zeile zu verordnen. Sie stellt kein eigenes Heilmittel dar. Z. B.: 6 x MLD-45 + Kompressionsbandagierung.
28) Ist die Iontophorese zu Lasten der GKV verordnungsfähig?	Iontophorese ist eine besondere Form der Elektrotherapie und fällt unter die Sonderregelung für die ostdeutschen Bundesländer, soweit dies vertraglich vereinbart ist. Auf der Verordnung ist Elektrotherapie zu verordnen.
29) Können bei Mukoviszidose Inhalation und Krankengymnastik gleichzeitig verordnet werden?	Nach den HMR (einschließlich Heilmittel-Katalog) ist diese Kombination von zwei vorrangigen Heilmitteln nicht möglich. Sie kann aber medizinisch sinnvoll sein. Daher soll bei dem Diagnoseschlüssel AT3 die Inhalation zukünftig als ergänzendes Heilmittel in die HMR aufgenommen werden. Bis zu einer Änderung der Richtlinien akzeptieren die Krankenkassen bei diesem Krankheitsbild die gleichzeitige Verordnung von Krankengymnastik und Inhalation.

9

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
30) Lässt sich die Zentrifugal-Massage in die Massagetherapie nach Punkt 17.1 der Richtlinien einordnen?	Nein. Diese Art der Massage kann nicht unter Punkt 17.1 der Richtlinien subsumiert werden. In diesem Falle wäre ein Antrag nach den Vorgaben des Punktes 33. der Richtlinien i. V. mit den BUB-Richtlinien an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Anerkennung als Heilmittel notwendig.
31) Muss bei der Verordnung von standardisierten Heilmittel-Kombinationen immer die im Katalog angegebene komplette Kombination verordnet werden?	Es ist möglich, D1 ohne nähere Angaben zu verordnen. Dann entscheidet der Therapeut, auch abhängig vom Behandlungsverlauf, über die einzusetzenden Heilmittelmaßnahmen der standardisierten Heilmittelkombination. Eine Spezifizierung durch den Arzt kann aber erfolgen, soweit dies aus medizinischen Gründen sinnvoll ist.
32) Können Massagen außerhalb des Regelfalls verordnet werden?	Ja. Wenn diese im Regelfall möglich waren, jedoch für alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls zusammen insgesamt bis zu der im Regelfall genannten Anzahl für Massagen. Soweit auch dies nicht ausreicht, ist zu prüfen, ob ggf. Rehabilitationsleistungen oder andere Maßnahmen notwendig sind.
33) Kann die standardisierte Heilmittelkombination außerhalb des Regelfalls verordnet werden?	Ja. Wenn diese im Regelfall möglich war, jedoch für alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls zusammen insgesamt bis zu der im Regelfall genannten Anzahl für diese Kombination. Soweit auch dies nicht ausreicht, ist zu prüfen, ob ggf. Rehabilitationsleistungen oder andere Maßnahmen notwendig sind.

10

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
34) Bei akutem/ subakutem radikulären Schmerz konnte nach den alten HMR neben der Traktion auch eine Wärmetherapie verordnet werden. Warum wurde diese Kombination von Heilmitteln gestrichen?	Die Indikationsbezeichnung „akuter/subakuter radikulärer Schmerz“ gibt es nach den neuen HMR nicht mehr. Ist die Durchführung einer Traktion mit Wärmetherapie in diesem Stadium erforderlich, kann dies wegen des akuten Schädigungsbildes und möglicher Gefährdungen des Patienten nur in der ärztlichen Praxis erfolgen. Bei den in den geänderten HMR genannten Indikationen wird die Traktion in der Kombination mit KG als sinnvoll und ausreichend angesehen.
35) Bei den Indikationen zu CP, wie z. B. Tetraplegie, finden sich sehr häufig Betonungen auf 2 Extremitäten (meist die Beine). Im Vordergrund der Behandlung im Erwachsenenalter steht neben der KG die Massage zwecks Erhaltung der selbständigen Fortbewegung. Warum kann nach den HMR bei ZN1 und ZN2 keine KMT verordnet werden?	Die isoliert durchgeführte KMT gilt nicht als Behandlungsstandard bei der genannten Indikation und kann hier aus diesem Grunde auch nicht verordnet werden. Die Erhaltung der Mobilität ist Kernaufgabe der KG bzw. KG-ZNS. Zum Leistungsinhalt der KG gehört beispielsweise auch die Anwendung von Massagetechniken. Wenn der Physiotherapeut also vor den aktiven Übungen eine verspannte Muskulatur lockern will, ist dies in der Leistung KG enthalten.
36) Warum lassen die HMR in der Diagnosengruppe ZN2 keine Verordnung von Elektrotherapie zu?	Die Elektrotherapie gehört bei ZN2 derzeit nicht zum Behandlungsstandard. Unterlagen, vor allem aussagefähige Studien über neuere Erkenntnisse sollten dem G-BA zur Prüfung zugeleitet werden.
37) a. Ist die Indikation „Lipoedem“ nach den HMR behandelbar? Wenn ja, unter welcher Diagnosengruppe könnte es eingeordnet werden (denn es handelt sich nicht um eine Lymphabflussstörung)?	Das Lipoedem wird synonym auch Lipolymphoedem genannt; demnach ist eine Einordnung unter LY1 oder LY2 möglich und könnte mit einer MLD behandelt werden.

11

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
37) b. Im Richtlinien-Text zu MLD-45 und MLD-60 ist die Mitbehandlung des Kopfes nicht erwähnt. Nach welchen Vorgaben ist hier für die Mitbehandlung des Kopfes zu verfahren?	Bei einer ausschließlichen Behandlung des Kopfes besteht die Möglichkeit, MLD-30 zu verordnen. Sind Bereiche des Halses oder auch des Gesichtes neben beispielsweise dem Hauptbereich beider Arme in die MLD einzubeziehen (z. B. nach OP eines Mammakarzinoms), so ist dies – wie bisher auch in der Praxis geschehen – im Rahmen der MLD-45 und MLD-60 möglich.
38) Wie kann der Begriff „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ konkretisiert werden?	Das „chronifizierte Schmerzsyndrom“ definiert den chronischen und/oder chronisch-rezidivierenden Schmerz selbst als eigenständige Krankheit.
39) Wenn im Katalog der Begriff „Massagetechniken“ verwendet wird, sind damit sämtliche Massageformen (KMT, UWM, SM, PM und BGM) gemeint?	Ja. In Bezug auf die Begrenzung „davon für Massagetechniken bis zu 10 Einheiten“, sind alle Techniken gemeint, die in der jeweiligen Diagnosengruppe aufgeführt sind.
40) In der Diagnosegruppe EX2 werden für die Behandlung der Leitsymptomatik unter b keine Wärme-/Kältetherapien als ergänzende Heilmittel genannt. Diese gehören jedoch auch hier zum Behandlungsstandard.	Der Katalog trennt explizit Muskeldysbalance, -insuffizienz, -verkürzung (EX2b) von der (schmerzhaften) Muskelspannungsstörung (EX2c). Sofern im Zentrum der Leitsymptomatik die (schmerzhaft) Verkürzung von Muskelstrukturen behandelt werden soll, sollte auf die Leitsymptomatik unter EX2c ausgewichen werden.
41) Mit welchem Alter endet das unter EX4 genannte Kindesalter?	Diese Frage ist weder in den Richtlinien noch im Katalog abschließend geklärt. Damit ist aber auch eine flexible Anwendung der Diagnosengruppe EX4 gewährleistet.

12

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
<p>42) Unter welche Diagnosengruppe sind Muskelerkrankungen einzuordnen? Mit welchen HMR-Vorgaben könnte beispielsweise ein Behandlungsbedarf der Rumpfmuskulatur erfolgen?</p>	<p>Muskelerkrankungen (z.B. primäre und sekundäre Muskeldystrophien) sind im Heilmittel-Katalog nicht explizit als Diagnosenbeispiele berücksichtigt, sie können aber unter Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und/oder Bindegewebsbeteiligung subsumiert werden.</p> <p>Erkrankungen mit Muskelbeteiligungen (z. B. Muskeldystrophien) können je nach Lokalisation und Behandlungsbedürftigkeit den Diagnosengruppen WS2 oder EX2 bzw. EX3 zugeordnet werden.</p> <p>Bei Muskelerkrankungen bzw. neuromuskulären Erkrankungen mit Beteiligung des ZNS und/oder des Rückenmarks und der Notwendigkeit, auch gezielt neurophysiologische Techniken, wie PNF, anwenden zu müssen, können Heilmittelverordnungen auch über die Diagnosengruppen ZN1 oder ZN2 erfolgen. Dies gilt dann, wenn die dort erwähnten Leitsymptomatiken vorliegen und einer gezielten Behandlung bedürfen.</p>
<p>43) Wie ist die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall zu ermitteln, wenn die Kombination von KMT und Elektrotherapie nach den im Regelfall max. möglichen 10 KMT-Behandlungen mit Elektrotherapie werden soll?</p>	<p>Die Elektrotherapie kann unter Berücksichtigung der vorherigen KMT-Behandlungen bis zur Gesamtverordnungsmenge fortgesetzt werden (Beispiel: Gesamtverordnungsmenge 18, Erstverordnung 6x KMT und Elektrotherapie, 1. Folgeverordnung 4x KMT und 6x Elektrotherapie, danach könnten noch bis zu 6 Einheiten Elektrotherapie im Regelfall verordnet werden).</p>

13

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
<p>Podologische Therapie</p>	
<p>44) Erfolgen alle Folgeverordnungen über Podologische Therapie innerhalb des Regelfalls?</p>	<p>Ja, da keine Gesamtverordnungsmenge festgelegt ist, erfolgen alle Verordnungen zur kontinuierlichen Behandlung als Folgeverordnungen im Regelfall .</p> <p>Bei einer Therapiepause von 12 Wochen wird ein neuer Regelfall mit einer Erstverordnung ausgelöst.</p>
<p>45) Darf der Podologe einen Fuß mit Schädigungen, klassifiziert nach Wagner-Stadium 1 bis Wagner-Stadium 5, behandeln?</p>	<p>Ja, wenn sich eine geschlossene Fehlbeschwielung (Wagner-Stadium 0) an einem anderen Ort am gleichen Fuß befindet und der Behandlung mit podologischen Maßnahmen bedarf. Die Stellen mit Wagner-Stadium 1 bis 5 dürfen nicht durch den Podologen behandelt werden.</p>

14

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
--------	-----------

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

46) Muss der Arzt bei der Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie die notwendige weiterführende Diagnostik auch auf dem Verordnungsblatt 14 dokumentieren und wenn ja – wo?	Die nicht gesondert abgebildete Diagnostik muss unter „ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z. B. psychointellektueller Befund)“ auf den Verordnungsvordrucken oder in einer beigefügten Anlage angegeben werden.
47) Ist eine separat zu verordnende, ergänzende, sprachtherapeutische Befundung durch den Sprachtherapeuten gewünscht?	Nein. Die stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Befunderhebung ist integraler Bestandteil der Heilmittelerbringung.
48) Im Katalog ist die weiterführende Diagnostik nach einer festgelegten Anzahl von Einheiten vorgesehen. <ul style="list-style-type: none"> • Können Folgeverordnungen nur nach erfolgter weiterführender Diagnostik ausgestellt werden? • Müssen alle aufgezeigten diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden? • Wo kann diese Diagnostik vorgenommen werden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja. • Nein. Der Arzt entscheidet abhängig vom Störungsbild, welche Diagnostik durchzuführen ist. • Die Diagnostik kann nur von dem Arzt vorgenommen werden, der aufgrund seiner Aus- bzw. Weiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer berechtigt und in der Lage ist, diese durchzuführen.

15

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
--------	-----------

49) Welche Diagnostik ist gemeint mit neuropsychologischer Diagnostik bzw. mit entsprechenden Tests?	<p>Die neuropsychologischen Untersuchungen können sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen sinnvoll sein. Hierbei kommen, abhängig vom Störungsbild und der konkreten Fragestellung, unterschiedliche Tests zur Anwendung.</p> <p>Bei Kindern wird diese Diagnostik z.B. von Neuropädiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern, Sozialpädiatrischen Zentren (z.B. durch angestellte Klinische Psychologen) und Phoniater und Pädaudiologen (auch in entsprechenden Zentren) durchgeführt. Das Test-Instrumentarium umfasst dabei ein breites Spektrum, wie z.B. Intelligenz, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Kognition und auch diverse Teilleistungen.</p> <p>Bei Erwachsenen stehen für diese spezifische Diagnostik Neurologen, Psychiater, Psychologe, Nervenärzte, Phoniater und entsprechende Einrichtungen zur Verfügung. Diese spezifische Diagnostik wird oftmals bei entsprechender Indikation bereits im Rahmen der neurologischen Reha durchgeführt.</p>
--	---

16

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
--------	-----------

Ergotherapie

<p>50) Wie wird die ggf. erforderliche ergotherapeutische Schiene verordnet?</p>	<p>Die Verordnung erfolgt, da der Ergotherapeut diese abgibt, auf der Heilmittelverordnung Muster 18. Da die ergotherapeutische Schiene kein Heilmittel darstellt, erfolgt die Angabe der Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Schiene unter "ggf. neurologische/psychiatrische orthopädische Besonderheiten". Damit wird sichergestellt, dass im Abrechnungsverfahren der Heilmittelerbringer kein anderer Vordruck zur Abrechnung kommt. Durch die feststehende Abrechnungspositionsnummer für die ergotherapeutische Schiene ist sichergestellt, dass diese Leistungen bei der arztbezogenen Erfassung nicht zu Lasten des Arztes als Heilmittel berücksichtigt werden.</p>
<p>51) Bei einigen Erkrankungen ist innerhalb einer Diagnosengruppe die Verordnung verschiedener vorrangiger ergotherapeutischer Behandlungen nebeneinander sinnvoll. Ist dies möglich?</p>	<p>Soweit in Einzelfällen notwendig, kann abweichend von Abschnitt 24 der HMR in der Ergotherapie die Verordnungsmenge je Verordnungsblatt bzw. die Gesamtverordnungsmenge bezogen auf eine Erkrankung einer Diagnosengruppe auch auf zwei vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden. Dabei darf insgesamt die maximale Verordnungsmenge je Verordnungsblatt und die Gesamtverordnungsmenge insgesamt nicht überschritten werden. Daneben kann ein ergänzendes Heilmittel zusätzlich verordnet werden. In diesen Fällen erfolgt die Verordnung der vorrangigen Ergotherapiemaßnahmen in einer Zeile. Die Verordnungsmenge ist in diesen Fällen jeweils unmittelbar vor das vorrangige Heilmittel zu schreiben. (z. B.: 6x ergoth. Einzelbehandlung bei mot. Störungen und 4x Hirnleistungstraining.)</p>

A-2 Tragende Gründe zum Änderungsbeschluss vom 22.11.2019

A-2.1 Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). 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 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nummer 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Der G-BA soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, die eine Anpassung seiner Richtlinien erfordern (siehe 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

A-2.2 Eckpunkte der Entscheidung

A-2.2.1 Hintergrund

Aus den Stellungnahmen zum Beratungsverfahren „Änderung der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs“ wurde die Zweckmäßigkeit der Aufnahme einer Anlage 3 zur HeilM-RL - Anforderungen zur Änderungen von Heilmittelverordnungen - abgeleitet. Aufgrund weitergehenden Beratungsbedarfs konnten der Entwurf der Anlage 3 und die Regelungen im Richtlinien text, welche die Anlage 3 betreffen, nicht Gegenstand der Beschlussfassung im Plenum am 19. September 2019 werden. Durch den gegenständlichen Änderungsbeschluss sollen die Regelungen zur Anlage 3 in die Beschlussfassung über die „Änderung der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs“ ergänzt werden. Darüber hinaus erfolgt aufgrund von Hinweisen aus der Versorgung unter Berücksichtigung der Stellungnahme des SHV eine Ergänzung in § 18 Absatz 2 Nummer 7 sowie im Heilmittelkatalog für den Indikationsbereich Lymphabflussstörungen: Zukünftig ist Manuelle Lymphdrainage bei einem Lipödem mit oder ohne Lymphödem verordnungsfähig.

A-2.2.2 Zu § 12 Absatz 8 (siehe Nummer 1)

Es handelt sich um eine Klarstellung in Bezug auf die Regelung in § 42 Absatz 2 Satz 6.

A-2.2.3 Zu § 13 (Siehe Nummer 2)

In § 13 erfolgt ein Verweis auf eine neue Anlage 3: Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen.

A-2.2.4 Zu § 16 (siehe Nummer 3)

§ 16 Absatz 2 stellt die Verbindung zu einer neuen Anlage 3 her.

A-2.2.5 Zu § 18 Absatz 2 Nummer 7 sowie Änderung des Heilmittelkatalogs (siehe Nummer 4 bis 8)

Die Verordnungsfähigkeit von Manueller Lymphdrainage bei Lipödem (ICD-10-GM 2020: E88.20-E88.22) ist bisher nur für Patientinnen und Patienten gegeben, bei denen zusätzlich ein Lymphödem diagnostiziert wird. Die S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Lipödems (AWMF-Registernummer 037-012) empfiehlt jedoch in Übereinstimmung mit dem etablierten konservativen Primärtherapiestandard Manuelle Lymphdrainage und Kompressionstherapie

als Bestandteil der kombinierten physikalischen Entstauungstherapie (KPE) bereits bei einem Lipödem ohne Vorliegen eines manifesten Lymphödems. Der Abfluss ist hier nach dem zugrundeliegenden pathophysiologischen Verständnis nicht wie beim Lymphödem gehemmt, sondern vielmehr angesichts eines mit dem Lipödem einhergehenden erhöhten Flüssigkeitsanfalls zunächst in pathologischer Weise gesteigert. Der Zustand des gesteigerten Lymphtransports führt im weiteren Verlauf zu einer Gefäßschädigung, welche die Entwicklung eines begleitenden Lymphödems zur Folge hat. Neben der funktionellen Unterstützung und damit einer Protektion des lymphatischen Systems vor einer absehbaren bzw. drohenden manifestierten Schädigung führt der Einsatz von Manueller Lymphdrainage und Kompressionsbehandlung beim Lipödem insbesondere auch zu einer wesentlichen Verbesserung des Schmerzzustandes der Patientinnen und damit zu einer Verbesserung der Leitsymptomatik des Lipödems. Im Ergebnis liegt danach beim Lipödem auch ohne manifestiertes Lymphödem eine spezifische, bislang nicht berücksichtigte Form der in der HeilM-RL bereits geregelten Lymphabflussstörung vor. Als Ziele des in der Regel dauerhaft erforderlichen Einsatzes der MLD als Bestandteil der KPE bei Lipödem werden die Unterstützung des lymphatischen Systems, die Verbesserung der stadienunabhängig im Krankheitsbild vorherrschenden Schmerzsymptomatik sowie der krankheitsbedingt erhöhten Hämatomneigung angegeben. Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lymphödems – was nicht in allen Fällen gegeben ist – unterstützt die MLD zugleich den gehemmten Abtransport von im Gewebe befindlichen Flüssigkeitsansammlungen über die Lymphbahnen.

Mit der auch in der Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelerbringer vom 27. September 2018 geforderten Aufnahme des Lipödems mit oder ohne Lymphödem sind aus den genannten Gründen keine wesentlichen Änderungen oder Erweiterungen der jeweiligen Indikationsbereiche der verordnungsfähigen Heilmittel oder der Art der Erbringung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA verbunden.

A-2.2.6 Aufnahme Anlage 3 (siehe Nummer 9)

Aufgrund von Hinweisen der Stellungnehmer zu vereinzelt Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Prüfpflicht der Therapeutinnen und Therapeuten bei unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllten Verordnungen werden die Änderungs- und Korrekturmöglichkeiten nunmehr in einer einheitlichen Übersicht, die Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie ist, dargestellt. Dies soll zu gleichgerichteten Informationen der Beteiligten beitragen und den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte sowie der Therapeutinnen und Therapeuten vereinfachen.

In der Übersicht ist zusammengefasst, in welchen Fällen von unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf der Verordnung eine Änderung notwendig ist und welche Änderungen eine erneute Arztunterschrift mit Datumsangabe erfordern bzw. in welchen Fällen ein Einvernehmen mit der – oder eine Information an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt ausreichend ist. Ferner wird einheitlich dargestellt, in welcher Form und an welcher Stelle der Verordnung Änderungen erfolgen bzw. Rücksprachen dokumentiert werden sollen.

zu Anlage 3 Buchstabe a. Personalienfeld:

Bei maschinell ausgestellten Verordnungen enthält das Personalienfeld insbesondere die Angaben der elektronischen Gesundheitskarte. Diese sind von der Therapeutin oder vom Therapeuten insbesondere dahingehend zu prüfen, ob es sich bei dem zu behandelnden Patienten um den auf der Verordnung genannten Versicherten handelt und ob die vorzusehenden Angaben vollständig sind. Ein Abgleich, ob die Daten der eGK, bspw. der Versichertenanschrift, noch aktuell sind, ist nicht erforderlich.

zu Anlage 3 Buchstabe l. Leitsymptomatik:

Seitens der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist ausschließlich eine formale Kontrolle der Verordnung auf Vollständigkeit notwendig. Eine inhaltliche Prüfung der Leitsymptomatik einschließlich Freitext ist nicht erforderlich. Beispielsweise ist die Vergleichbarkeit der im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen a), b) oder c) nicht durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu prüfen.

zu Anlage 3 Buchstabe e: (Bei Änderung der Verordnung bei Nichterfüllung der Dringlichkeitsvorschrift):

Kann eine Verordnung mit der Angabe "dringlicher Behandlungsbeginn" nicht innerhalb von 14 Tagen begonnen werden, ist eine Änderung mit erneuter Arztunterschrift notwendig. Dies entspricht der bisherigen Verfahrensweise der Heilmittel-Richtlinie.

Mit der Änderung in § 15 Absatz 2 wird der Beginn der Behandlung für solche Fälle, in denen eine Behandlung nicht unverzüglich erfolgen muss, auf 28 Tage erweitert und damit eine deutliche Entbürokratisierung erreicht. In den Fällen, in denen ärztlicherseits ein dringender Behandlungsbedarf gesehen wird, muss die Behandlung auch weiterhin in 14 Tagen begonnen werden. Mit dieser - bisher regelhaft geltenden - Frist werden sowohl die Belange der Patientinnen und Patienten, kurzfristig einen Termin zu erhalten, als auch die Terminsituation der Heilmittelpraxen, angemessen berücksichtigt.

Um das Ziel einer kurzfristigen Terminvergabe nicht zu gefährden, ist es sinnvoll, eine Abweichung von der ärztlichen Dringlichkeitsvorgabe durch eine erneute Arztunterschrift bestätigen zu lassen. Anderenfalls wäre das Anliegen der Patientinnen und Patienten, vorrangig bei der dringlichen Terminvergabe berücksichtigt zu werden, von vornherein geschwächt und sich die Terminvergabe einseitig an den Bedürfnissen der Therapeuten orientieren. Ferner würden die Möglichkeiten, ggf. freie Kapazitäten anderer Praxen zu nutzen, unterbunden, da die Dringlichkeit ohne weitere formale Anforderungen mit einem Anruf beim Arzt aufgehoben werden kann, was auch hinsichtlich der Nachweisbarkeit problematisch sein kann.

zu Anlage 3 Buchstabe m: (spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde)

Die Angabe von Befunden ist fakultativ. Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt kann hier zusätzliche Angaben zu den wesentlichen Befunden, zu Vor- und Begleiterkrankungen machen oder ergänzende Hinweise an den Therapeuten übermitteln. Änderungen sind daher von Seiten der Therapeutin oder des Therapeuten an dieser Stelle nicht erforderlich.

A-2.3 Regelung zum Inkrafttreten (siehe Ziffer II.)

Der bisherige Beschluss zur Änderung der Heilm-RL vom 19. September 2019 sah ein Inkrafttreten der Änderungen zum 1. Oktober 2020 vor. Da die Aufnahme des Lipödems mit oder ohne Lymphödem einen neuen Leistungsanspruch im Bereich der physikalischen Therapie darstellt, soll diese Regelung jedoch so frühzeitig wie möglich in Kraft treten.

A-2.4 Bürokratiekostenermittlung

Die Bürokratiekosten zur Anlage 3 wurden im Rahmen der Beschlussfassung über die „Änderung der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs“ am 19.09.2019 ermittelt. Für die Verordnungsfähigkeit von Manueller Lymphdrainage und Kompressionstherapie bei Lipödem ohne Lymphödem entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Es ist davon auszugehen, dass

sich durch diese vorgesehene Änderung der Richtlinie die Anzahl von Heilmittelverordnungen leicht erhöht und damit auch mit einem leichten Anstieg der Bürokratiekosten gerechnet werden muss. Aufgrund des im Vergleich zur Gesamtzahl aller Heilmittelverordnungen erwarteten leichten Anstiegs der jährlichen Fallzahl, wird auf eine Ausweisung der Bürokratiekosten verzichtet.

A-3 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
21.09.2017	Plenum	Einleitung des Beratungsverfahrens
29.08.2018	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
17.09.2018	BMG	<i>Eckpunktepapier: Sicherung und Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung (Ankündigung möglicher gesetzlicher Änderungen)</i>
25.10.2018	UA VL	Mündliche Anhörung zum Stellungnahmeverfahren
14.12.2018	UA VL	AG HeilM-RL wird beauftragt, die vorgesehen gesetzlichen Änderungen durch das TSVG im BE zu berücksichtigen
Dezember 2018	Gesetzgebungsverfahren	<i>Änderungsantrag Heilmittel zum TSVG der Fraktion CDU/CSU und SPD</i>
14.03.2019		<i>TSVG vom Bundestag beschlossen</i>
30.04.2019	UA VL	Beschluss zur Einleitung eines erneuten Stellungnahmeverfahrens (aufgrund TSVG)
10.07.2019	UA VL	Mündliche Anhörung zum erneuten Stellungnahmeverfahren
28.08.2019	UA VL	Abschließende Beratung der Beschlussunterlagen
19.09.2019	Plenum	Beschlussfassung
22.11.2019	Plenum	Änderung des Beschlusses vom 19.09.2019

A-4 Beschluss

- Beschluss gefasst am 19. September 2019
- Änderungsbeschluss gefasst am 22. November 2019
- Veröffentlichung des konsolidierten Beschlusses im BAnz am 31. Dezember 2019, BAnz AT 31.12.2019 B7

Der konsolidierte Beschluss findet sich in der **Anlage I** der Zusammenfassenden Dokumentation (Abschlussbericht).

A-5 Anhang

A-5.1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
*Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV*

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 – 275838105

Berlin, 6. Dezember 2019
AZ 213 – 21432 – 02

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 19. September 2019 in
der Fassung des Änderungsbeschlusses vom 22. November 2019 über eine Änderung der
Heilmittel-Richtlinie:
Änderung der Heilm-RL einschließlich des Heilmittelkatalogs**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 19. September 2019 in der
Fassung des Änderungsbeschlusses vom 22. November 2019 über eine Heilmittel-Richtlinie wird
nicht beanstandet.

Es wird auf Folgendes hingewiesen:

Der G-BA wird um Prüfung gebeten, ob

1. in § 7 Absatz 6 Satz 1 nach dem Wort „Abweichend“ noch die Wörter „von Absatz 5“
eingefügt werden sollten, damit klargestellt wird, wovon abweichend die Regelungen gelten,
2. in § 7 Absatz 6 Satz 7 die Angabe „§ 16 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 16 Absatz 3“ ersetzt
werden sollte, da angenommen wird, dass mit dem Verweis die Regelungen zur
Unterbrechung der Behandlung für länger als 14 Kalendertage gemeint sind,
3. in § 11 Absatz 2 Satz 3 nach den Wörtern „aus der ärztlichen Verordnung“ die Wörter „der
Heilmittelbehandlung“ eingefügt werden sollten, um Missverständnisse zu vermeiden, dass
es nicht einer Verordnung eines Hausbesuches bedarf, auf die im ersten Satz dieses Absatzes
Bezug genommen wird,

U-Bahn U 6: Oranienburger Tor
S-Bahn S1, S2, S3, S7: Friedrichstraße
Straßenbahn M 1

Seite 2 von 2

4. auch in der Überschrift des § 25 die Wörter „Physikalischen Therapie“ durch das Wort „Physiotherapie“ ersetzt werden sollten,
5. es sich bei den Ausführungen in den tragenden Gründen zum Änderungsbeschluss vom 22. November 2019 „zu Anlage 3 Buchstabe m“ um eine offenbare Unrichtigkeit handelt, da die Anlage 3 keinen Buchstaben m enthält. In diesem Falle wird um eine Korrektur der tragenden Gründe im Wege der Streichung dieser Ausführungen gebeten.

Diese Hinweise stehen einer unmittelbaren Veröffentlichung des vorgelegten Beschlusses im Bundesanzeiger nicht entgegen. Eine umgehende Veröffentlichung ist insbesondere im Hinblick auf die mit Änderungsbeschluss vom 22. November 2019 beschlossenen Regelungen zur Versorgung von Versicherten mit Lipödem geboten, damit sie am 1. Januar 2020 in Kraft treten können.

Sofern der G-BA aufgrund der Hinweise einen Beschluss zu Änderung der genannten Richtlinienbestimmungen fasst, der die in den Prüfbitten vorgeschlagenen Formulierungen übernimmt, bedarf es keiner erneuten Vorlage dieses Beschlusses nach § 94 SGB V.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA: erstes Stellungnahmeverfahren

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer (gem. § 91 Abs. 5 SGB V)
- Organisationen der Leistungserbringer (gem. § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V):
 - Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
 - Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)
 - Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)
 - Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)
 - Verband der deutschen Podologen e. V. (VDP)
 - Deutscher Verband für Podologie e.V. (ZFD)
 - Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)
 - Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)
 - Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)
 - Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB)
- VDB-Physiotherapieverband e.V. (gem. 1. Kapitel § 8 Abs. 2 S. 1 lit. a) VerfO)

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen beschloss in seiner Sitzung am 29. August 2018 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 30. August 2018 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von 4 Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

B-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	27.09.2018	Verzicht auf Anhörung

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

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	27.09.2018	
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	27.09.2018	
Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)	27.09.2018	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)	27.09.2018	
Verband der deutschen Podologen e. V. (VDP)	27.09.2018	
Deutscher Verband für Podologie e.V. (ZFD)		keine SN eingereicht
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)	26.09.2018	keine Anmerkungen zum BE
Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)		keine SN eingereicht
Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)		keine SN eingereicht
Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB)		keine SN eingereicht

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

VDB-Physiotherapieverband e.V.	27.09.2018	
--------------------------------	------------	--

Nicht-stellungnahmeberechtigte Organisation:

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland BED e.V.	27.09.2018	
---	------------	--


B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Neben dem Beschlussentwurf wurden den Stellungnehmern die Änderungen im Fließtext der Richtlinie und die Tragenden Gründe übermittelt.

B-5.1 Beschlussentwurf

Stand: 29.08.2018

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Vom

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011 (BAnz Nr. 96 (S. 2247) vom 30.06.2011), zuletzt geändert am 21. September 2017 (BAnz AT 23.11.2017 B1), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

PatV	GKV-SV/KBV
1. In § 1 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt: „Bei der Heilmittelerbringung im Rahmen der Krankenbehandlung nach dieser Richtlinie ist zu berücksichtigen, dass Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten sind.“	-

2. In § 1a werden hinter dem Wort „Verfahrensordnung“ die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO)“ eingefügt.

3. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) An die ersten drei Spiegelstriche wird jeweils ein Komma angefügt.
 - bb) Im ersten Spiegelstrich werden die Wörter „Physikalischen Therapie“ durch das Wort „Physiotherapie“ ersetzt.
 - cc) Im zweiten Spiegelstrich wird die Angabe „(§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 4)“ ersetzt durch die Angabe „(§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 3)“.
 - dd) Im dritten Spiegelstrich werden die Wörter „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ ersetzt durch die Wörter „Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie“ und die Klammerangabe „§§ 31 bis 33“ ersetzt durch „§§ 31 bis 33a“.
 - ee) Im vierten Spiegelstrich wird das Wort „und“ angefügt.
 - ff) Im fünften Spiegelstrich wird die Klammerangabe „(§§ 42 bis 45)“ ersetzt durch „(§ 43)“ und an das Ende des Spiegelstrichs ein Punkt angefügt.
- b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
 „Die Verordnung von kurortsspezifischen beziehungsweise ortsspezifischen Heilmitteln sowie Heilmittel im Rahmen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind nicht Gegenstand dieser Richtlinie.“

4. § 3 wird wie folgt geändert:

1

- a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die behandelnde Vertragsärztin oder der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) sowie über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.“

GKV-SV/KBV	PatV
Die oder der Versicherte ist im Rahmen seiner Möglichkeiten zur Mitwirkung verpflichtet.“	Die oder der Versicherte wirkt im Rahmen seiner Möglichkeiten mit.“

- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „nach pflichtgemäßem Ermessen“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der indikationsbezogene Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Absatz 6 SGB V (im Folgenden Heilmittelkatalog genannt) ist Bestandteil dieser Richtlinie.“

- c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern in der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt.“

5. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Zweiter Teil“ ersetzt durch die Angabe „Zweiter Teil“.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefasst, die abgebildeten Beispieldiagnosen sind hierbei nicht abschließend. Den Diagnosegruppen sind die jeweiligen Leitsymptomaten in Form von funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die verordnungsfähigen Heilmittel, die Verordnungsmengen und Empfehlungen zur Therapiefrequenz zugeordnet.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Physikalischen Therapie“ durch das Wort „Physiotherapie“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Das Wort „störungsbildspezifische“ wird gestrichen.

bb) Das Wort „von“ wird ersetzt durch die Wörter „der vorliegenden“.

cc) Im Klammerzusatz wird die Angabe „Kapitel 7“ ersetzt durch die Angabe „§§ 46 und 79 des SGB IX“.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 30, 32 Nummer 1 SGB IX“ wird ersetzt durch die Angabe „§ 46 Absatz 1 und 2 und § 79 SGB IX“.

bb) Hinter der Angabe „vom 24. Juni 2003“ wird die Angabe „, geändert am 23. Dezember 2016“ eingefügt.

7. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

2

„§ 6a Ärztliche Diagnostik

(1) ¹Vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. ²Bei der Eingangsdiagnostik sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen/strukturellen Schädigungen zu erhalten.

(2) ¹Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. ²Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. ³Weitere Befundergebnisse können auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.

(3) ¹Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das weitere therapeutische Vorgehen überprüft werden. ²Erforderlichenfalls sind andere ärztliche, psychotherapeutische oder rehabilitative Maßnahmen einzuleiten oder die Beendigung oder Fortsetzung der Heilmitteltherapie in Betracht zu ziehen.

(4) Spezifische Ausführungen zur ärztlichen Diagnostik finden sich zur podologischen Therapie in § 29, zur Stimm- Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in § 34 und zur Ernährungstherapie in § 44.“

8. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „; Erst- und Folgeverordnung“ gestrichen.

b) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Dieser Regelfall geht von der Vorstellung aus, dass das angestrebte Therapieziel mit den der Indikation zugeordneten Heilmitteln im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls erreicht werden kann.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „; nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls“ werden gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Nicht jede funktionelle oder strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung beziehungsweise der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.“

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Ein Regelfall umfasst Heilmittel-Behandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Diagnose (d. h. desselben oder derselben dreistelligen ICD-10-GM-Codes) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog, bei denen die festgelegte Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht überschritten ist. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Diagnosen derselben oder unterschiedlicher Diagnosegruppe(n) auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungsvordrucke auszustellen sind.“

e) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach Ausstellung der letzten Verordnung im Regelfall ein Zeitraum von [GKV-SV/KBV: 16 Wochen / PatV: 12 Wochen] abgelaufen ist (verordnungsfreies Intervall). Sofern das verordnungsfreie Intervall nicht abgelaufen ist, ist gemäß der Ausnahmeregelung nach § 8 Absatz 1 zu verfahren (Verordnungen außerhalb des Regelfalls). Dies gilt nicht für Verordnungen

von Maßnahmen der Podologischen Therapie und von Maßnahmen der Ernährungstherapie.“

- f) Die Absätze 6 bis 8 werden aufgehoben.
- g) Der bisherige Absatz 9 wird Absatz 6.
- h) Der neue Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„Verordnungen im Regelfall können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden. Sofern neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels. Wenn die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel.“

- i) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

„Hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt keine verbindlichen Informationen über bisherige Heilmittelverordnungen desselben Regelfalls, insbesondere über Diagnose und Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog, ist von einem neuen Regelfall auszugehen.“

- j) Die bisherigen Absätze 10 und 11 werden gestrichen.

9. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden im Klammerzusatz das Komma und die Wörter „insbesondere längerfristige Verordnungen“ gestrichen.

- bb) Die Sätze 2 bis 4 werden wie folgt gefasst:

„Die Verordnung außerhalb des Regelfalls kann eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen abdecken. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Sofern neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels. Wenn die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel.“

- b) In Absatz 2 wird das Wort „behandlungsfreies“ durch das Wort „verordnungsfreies“ ersetzt.

- c) In Absatz 3 wird das Wort „störungsbildabhängig“ ersetzt durch die Wörter „sofern erforderlich schädigungsabhängig“.

- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Folgender Satz wird vorangestellt:

„Verordnungen außerhalb des Regelfalls bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung, sofern die betreffende Krankenkasse ein Genehmigungsverfahren durchführt.“

- bb) Der neue Satz 5 wird gestrichen.

- e) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„Die Krankenkassen informieren den GKV-Spitzenverband über die Durchführung beziehungsweise Änderungen des Genehmigungsverfahrens. Über Änderungen ist der GKV-Spitzenverband spätestens 18 Wochen vor Beginn des Monats, in dem die Änderung gültig wird, in Kenntnis zu setzen. Der GKV-Spitzenverband stellt diese Informationen unter Angabe der Institutionskennzeichen der jeweiligen Krankenkasse auch in einem elektronisch verarbeitbaren Format öffentlich zugänglich zur Verfügung. Das Nähere zur Information durch die Krankenkassen und zur Bereitstellung dieser Informationen regelt der GKV Spitzenverband.“

10. § 8a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1, Absatz 3 und Absatz 5 werden die Wörter „funktionellen/strukturellen“ ersetzt durch die Wörter „funktionellen oder strukturellen“.
- b) In Absatz 3 wird das Wort „trifft“ ersetzt durch das Wort „entscheidet“ und werden die Wörter „die Feststellung darüber“ gestrichen.
- c) In Absatz 4 wird an den zweiten Spiegelstrich das Wort „und“ angefügt und im dritten Spiegelstrich das Wort „und“ gelöscht.
- d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „wenn die bei“ die Wörter „der Antragstellerin oder“ eingefügt.
 - bb) In Satz 6 werden nach dem Wort „Therapieprognose“ die Wörter „der oder“ eingefügt.

GKV-SV/KBV	PatV
e) In Absatz 6 werden die Wörter „funktionellen/strukturellen“ ersetzt durch die Wörter „funktionellen oder strukturellen“ und die Wörter „und Diagnosegruppen“ und die Wörter „gemäß Heilmittelkatalog“ gestrichen.	d) Absatz 6 wird aufgehoben.
	e) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 6 und der bisherige Absatz 8 wird Absatz 7.

11. § 9 Absatz 2 wird aufgehoben.

12. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Heilmittel können, sofern nichts Anderes bestimmt ist,

 - als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten (Einzel- oder Gruppentherapie) oder
 - als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2

verordnet werden. Die Verordnung eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende

Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs."

- b) In Absatz 2 werden die Sätze 1 und 2 aufgehoben und die Wörter „funktionellen/strukturellen“ ersetzt durch die Wörter „funktionellen oder strukturellen“.

13. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) hängt bei gegebener Indikation nach § 3 Absatz 5 ab von:

- der Ausprägung und Schwere der Erkrankung,
- den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen,
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und
- den angestrebten Therapiezielen.

Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Die konkreten Behandlungsziele zu den jeweiligen Heilmitteln werden in den Abschnitten D bis H der Richtlinie erläutert. Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog dient der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt zur Orientierung. Abweichungen davon sind in medizinisch begründeten Fällen zulässig.“

- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

- c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2 und wie folgt gefasst:

„Bei Maßnahmen der Physiotherapie und der Ergotherapie können die Verordnungseinheiten je Verordnung auf maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. Die Aufteilung der Verordnungseinheiten ist auf einem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.“

- d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3 und wie folgt gefasst:

„Soweit medizinisch erforderlich kann zu „vorrangigen Heilmitteln“ maximal ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden. Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie oder Elektrostimulation oder die Ultraschall-Wärmetherapie auch isoliert verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht. ³Mehr als ein ergänzendes Heilmittel kann nicht isoliert verordnet werden.“

- e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 4 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „(D)“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird gestrichen.

- f) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 5 und wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „(D)“ wird gestrichen.

bb) Die Wörter „Physikalischen Therapie“ werden ersetzt durch das Wort „Physiotherapie“.

- g) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht jede funktionelle oder strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung beziehungsweise der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.“

- h) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„Die Verordnungsmenge von einer „standardisierten Heilmittelkombination“ und Maßnahmen der Massagetherapie nach § 18 Absatz 3 Nummer 1 bis 6 sind auf jeweils 12 Einheiten im Regelfall begrenzt, sofern im Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt ist. Werden die möglichen 12 Einheiten innerhalb des Regelfalls nicht im vollem Umfang verordnet, können die verbleibenden Einheiten bis zur Gesamtverordnungsmenge auch außerhalb des Regelfalls verordnet werden. Wenn im Regelfall bereits 12 Einheiten verordnet wurden, kann keine weitere Verordnung außerhalb des Regelfalls erfolgen.“

- i) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Wörter „Physikalischen Therapie“ werden ersetzt durch das Wort „Physiotherapie“.
 - bb) Die Wörter „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ werden ersetzt durch die Wörter „Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie“.
- j) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 9 eingefügt:

„Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und ggf. ein ergänzendes Heilmittel. Ausnahmen regelt der Heilmittelkatalog. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe vorrangige Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet werden. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die im Katalog genannte Höchstmenge je Verordnung sowie die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall nicht.“
- k) Der bisherige Absatz 9 wird Absatz 10 und wie folgt geändert: nach dem Wort „eine“ werden die Wörter „Leistung zur medizinischen“ eingefügt.

14. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem gemäß § 87 Absatz 1 Satz 2 SGB V vereinbarten Vordruck. Der Vordruck muss nach Maßgabe des Absatzes 2 vollständig ausgefüllt werden. Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe. Hiervon ausgenommen sind Änderungen der Therapiefrequenz (§ 16 Absatz 2) und Änderung von Gruppentherapie in Einzeltherapie (§ 16 Absatz 5).“
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„In der Heilmittelverordnung sind die Heilmittel nach Maßgabe des vereinbarten Vordrucks eindeutig zu bezeichnen. Ferner sind alle für die individuelle Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Anzugeben sind insbesondere

 - a. Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks,
 - b. die Art der Verordnung (Verordnung im Regelfall oder außerhalb des Regelfalls),
 - c. Hausbesuch (ja oder nein),
 - d. Therapiebericht,
 - e. gegebenenfalls Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs,
 - f. die Anzahl der Behandlungseinheiten,
 - g. das oder die Heilmittel gemäß dem Katalog,
 - h. gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z.B. KG-ZNS [Bobath] oder „Doppelbehandlung“),
 - i. die Therapiefrequenz (Angabe auch als Frequenzspanne möglich),
 - j. die Diagnosegruppe,

- k. die konkrete(n) behandlungsrelevante(n) Diagnose(n). Die Diagnose ist grundsätzlich als ICD-10-Code (einschließlich Klartext) anzugeben. Der standardmäßig in den elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 10 SGB V hinterlegte ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden.
- l. die Leitsymptomatik nach Heilmittelkatalog. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Es handelt sich hierbei um indikationsbezogene Regelbeispiele für Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind. Alternativ kann eine patienten-individuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin oder des Patienten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann und mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen a), b) oder c) vergleichbar ist. Es können auch mehrere Leitsymptomatiken angegeben werden. Zusätzlich können auf der Verordnung Therapieziele angegeben werden.
- m. die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls, sofern die Krankenkasse der oder des Versicherten ein Genehmigungsverfahren nach § 8 durchführt und
- n. spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde."

15. In § 14 Satz 2 wird das Wort „gewährleistet“ durch das Wort „gewährleisten“ ersetzt.

16. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Behandlung hat innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat die Behandlung innerhalb von 10 Kalendertagen zu beginnen. Letzteres ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.“

GKV-SV/KBV	PatV
b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Zeitraum“ die Wörter „nach Absatz 1“ eingefügt.	b) In Absatz 2 werden die Wörter „in dem genannten Zeitraum“ durch die Wörter „innerhalb von 28 Tagen“ ersetzt.

17. § 16 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Frequenzangaben auf der Verordnung sind für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend. Eine Abweichung davon ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Verordnung von Maßnahmen der Ernährungstherapie.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Begründete Unterbrechungen sind von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren. Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V. Abweichend von Satz 1 und 2 führen Behandlungsunterbrechungen bei Maßnahmen

der Podologischen Therapie sowie der Ernährungstherapie nicht zur Ungültigkeit der Verordnung."

- c) In Absatz 4 Satz 1 werden vor dem Wort „voraussichtlich“ die Wörter „oder den verordneten Heilmitteln“ eingefügt.
 - d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach dem Wort „Verordnungsvordruck“ wird das Wort „nachvollziehbar“ eingefügt.
 - bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Maßnahmen in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist dies nach Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten und im Einvernehmen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt möglich. Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.“
18. In § 16a Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Komma das Wort „das“ ersetzt durch das Wort „dass“.
19. In Abschnitt D werden in der Überschrift die Wörter „Physikalischen Therapie“ ersetzt durch das Wort „Physiotherapie“.
20. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Physiotherapie im Sinne dieser Richtlinie umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie sowie die physikalische Therapie. Physiotherapie nutzt sowohl die aktive selbständig ausgeführte, als auch die passive, beispielsweise durch die Therapeutin oder den Therapeuten geführte, Bewegung des Menschen, bei Bedarf ergänzt durch den Einsatz physikalischer Therapien wie Massage-, Hydro-, Thermo- oder Elektrotherapie.“
 - b) In Absatz 2 werden in Satz 1 die Wörter „Physikalischen Therapie“ ersetzt durch das Wort „Physiotherapie“ und in Satz 2 werden nach dem Wort „sind“ die Wörter „in den folgenden Paragraphen dieses Abschnitts“ eingefügt.
 - c) Absatz 3 wird aufgehoben.
21. § 18 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Klassische Massagetherapie (KMT) als überwiegend muskuläre Massageform einzelner oder mehrerer Körperteile verfolgt das Ziel einer Normalisierung des Muskeltonus, Reduzierung sekundärer Schmerzen (Myalgien, Schmerzfehlhaltungen), Steigerung der Durchblutung und Entstauung,“
 - b) In den Nummern 2 und 3 wird ein Komma angefügt, in Nummer 4 wird das Wort „und“ angefügt und in Nummer 5 wird ein Punkt angefügt.
 - c) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM) ist ein kombiniertes Verfahren mittels manuell geführten und individuell einstellbaren Wasserdruckstrahls am in einem Wannenbad befindlichen Patienten. Sie dient unterstützt vom entspannenden Effekt der Wassertemperatur und von der Auftriebskraft des Wassers, der Regulierung des Muskeltonus, der Durchblutungsförderung, Schmerzlinderung und Entspannung.“
 - d) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. Manuelle Lymphdrainage*) (MLD) ist eine spezielle Massagetechnik, die einen Dehnungsreiz auf Kutis und Subkutis ausübt. Sie führt zu einer Erhöhung des Lymphabflusses in den Lymphkollektoren, zu einer konsekutiven Zunahme der Lymphbildung (die Aufnahme der Gewebeflüssigkeit in die initialen Lymphgefäße) und hierdurch zu einer Reduktion des krankhaft erhöhten interstitiellen Flüssigkeitsgehalts. Ergänzende manuelle Techniken haben das Ziel der Erweichung der Gewebeinduration (ab Stadium II). Weitere Wirkungen können die Schmerzlinderung und Tonussenkung sein, sofern sie im Zusammenhang mit der Lymphabflussstörung auftreten. Ist eine Kompressionsbandagierung (Lymphologischer Kompressionsverband) erforderlich, kann diese in Ergänzung der MLD erfolgen. Eine zusätzlich verordnete Kompressionsbandagierung hat im Anschluss an die Therapiezeit der MLD zu erfolgen. Erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen, sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind. In Anlehnung an den unterschiedlichen indikationsbezogenen Zeitbedarf sind verordnungsfähig:

- a. MLD-30 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten (Teilbehandlung)
bei leichtgradigen Lymphödemen, Ödemen oder Schwellungen zur Behandlung eines Körperteils wie
 - eines Armes oder Beines oder
 - des Rückens,
 - des Kopfes einschließlich des Halses oder
 - des Rumpfes.
- b. MLD-45 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten (Großbehandlung)
bei Lymphödemen sowie Phlebo-Lymphödemen zur Behandlung von zwei Körperteilen wie
 - eines Armes und eines Beines,
 - eines Armes und des Kopfes einschließlich des Halses,
 - beider Arme oder
 - beider Beine.
- c. MLD-60 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten (Ganzbehandlung)
bei schwergradigen Lymphödemen zur Behandlung von zwei Körperteilen wie
 - eines Armes und eines Beines,
 - eines Armes und des Kopfes einschließlich des Halses,
 - beider Arme oder
 - beider Beine.
bei schwergradigen Lymphödemen mit Komplikationen durch Strahlenschädigungen (mit z. B. Schultersteife, Hüftsteife oder Plexusschädigung) zur Behandlung eines Körperteils wie
 - des Kopfes einschließlich des Halses,
 - eines Armes oder
 - eines Beines.“

22. § 19 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird das Wort „Leistungen“ durch das Wort „Funktionen“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 1. a. wird wie folgt gefasst:

„a. Übungsbehandlung
Bei der Übungsbehandlung werden aktive, aktiv-passive und passiv geführte Übungen eingesetzt. Sie verfolgen als gezielte und kontrollierte Maßnahme das

Ziel, Schädigungen der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) zu beseitigen, Kontrakturen zu vermeiden und Schädigungen der Gelenkfunktionen (z.B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität) zu mindern. Sie dienen auch der Funktionsverbesserung des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung und des Stoffwechsels. Die Übungsbehandlung kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung verordnet werden."

bb) In der Nummer 2 werden die Wörter „Kräftigung von Muskelketten, Koordinierung“ ersetzt durch die Wörter „Verbesserung von Muskelkraft, -ausdauer und -koordination“

cc) Nummer 3. a. wird wie folgt gefasst:

„a. Allgemeine Krankengymnastik (KG bzw. KG-Atemtherapie)

Krankengymnastische Behandlungsmethoden und -techniken dienen insbesondere der Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen, Verletzungsfolgen und Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie innerer Organe/Organsysteme und des Nervensystems mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungen und Techniken. Sie dienen der Verbesserung/ Wiederherstellung von Schädigungen der Gelenkfunktionen (Gelenkbeweglichkeit und -stabilität), der Muskelfunktionen (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus), der Kontrakturvermeidung und -lösung, sowie der Regulierung der Atmungsfunktion. Dabei können auch z. B. Massagetechniken sowie Gymnastikbänder und -bälle, Therapiekreisel und Schlingentische eingesetzt werden. Die allgemeine Krankengymnastik (KG bzw. KG-Atemtherapie) kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung verordnet werden."

dd) Die Nummer 3. c. wird wie folgt gefasst:

„c. Krankengymnastik zur Behandlung von schweren Erkrankungen der Atmungsorgane bei Mukoviszidose oder bei Lungenerkrankungen, die der Mukoviszidose vergleichbare pulmonale Schädigungen aufweisen (KG-Muko)

KG-Muko umfasst neben Techniken der Allgemeinen Krankengymnastik (KG bzw. KG-Atemtherapie) auch eine Bewegungs- und Verhaltensschulung, insbesondere zur Besserung der Atemfunktion und zur Sekretlösung. Die KG-Muko wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet."

ee) In der Nummer 4 werden die Wörter „Muskelinsuffizienz, -dysbalance und -verkürzung sowie“ ersetzt durch die Wörter „Schädigungen der Bewegungssegmente der Wirbelsäule, Schädigungen der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) einschließlich“ und wird im zweiten Spiegelstrich das Wort „Seilzugapparate“ durch das Wort „Seilzugapparaten“ ersetzt.

ff) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. KG-ZNS-Kinder*)

Zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen, insbesondere angeborener oder frühkindlich erworbener Schädigungen der Bewegungsfunktionen oder der Muskelfunktionen (vParesen) längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Sie dient zur Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen unter Einsatz der Techniken nach Bobath oder Vojta. Die Behandlung wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet."

gg) In der Nummer 6 werden die Wörter „zentralen Bewegungsstörungen“ ersetzt durch die Wörter „ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen“.

hh) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. Manuelle Therapie*)

Als Einzeltherapie dient der Wiederherstellung/ Minderung reversibler Schädigungen der Gelenkfunktion, der Bewegungssegmente der Wirbelsäule, Schädigung der Muskelfunktion und Schmerzlinderung durch Anwendung einer gezielten impulslosen Mobilisation oder durch Anwendung von Weichteiltechniken.“

23. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden vor dem Wort „Elektrotherapie“ die Wörter „Maßnahmen der“ eingefügt.
- b) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „wenden“ das Wort „galvanische,“ eingefügt und das Wort „Durchblutungsverbesserung“ durch das Wort „Durchblutungsförderung“ ersetzt.
- c) In Absatz 2 werden die Wörter „Die Elektrotherapie umfasst“ ersetzt durch die Wörter „Die Maßnahmen der Elektrotherapie umfassen“.

24. § 23 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Sie dient insbesondere der Sekretlockerung, Sekretverflüssigung sowie der Entzündungshemmung.“

25. § 24 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 4 wird das Wort „Verbesserung“ durch das Wort „Besserung“ ersetzt.
- b) In Nummer 6 wird das Wort „Teilbäder“ durch das Wort „Teilbädern“ ersetzt.

26. § 26 wird aufgehoben.

27. In § 27 Absatz 4 wird das Wort „Verbesserung“ durch das Wort „Besserung“ ersetzt.

28. In § 29 wird in der Überschrift das Wort „Ärztliche“ ersetzt durch die Wörter „Maßnahmen der Ärztlichen“.

29. In Abschnitt F werden in der Überschrift die Wörter „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ ersetzt durch die Wörter „Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie“.

30. § 30 wird wie folgt geändert:

- a) In den Absätzen 1 und 2 werden die Wörter „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ ersetzt durch die Wörter „Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie“.
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „vom Störungsbild“ ersetzt durch die Wörter „der vorliegenden Schädigung“.
- c) Absatz 3 wird aufgehoben.

31. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „und des Schluckaktes“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Wiederherstellung/Besserung der Stimmqualität und der stimmlichen Belastbarkeit,
- Wiederherstellung/Besserung der Stimme bei Heiserkeit und Beeinträchtigung des Stimmklangs,

- Regulation von
 - o Atmung,
 - o Phonation,
 - o Artikulation.

32. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „sowie des Schluckvorganges“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Wiederherstellung/Besserung der Sprechfunktion, insbesondere der Artikulation,
- Wiederherstellung/Besserung des Redeflusses, unter Berücksichtigung der Entwicklungsphase, insbesondere der Sprechgeschwindigkeit,
- Wiederherstellung/Besserung der koordinativen Leistung, insbesondere von Atmungs- und Sprechablauf,
- Gezielte Anbahnung/Förderung von motorischer und sensorischer Sprachregion
 - o des Sprechapparates,
 - o der Atmung,
 - o der Stimme,
- Aufbau von Kommunikationsstrategien,
- Regulierung der Phonationsatmung,
- Abbau der Begleitsymptomatik,

ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.“

33. § 33 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „sowie des Schluckvorganges“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Wiederherstellung/Besserung der kognitiv-sprachlichen Funktionen mit
 - o Anbahnung sprachlicher Äußerungen,
 - o Aufbau des Sprachverständnisses,
- Wiederherstellung/Besserung der Sprechfunktion, insbesondere der Artikulation mit
 - o Ausbildung und Erhalt der Lautsprache zur sprachlichen Kommunikation,
 - o Artikulationsverbesserung beziehungsweise Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten,
 - o Normalisierung bzw. Besserung der Laut- und Lautverbindungsbildung,
- Wiederherstellung/Besserung des Redeflusses, insbesondere des Sprechtempos,
- Wiederherstellung/Besserung der auditiven Wahrnehmungsfähigkeit,
- Aufbau von Kommunikationsstrategien,
- Normalisierung des Sprachklangs,
- Beseitigung der Dysfunktionen der Kehlkopf- und Zungenmuskulatur.

34. Nach § 33 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 33a Schlucktherapie

„(1) Die Schlucktherapie dient der Besserung bzw. der Normalisierung des Schluckaktes in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase sowie erforderlichenfalls der Erarbeitung von Kompensationsstrategien und der Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme.“

- (2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie
- Wiederherstellung/Besserung des Schluckaktes in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase mit
 - o Bewegungstraining der am Schlucken beteiligten Muskeln einschließlich der orofazialen Muskulatur,
 - o Modifikationen des Schluckvorgangs durch Handlungsänderungen oder Schlucktechniken,
 - o Beratung zu schluckphasengerechten Kostformen sowie den Umgang mit diesen,
 - o dem Umgang mit speziellen Ess- und Trinkhilfen, um aspirationsfreies Schlucken zu ermöglichen."

35. § 34 wird wie folgt gefasst:

„§ 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen

Die ärztliche Diagnostik kann in Abhängigkeit der vorliegenden Schädigung folgende Maßnahmen umfassen:

1. Stimmtherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

a. Eingangsdiagnostik

- Tonaudiogramm
- laryngo-laryngoskopischer Befund
- stroboskopischer Befund
- Stimmstatus

b. weiterführende Diagnostik

- Videostroboskopie
- Stimmfeldmessung
- Elektrolottographie
- schallspektrographische Untersuchung der Stimme
- pneumographische Untersuchungen

2. Sprechtherapie bei Erwachsenen

a. Eingangsdiagnostik

- Organbefund
- laryngo-laryngoskopischer Befund
- stroboskopischer Befund
- Sprachstatus/Stimmstatus

b. weiterführende Diagnostik

- audiologische Diagnostik
- neuropsychologische Tests
- elektrophysiologische Tests
- stroboskopischer Befund
- Hirnleistungsdiagnostik
- endoskopische Diagnostik

3. Sprachtherapie bei Erwachsenen

a. Eingangsdiagnostik

- Sprachstatus
- Organbefund
- neurologischer Befund
- Aachener Aphasietest (AAT) (sobald die Patientin oder der Patient testfähig ist)

b. weiterführende Diagnostik

- Hirnleistungsdiagnostik
- audiologische Diagnostik
- neurologische Untersuchungen
- Sprachanalyse
- Aachener Aphasietest (AAT)

4. Sprech- und/oder Sprachtherapie bei Kindern und Jugendlichen

a. Eingangsdiagnostik

- Tonaudiogramm
- Organbefund
- Sprachstatus

b. weiterführende Diagnostik

- Entwicklungsdiagnostik
- zentrale Hördiagnostik
- neuropädiatrische/neurologische Untersuchungen
- Sprach- und Sprechanalyse
- Aachener Aphasietest (AAT)

5. Schlucktherapie

a. Eingangsdiagnostik

- Videoendoskopie
- Videofluoroskopie
- neurologische Untersuchung

b. weiterführende Diagnostik

- Videoendoskopie
- Videofluoroskopie
- Videostroboskopie
- Röntgenkontrastuntersuchungen
- Sonographie
- neurologische Untersuchung

36. § 35 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Maßnahmen der Ergotherapie dienen der Wiederherstellung, Besserung, Erhaltung, Aufbau/Stabilisierung oder Kompensation krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen, sensomotorischen, perzeptiven und mentalen Funktionen und daraus resultierender Beeinträchtigungen von Aktivitäten, der Teilhabe, insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, Mobilität, der Alltagsbewältigung, Interaktion und Kommunikation sowie des häuslichen Lebens.“

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

37. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Eine motorisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen Funktionen mit und ohne Beteiligung des peripheren Nervensystems und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Wiederherstellung/Besserung der Gelenkbeweglichkeit und Stabilität, einschließlich Gelenkschutz
- Aufbau/Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen z. B. der Grob-, Fein- und Willkürmotorik
- Aufbau/Stabilisierung physiologischer Haltungs- und Bewegungsmuster,
- Wiederherstellung/Besserung der Muskelkraft, -ausdauer und -belastbarkeit
- Aufbau/Stabilisierung eines physiologischen Gangbildes
- Wiederherstellung/Besserung der Rumpf- und Extremitätenkontrolle
- Wiederherstellung/Besserung der Sensibilität z. B. Temperatur-/Druck- und Berührungsempfinden
- Vermeidung der Entstehung von Kontrakturen,
- Narbenabhärtung,
- Schmerzlinderung/ Minderung schmerzbedingter Reaktionen,

(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere

- Beseitigung oder Minderung krankheitsbedingter Schädigungen motorischer Funktionen
- Wiederherstellung und Erhalt der Mobilität und Geschicklichkeit im Alltag (z.B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, Fortbewegen im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel)
- Wiederherstellung und Erhalt der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen)
- Wiederherstellung und Erhalt der Haushaltsführung (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten)
- Erlernen von Kompensationsstrategien und sichere Handhabung von Hilfsmitteln (z.B. Umgang mit Prothesen).“

b) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

38. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der sensomotorischen oder perzeptiven Funktionen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Stabilisierung/Aufbau der Sensibilität verschiedener Modalitäten
 - o Temperatur-, Druck- und Berührungsempfinden,
 - o Propriozeption,
 - o Vibrationsempfinden,
 - o der Sinneswahrnehmung (visuelle, auditive, taktil-haptische Wahrnehmung),
 - o Wahrnehmung schädlicher Reize,
 - o Umsetzung der Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration)
- Entwicklung/Besserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas,
- Entwicklung/Besserung der Gleichgewichtsfunktionen und der Haltung
- Aufbau/Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen z. B. der Grob-, Fein- und Willkürmotorik, Mund- und Essmotorik
- Besserung der Kognition

(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere

- Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt

- o von Aktivitäten aus dem Bereich allgemeiner Aufgaben (z.B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen)
 - o der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen)
 - o der Haushaltsführung (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten)
 - o der Mobilität und Geschicklichkeit im Alltag (z. B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, Fortbewegen im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel)
 - o Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten des Gemeinschafts- und sozialen Lebens
- Erlernen von Kompensationsstrategien, ggf. unter Berücksichtigung vorhandener Hilfsmittel
 - Erlangen von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaption des Lebensumfelds“

b) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

39. § 38 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Ein Hirnleistungstraining/eine neuropsychologisch orientierte Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere kognitiver Schädigungen und daraus resultierender Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Stabilisierung/Besserung globaler mentaler Funktionen, insbesondere
 - o der Orientierung zu Zeit, Ort, Person,
 - o der Intelligenz,
- Stabilisierung/Besserung spezifischer mentaler Funktionen, insbesondere
 - o der Aufmerksamkeit,
 - o des Gedächtnisses,
 - o der Wahrnehmung (z.B. visuell, auditiv, räumlich-visuell),
 - o des Denkens,
 - o der höheren kognitiven Funktionen wie des Abstraktionsvermögens, der Handlungsplanung, der Einsichts-, Urteils- und Problemlösevermögen.

(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere

- Entwicklung/ Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten
 - o im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Planung und Durchführung täglicher Routinen, einfache und komplexe Aufgaben übernehmen),
 - o interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z.B. situationsgerechtes Verhalten, Familienbeziehungen),
 - o der Mobilität im Alltag (z. B. Tragen von Gegenständen, Benutzung von Transportmitteln),
 - o der Selbstversorgung (z. B. An- und Auskleiden, Waschen),
- Erlernen von Kompensationsstrategien,
- Entwicklung und Besserung der Krankheitsbewältigung,
- selbstbestimmte Lebensgestaltung.“

b) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

40. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Eine psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer Funktionen und Funktionen der Wahrnehmung und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Stabilisierung/Besserung globaler mentaler Funktionen
 - o des quantitativen und qualitativen Bewusstseins,
 - o der Orientierung zu Ort, Zeit und Person,
 - o der Intelligenz (z.B. bei Demenz),
 - o globaler psychosozialer Funktionen (z.B. bei Autismus),
 - o der psychischen Energie, des Antriebs und des Schlafes,
- Stabilisierung/Besserung spezifischer mentaler Funktionen
 - o der Aufmerksamkeit,
 - o des Gedächtnisses,
 - o der Psychomotorik (z.B. Tempo),
 - o der Emotionen (z.B. Affektkontrolle),
 - o der Wahrnehmung (räumlich-visuell),
 - o des Denkens (Denktempo, Inhalte),
 - o höhere kognitiver Funktionen, wie des Abstraktionsvermögens, und des Einsichts- und Urteilsvermögens,
 - o der Handlungsplanung,
 - o der Selbst- und Zeitwahrnehmung.

(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere

- Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten:
 - o aus dem Bereich allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. tägliche Routine in richtiger Reihenfolge durchführen, Tagesstrukturierung),
 - o aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmung, Aufmerksamkeit fokussieren),
 - o aus dem Bereich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (soziale Interaktion, Aufbau und Erhalt von Beziehungen)
 - o der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens (z.B. Waren des täglichen Bedarfs beschaffen),
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit, des Selbstvertrauens und der Entscheidungsfähigkeit,
- Erlernen von Kompensationsstrategien ggf. unter Nutzung vorhandener Hilfsmittel und Umgang mit externen Hilfen.“

b) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

41. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „dient“ folgende Wörter eingefügt:

„und damit die Behandlung erleichtert, verbessert oder erst möglich macht“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „gesondert“ ersetzt durch die Wörter „zusammen mit dem Heilmittel“ und die Wörter „dem vereinbaren“ ersetzt durch das Wort „demselben“.

bb) In Satz 2 wird in der Angabe „sensomotorisch/perzeptive“ der Schrägstrich ersetzt durch einen Bindestrich, das Wort „störungsbezogen“ ersetzt durch das Wort „schädigungsbezogen“ und die Angabe „(Fähigkeiten)“ gestrichen.

42. § 41 wird aufgehoben.

43. Dem § 42 werden folgende Absätze angefügt:

„(4) Neben den übergeordneten Zielen in Absatz 3 verfolgt die Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (SAS) insbesondere folgende weitere Ziele:

- Stabilisierung und/oder Erhalt altersabhängig im therapeutischen Zielbereich liegender Stoffwechselfparameter,
- Vermeidung schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderungen und Tod,
- Vermeidung von Mangelversorgung,
- Vermeidung, Abmilderung und Therapie von Stoffwechsellentgleisungen,
- bei Schwangeren: Vermeidung von embryonalen oder fetalen Schädigungen.

(5) Neben den übergeordneten Zielen in Absatz 3 hat die Ernährungstherapie bei Cystischer Fibrose (CF) folgende Ziele:

- Erhalt des Normalgewichtes,
- Vermeidung eines Gewichtsverlustes.“

44. § 44 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ das Komma gestrichen und nach dem Wort „Vertragsärzten“ ein Komma eingefügt.
- b) In Absatz 5 werden nach dem Wort „behandelten“ die Wörter „Patientinnen oder“ eingefügt.

45. In der Anlage 1 wird das Wort „Nichtverordnungsfähige“ ersetzt durch die Wörter „Nicht verordnungsfähige“.

46. Der Heilmittelkatalog wird gemäß Anhang gefasst [Anhang 1: Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen – Heilmittelkatalog].

47. Die Anlage 2 wird gemäß Anhang gefasst: [Anhang 2: Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf].

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Oktober 2019 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-5.2 Tragende Gründe

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Vom Beschlussdatum

Stand: 29.08.2018

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	4
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	4
2.1	Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext).....	4
A.	Allgemeine Grundsätze.....	4
2.1.1	§ 1 Grundlagen, Absatz 2	4
2.1.2	§ 2 Heilmittel.....	5
B.	Grundsätze der Heilmittelverordnung.....	6
2.1.3	§ 3 zu Voraussetzungen der Verordnung.....	6
2.1.4	§ 4 zum Heilmittelkatalog.....	7
2.1.5	§ 6 Verordnungsausschlüsse.....	7
2.1.6	Neuer § 6a Ärztliche Diagnostik.....	7
2.1.7	§ 7 Verordnung im Regelfall	7
2.1.8	§ 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls.....	9
2.1.9	§ 8a Langfristiger Heilmittelbedarf	10
2.1.10	§ 9 Wirtschaftlichkeit.....	10
2.1.11	§ 11 Ort der Leistungserbringung	10
2.1.12	§ 12 Auswahl der Heilmittel	11
2.1.13	§ 13 Verordnungsvordruck.....	12
C.	Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern.....	14
2.1.14	§ 15 Beginn der Heilmittelbehandlung	14
2.1.15	§ 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung.....	14
D.	Maßnahmen der Physiotherapie	15
2.1.16	§ 17 Grundlagen.....	15
2.1.17	§ 18 Massagetherapie	16
2.1.18	§ 19 Bewegungstherapie	16
2.1.19	§ 21 Maßnahmen der Elektrotherapie.....	17

2.1.20	Bisheriger § 26 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie“	17
E.	Maßnahmen der Podologischen Therapie	17
2.1.21	§ 29 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Fußschädigungen durch Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom).....	17
F.	Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.....	17
2.1.22	§§ 30 ff. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Teil F) 17	
2.1.23	Neuer § 33a Schlucktherapie.....	17
2.1.24	§ 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	18
G.	Maßnahmen der Ergotherapie.....	18
2.1.25	§ 35 Grundlagen Maßnahmen der Ergotherapie	18
2.1.26	§ 36 Motorisch-funktionelle Behandlung	19
2.1.27	§ 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung.....	19
2.1.28	§ 38 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung.....	20
2.1.29	§ 39 Psychisch-funktionelle Behandlung.....	21
2.1.30	§ 40 Therapieergänzende Maßnahmen sowie Heilmittelkatalog EN1	22
2.1.31	Bisheriger § 41 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Ergotherapie“	22
H.	Ernährungstherapie	22
2.1.32	§ 42 „Grundlagen“	22
2.2	Neufassung des zweiten Teils der Richtlinie (Heilmittelkatalog)	23
2.2.1	Überarbeitung der Spalte Diagnosegruppen.....	23
2.2.2	Anpassung Spalte Leitsymptomatik.....	23
2.2.3	Überführung der Therapieziele in den Richtlinientext.....	24
2.2.4	Anpassung Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall.....	24
I. A	Maßnahmen der Physiotherapie	25
2.2.5	Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsorgane	25
2.2.6	Erkrankungen des Nervensystems	26
2.2.7	Erkrankungen der inneren Organe.....	26
2.2.8	Sonstige Erkrankungen	28
I. B	Maßnahmen der Podologischen Therapie	29
II.	Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	30
2.2.9	Störungen der Stimme.....	30
2.2.10	Störungen der Sprache und des Sprechens	30
2.2.11	Störungen des Redeflusses.....	30
III.	Maßnahmen der Ergotherapie	32
2.2.12	Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane (SB1 bis SB3).....	32
2.2.13	Erkrankungen des Nervensystems (EN1 bis EN3).....	33
2.2.14	Psychische Störungen (PS1 bis PS3).....	33
IV.	Ernährungstherapie	34
2.3	Änderungen in der Anlage 2 zur Heilm-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V.....	34
2.4	Inkrafttreten.....	38
3.	Bürokratiekostenermittlung	39

4.	Verfahrensablauf	39
5.	Fazit	39

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). 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 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nr. 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Der G-BA soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, die eine Anpassung seiner Richtlinien erfordern (siehe 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) und die Neufassung des Heilmittelkataloges (HMK) dient der Reduzierung der Regelungskomplexität; auch im Hinblick auf eine Entbürokratisierung im Versorgungsalltag (vgl. hierzu auch Kapitel 3). Die Folge sind u. a. Änderungen an der Struktur und Darstellungsform des Heilmittelkataloges, aber auch die Einführung eines „verordnungsfreien Intervalls“ anstelle des „behandlungsfreien Intervalls“ oder auch der Wegfall der Unterscheidung von „Erst- und Folgeverordnungen“ auf dem Verordnungsvordruck. Durch die Anpassungen soll die Anwendbarkeit und die Akzeptanz der HeilM-RL verbessert werden.

Ebenfalls erfolgte eine weitere Anlehnung an das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell und an die Begrifflichkeiten der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). Neben diesen Anpassungen wurde die HeilM-RL im Rahmen der Überarbeitung begrifflich harmonisiert. So wurde beispielweise in § 3 Absatz 3 der Richtlinie der bisherige Begriff des „Kranken“ durch den Begriff des „Versicherten“ ersetzt.

2.1 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)

A. Allgemeine Grundsätze

2.1.1 § 1 Grundlagen, Absatz 2

PatV	GKV-SV/KBV <i>[für das Stellungsverfahren]</i>
Die Ergänzung ist sinnvoll, damit der gesetzlichen Vorschrift nach § 43 SGB IX Rechnung getragen wird. Eine Leistungsausweitung ist damit nicht verbunden. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Regelung in § 43 SGB IX sicherstellen, dass auch innerhalb der Krankenbehandlung Ziele verwirklicht	Die vorgeschlagene Regelung ist nicht sachgerecht. Über § 43 SGB IX werden die in § 42 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele keine explizite Voraussetzung für Leistungen der Krankenbehandlung. Die Regelung in § 43 SGB IX ist so zu verstehen, dass bereits im Rahmen der Krankenbehandlung die Rehabilitationsziele aus § 42 Abs. 1 SGB IX mit in

PatV	GKV-SV/KBV <i>[für das Stellungnahmeverfahren]</i>
<p>werden, die der Vermeidung und Verminderung von Behinderung dienen. Damit konkretisiert er u.a. den allgemeinen Grundsatz nach § 2a SGB V. Ein Hinweis liegt auch deshalb nahe, da bei der Änderung der Heilm-RL die ICF konsequent berücksichtigt wurde. Auch wenn damit keine eigene oder gar neue Anspruchsgrundlage geschaffen wird, wird damit deutlich, welche Ziele mit der Heilmittelversorgung verfolgt werden sollen. Damit ist insbesondere die Aufforderung an die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt und die Heilmittelerbringer verbunden, darüber nachzudenken, wie mit Heilmitteln als rein therapeutischen Maßnahmen auch Behinderungen vermindert werden können.</p>	<p>den Blick genommen werden und mit geprüft wird, ob frühzeitig mit der Rehabilitationskette bzw. einzelnen rehabilitativen Elementen während der Krankenbehandlung begonnen werden sollte.</p> <p>Die Zielsetzung aus §§ 43 i.V.m. mit § 42 Abs. 1 SGB IX ist zudem auch nicht neu, bereits schon der alte § 27 SGB IX enthielt eine gleichlautende Formulierung.</p>

2.1.2 § 2 Heilmittel

Zu Absatz 1 Satz 2, 1. Spiegelstrich

Die bisherige Bezeichnung „Physikalische Therapie“ wird in „Physiotherapie“ geändert. Die Verwendung der Begriffe „Physiotherapie“ und „Physikalische Therapie“ folgt der Begrifflichkeit des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26.05.1994; danach ist Physiotherapie der Oberbegriff, der die Krankengymnastik und die physikalische Therapie umfasst. Weitere Ausführungen erfolgen unter § 17. Eine entsprechende Anpassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte wird zeitnah angestrebt.

Die Ergänzung der Schlucktherapie in § 2 Absatz 1, dritter Spiegelstrich ist eine Folgeveränderung. Zur Begründung siehe § 33a.

Zu Absatz 2 Satz 2

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass Heilmittel, die im Rahmen von Maßnahmen der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation erbracht werden, nicht unter den Anwendungsbereich der Heilmittel-Richtlinie fallen.

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

2.1.3 § 3 zu Voraussetzungen der Verordnung

Zu Absatz 3

KBV/GKV-SV	PatV
<p>Für die Versorgung mit Heilmitteln ist es vor allem im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplanes von Bedeutung, Informationen über person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu erlangen. Neu aufgenommen wurde auch die Wichtigkeit von Informationen über bisherige Heilmittelbehandlungen. Denn für die ärztliche Behandlungsplanung und Verordnung von Heilmitteln ist es von Bedeutung, dass die Patientin oder der Patient darüber Auskunft erteilt. Die Ärztin oder der Arzt haben keine weiteren Informationsquellen als die Auskunft der Patientinnen und Patienten. Es muss daher betont werden, dass diese Mitwirkung der Patientinnen und Patienten verpflichtend ist. Ziel ist es, beispielsweise parallele Behandlungen mit Heilmitteln, die durch mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte verordnet wurden, zu vermeiden.</p>	<p>Für die Versorgung mit Heilmitteln ist es vor allem im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplanes von Bedeutung, Informationen über person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu erlangen.</p> <p>Die Patientin oder der Patient wirkt bei der Verordnung in Hinblick auf die Indikationsstellung im Rahmen der eigenen Möglichkeiten mit. Diese Eigenverantwortung ergibt sich bereits aus § 1 SGB V und der Mitwirkung des Patienten im Rahmen des Behandlungsvertrags nach § 630c Abs. 3 BGB.</p> <p>Neu aufgenommen wird, dass sich die Ärztin oder der Arzt über bisherige Heilmittelbehandlungen informiert. Ziel ist es, beispielsweise parallele Behandlungen mit Heilmitteln, die durch mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte verordnet wurden, zu vermeiden. Die Verordnung darf jedoch nicht mit Hinweis auf eine fehlende Information verweigert werden. Hat der Arzt oder die Ärztin keine verbindliche Information, hat er oder sie bei indizierter Heilmittelbehandlung von einem neuen Regelfall auszugehen, um den Behandlungserfolg nicht zu gefährden (§ 7 Abs. 7).</p> <p>Eine Mitwirkungspflicht der Patientin oder des Patienten zur Lieferung von Informationen über bisherige Heilmittelbehandlungen im Sinne von § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I, die in der Arztpraxis im Interesse der Krankenkasse eingefordert wird, wird hier nicht normiert. Es kommt daher auch nicht zu der möglichen Rechtsfolge gem. § 66 Abs. 1 SGB I, dass der Arzt oder die Ärztin bei als nicht ausreichend erachteter Mitwirkung die Leistung (Heilmittelverordnung) versagt.</p>

Zu Absatz 4

Die Verwendung der Formulierung „nach pflichtgemäßem Ermessen“ ist verzichtbar und wird daher gestrichen. Es wird als Selbstverständnis angesehen, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt innerhalb des gesetzlichen Rahmens über die Verordnung von Heilmitteln entscheidet. Dies bedarf keiner gesonderten Formulierung. Die Auflistung der Inhalte des § 92 Absatz 6 SGB V wird gestrichen, da es sich hierbei um eine Wiederholung des gesetzlichen Wortlautes handelt, die verzichtbar ist. Ziel der Streichungen ist es, die Richtlinie damit einfacher lesbar zu machen. Zudem werden weitere redaktionelle Folgeänderungen vollzogen.

Absatz 5

Absatz 5 wurde sprachlich angepasst.

2.1.4 § 4 zum Heilmittelkatalog

Absatz 2

Diese Änderung dient der Klarstellung, dass die mit „z. B.“ gekennzeichneten Aufzählungen von Diagnosen unter der Spalte „Diagnosegruppe“ auch in der Neufassung des Heilmittelkatalogs nur beispielhaft ist und damit keinen Anspruch auf Vollständigkeit besitzt. Es ist daher möglich, auch für hier nicht benannte Krankheitsbilder mit entsprechender funktioneller oder struktureller Schädigung, die der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden können, eine Heilmittelbehandlung zu veranlassen. Die weiteren redaktionellen Anpassungen begründen sich mit der Neufassung des Heilmittelkatalogs, da dieser keine Therapieziele mehr enthält. Zudem werden weitere redaktionelle Folgeänderungen vollzogen.

2.1.5 § 6 Verordnungsausschlüsse

In Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 erfolgt an eine Anpassung an geänderte Normen im SGB IX.

2.1.6 Neuer § 6a Ärztliche Diagnostik

In diesem neuen Paragraphen werden die bislang an unterschiedlichen Stellen aufgeführten, nahezu identischen Regelungen aus den §§ 26, 34 und 41 a. F. zusammengefasst. Spezifische Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik in den Heilmittelbereichen bleiben – soweit erforderlich – in den entsprechenden Abschnitten erhalten. Damit werden die Informationen zur erforderlichen ärztlichen Diagnostik an einer Stelle der Richtlinie gebündelt, was zur besseren Handhabung beitragen soll.

2.1.7 § 7 Verordnung im Regelfall

Auf die bisher zu treffende Unterscheidung in „Erstverordnung“ und „Folgeverordnung“ wird zukünftig verzichtet. Künftig wird nur noch zwischen einer „Verordnung im Regelfall“ und einer „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ unterschieden. Damit soll die Komplexität der Heilmittel-Verordnung verringert werden.

Zu Absatz 3

Der Begriff Schädigung/Funktionsstörung wird ICF-konform in „funktionelle/strukturelle Schädigung“ geändert.

Zu Absatz 4 (neu)

In Absatz 4 erfolgt eine Definition des Regelfalls, die klarstellen soll, wann eine Verordnung demselben Regelfall zuzuordnen ist und wann es sich um einen neuen Regelfall handelt. Die Absätze 4 und 5 a. F. wurden zu diesem Zweck umformuliert.

Absatz 5 (neu)

Das behandlungsfreie Intervall wird durch die Definition eines verordnungsfreien Intervalls abgelöst. Damit ist zukünftig nicht mehr das letzte Behandlungsdatum beim Therapeuten, sondern das letzte Verordnungsdatum maßgeblich für die Bemessung des Zeitraums, ab dem Rezidive oder neue Erkrankungsphasen die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall auslösen können. Damit wird ein seit der Neuformulierung der Richtlinie 2001 bestehendes Problem behoben. Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt hatte bislang keine verbindliche Information über den letzten Behandlungstermin einer Verordnung. Daher war es bislang nicht oder nur in Einzelfällen möglich, zu bemessen, wann das behandlungsfreie Intervall von 12 Wochen abgelaufen war.

GKV-SV/KBV	PatV
Da für den Beginn eines neuen Regelfalls künftig nicht mehr das Datum der letzten Behandlung sondern das Datum der letzten Verordnung (im Regelfall) maßgeblich ist, war entsprechend auch der Zeitraum von 12 Wochen auf 16 Wochen zu erweitern.	Der Zeitraum von 12 Wochen wird nicht verändert, da die Dauer einer Verordnung je nach Behandlungsfrequenz stark variieren kann.

Zu Absatz 6 (bisherige Fassung)

Der bisherige Absatz wurde aufgrund der überarbeiteten Einteilung der Heilmittel und des geringen Regelungsgehaltes des Absatzes für verzichtbar angesehen und daher gestrichen.

Zu Absatz 6 (neu, bisheriger Absatz 9)

Es wird klargestellt, dass sich die Höchstverordnungsmenge für ergänzend verordnete Heilmittel in der Physio- und Ergotherapie nach der Anzahl der Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels richtet (z. B. 6 x Krankengymnastik als vorrangiges Heilmittel und 6 x ergänzende Wärmetherapie). Sofern die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde (vgl. § 12 Abs. 2), richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der vorrangig verordneten Heilmittel. Wurden beispielsweise 3 Einheiten Manuelle Therapie und 3 Einheiten Krankengymnastik als vorrangige Heilmittel verordnet, können maximal 6 Einheiten ergänzende Wärmetherapie verordnet werden.

Zu Absatz 7 (neu)

Mit dieser Regelung wird klargestellt, ab wann eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt von einem eigenen Regelfall ausgehen kann und in wie fern er dafür Vorverordnungen anderer Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen muss. Eine verbindliche Kenntnis über bisherige Heilmittelverordnungen erfolgt insbesondere über einen Arztbrief oder eine Kopie der bereits ausgestellten Heilmittel-Verordnung(en) im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Zu Absatz 7, 8 und 10 (bisherige Fassung)

Die bisherigen Absätze 7, 8 und 10 konnten gestrichen werden, da künftig auf eine Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung verzichtet wird.

Zu Absatz 11 (bisherige Fassung)

Der bisherige Absatz 11 war zu streichen, da dessen Inhalt inhaltlich bereits von § 6a (insbesondere Absatz 2) erfasst ist.

2.1.8 § 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls

Zu Absatz 1

Die Streichung des zweiten Teils des Klammerzusatzes in Absatz 1 Satz 1 ist redaktioneller Natur. Darüber hinaus wurden die Formulierungen zur Bemessung der Verordnungsmenge bzw. der Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls überarbeitet, wobei auch auf die Besonderheit bei der Bemessung im Falle einer Angabe einer Frequenzspanne eingegangen wird. Sofern eine Frequenzspanne (z. B. 1-3 x/Wo) angegeben wird, ist bei der Bemessung der maximal verordnungsfähigen Anzahl der Behandlungseinheiten auf den höchsten Wert zurück zu greifen. Wird beispielsweise eine Frequenzspanne von „1-3 x/Wo“ angegeben, ist der Wert „3“ maßgeblich. Folglich kann die Ärztin oder der Arzt für einen Zeitraum von höchstens 12 Wochen maximal 36 Behandlungseinheiten verordnen. Siehe ansonsten Begründung zu § 7 Absatz 6 (neu).

Zu Absatz 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Anpassung in § 7 Absatz 5.

Zu Absatz 3

Mit der Änderung in Absatz 3 wird klargestellt, dass eine weiterführende Diagnostik nicht regelmäßig durchzuführen ist, sondern nur dann, wenn diese für die Entscheidung über die Fortsetzung der Therapie außerhalb des Regelfalls erforderlich ist. Der Begriff „störungsabhängig“ wird ICF-konform in „schädigungsabhängig“ geändert.

Zu Absatz 4

Mit der Ergänzung in Absatz 4 wird klargestellt, dass eine Verordnung außerhalb des Regelfalls nur dann von der Ärztin oder vom Arzt begründet werden muss, wenn die Krankenkasse der oder des Versicherten ein Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls durchführt. Dies dient der bürokratischen Entlastung in den Fällen, in denen Krankenkassen auf ein Genehmigungsverfahren verzichten und vollzieht die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nach (B3 KR 4/07 R vom 15.11.2007, Rn. 23). Bei Versicherten von Krankenkassen, die auf eine Genehmigung verzichten, ist davon auszugehen, dass die medizinischen Gründe für eine Verordnung außerhalb des Regelfalls aus der Patientendokumentation der Vertragsärztin oder Vertragsarztes hervorgehen.

Zu Absatz 5 (neu)

Die bisher aus Absatz 4 hervorgehende Verpflichtung der Krankenkassen, über Änderungen bei Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls die Kassenärztlichen Vereinigungen zu informieren, entfällt. Mit Absatz 5 wird festgelegt, dass die Krankenkassen künftig den GKV-Spitzenverband über die Durchführung sowie bei Änderungen spätestens 18 Wochen vor Beginn des Monats, in dem eine Änderung gültig wird, informieren. Der GKV-Spitzenverband stellt die Informationen über die Durchführung von Genehmigungsverfahren krankenkassenbezogen in einem elektronisch verarbeitbaren Format öffentlich zugänglich zur Verfügung. Die Einzelheiten, insbesondere zur Art sowie zur Bereitstellung der Informationen durch die Krankenkassen werden vom GKV-Spitzenverband festgelegt.

Die Änderung erfolgt im unmittelbaren Zusammenhang mit der Änderung in Absatz 4. Durch den Wegfall der Begründungspflicht für Verordnungen außerhalb des Regelfalls bei Krankenkassen, die auf ein Genehmigungsverfahren verzichten, muss die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bereits während des Ordnungsvorgangs über die Praxisverwaltungssoftware darüber informiert werden, ob die auszustellende Verordnung eine Begründung enthalten muss oder nicht.

Mit der definierten Frist und dem Veröffentlichungsformat wird sichergestellt, dass der GKV-Spitzenverband die Informationen so rechtzeitig veröffentlicht, dass die Einbindung dieser Informationen in die Praxisverwaltungssoftware durch die PVS-Hersteller jeweils zum ersten Tag des Quartals gewährleistet ist.

2.1.9 § 8a Langfristiger Heilmittelbedarf

Zu Absatz 3

Zur besseren Lesbarkeit erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 6

Auf Grund der Zusammenfassung von Diagnosegruppen im Heilmittelkatalog wird nicht mehr zwischen der prognostischen Dauer eines Behandlungsbedarfs (kurzfristig, längerfristig) unterschieden.

GKV-SV/KBV	PatV
<p>Dementsprechend werden diese Bezüge gestrichen.</p> <p>Die Anknüpfung zu Erkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf bei denen in der Regel keine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigung vorliegt, wird beibehalten (z.B. akuter Rückenschmerz ohne Wurzel- oder Bandscheibenschädigung).</p>	<p>Die Art der Verordnung richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Eine allgemeingültige Aussage kann daher hier entfallen.</p>

2.1.10 § 9 Wirtschaftlichkeit

Zur Streichung des Absatzes 2

Die Streichung von Absatz 2 ergibt sich aufgrund der neu geschaffenen Möglichkeit in § 12 Absatz 2, die Verordnungsmenge je Verordnung auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufteilen zu können.

2.1.11 § 11 Ort der Leistungserbringung

In § 11 Absatz 1 wird der Ort der Leistungserbringung weiter konkretisiert. Zur Klarstellung werden daher aus Absatz 2 die Sätze 1 und 2 in Absatz 1 überführt.

Satz 2 regelt, dass die ärztliche Verordnung eines Hausbesuches zur Durchführung der Heilmittelbehandlung in der häuslichen Umgebung der oder des Versicherten nur dann zulässig ist, wenn die Gründe hierfür ausschließlich in ihrer oder seiner Person liegen und medizinisch bedingt sind. Der Begriff „häusliche Umgebung“ umfasst dabei sowohl die Wohnung der Patientin oder des Patienten, als auch z. B. das Senioren- oder Pflegeheim oder die vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe, sofern die Patientin oder der Patient dort im Sinne einer Wohnung lebt und dort ihren oder seinen Lebensmittelpunkt hat. Medizinische Gründe einer Heilmitteltherapie in der häuslichen Umgebung liegen insbesondere bei einer Immobilität der Patientin oder des Patienten vor. Dies ist dann der Fall, wenn sie oder er (noch) nicht in der Lage ist, die Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten aufzusuchen. Die Unterbringung der Patientin oder des Patienten in einer Einrichtung (z.B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) ist für sich genommen nicht bereits eine ausreichende medizinische Begründung für die Verordnung eines Hausbesuches.

2.1.12 § 12 Auswahl der Heilmittel

Zu Absatz 1

Zu besseren Verständlichkeit wurde der Absatz 1 umformuliert. Zudem wurden die Sätze 3 und 4 ergänzt. Dies dient der Klarstellung, dass die im Heilmittelkatalog hinterlegten Frequenzempfehlungen auf Erfahrungswerten basieren und als Empfehlung an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt gelten. In medizinisch begründeten Fällen kann es jedoch erforderlich sein, bei der Verordnung von der Frequenzempfehlung des Heilmittelkatalogs abzuweichen und eine höhere oder niedrigere Behandlungsfrequenz anzugeben (z.B. vorübergehender erhöhter Therapiebedarf nach operativen Schultereingriffen oder zeitweise Frequenzverringerung bei Kindern zum Ende einer Behandlungsserie). Es ist davon auszugehen, dass die Begründung aus der Patientendokumentation hervorgeht.

Zur Streichung Absatz 2

Die Regelung im bisherigen Absatz 2 ist nun in Absatz 1 integriert. Absatz 2 ist daher redundant und wurde gestrichen.

Zu Absatz 2 (neu)

Die Änderung sieht vor, dass neben der Ergotherapie künftig auch im Bereich der Physiotherapie mehrere unterschiedliche vorrangige Heilmittel verordnet werden können. Die neue Regelung soll u.a. der Flexibilisierung der Therapie dienen und dem verordnenden Arzt/ der verordnenden Ärztin mehr Therapieoptionen eröffnen. So können z.B. künftig schon während der Laufzeit einer Verordnung bedarfsbezogen und zielgerichtet passive Maßnahmen und aktive Maßnahmen zur Anwendung kommen. In der Ergotherapie hat sich diese Möglichkeit, gleichzeitig unterschiedliche (vorrangige) Heilmittel zu verordnen, bei verschiedenen Erkrankungsbildern (insbesondere aus dem Bereich der Neurologie) bewährt. Darüber hinaus ergeben sich auch aus Leitlinien Hinweise darauf, dass die kombinierte Verordnung verschiedener Heilmittel bei einer Erkrankung insbesondere auch abhängig vom Verlauf medizinisch sinnvoll sein kann (z.B. Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz zur Kombination von passiven und aktivierenden Maßnahmen).

Zu Absatz 3

Es wurden die optionalen Heilmittel in die vorrangigen Heilmittel integriert. Der verordnende Arzt/ die verordnende Ärztin kann mehrere unterschiedliche, vorrangige Heilmittel verordnen (siehe § 12 Absatz 2). Die Streichung von Satz 4 („Auf dem Verordnungsvordruck ist das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen.“) hat zum Ziel, das Missverständnis, dass nur das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen ist, zu vermeiden. Nach § 13 Absatz 2 ist jedes Heilmittel eindeutig zu bezeichnen. Auf Grund der Überführung der Therapieziele aus dem Heilmittelkatalog in den Richtlinien text und weiteren Ergänzungen bzw. Spezifizierung dieser, ist eine Unterscheidung bzw. Priorisierung in optionale und vorrangige Heilmittel verzichtbar. Die Auswahl der Heilmittel erfolgt gemäß den Vorgaben in § 12.

Zu Absatz 4

Satz 2 wird zur Vermeidung von Dopplungen gestrichen, da im Absatz 7 (neu) u.a. die Verordnungsmenge der standardisierten Heilmittelkombination reguliert wird.

Zu Absatz 5 und 8

Bei den Änderungen handelt es sich um Folgeänderungen aus § 2.

Zu Absatz 7

Mit der Neufassung des § 12 Absatz 7 werden die Gesamtverordnungsmengen der standardisierten Heilmittelkombination und der Maßnahmen der Massagetherapie neu innerhalb und außerhalb des Regelfalls auf insgesamt höchstens 12 Einheiten einheitlich festgelegt. Die Regelung greift eine zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffene Auslegung im konsentierten Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Fragen Nr. 32 und 33) (<http://www.kbv.de/html/heilmittel.php>) auf und trägt damit zur Regelungsklarheit und Entbürokratisierung bei. Mit der Anpassung der maximalen Verordnungsmenge von 10 auf 12 Einheiten ist keine Ausweitung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls verbunden. Mit der bisherigen Begrenzung auf 10 Einheiten war eine Fehlerquelle insbesondere im Zusammenhang mit Folgeverordnungen verbunden. Mit der Vereinheitlichung auf ein Vielfaches von sechs wird eine einfache Bemessung von Verordnungsmengen ermöglicht. Einer solchen Vereinfachung stehen keine medizinischen Erkenntnisse entgegen. Die Anhebung von 10 auf 12 Einheiten stellt vor diesem Hintergrund keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO dar. Bei der absoluten Begrenzung auf 12 Einheiten ist zu berücksichtigen, dass in § 19 Absatz 3 Nummer 3 klargestellt wurde, dass auch Massagetechniken als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung zur lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet zur Anwendung kommen können.

Zu Absatz 9

In § 12 Absatz 9 wurde eine Regelung aufgenommen, wonach ein verordnetes vorrangiges Heilmittel in medizinisch begründeten Ausnahmefällen auch als Doppelbehandlung verordnet werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um dasselbe vorrangige Heilmittel handelt. Bei Verordnung einer Doppelbehandlung sind die beiden Behandlungseinheiten zusammenhängend abzugeben.

Die Regelung greift eine zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffene Auslegung im konsentierten Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Frage Nr. 11) (<http://www.kbv.de/html/heilmittel.php>) auf und trägt damit zur Regelungsklarheit und Entbürokratisierung bei.

Fallgestaltungen für eine Doppelbehandlung können sich insbesondere dort ergeben, wo aufgrund multipler struktureller oder funktioneller Schädigungen und Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten mit der normalen Zeiteinheit eine effektive Therapie nicht oder kaum durchführbar ist, da bspw. das Ausmaß der Schmerzen in Verbindung mit den ausgeprägten Funktionsstörungen oder ausgeprägte Tonusstörungen oder Spastiken zunächst eine Detonisierung der beteiligten Muskulatur sowie die Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster erforderlich machen, bevor der Patient mit einer aktiven Heilmitteltherapie behandelt werden kann. Zur Erreichung des Behandlungsziels, kann in diesen Fallgestaltungen daher eine längere Therapiezeit pro Behandlungseinheit angezeigt sein.

2.1.13 § 13 Verordnungsvordruck

Zu Absatz 1

Absatz 1 wurde zur besseren Lesbarkeit umstrukturiert.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe b.

Es handelt sich hier um eine Folgeänderung, da die Art der Verordnung sich nur noch nach „Verordnung im Regelfall“ und „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ unterscheidet (vgl. Ausführungen zu § 7).

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe d.

Zukünftig wird die Angabe, ob ein Therapiebericht benötigt wird, vereinfacht abgebildet.

Zu Absatz 2 Satz 3 Streichung Buchstabe e. (bisherige Fassung)

Die Angabe, ob die Therapie in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden soll, erfolgt zukünftig über die Bezeichnung des Heilmittels.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe f. (alt) / e. (neu)

Es handelt sich um eine Folgeanpassung zu § 15, wonach die Ärztin oder der Arzt einen dringlichen Behandlungsbedarf, bei dem die Behandlung innerhalb von 10 Tagen aufgenommen werden soll, auf der Verordnung kenntlich macht.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe g. (alt) / f. (neu)

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung, da der Begriff „Verordnungsmenge“ in der Praxis teilweise unterschiedlich verstanden wurde.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe i. (alt) / h. (neu)

Die Beispiele für „ergänzende Angaben zum Heilmittel“ wurden angepasst. Die Angabe „KG oder Übungsbehandlung im Bewegungsbad“ erfolgt künftig über die Bezeichnung des Heilmittels (siehe Auflistung im Heilmittelkatalog) und war daher als Beispiel zu streichen. Weitere Beispiele für ergänzende Angaben zum Heilmitteln können „Doppelbehandlung“ oder bei „KG-ZNS“ die Angabe „Bobath“ sein.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe j. (alt) / i. (neu)

Es erfolgte eine begriffliche Anpassung aufgrund der Änderung von § 12 Absatz 1 und § 16 Absatz 2. Darüber hinaus wurde ergänzt, dass die Angabe auch als Frequenzspanne möglich ist.

Zu Absatz 2 Satz 3 Streichung Buchstabe k. (bisherige Fassung)

Die Angabe der Therapiedauer für Heilmittel der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie für Manuelle Lymphdrainage erfolgt künftig über die Bezeichnung des Heilmittels (siehe Auflistung im Heilmittelkatalog) und war daher als gesonderte Angabe zu streichen.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe l. (alt) / j. (neu)

Da der Diagnoseschlüssel (die Verknüpfung von Diagnosegruppe und Leitsymptomatik) weggefallen ist, ist künftig nur noch die Diagnosegruppe anzugeben (z. B. WS oder EX).

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m. (alt) / k. (neu)

Es wird klargestellt, dass die konkrete(n) therapierelevante(n) Diagnose(n) im Format ICD-10 und als Klartext anzugeben sind. Der Klartext kann verändert und um einen Freitext ergänzt werden.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe n. (alt) / l. (neu):

Die Regelungen zur Angabe der Leitsymptomatik werden angepasst. Demnach besteht unverändert die Möglichkeit eine buchstabenkodierte Leitsymptomatik und/oder den entsprechenden Klartext aus dem Katalog auf die Verordnung zu übernehmen. Die Ärztin oder der Arzt kann auch gleichzeitig mehrere Leitsymptomatiken angeben. Darüber hinaus besteht künftig die Möglichkeit, eine oder mehrere patientenindividuelle Leitsymptomatik(en) als Freitext anzugeben, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin oder des Patienten handlungs-

leitend ist/sind. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann und mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen a), b) oder c) vergleichbar ist. Damit soll die Angabe spezifischer individueller Informationen zu den Schädigungen der Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, ohne dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt auf die definierten Leitsymptomatiken nach HMK zurückgreifen muss.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe o. (alt) / m. (neu)

Hier handelt es sich um eine Folgeänderung entsprechend § 8 Absatz 4. Eine medizinische Begründung ist nur noch bei den Krankenkassen notwendig, die einen Genehmigungsvorbehalt für Verordnungen außerhalb des Regelfalls ausgesprochen haben.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe p. (alt) / n. (neu)

Hier wurde der Zusatz „insbesondere bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie und bei „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ gestrichen, da wesentliche Befunde bei allen Heilmittelverordnungen wichtig sein können.

C. Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern

2.1.14 § 15 Beginn der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

Für alle Heilmittelbereiche wird einheitlich der späteste Behandlungsbeginn auf 28 Tage festgelegt. Um auch weiterhin einem dringlichen Behandlungsbedarf Rechnung zu tragen, wird hierfür ein Behandlungsbeginn innerhalb von 10 Tagen festgelegt.

Zu Absatz 2

GKV-SV/KBV	PatV
Entsprechend der bisherigen Regelung wird die Gültigkeit der Verordnung gemäß Absatz 1 angepasst.	Um den Zugang zur Heilmittelbehandlung sicherzustellen und nicht durch Therapeutenengpässe, begrenzte Kapazitäten oder eine begrenzte Anzahl an Praxen (bspw. in ländlichen Bereichen, barrierefreie Angebote etc.) zu gefährden, verliert die Verordnung einheitlich nach 28 Tagen ihre Gültigkeit.

2.1.15 § 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 2

Mit Satz 1 wird klargestellt, dass die Frequenzangabe auf der Verordnung für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend ist. Durch die Möglichkeit der Übernahme einer Frequenzspanne auf den Verordnungsvordruck (Bsp. 1-3-mal pro Woche) können in dem damit vorgegebenen Rahmen Änderungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten, die bislang einer obligaten Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bedürfen, vermieden werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich damit sowohl auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte, der Heilmittelerbringer als auch der Krankenkassen der bürokratische Aufwand verringert.

Bei der Verordnung von Ernährungstherapie ist die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht verpflichtet, eine Frequenz anzugeben, da sich die Therapie nach dem individuellen

Bedarf der Patientin oder des Patienten richtet und in enger Abstimmung mit der Ernährungstherapeutin oder dem Ernährungstherapeuten bestimmt wird. Daher ist bei einer Abweichung von der ärztlichen Angabe keine Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt erforderlich.

Zu Absatz 3

Wird in der Physiotherapie, Ergotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprach- und Schlucktherapie die Behandlung ohne angemessene Begründung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die verbleibenden Therapieeinheiten grundsätzlich ihre Gültigkeit; mit der Folge, dass die Behandlung abgebrochen werden muss. Im Interesse der Patientinnen und Patienten sehen die Rahmenempfehlungen und -verträge nach § 125 SGB V schon heute vor, dass die Heilmitteltherapie z. B. krankheits-, ferien-, oder urlaubsbedingt unterbrochen werden oder eine Unterbrechung therapeutisch indiziert sein kann. Solche begründeten Unterbrechungen stellen dann auch keine Abweichung von der Frequenz dar.

Mit der Änderung in Absatz 3 erfolgt eine Aufnahme dieser Praxis in die Regelung. Mit der Formulierung „angemessen“ wird deutlich gemacht, dass nicht jede beliebige Behandlungsunterbrechung von der Ausnahmeregelung umfasst ist. Der Heilmittelerbringer hat auch in den Fällen der begründeten Unterbrechung zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird. Das Nähere, wie bspw. die Gründe und Voraussetzungen einer angemessenen Begründung sowie deren Dokumentation regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.

Zu Absatz 4

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung.

Zu Absatz 5

Die Heilmittel-Richtlinie sieht vor, dass vorrangig Gruppentherapie zu verordnen ist, sofern eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist (vgl. § 10 HeilM-RL). Grund hierfür sind zum einen gruppenspezifische gewünschte Effekte, die erfahrungsgemäß zu besseren Behandlungsergebnissen führen können. Zum anderen entspricht der Grundsatz „Gruppentherapie“ auch dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot. In Zeiten steigender Zahlen von Patientinnen und Patienten und begrenzten Zahlen von Therapeutinnen und Therapeuten kann Gruppentherapie zudem dazu beitragen, dass Kapazitäten für Heilmittelbehandlungen in den Praxen besser genutzt werden können und die Behandlung der Patientinnen und Patienten sichergestellt wird. Mit der Änderung wird die Entscheidungskompetenz der Heilmittelerbringer erhöht, indem bei Erkrankungen, bei denen sich im Verlauf der Therapie zeigt, dass eine Einzeltherapie nicht mehr zwingend medizinisch geboten ist, die Möglichkeiten zur Organisation von Gruppentherapien ermöglicht werden. Hierfür ist die Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten nötig und das Einvernehmen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt herzustellen.

D. Maßnahmen der Physiotherapie

2.1.16 § 17 Grundlagen

Zu Absatz 1

Die Beschreibung der Grundlagen wurde an den aktuellen Stand angepasst. Die bisher verwendete Bezeichnung „Physikalische Therapie“ wird durch den Begriff „Physiotherapie“ ersetzt und folgt damit der Nomenklatur des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG sowie der Ausbildungs- und Prüfungsver-

ordnung Physiotherapie (PhysTH-AprV), vgl. Ausführungen zu § 2 Absatz 1). Der Begriff „Physiotherapie“ umfasst dabei alle aktive und passiven Therapieformen. Darunter findet sich einerseits die Krankengymnastik als Maßnahme der Bewegungstherapie, die der Physiotherapeuten oder dem Physiotherapeuten vorbehalten ist sowie andererseits die physikalische Therapie, in der Physiotherapeuten und Masseure gleichberechtigt nebeneinander tätig werden. Die physikalische Therapie als Unterform der Physiotherapie untergliedert sich in die Bereiche Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie sowie Thermotheapie. Mit der Umformulierung ist keine inhaltliche Änderung der bisher unter der Bezeichnung „Physikalische Therapie“ geführten Maßnahmen verbunden.

Zu Absatz 3

Der Hinweis auf die gemäß Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie nicht verordnungsfähigen Heilmittel und Indikationen ist bereits in § 5 für alle Heilmittelbereich übergreifend geregelt und kann daher in den heilmittelbereichsspezifischen Abschnitten entfallen.

2.1.17 § 18 Massagetherapie

Zum neuen Absatz 2

Die übergreifenden Therapieziele der Massagetherapie werden in diesem Paragraphen ergänzt. Damit kann die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog entfallen.

Zu Absatz 3 Nummer 7

Die Beschreibung der Manuellen Lymphdrainage und deren grundsätzlicher therapeutischer Ziele wurde gemäß Formulierungen in der AWMF S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Lymphödeme“ (AWMF Reg.-Nr. 058-001, Mai 2017) aktualisiert.

Die Ergänzung „zusätzlich“ soll betonen, dass eine mögliche Kompressionsbandagierung einer expliziten Verordnung bedarf und nicht Bestandteil der Maßnahmen der manuellen Lymphdrainage ist. Eine Kompressionsbandagierung muss gesondert auf demselben Verordnungsvordruck verordnet werden (Bsp. „MLD-30 + anschließender Kompressionsbandagierung“). Damit wird die bisherige Auslegung der Heilmittel-Richtlinie klargestellt, auf die sich der GKV-Spitzenverband und die KBV bereits im Rahmen des konsentierten Fragen-Antworten-Katalogs vom 22.11.2005 (Frage Nr. 27) (<http://www.kbv.de/html/heilmittel.php>) verständigt hatten. Weitere Begründung siehe auch Diagnosegruppe „LY“ im Heilmittelkatalog.

Darüber hinaus erfolgte eine begriffliche Anpassung in Buchstabe b.

2.1.18 § 19 Bewegungstherapie

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung gemäß der ICF-Klassifikation.

Zu Absatz 3 Nummer 3 Buchstabe a.

An dieser Stelle wird klargestellt, dass innerhalb der Maßnahmen der Physiotherapie auch Massagetechniken als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung zur lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet zur Anwendung kommen können.

Zu Absatz 3 Nummer 3 Buchstabe c.

Es erfolgte eine sprachliche Anpassung.

2.1.19 § 21 Maßnahmen der Elektrotherapie

Der Zusatz „Maßnahmen“ ist notwendig, um den übergeordneten Begriff der „Maßnahmen der Elektrotherapie“ von der spezifischen Maßnahme Elektrotherapie zu unterscheiden.

2.1.20 Bisheriger § 26 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie“

Es erfolgt eine Streichung des bisherigen § 26 und die Integration in Teil B „Grundsätze der Heilmittelverordnung“ (siehe 2.1.6).

E. Maßnahmen der Podologischen Therapie

2.1.21 § 29 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Fußschädigungen durch Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom)

Mit dieser neuen Überschrift zum Paragraphen erfolgt eine redaktionelle Vereinheitlichung der Formulierungen, da in Folge dieser Änderungen nur Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik gelistet werden.

F. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

2.1.22 §§ 30 ff. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Teil F)

Es wird klargestellt, dass die Schlucktherapie zukünftig neben den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verordnet werden kann. Bislang waren Maßnahmen der Schlucktherapie unter den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie subsummiert.

Zu § 30 Absatz 3

Die Streichung ab Satz 2 erfolgt zur Vermeidung von Doppelungen. Die Bestimmungen zu den nichtverordnungsfähigen Heilmitteln sind bereits in § 5 umfassend ausgeführt.

2.1.23 Neuer § 33a Schlucktherapie

Die Schlucktherapie ist nach bisheriger Richtlinienfassung Bestandteil der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und unter den Diagnosengruppen „SC1 krankhafte Störung des Schluckaktes – Dysphagie“ und „SC2 Schädigung im Kopf-Hals-Bereich“ verordnungsfähig. Mit der Überarbeitung der Richtlinie kann die Schlucktherapie künftig explizit verordnet werden, da diese eine eigenständige Therapie ist, die von der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie abzugrenzen ist. Sie wird von Logopäden und speziell ausgebildeten Sprachtherapeuten erbracht. Daher stellt dies keine wesentliche Änderung der Richtlinie im Sinne des 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerO des G-BA dar.

Schluckstörungen betreffen sowohl Kinder als auch Erwachsene. Sie können auf organische und/oder funktionelle Ursachen zurückgeführt werden.

Das übergreifende Ziel einer Schlucktherapie ist die Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckaktes, um eine orale Nahrungsaufnahme zu ermöglichen.

2.1.24 § 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen

Zu Absatz 1 bis 3 (bisherige Fassung)

Es erfolgt eine Streichung der Absätze 1 bis 3 und deren Integration in Teil B „Grundsätze der Heilmittelverordnung“ (siehe 2.1.6)

Zu Absatz 1 (neu)

Der Absatz 1 (neu) entspricht dem bisherigen Absatz 4 und wird geringfügig geändert. Mit der Änderung soll verdeutlicht werden, dass nicht alle aufgelisteten diagnostischen Maßnahmen vor jeder Verordnung notwendig sind. Damit wird die bisherige Auslegung der Heilmittel-Richtlinie aufgegriffen, zu der sich der GKV-Spitzenverband und die KBV bereits im Rahmen des konsentierten Fragen-Antworten-Katalogs vom 22.11.2005 (Frage Nr. 48) (<http://www.kbv.de/html/heilmittel.php>) verständigt hatten.

Punkt 5 „Schlucktherapie“

Darüber hinaus wird unter den Punkten 1.-4. der jeweilige Abschnitt „bei begleitenden Schluckstörungen“ gestrichen, da die Schlucktherapie als eigenständiger Bereich aufgenommen wird. Dafür wird ein neuer Punkt 5 „Schlucktherapie“ eingeführt, in dem nun unter 5.a die Eingangsdiagnostik und unter 5.b die weiterführende Diagnostik bei Maßnahmen der Schlucktherapie aufgeführt werden.

Videofluoroskopie

Die Schlucktherapie war bisher Teil der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

In der Richtlinie (§ 34) waren als Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik bei begleitenden Schluckstörungen

- bildgebende Verfahren
- endoskopische Untersuchung
- neurologische Untersuchung

geregelt. Bei der zum diagnostischen Standard gehörenden Videofluoroskopie wird der Schluckakt zum Einschätzen des Schweregrades der Schluckstörungen und Planung/Überwachung der Therapie mittels Durchleuchtung gefilmt.

Die Videofluoroskopie zählt somit zu den bildgebenden Verfahren und soll in der neuen Richtlinie wegen ihrer weiten Verbreitung explizit benannt werden.

G. Maßnahmen der Ergotherapie

2.1.25 § 35 Grundlagen Maßnahmen der Ergotherapie

Zu Absatz 1

Die vorgenommene Umformulierung trägt der einheitlichen sprachlichen Überarbeitung und Anpassungen des Heilmittelkatalogs an das bio-psycho-soziale Modell der ICF Rechnung und bildet den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand ab.

Es erfolgt eine umfassende Beschreibung die sowohl die Schädigungsebene als auch die Aktivitätsebene miteinschließt. Die Spalte „Beeinträchtigung der Aktivität (Fähigkeitsstörungen)“ wurde im HMK gestrichen und in den Titel der Spalte „Leitsymptomatik“ überführt. Im Gegenzug werden die wesentlichen Therapieziele auf Aktivitätsebene für die jeweilige Behandlung, die sich aus den Beeinträchtigungen ableiten, beschrieben. Somit handelt es sich um keine wesentliche Änderung gemäß 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA.

Zu Absatz 4

Die Streichung ab Satz 2 erfolgt zur Vermeidung von Doppelungen. Die Bestimmungen zu den nichtverordnungsfähigen Heilmitteln sind bereits in § 5 umfassend ausgeführt.

2.1.26 § 36 Motorisch-funktionelle Behandlung

Die Beschreibung der motorisch-funktionellen Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientieren sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO sowie den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Unter § 36 Absatz 2 sind die Maßnahmen in Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt.

Auf die Nennung der Maßnahme (alte Fassung): „Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen“ wurde bewusst verzichtet, da der Begriff „eigenständige Lebensführung“ weder in der Klassifikation der Körperfunktionen und-Strukturen noch in der Klassifikation der Aktivitäten der ICF ein eigenes Kapitel darstellt bzw. keinem Kapitel zuzuordnen ist. Vielmehr ergibt sich die Verbesserung einer eigenständigen Lebensführung aus der Verbesserung verschiedener Aktivitäten, wie Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung. Diese sind unter therapeutischen Zielen aufgeführt.

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt dagegen schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Daher findet sich beispielsweise die Schmerzlinderung/ Minderung schmerzbedingter Reaktionen unter Absatz 2 und nicht unter Absatz 3, da es sich bei Schmerz um eine Körperfunktion handelt.

Wesentliche Ziele für den Bereich der motorisch-funktionellen Behandlung auf Aktivitätsebene sind die Wiederherstellung und Erhalt der Mobilität im Alltag (z. B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel) oder die Wiederherstellung und Erhalt der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen) und der Haushaltsführung (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten). Die ICF sieht in der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation für die Selbstversorgung und das häusliche Leben eigene Kapitel vor (Kapitel 5 und 6), daher wurden die Ziele getrennt dargestellt. In der alten Fassung fanden sich diese in der Formulierung „Selbständigkeit in der Selbstversorgung (z.B. Ankleiden, Hygiene, Haushalt)“.

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

2.1.27 § 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

Die Beschreibung der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO sowie den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Unter § 37 Absatz 2 werden die Maßnahmen mit Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt. Die dargestellten Schädigungen der Körperfunktionen- und Strukturen sind in Anlehnung der Struktur der ICF neu sortiert,

inhaltlich im Wesentlichen unverändert. Die in der alten Fassung stehende Formulierung „Erlangung der Grundarbeitsfähigkeit“ wurde gestrichen. Eine sogenannte „Grundarbeitsfähigkeit“ setzt sich aus der Wiederherstellung und dem Erhalt verschiedenster Aktivitäten zusammen und findet sich beispielsweise in den therapeutischen Zielen wie Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen, Erlangen von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaption des Lebensumfelds.

Außerdem wurde die Maßnahme (alte Fassung): „Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen“ gestrichen, da der Begriff „eigenständige Lebensführung“ weder in der Klassifikation der Körperfunktionen und-Strukturen noch in der Klassifikation der Aktivitäten der ICF ein eigenes Kapitel darstellt bzw. keinem Kapitel zuzuordnen ist. Vielmehr ergibt sich die Verbesserung einer eigenständigen Lebensführung aus der Verbesserung verschiedener Aktivitäten, wie Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung oder Erlangen von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaption des Lebensumfelds.

Diese sind nun unter therapeutischen Zielen aufgeführt.

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Für den Bereich der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung sind dies beispielsweise die Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten aus dem Bereich allgemeiner Aufgaben (z. B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben), von Aktivitäten der Mobilität und Geschicklichkeit im Alltag (z. B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, Fortbewegen im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel) und dem Erlernen von Kompensationsstrategien.

Es handelt sich nicht um neue Ziele, sondern um eine ICF-konforme Zuordnung und Formulierung, die den typischen therapeutischen Ansatz der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung widerspiegeln soll.

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit,

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

2.1.28 § 38 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

Die Beschreibung des Hirnleistungstrainings/ der neuropsychologisch orientierten Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO und den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Die in der alten Fassung stehende Formulierung „Erlangung der Grundarbeitsfähigkeit“ wurde gestrichen. Eine sogenannte „Grundarbeitsfähigkeit“ setzt sich aus der Wiederherstellung und dem Erhalt verschiedenster Aktivitäten zusammen und findet sich bezogen auf das Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Behandlung beispielsweise in den therapeutischen Zielen (Absatz 3) wie Planung und Durchführung täglicher Routinen, einfache und komplexe Aufgaben übernehmen, situationsgerechtes Verhalten wieder.

Unter § 38 Absatz 2 werden die Maßnahmen mit Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt. Gemäß Klassifikation der Körperfunktionen in der ICF erfolgt eine Neusortierung nach globalen und spezifischen mentalen Funktionen.

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Für den Bereich des Hirnleistungstrainings/ neuropsychologisch orientierter Behandlung sind dies insbesondere die Entwicklung/ Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Planung und Durchführung täglicher Routinen, einfache und komplexe Aufgaben übernehmen), interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z.B. situationsgerechtes Verhalten, Familienbeziehungen), aber auch der Mobilität im Alltag (z. B. Tragen von Gegenständen, Benutzung von Transportmitteln), der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen) und dem Erlernen von Kompensationsstrategien.

Es handelt sich nicht um neue Ziele, sondern um eine ICF-konforme Zuordnung und Formulierung, die den typischen therapeutischen Ansatz des Hirnleistungstrainings / der neuropsychologisch orientierten Behandlung abbilden soll.

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

2.1.29 § 39 Psychisch-funktionelle Behandlung

Die Beschreibung der psychisch-funktionellen Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO und den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Unter § 39 Absatz 2 werden die Maßnahmen mit Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt. Gemäß Klassifikation der Körperfunktionen in der ICF erfolgt eine Neusortierung nach globalen und spezifischen mentalen Funktionen.

Die unter Maßnahmen aufgeführte Formulierung (alte Fassung) „Verbesserung der eigenständigen Lebensführung und der Grundarbeitsfähigkeit“ wurde gestrichen. Eine sogenannte „Grundarbeitsfähigkeit“ und auch eine „eigenständige Lebensführung“ wird durch die Wiederherstellung und dem Erhalt verschiedenster Aktivitäten erreicht. Zudem lassen sich beide Formulierungen nicht den Kapiteln der ICF (Körperfunktionen-Strukturen und Aktivitäten und Partizipation) eindeutig zuordnen.

Bezogen auf die psychisch-funktionelle Behandlungen werden unter den therapeutischen Zielen entsprechende Aktivitäten genannt, z. B. tägliche Routine in richtiger Reihenfolge durchführen, Tagesstrukturierung, bewusste sinnliche Wahrnehmung, Aufmerksamkeit fokussieren.

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Für den Bereich der psychisch-funktionellen Behandlung sind dies insbesondere die Entwicklung/ Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten aus dem Bereich allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. tägliche Routine in richtiger Reihenfolge durchführen, Tagesstrukturierung), aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmung,

Aufmerksamkeit fokussieren), aus dem Bereich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (soziale Interaktion, Aufbau und Erhalt von Beziehungen) oder die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit, des Selbstvertrauens und Entscheidungsfähigkeit.

Es handelt sich nicht um neue Ziele, sondern um eine ICF-konforme Zuordnung und Formulierung, die den typischen therapeutischen Ansatz der psychisch-funktionellen Behandlung abbilden soll. Beispielsweise findet sich das Ziel (a.F.) „Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit“ in dem neu formulierten Ziel: Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten aus dem Bereich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (soziale Interaktion, Aufbau und Erhalt von Beziehungen)

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

2.1.30 § 40 Therapieergänzende Maßnahmen sowie Heilmittelkatalog EN1

Eine ggf. erforderliche ergotherapeutische Schiene kann auf dem Heilmittelverordnungsformular zusammen mit dem erforderlichen Heilmittel verordnet werden, z. B. Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene. Hintergrund ist, dass die ergotherapeutische Schiene als Sachaufwendung des Heilmittelerbringers weder ein Hilfsmittel noch ein Heilmittel darstellt. Mit der Änderung wird sichergestellt, dass im Abrechnungsverfahren der Heilmittelerbringer kein anderer Vordruck zur Abrechnung kommt. Durch die feststehende Abrechnungspositionsnummer für die ergotherapeutische Schiene ist sichergestellt, dass diese Leistungen bei der arztbezogenen Erfassung nicht als Heilmittelausgaben berücksichtigt werden.

2.1.31 Bisheriger § 41 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Ergotherapie“

Es erfolgt eine Streichung und die Integration in Teil B „Grundsätze der Heilmittelverordnung“ (siehe 2.1.6).

H. Ernährungstherapie

2.1.32 § 42 „Grundlagen“

Zu den Absätzen 4 und 5

Die übergreifenden Therapieziele der Ernährungstherapie werden in diesen Paragraphen ergänzt. Damit kann die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog entfallen.

2.2 Neufassung des zweiten Teils der Richtlinie (Heilmittelkatalog)

Die mit der Überarbeitung des Heilmittelkatalogs vorgenommenen Änderungen, insbesondere die Zusammenlegung von Diagnosegruppen, die Vereinheitlichung der Leitsymptomaten und die Eingliederung der optionalen Heilmittel in die vorrangigen Heilmittel sollen zu einer Vereinfachung und Entbürokratisierung des Verordnungsvorgangs führen. Gleichzeitig sind damit keine wesentlichen Änderungen i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA oder Erweiterungen der jeweiligen Indikationsbereiche der verordnungsfähigen Heilmittel oder der Art der Erbringung verbunden. So ergeben sich die mit den jeweiligen Maßnahmen der Heilmitteltherapie verbundenen Ziele und Indikationsbereiche nach wie vor aus den Definitionen gemäß §§17 – 45 der Richtlinie. Die dort hinterlegten Inhalte der einzelnen Heilmittelmaßnahmen wurden bei Bedarf noch ergänzt und auf den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse gebracht.

2.2.1 Überarbeitung der Spalte Diagnosegruppen

Zusammenfassung von Diagnosegruppen

Die Zusammenfassung der Diagnosegruppen dient der Reduzierung der Komplexität des Heilmittelkataloges und trägt somit zu einer Entbürokratisierung in dessen Anwendung bei. Bei der Auswahl der Diagnosegruppe wird künftig nicht mehr unterschieden, ob es sich um einen kurz- oder längerfristigen Behandlungsbedarf handelt. Damit entfällt der Aufwand für die Ärztin oder den Arzt, bei einem Wechsel der Diagnosegruppen innerhalb eines Regelfalles die bisher ausgestellten Verordnungsmengen auf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles anzurechnen. Der damit bisher verbundene Dokumentationsaufwand, insbesondere auch bei einem Arztwechsel, kann damit entfallen. Die Vorgabe zur Anrechnung von verordneten Mengen der Vorverordnungen von „verwandten Diagnosegruppen“ war zudem eine potentielle Fehlerquelle, die mit der Zusammenlegung wegfällt. Im Zuge der Zusammenlegung der Diagnosegruppen mit kurz-, mittel-, oder längerfristigen Behandlungsbedarf wurde in der Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ der Hinweis aufgenommen, dass sich die Verordnungsmenge stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles bedarf. Damit wird klargestellt, dass bspw. bei funktionellen/strukturellen Schädigungen mit einem kurzzeitigem Behandlungsbedarf die im Heilmittelkatalog vorgesehenen Höchstverordnungsmengen mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht regelhaft auszuschöpfen sind.

Überarbeitung der Beispieldiagnosen

Die Änderungen, Zusammenführungen und Ergänzungen der Beispieldiagnosen erfolgen mit dem Ziel, medizinisch relevante Diagnosen zu benennen und die verwendeten Begrifflichkeiten an die aktuelle medizinische Terminologie anzupassen. Die Liste der Beispieldiagnosen ist nach wie vor nicht abschließend.

2.2.2 Anpassung Spalte Leitsymptomatik

Ziel der Neufassung der Leitsymptomatik ist es, die Vorgaben für die verordnenden Vertragsärzte zu flexibilisieren und zu individualisieren. Die bisher im Katalog enthaltenen Leitsymptomaten wurden neu strukturiert und zusammengefasst und, soweit möglich, an die Begrifflichkeiten der ICF angepasst. Mit der zusätzlichen Möglichkeit zur Angabe einer patientenindividuellen Leitsymptomatik soll es ermöglicht werden, für den jeweiligen Patienten individuelle

Angaben zu den Leitsymptomen zu machen. Die Angabe der vorgegebenen Leitsymptomaten nach Heilmittelkatalog ist bei Angabe einer patientenindividuellen Leitsymptomatik verzichtbar. Es können auch gleichzeitig mehrere Leitsymptomaten angegeben werden.

2.2.3 Überführung der Therapieziele in den Richtlinientext

Die Therapieziele waren in der Regel bereits im Richtlinientext in den §§17 – 45 der Richtlinie abgebildet und wurden jetzt einheitlich in den Richtlinientext überführt. Zudem besteht in der Regel ein direkter (kausaler) Zusammenhang zwischen der Leitsymptomatik, dem verordneten Heilmittel und der Zielstellung der Heilmitteltherapie. Die Therapieziele müssen nach wie vor nicht auf der Heilmittelverordnung angegeben werden. Sofern die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt es für sinnvoll hält, Therapieziele auf der Verordnung anzugeben, kann dies optional erfolgen (siehe § 13 Absatz 2 Buchstabe I.). Die Überführung der Ziele in den Richtlinientext dient ebenfalls dazu, die Komplexität des Heilmittelkatalogs zu reduzieren.

2.2.4 Anpassung Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall

Integration optionale in die vorrangigen Heilmittel

Die Unterscheidung zwischen optionalen und vorrangigen Heilmitteln wurde gestrichen und die optionalen Heilmittel in die vorrangigen Heilmittel eingegliedert (siehe auch Begründung zu § 12 Absatz 3).

Benennung der Heilmittel

Unter der Spalte Heilmittel wurde die Bezeichnung und Auswahl der verordnungsfähigen Heilmittel konkretisiert. Durch die Konkretisierung erfolgt keine Aufnahme neuer Heilmittel, sondern lediglich eine Harmonisierung der bisher gültigen Regelung der Heilm-RL im HMK. Bei Heilmitteln, für die im Heilmittelkatalog eine Behandlungszeit vorgegeben wird, wurde die Heilmittelbezeichnung analog der bestehenden Formulierung der MLD um den entsprechenden Minutenwert ergänzt (z.B. „Sprech- und Sprachtherapie-30“). Bei Heilmitteln, die sowohl als Einzeltherapie als auch als Gruppentherapie abgegeben werden können, wurde der Zusatz „Gruppe“ ergänzt und als eigenständiges Heilmittel aufgeführt (z.B. „KG Gruppe“). Bei der Manuellen Lymphdrainage wurden die Heilmittelbezeichnungen um den Zusatz „+ Kompressionsbandagierung“ erweitert und separat aufgeführt (z.B. MLD-60 + Kompressionsbandagierung“). In der Ergotherapie wurden die vorrangigen Heilmittel, bei denen ergänzend eine ergotherapeutische Schiene verordnet werden kann, ebenfalls gesondert mit dem entsprechenden Zusatz aufgeführt (z. B. „motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene“). Die Anpassungen dienen der besseren Abbildung der verordnungsfähigen Heilmittel in der ärztlichen Praxisverwaltungssoftware und sollen Fehler im Zusammenhang mit der Heilmittelauswahl vermeiden.

Frequenzempfehlung als Frequenzspanne

Es wird klargestellt, dass die Behandlungsfrequenz als Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben werden kann. Dadurch können Änderungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten, die einer Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bedürfen, vermindert werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich damit sowohl auf Seiten der Ärzte, der Leistungserbringer als auch der Krankenkassen der bürokratische Aufwand verringert (siehe auch Begründung zu § 16 Absatz 3).

Hinweis zum Langfristigen Heilmittelbedarf

Bei den Diagnosegruppen, die auf der „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V“ enthalten sind, wurde aus Transparenzgründen im Heilmittelkatalog ein Hinweis auf die Anlage 2 eingefügt.

Insgesamt stellen die Anpassungen in der Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ keine wesentlichen Änderungen i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO dar.

Im Folgenden werden nur noch die Änderungen erläutert, die über die vorgenannten Punkte hinausgehen.

I. A Maßnahmen der Physiotherapie

Unter der Spalte Heilmittel wurde die „Übungsbehandlung im Bewegungsbad“ sowie „KG im Bewegungsbad“ ergänzt. Diese waren bisher unter dem jeweiligen Heilmittel „Übungsbehandlung“ oder „KG“ subsumiert (vgl. § 19 Absatz 3 Nr. 1b und § 19 Absatz 3 Nr. 2b) und werden nun explizit benannt. Es handelt sich daher hierbei nicht um neue Heilmittel.

2.2.5 Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsorgane

Zur Diagnosegruppe WS

Bei der Zusammenlegung von WS1 a.F. und WS2 a.F. zu WS (neu) wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 18 Behandlungseinheiten im Regelfall vereinheitlicht. Damit erhöht sich die Verordnungsmenge für die Diagnosegruppe WS1 a.F. von 6 auf 18 Einheiten. Die Verordnungsmenge richtet sich jedoch auch weiterhin stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.

Bisher war es außerdem für den verordnenden Arzt oder die verordnende Ärztin möglich, von der Diagnosegruppe WS1 a.F. auf WS2 a.F. zu wechseln, sofern das Therapieziel nicht erreicht wurde. Dann stand insgesamt ebenfalls eine Gesamtverordnungsmenge von 18 Behandlungseinheiten zur Verfügung.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO dar.

Zur Diagnosegruppe EX

Bei der Zusammenlegung der Diagnosegruppen EX1, EX2, EX3 und EX4 zu EX (neu) wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 18 Behandlungseinheiten vereinheitlicht. Eine Ausnahme sind Kinder- und Jugendliche, hier sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 50 Behandlungseinheiten möglich, wodurch der Status Quo erhalten bleibt. Mit der Zusammenlegung und Vereinheitlichung wird der individuelle Leistungsanspruch der oder des Versicherten nicht berührt. Mit der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls wird davon ausgegangen, dass damit für den Großteil der unter der jeweiligen Diagnosegruppe zusammengefassten Erkrankungen das Therapieziel erreicht werden kann. Der tatsächliche medizinische Bedarf richtet sich jedoch nach dem individuellen medizinischen Erfordernis des Einzelfalls (siehe § 7 Absatz 3 HeilM-RL). Insbesondere bei schwerwiegenden Erkrankungen kann der Bedarf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls übersteigen. Lässt sich die Behandlung mit der im Heilmittelkatalog bestimmten Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht abschließen, besteht auch weiterhin die Möglichkeit zur Verordnung außerhalb des Regelfalls (vgl. § 8).

Darüber hinaus sind der Großteil der unter EX3 a.F. und EX4 a.F. beispielhaft aufgeführten Krankheitsbilder in den Diagnoselisten zu besonderen Ordnungsbedarfen (§ 106b SGB V)

und zum langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V) berücksichtigt (bspw. Klumpfuß, angeborener Tortikollis, Reduktionsdefekte der oberen und unteren Extremitäten, Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheiten des Bindegewebes oder Spondylopathien), so dass dadurch eine krankheitsadäquate Versorgung ebenfalls sichergestellt wird.

Patienten haben zudem die Möglichkeit, bei schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, einen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen, um feststellen zu lassen, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können (siehe § 8a Absatz 3 HeilM-RL).

2.2.6 Erkrankungen des Nervensystems

Zur Diagnosegruppe ZN

Mit der Zusammenlegung der Diagnosegruppen ZN1 a.F. und ZN2 a.F. zu ZN ist bei der Auswahl der Diagnosegruppe künftig nicht mehr zwischen Kindern und Erwachsenen zu unterscheiden. Mit der Klarstellung, dass die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bei Kindern- und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 50 Behandlungseinheiten beträgt, ist ebenfalls keine Veränderung des Status Quo verbunden. Unverändert bleiben die Muskeldystrophien, und Muskelatrophien der Diagnosegruppe ZN zugeordnet. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Neuromuskuläre Erkrankung“ differenzierter dargestellt.

Zur Diagnosegruppe PN

Die Diagnosegruppe PN erhält die neue Bezeichnung **Periphere Nervenläsionen/ Muskelerkrankungen**. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Muskelerkrankungen“ differenzierter dargestellt und die Beispieldiagnosen um rein muskuläre Krankheitsgruppen (z. B. metabolische Muskelerkrankungen) ergänzt. Diese Diagnosen fanden vorher keine explizite Erwähnung, wurden aber von der Leitsymptomatik der vormaligen Diagnosengruppe PN umfasst. Die begriffliche Anpassung stellt somit keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA dar, sondern dient lediglich der Klarstellung.

2.2.7 Erkrankungen der inneren Organe

Zur Diagnosegruppe AT

Bei der Zusammenlegung der Diagnosegruppen AT1 a.F., AT2 a.F. und AT3 a.F. zu AT (neu) wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 18 Behandlungseinheiten vereinheitlicht. Damit erhöht sich die Verordnungsmenge für die Diagnosegruppe AT1 a.F. von 6 auf 18 Einheiten. Die Verordnungsmenge richtet sich jedoch auch weiterhin stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.

Bisher war es außerdem für den verordnenden Arzt oder verordnende Ärztin möglich, von der Diagnosegruppe AT1 a.F. auf AT2 a.F. zu wechseln, sofern das Therapieziel nicht erreicht wurde. Dann stand insgesamt ebenfalls eine Gesamtverordnungsmenge von 18 Behandlungseinheiten zur Verfügung.

Mit der Zusammenlegung und Vereinheitlichung wird der individuelle Leistungsanspruch der oder des Versicherten nicht berührt. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls gilt als Orientierungsgröße, die von der Vorstellung ausgeht, dass damit für den Großteil der unter der

jeweiligen Diagnosegruppe zusammengefassten Erkrankungen das Therapieziel erreicht werden kann. Der tatsächliche medizinische Bedarf richtet sich jedoch nach dem individuellen medizinischen Erfordernis des Einzelfalls (siehe § 7 Absatz 3 HeilM-RL). Insbesondere bei schwerwiegenderen Erkrankungen kann der Bedarf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls übersteigen. Lässt sich die Behandlung mit der im Heilmittelkatalog bestimmten Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht abschließen, besteht auch weiterhin die Möglichkeit zur Verordnung außerhalb des Regelfalls (vgl. § 8).

Darüber hinaus ist die wesentliche unter AT3 a.F. als beispielhaftes Krankheitsbild aufgeführte Mukoviszidose in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Absatz 1a SGB V) berücksichtigt, so dass dadurch eine krankheitsadäquate Versorgung ebenfalls sichergestellt wird.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar.

Zur Diagnosegruppe GE

Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall wurde von 12 Behandlungseinheiten a.F. auf 18 Behandlungseinheiten erhöht. Dies trägt zu einer Vereinheitlichung von Verordnungsmengen von Maßnahmen der Physiotherapie und damit zu einer Minderung der Komplexität des Heilmittelkatalogs bei. Auch hier gilt, dass die Verordnungsmenge sich stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar.

Zur Diagnosegruppe LY

Indikation, Dauer und Frequenz der Manuellen Lymphdrainage sind vom Stadium eines Lymphödems abhängig.

Ziel der konservativen Behandlung und damit der MLD und einer ggf. erforderlichen Kompressionsbehandlung ist die Erkrankung in einen ödemfreien Zustand oder in ein niedrigeres Lymphödem Stadium zurückzuführen.

Im Heilmittelkatalog werden in der Diagnosegruppe LY-Lymphabflussstörungen daher folgerichtig die Stadien des Lymphödems aufgeführt, nach dem auch eine ICD-10.Kodierung erfolgt.

Dabei folgt die Stadien- Einteilung dem aktuellen Konsens der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Lymphödeme“ AWMF Reg.-Nr. 058-001 Mai 2017).

Der Hinweis im Stadium I „Hochlagern reduziert die Schwellung“ dient der Feststellung und Beschreibung dieses Stadiums und bedeutet somit nicht, dass eine Verordnung von MLD hier nicht indiziert ist.

Durch die Verknüpfung der Manuellen Lymphdrainage mit dem Kompressionsbandagierung (MLD-30 + Kompressionsbandagierung etc.) wird der aktuellen Handhabung im Rahmen der Verordnung mittels Heilmittel-Verordnungssoftware Rechnung getragen. Auch bisher war von der Ärztin oder vom Arzt schon zu entscheiden, ob der Therapeut im Nachgang zur manuellen Lymphdrainage eine Kompressionsbandagierung durchführen soll.

Bei der Zusammenlegung der Diagnosegruppen LY1 a.F., LY2 a.F. und LY 3 a.F. zu LY wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 30 Behandlungseinheiten vereinheitlicht. Mit der Zusammenlegung und Vereinheitlichung wird der individuelle Leistungsanspruch der/des Versicherten nicht berührt. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls gilt als Orientierungsgröße, die von der Vorstellung ausgeht, dass damit für den Großteil der unter der jeweiligen Diagnosegruppe zusammengefassten Erkrankungen das Therapieziel erreicht werden kann. Der tatsächliche medizinische Bedarf richtet sich jedoch nach dem individuellen medizinischen Erfordernis des Einzelfalls (siehe § 7 Abs. 3 HeilM-RL). Insbesondere bei schwerwiegenderen Erkrankungen kann der Bedarf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls übersteigen. Lässt sich die Behandlung mit der im Heilmittelkatalog bestimmten Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht abschließend, besteht auch weiterhin die Möglichkeit zur Verordnung außerhalb des Regelfalls (vgl. § 8).

Darüber hinaus sind alle unter LY3 a.F. beispielhaft aufgeführten Krankheitsbilder in der Diagnosenliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Absatz 1a SGB V) berücksichtigt, so dass dadurch eine krankheitsadäquate Versorgung ebenfalls sichergestellt wird.

2.2.8 Sonstige Erkrankungen

Zu den Diagnosegruppen SO1–SO5 (insgesamt)

Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall wurde von 12 Behandlungseinheiten a.F. auf 18 Behandlungseinheiten für diese Diagnosegruppen erhöht. Dies trägt zu einer Vereinheitlichung von Verordnungsmengen von Maßnahmen der Physiotherapie und damit eine Minderung der Komplexität des Heilmittelkatalogs bei. Auch hier gilt, dass die Verordnungsmenge sich stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar.

Diagnosegruppenspezifische Änderungen:

Zur Diagnosegruppe SO1

Für diese Diagnosegruppe gilt die Begrenzung der Gesamtverordnungsmengen für Massage-therapie (§ 12 Absatz 7 HeilM-RL) nicht, da hier ausschließlich Massagetherapien in Form der Colon-oder Bindegewebsmassage als vorrangiges Heilmittel zur Anwendung kommen, die gemäß der gemeinsamen Auslegung der KBV und des GKV-Spitzenverbandes im Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Fragen Nr. 32 und 33) (<http://www.kbv.de/html/heilmittel.php>) nicht begrenzt waren.

Zur Diagnosegruppe SO4

Die Bezeichnung der Diagnosegruppe SO4 a.F. „periphere trophische Störungen“ wird ergänzt um den Begriff „sekundäre“ periphere trophische Störungen. Bei Erkrankungen der des Nervensystems wird der Begriff „peripher“ ergänzt.

Der bisherige Begriff des peripheren Nervensystems ist zu unpräzise. Gemeint sind hier nur die Anteile des vegetativen Nervensystems mit peripheren Auswirkungen, ICF-Konform sympathisches und parasympathisches Nervensystem bezeichnet.

Eine direkte Wirkung auf die peripheren Blutgefäße entfaltet nur der Sympathikus. Er wirkt auf diese vasokonstriktiv und tonisierend. An den Schweißdrüsen bewirkt der Sympathikus eine vermehrte Sekretion. Bei einer Schädigung des Sympathikus, wie beispielsweise bei einer

Neuropathie mit autonomer Beteiligung, kann es daher zu trophischen Störungen der betroffene Hautgebiete kommen.

Die begriffliche Anpassung stellt keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA.

Diagnosegruppe S05

Es erfolgte die Ergänzung des Begriffs „chronisch“ bei den benannten Diagnosen.

Wärmetherapie darf nur bei chronischer Prostatitis und Adnexitis durchgeführt werden. Akute Entzündungen stellen eine relative Kontraindikation für eine Wärmebehandlung dar, weil hierdurch der Entzündungsprozess verstärkt werden kann. Akute Entzündungen der Prostata und der Adnexen werden vorrangig antibiotisch behandelt.

I.B Maßnahmen der Podologischen Therapie

Im Kapitel „Diabetisches Fußsyndrom“ wurden keine inhaltlichen, sondern lediglich strukturelle Änderungen umgesetzt. Dabei wurde die Leitsymptomatik unter c) so benannt, wie sie auf der Verordnung anzugeben ist. Die bisherige Darstellung war zwar inhaltsgleich, hätte als Textangabe auf der Verordnung jedoch so keinen Sinn ergeben („gleichzeitige Schädigung a und b“).

Das zu verordnende Heilmittel richtet sich nach wie vor nach der angegebenen Leitsymptomatik. So kann eine Hornhautabtragung nur bei Hyperkeratose, die Nagelbearbeitung nur bei pathologischem Nagelwachstum und die Podologische Komplexbehandlung nur bei Hyperkeratose und pathologischem Nagelwachstum verordnet werden. Die Beibehaltung dieser strikten Zuordnung dient der Fehlervermeidung.

Durch die Aufhebung der Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung ist auch keine Unterscheidung mehr hinsichtlich der Verordnungsmenge je Verordnung zu machen. Daher sind künftig bei der ersten Verordnung sechs Behandlungseinheiten verordnungsfähig. Da jedoch auch bisher keine Begrenzung der Gesamtverordnungsmenge bestand, entsteht keine Ausweitung des Leistungsumfangs.

Die Vereinheitlichung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung stellt keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO dar.

II. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Regelungen zur Diagnostik wurden in § 6a zusammengefasst. Differenzierte Vorgaben die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie betreffend sind nach wie vor in § 34 der Richtlinie definiert. Daher wird künftig in der Spalte „Verordnungsmenge je Diagnose/ weitere Hinweise“ darauf verzichtet, gesonderte Vorgaben für bestimmte Testungen und Diagnostiken zu machen.

2.2.9 Störungen der Stimme

Zur Diagnosegruppe ST3

Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls wurde auf 10 Einheiten erhöht, da die einer psychisch bedingten akut einsetzenden Stimmlosigkeit zugrundeliegenden Krankheitsmechanismen mit maximal 5 Behandlungseinheiten medizinisch nicht sachgerecht behandelt werden können. Dies betrifft auch die ärztliche Beurteilung, ob weiterführende psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich sind.

2.2.10 Störungen der Sprache und des Sprechens

Diagnosegruppe SP4

Bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit liegt nicht nur eine Störung der Sprache, sondern insbesondere auch eine Störung des Sprechens vor. Deshalb wird die Bezeichnung der Diagnosegruppe SP4 um die Störung des Sprechens und die Bezeichnung des verordnungsfähigen Heilmittels um „Sprechtherapie“ ergänzt. Dies entspricht der aktuell angewandten Therapie und stellt somit keine Änderung in der Art der Erbringung des Heilmittels dar.

Diagnosegruppe SP5

Eine Aphasie kann das einzige Symptom einer zerebralen Erkrankung wie Schlaganfall oder Hirnblutung sein, sodass diese zwingende Verknüpfung mit einer neurologischen, psychischen oder neuropsychologischen Störung medizinisch nicht korrekt ist. Daher wurde die Formulierung „in Begleitung von neurologischen, psychischen und neuropsychologischen Störungen“ gestrichen.

Die erforderlichen Testungen, deren Durchführung weiterhin erforderlich ist, werden in § 6a und § 34 der Heilmittelrichtlinie geregelt und nicht mehr unter den Hinweisen aufgeführt. Daher wurde die Formulierung „geeignete standardisierte Tests (z. B. AAT) zu Beginn und im Verlauf der Therapie erforderlich [...]“ gestrichen.

2.2.11 Störungen des Redeflusses

Diagnosegruppe RE2

In die Leitsymptomatik wurden unter „c“ die Störungen des Redeflusses „mit ausgeprägtem Störungsbewusstsein, Vermeidungsverhalten“ aufgenommen, da diese Begleitsymptome, ähnlich wie beim Stottern, zu einer Verstärkung des Polterns führen können und sich hieraus ein spezifischer Therapiebedarf ergeben kann.

2.2.12 Störungen der Stimm- und Sprechfunktion

Diagnosegruppe SF

Die unter c) beschriebene Leitsymptomatik umfasst auch Stimmveränderungen und Atemstörungen.

2.2.13 Störungen des Schluckaktes

Diagnosegruppe SC

Die bisherigen Diagnosengruppen SC1 und SC2 werden zu der neuen Diagnosegruppe SC: Krankhafte Störungen des Schluckaktes Dysphagie (Schluckstörung) zusammengeführt. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen Diagnosengruppen SC1 und SC2 werden zusammengefasst, z. T. übergeordneten Krankheitsgruppen zugeordnet (z. B. prä-, peri-, postnatale Hirnschädigungen), differenzierter aufgeführt (z. B. neurodegenerative und neuromuskuläre Erkrankungen) und ergänzt (z. B. genetisch bedingte Erkrankungen). Als vorrangiges Heilmittel ist die mit Überarbeitung der Richtlinie eigenständig ausgewiesene Schlucktherapie zu verordnen. Die Dauer der Therapieeinheiten beträgt unverändert zu den vormaligen Diagnosengruppen 30/45 oder 60 Minuten. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt für die gesamte Diagnosegruppe SC 60 Behandlungseinheiten, da diese Verordnungsmenge auch zur Therapie der aus der vormaligen Diagnosegruppe SC2 übernommenen Beispieldiagnose Operationsfolgen medizinisch geboten sein kann. Es gilt auch hier, dass die Verordnungsmenge sich stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf. Bei funktionellen oder strukturellen Schädigungen mit einem kurzzeitigem Behandlungsbedarf sind die im Heilmittelkatalog vorgesehenen Höchstverordnungsmengen mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht regelhaft auszuschöpfen.

III. Maßnahmen der Ergotherapie

2.2.14 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane (SB1 bis SB3)

Die bisherigen **Diagnosegruppen SB1, SB4 und SB5 a.F.** wurden in der **neuen Diagnosegruppe SB1**: Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen) zusammengeführt. Entsprechend sind die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormals drei Diagnosegruppen zusammengefasst worden. Hinsichtlich des verordnungsfähigen vorrangigen Heilmittels – motorisch-funktionelle Behandlung- erfolgt keine Änderung. Die Gesamtverordnungsmenge beträgt für diese Diagnosegruppe 20 Einheiten im Regelfall. Damit ergibt sich für die ehemalige Diagnosegruppe SB4 ein Anstieg der VO-Menge von vormals 6 auf nun 20 Einheiten.

Die Verordnungsmenge richtet sich jedoch auch weiterhin stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.

Bisher war es außerdem für den verordnenden Arzt/ verordnende Ärztin möglich, von der Diagnosegruppe SB4 a.F. auf SB5 a.F. zu wechseln, sofern das Therapieziel nicht erreicht wurde. Dann stand insgesamt ebenfalls eine Gesamtverordnungsmenge von 20 Behandlungseinheiten zur Verfügung. Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar.

Die bisherigen **Diagnosegruppen SB2, SB3 und SB6 a.F.** werden zu der **neuen Diagnosegruppe SB2**: Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen und sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen) zusammengefasst. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormals drei Diagnosegruppen wurden zusammengeführt. Durch diese Zusammenlegung wird die Sympathische Reflexdystrophie Stadium II und III bei den Beispieldiagnosen aufgeführt und stellt keine eigene Diagnosegruppe (vormals SB6) mehr dar. Es ergibt daraus keine Erweiterung für diese Indikation, durch die konkrete Benennung der in Frage kommenden Schweregrade. Im Stadium I steht eine Entlastung durch Ruhigstellung in Funktionsstellung und Hochlagerung sowie medikamentöse Therapie im Vordergrund, ergotherapeutische Maßnahmen sind hier noch nicht angezeigt. Als vorrangige Heilmittel stehen wie vormals auch bei SB2, SB3 und SB6 motorisch-funktionelle und sensomotorische-perzeptive Behandlungen zur Verfügung. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt 30 Behandlungseinheiten.

Damit ergibt sich für die ehemalige Diagnosegruppe SB2 a.F. ein Anstieg der VO-Menge von 20 auf 30 Einheiten. Auch hier gilt, dass sich die Verordnungsmenge stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar.

Die **Diagnosegruppe SB7 a.F.** wird durch die Zusammenlegung der o.g. Gruppen zu **Diagnosegruppe SB3**: System- und Autoimmunerkrankungen mit Bindegewebe-, Muskel- und Gefäßbeteiligung (mit motorisch-funktionellen Schädigungen und sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen). Die Bezeichnung der Diagnosegruppe wurde an die beispielhaft genannten Erkrankungen fachlich angepasst.

2.2.15 Erkrankungen des Nervensystems (EN1 bis EN3)

Die bisherigen Diagnosegruppen EN1 und EN2 werden zu der neuen Diagnosegruppe EN1 ZNS-Erkrankungen - Gehirn / Entwicklungsstörungen zusammengeführt. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen Diagnosengruppen EN1 und EN2 wurden zusammengefasst, z. T. übergeordneten Krankheitsgruppen zugeordnet (z. B. Trisomie 21 unter genetische Syndrome) und differenzierter aufgeführt (z. B. Fehlbildungssyndrome). Als vorrangige Heilmittel können weiterhin sensomotorisch-perzeptive, motorisch-funktionelle, Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte und psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Der Hinweis zur Verordnung von thermischen Anwendungen wurde gestrichen und ist bereits im Richtlinientext a.F. in § 40 Absatz 1 formuliert. Der bisherige Hinweis unter EN2 a.F., wonach eine störungsbildabhängige Zwischendiagnostik nach 20 Behandlungen erforderlich war, wurde gestrichen. Regelungen zur ärztlichen Diagnostik sind übergreifend in § 6a gefasst. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert für ZNS-Erkrankungen und Entwicklungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 60 Behandlungseinheiten, für ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres 40 Behandlungseinheiten, sowie für Entwicklungsstörungen mit Auswirkungen über das 18. Lebensjahr hinaus ebenfalls 40 Behandlungseinheiten.

Dass thermische Anwendungen auf motorisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Behandlungen begrenzt sind, gilt weiterhin, wird jedoch nicht mehr im Katalog, sondern in der Richtlinie (§ 40) aufgeführt.

Die bisherige Diagnosegruppe EN3 wird zu der neuen Diagnosegruppe EN2 ZNS-Erkrankungen – Rückenmark/ Neuromuskuläre Erkrankungen. Die in der vormaligen Diagnosengruppen EN3 aufgeführten Beispielsdiagnosen wurden übernommen und um einige Beispielsdiagnosen (z. B. spinale Muskelatrophie) sowie die explizite Nennung der Fehlbildungssyndrome ergänzt. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin sensomotorisch-perzeptive, motorisch-funktionelle und psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten. Unverändert bleiben die Muskelatrophien der Diagnosegruppe EN2 zugeordnet. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Neuromuskuläre Erkrankung“ differenzierter dargestellt.

Aus der bisherigen Diagnosegruppe EN4 wird die neue Diagnosegruppe EN3 Periphere Nervenläsionen / Muskelerkrankungen. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Muskelerkrankungen“ differenzierter dargestellt und die Beispielsdiagnosen um rein muskuläre Krankheitsgruppen (z. B. entzündliche Muskelerkrankungen) ergänzt. Diese Diagnosen fanden vorher keine explizite Erwähnung, wurden aber von der Leit-symptomatik der vormaligen Diagnosengruppe EN4 umfasst. Die begriffliche Anpassung stellt somit keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA dar, sondern dient lediglich der Klarstellung. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin sensomotorisch-perzeptive und motorisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 20 Behandlungseinheiten.

2.2.16 Psychische Störungen (PS1 bis PS3)

Die bisherige Diagnosegruppe PS1 wird zu der neuen Diagnosegruppe PS1 Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus der vormaligen Diagnosengruppen PS1 wurden übernommen und um die Nennung weiterer Beispielsdiagnosen ergänzt (z. B. ADS/ADHS). Als vorrangige Heilmittel können weiterhin psychisch-funktionelle, Hirnleistungstraining / neuropsychologisch

orientierte und sensomotorisch-perzeptive Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

Aus der **vormaligen Diagnosegruppe PS2** wird die **neue Diagnosegruppe PS2** Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus der vormaligen Diagnosegruppe PS2 wurden übernommen und um die explizite Nennung der diesem Formenkreis zuordenbaren Zwangsstörungen ergänzt. Als vorrangiges Heilmittel kann weiterhin psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

Die **bisherigen Diagnosengruppen PS3 und PS4** werden zu der **neuen Diagnosegruppe PS3** Wahnhafte und affektive Störungen / Abhängigkeitserkrankungen zusammengeführt. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen Diagnosengruppen PS3 und PS4 wurden übernommen und entsprechend gängiger psychiatrischer Nomenklaturen um die Nennung weiterer Beispielsdiagnosen (z. B. schizophreses Residuum) ergänzt. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin psychisch-funktionelle und Hirnleistungstraining / neuropsychologisch orientierte Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

Die **bisherige Diagnosegruppe PS5** wird zu der **neuen Diagnosegruppe PS4** dementielle Syndrome. Die beispielhaft genannte Erkrankung aus der vormaligen Diagnosegruppe PS5 wurde übernommen. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte und psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

IV. Ernährungstherapie

Im Kapitel „Ernährungstherapie“ wurden unter den Diagnosegruppe SAS und CF Leitsymptomatiken zusammengefasst.

Unter SAS wurden die Leitsymptomatiken „Störung des Fettstoffwechsels“ und „Störung des Energiestoffwechsels“ zu „Störung des Fett-/ Energiestoffwechsels“ zusammengefasst. Unter CF wurden die Leitsymptomatiken „drohende Gedeihstörung oder drohender Gewichtsverlust“ und „Gedeihstörung oder Gewichtsverlust“ zu „(drohende) Gedeihstörung oder (drohender) Gewichtsverlust“ zusammengefasst. Die Zusammenfassungen sind lediglich strukturell und stellen keine inhaltliche Änderung und insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar.

2.3 Änderungen in der Anlage 2 zur HeiM-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V

Auf der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf werden die bisherigen Diagnosegruppen durch die geänderten Diagnosegruppen gemäß HMK ersetzt und ggf. fachlich aktualisiert.

Dabei handelt es sich nicht um inhaltliche Änderungen, sondern um korrekte Zuordnungen der jeweiligen Heilmittel zu den neu benannten Diagnosegruppen und Berücksichtigung der Symptomatik. Diese Anpassungen stellen somit keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar.

Im Einzelnen erfolgten folgende neue Zuordnungen:

Heilmittel	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel	
	neu	alt
Physiotherapie	WS	WS1+WS2
	EX	EX1+EX2+EX3+EX4
	CS	CS
	ZN	ZN1+ZN2
	AT	AT1+AT2+AT3
	GE	GE
	LY	LY1+LY2+LY3
	SO1 bis SO5	SO1 bis SO5
Ergotherapie	SB1	SB1+SB4+SB5
	SB2	SB2+SB3+SB6
	SB3	SB7
	EN1	EN1+EN2
	EN2	EN3
	EN3	EN4
	PS1	PS1
	PS2	PS2
	PS3	PS3+PS4
	PS4	PS5
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	ST1-ST4	ST1-ST4
	SP1-SP6	SP1-SP6
	SC	SC1+SC2+SC3
	RE1+RE2	RE1+RE2

Erläuterungen der Änderungen im Einzelnen: **Erkrankungen des Nervensystems:**

- G12.0 bis G12.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN2, SB3 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu SP5, da es bei spinalen Erkrankungen keine Aphasien/Dysphasien gibt. Diese werden ausschließlich durch zerebrale Schädigungen hervorgerufen.
- G14: Neuordnung zu ZN, PN, AT, EN1, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Zusätzlich Zuordnung zu EN3, da regelhaft Symptome aufgrund der peripheren Nervenschädigungen vorkommen (z. B. Muskelatrophien)
- G20.2-: Neuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen
- G24.3: Neuordnung zu ZN bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.
- G61.8: Neuordnung zu PN und EN3 bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei der CIPD nicht um eine Erkrankung des Rückenmarks oder eine neuromuskuläre Erkrankung handelt.
- G71.0: Neuordnung zu ZN, AT, EN2, SB3 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- G80.0 bis G80.9: Neuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- G82.0 bis G82.9: Neuordnung zu ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppe. Fachlich gebotene Zuordnung zu EN2, da die aufgeführten Paresen sowohl durch Schädigungen des Gehirns als auch durch Schädigungen des Rückenmarks verursacht werden können.
- G93.1 bis G93.80: Neuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- G95.0: Neuordnung zu ZN, EN1, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q01.0 bis Q01.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei Enzephalozelen nicht um Erkrankungen des Rückenmarks handelt.
- Q03.0 bis Q03.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei einem Hydrozephalus nicht um eine Erkrankung des Rückenmarks handelt.
- Q04.0 bis Q04.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei angeborenen Erkrankungen des Gehirns nicht um Erkrankungen des Rückenmarks handelt.
- Q05.0 bis Q05.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN1, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q06.0 bis Q06.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN1, da es sich bei angeborenen Fehlbildungen des Rückenmarks nicht um eine Erkrankung des Gehirns handelt. Keine Zuordnung zu SP5, da es bei spinalen Erkrankungen keine Aphasien/Dysphasien gibt. Diese werden ausschließlich durch zerebrale Schädigungen hervorgerufen.
- T90.5: Neuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.

Entzündliche Polyarthropathie, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien

- M05.0-: Neuordnung zu WS, EX, AT und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.
- M 07.1-, M08.1-, M08.2-: Neuordnung zu WS, EX und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung /Änderungen der Diagnosegruppen.
- M32.1, M32.8: Neuordnung zu EX, WS, AT, SB1 und SB3 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen.
- M34.0, M34.1 und Q87.4: Neuordnung zu WS, EX, AT, SB1 und SB3 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.
- M45.0-: Neuordnung zu WS, EX und SB1 SB3 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.

Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem

- M41.0-, M41.1- : Neuordnung zu WS, EX und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.
- Reduktionsdefekte der oberen, der unteren und nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)
- Q71.0 bis Q71.9: Neuordnung zu CS, AT, PN, WS, EX, ZN, GE, LY, und SB2 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen, SO1-SO4 sind unverändert
- Q72.0 bis Q72.9, Q73.0, Q73.1, Q73.8: Neuordnung zu CS, AT, PN, WS, EX, ZN, GE, LY, und SB2 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen, SO1-SO4 sind unverändert
- Q74.3: Neuordnung zu EX und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen
- Q87.0: Neuordnung zu WS, EX, SB2, SC bedingt durch die Zusammenlegung Änderungen der Diagnosegruppen, SP3 und SF sind unverändert

Erkrankungen des Lymphsystems

- I89.01,-02,-04,-05; I97.21,-22,-82,-83,-85,-86; C00-C97; Q82.01,-02,-04,-05: Neuordnung zu LY bedingt durch Änderungen bzw. Zusammenlegung der Diagnosegruppen

Entwicklungsstörungen

- F84.0 bis F84.1 und F84.3 bis F84.8: Neuordnung zu ZN, EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- F84.2: Neuordnung zu ZN, WS, EX, AT, EN1, SB3 und SC bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q90.0 bis Q90.9: Neuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q91.0 bis Q91.7: Neuordnung zu ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q93.4: Neuordnung zu WS, EX4, ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q96.0 bis Q96.9: Neuordnung zu ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.

- Q99.2: Neuordnung zu ZN, EN1 und SB3 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.

Störungen der Atmung

- J44.00 bis J44.90: Neuordnung zu AT bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.
- P27.1 und P27.8: Neuordnung zu AT bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.

Stoffwechselstörungen

- E74.0, E75.0 und E76.0: Neuordnung zu ZN, PN, AT, WS, EX, CS und SB3 bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen, SO1, EN1, EN2, SB1 ist unverändert.

2.4 Inkrafttreten

Die Änderungen treten voraussichtlich zum 1. Oktober 2019 in Kraft. Die Stichtagsregelung wird aufgrund der erforderlichen Vorlaufzeit für die Zertifizierung der Heilmittelverordnung-Software gemäß § 73 Absatz 10 SGB V vorgesehen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Die Ermittlung der Bürokratiekosten erfolgt nach dem Stellungnahmeverfahren.

4. Verfahrensablauf

[wird eingefügt]

5. Fazit

[wird eingefügt]

Berlin, den Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Kapitel B-9 abgebildet.

Die Tabelle zur Auswertung des ersten Stellungnahmeverfahrens findet sich in der **Anlage I** der Zusammenfassenden Dokumentation (Abschlussbericht).

B-7 Mündliche Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V, 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Das Wortprotokoll zur Anhörung ist in Kapitel B 9.2 abgebildet.

B-7.1 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).

Im Folgenden sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung am 25. Oktober 2018 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
Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V:							
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Frauke Kern	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Corinna Lafrentz	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)	Katrin Schubert	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)	Marion Malzahn	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	Andrea Rädlein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Verband der Diätassistenten – Deutscher	Matthias Zöpke	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Bundesverband e.V. (VDD)							
Organisationen der Leistungserbringer gemäß 1. Kapitel § 8 Abs. 2 S. 1 lit. a) VerfO							
VDB-Physiotherapie- verband e.V.	Marcus Troidl	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Thomas Stein- brenner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	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?

B-8 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in den Abschnitten B-6 und B-7 dokumentiert.

Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Kapitel Anlage II ZD).

B-9 Anhang: Stellungnahmen

B-9.1 Schriftliche Stellungnahmen

Stand: 02.10.2018



Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen zum Stellungnahmeverfahren zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeiIM-RL)

Bundesärztekammer (BÄK)

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (dba)

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)

Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)

VDB Physiotherapieverbandes e.V. – Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie (VDB)

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)

Verband Deutscher Podologen e.V. (VDP)

nicht stellungnahmeberechtigte Organisation:

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (BED)



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Absatz 5 SGB V

zum Beschlusssentwurf über eine Änderung der Richtlinie über die
Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-
Richtlinie/HeiM-RL)

Berlin, 27.09.2018

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL)

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 30.08.2018 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V bezüglich eines Beschlussentwurfs über eine Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL) aufgefordert.

Danach sollen die Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL) überarbeitet und der Heilmittelkatalog (HMK) neugefasst werden. Ziele der Überarbeitung sind laut den „Tragenden Gründen“ eine Reduzierung der Regelungskomplexität, eine Entbürokratisierung im Versorgungsalltag und damit die Verbesserung der Anwendbarkeit und Akzeptanz der Richtlinie. Hierzu werden zahlreiche redaktionelle Änderungen sowie strukturelle und begriffliche Harmonisierungen vorgenommen.

Folgende Änderungen sind besonders hervorzuheben:

- Es erfolgt eine verstärkte Anlehnung an das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der WHO und an die Begrifflichkeiten der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF), was zu begrifflichen Änderungen und Anpassungen der Beschreibung einiger Behandlungsformen führt.
- Die Verordnung von Heilmitteln soll nur erfolgen können, wenn sich die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt bei der oder dem Versicherten über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat.
- Auf die bisher zu treffende Unterscheidung in „Erstverordnung“ und „Folgeverordnung“ soll künftig verzichtet werden. Künftig soll nur noch zwischen einer „Verordnung im Regelfall“ (das Therapieziel kann im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge erreicht werden) und einer „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ (die Behandlung lässt sich mit der Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen) unterschieden werden.
- Von einem neuen Regelfall ist auszugehen, sofern die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt keine verbindlichen Informationen über bisherige Heilmittelverordnungen desselben Regelfalls hat, insbesondere über Diagnose und Diagnosegruppe nach HMK.
- Die grundsätzliche Begründungspflicht für Verordnungen außerhalb des Regelfalls soll bei denjenigen Krankenkassen, welche auf ein Genehmigungsverfahren verzichten, wegfallen.
- Der späteste Behandlungsbeginn nach der Verordnung von Heilmitteln durch die Ärztin oder den Arzt wird auf 28 Kalendertage (statt bislang 14 Kalendertage) festgelegt. Bei Vorliegen eines von der Ärztin oder dem Arzt angegebenen dringlichen Behandlungsbedarfs soll die Behandlung innerhalb von 10 Kalendertagen beginnen.
- Künftig soll die Behandlungsfrequenz als Frequenzspanne von der Ärztin oder dem Arzt angegeben werden. Die Heilmittelerbringer können in diesem Rahmen selbstständig die Therapiefrequenz festlegen und variieren.
- Das bisherige behandlungsfreie Intervall mit einer Mindestdauer von 12 Wochen soll von einem verordnungsfreien Intervall abgelöst werden.
- Der HMK soll überarbeitet und in diesem Rahmen vereinfacht werden. Erfolge sollen eine Zusammenlegung von Diagnosegruppen, eine Vereinheitlichung der Leitsymptomatiken sowie die Eingliederung der optionalen Heilmittel (zum Beispiel „Wärmetherapie“) in die vorrangigen Heilmittel (zum Beispiel „Krankengymnastik“). In diesem Rahmen soll auch die Unterscheidung zwischen der prognostischen Dauer eines Behandlungsbedarfs in „kurzfristig“ und „längerfristig“ entfallen.


Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL)

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und die Neufassung des Heilmittelkataloges sowie die damit verbundene Vereinfachung und Entbürokratisierung im Versorgungsalltag.



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung
ERSTER TEIL HeiIM-RL	
<p>§ 1 Abs. 4 zu ergänzen: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband wirken auf eine einheitliche unbürokratische und patientenorientierte Anwendung dieser Richtlinie und auf eine enge Zusammenarbeit zwischen der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und der ausführenden Therapeutin oder dem ausführenden Therapeuten hin</p>	<p>Es ist immer noch so, dass die SSSS-Therapeuten durch weiterhin bestehenden immensen bürokratischen Aufwand belastet werden. Es muss der Grundsatz gelten: unbürokratisch und patientenorientiert.</p> <p>Trotz der zertifizierten Praxisverwaltungssoftware für das Ausstellen von Verordnungen sind nach wie vor sehr viele Verordnungen nicht heilmittelrichtlinienkonform ausgestellt, so dass die ssss-therapeutischen Praxen viele Verordnungen zurück an den verordnenden Arzt geben und um Korrektur bitten müssen. Durchschnittlich müssen für diese Korrekturen 20 Minuten aufgewendet werden. Häufige Fehler sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - falsche Verordnungsmengen (insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls) - Fehlerhafte Kennzeichnung als Erst- oder Folgeverordnung (insbesondere bei Arztwechsel) - Fehlende oder unpassende Leitsymptomatik - ICD-10-Code passt nicht zur ausgeschriebenen Diagnose <p>Die gewünschte enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin und Therapeutin wird durch den erforderlichen Korrekturbedarf beeinträchtigt, da die Formalien oft den fachlichen Austausch über die Inhalte überlagern.</p>
<p>§ 2 Abs. 1 zu ergänzen: (1) Heilmittel sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - die einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie (§§ 18 bis 25), - die einzelnen Maßnahmen der Podologischen Therapie (§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 3), - die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (§§ 31 bis 33a). Das Heilmittel, kurz bezeichnet als „Stimm-, Sprech-Sprach- und Schlucktherapie“, umfasst: 	<p>Für das Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind 12 unterschiedliche Berufe zugelassen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atem-, Sprech- und Stimmlehrer 2. Logopäden 3. Medizinische Sprachheilpädagogen 4. Sprachheilpädagogen (Sprachbehindertenpädagogik) 5. Sprachtherapeuten (Bachelor/Master) 6. Klinische Sprechwissenschaftler 7. Klinische Linguisten 8. Patholinguisten 9. Diplom Sprechwissenschaftler 10. Diplomlehrer für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte 11. Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte/ Sprach-



Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaflhorst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
<p>Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schlucktherapie sowie kommunikationsunterstützende Therapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie (§§ 36 bis 40) und - die Ernährungstherapie (§ 43). <p>§ 2 Abs. 1 zu ergänzen:</p> <p>(1) Heilmittel sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - die einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie (§§ 18 bis 25), - die einzelnen Maßnahmen der Podologischen Therapie (§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 3), - die einzelnen Maßnahmen der Orthophonie (§§ 31 bis 33a). - die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie (§§ 36 bis 40) und - die Ernährungstherapie (§ 43). 	<p>gestörte</p> <p>12. Diplomerzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte</p> <p>Diese 12 Berufe werden eingeteilt in die Fachbereiche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atem-, Sprech- und Stimm-Lehre (abgek. ASSL) 2. Logopädie (griech. Sprecherziehung) 3. akadem. Sprachtherapie <p>Im Jahre 2001 hat der G-BA erkannt, dass die damalige Bezeichnung begrenzt war und hat das Heilmittel umbenannt in die umfassendere Fachterminologie Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (SSST).</p> <p>Da die Entwicklung fortschreitet und im Jahre 2018 Schlucktherapie ein weiterer Bestandteil der Leistungen ist, ist nachvollziehbar, dass der G-BA die Bezeichnung des Heilmittels jetzt erweitert in Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.</p> <p>Aber schon heute umfasst das Heilmittel mehr: Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schlucktherapie sowie kommunikationsunterstützende Therapie. Die Entwicklung wird weiter gehen und damit wird auch der Begriff erweitert werden müssen. Irgendwann würde das den Rahmen sprengen.</p> <p>Die Reduzierung auf einen Begriff wie z.B. nur „Sprachtherapie“ würde dem Spektrum der Leistungen nicht gerecht werden können und den irreführenden Eindruck erwecken, dass damit nur die Leistungen der Berufsgruppe der akadem. Sprachtherapeuten gemeint sind. Dasselbe würde auf die beiden anderen Begriffe - Logopädie oder ASSL - zutreffen.</p> <p>Aus diesem Grunde regen wir an, einen neuen Begriff zu verwenden, der bereits im Jahre 1823 im „Wörterbuch zur Erklärung fremder aus andern Sprachen in die deutsche aufgenommenen Wörter“²⁾ und 1842 in „Jahrbücher der in- und ausländischen gesamten Medicin“³⁾ verwendet wird:</p> <p style="text-align: center;">Orthophonie</p> <p>Dieser Begriff¹⁾ ist in Deutschland semantisch nicht besetzt und die herkömmliche Bedeutung des Begriffs^{2) 3)} passt für das Heilmittel SSSST.</p> <p>Wohlgemerkt, es geht ausschließlich um die Bezeichnung</p>



	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaflhorst-Andersen e.V.
26.09.2018	
	<p>des Heilmittels. Darum, dass es einfach praktisch ist, mit 1 Begriff alle 3 unterschiedlichen Richtungen auszudrücken.</p> <p>Im europäischen Ausland wird dieser Begriff für Logopädie, Sprachtherapie und ASSL verwendet.</p> <p>Damit ist auch in Deutschland die Möglichkeit gegeben, das Heilmittel mit 1 Begriff umfassend zu benennen:</p> <p style="text-align: center;">Orthophonie.</p> <p>1) griech.: ortho (richtig) phone (Stimme). 2) J. Schweizer, 3., umgearb. Aufl., Verlag Orell, Füssli, 1823 „Die Lehre von der richtigen Aussprache der Buchstaben“ 3) C. C. Schmidt Hrsg., 35. Band, Verlag Otto Wigand, Leipzig, 1842 „Lehre, richtige Töne zu geben“ [...] Physiologie des Stotterns und aller Fehler der Pronunciation [...] und anderer Sprachgebrechen [...] vom Stammeln, Lispeln</p>
<p>§ 3 Abs. 2 zu ergänzen: (2) Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um</p> <ul style="list-style-type: none"> – Beeinträchtigungen von Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation entgegenzuwirken und um behindernde Umweltfaktoren (Barrieren) abzubauen – eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, – eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, – einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder <p>Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.</p>	<p>Die HeilM-RL sollte den Anforderungen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) entsprechen und sämtliche bio-psycho-sozialen Aspekte* von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren abbilden.</p> <p>* Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)</p>
<p>§ 4 Abs. 2 Satz 2 zu streichen:</p>	<p>Indikation Die doppelte Beschreibung einer Indikation durch Diagnosegruppe und Leitsymptomatik ist redundant. Durch die Diagnosegruppe (Indikationsschlüssel) ist die Indikation</p>



Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaflhorst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
Den Diagnosegruppen sind die jeweiligen Leitsymptomatiken in Form von funktionellen oder strukturellen Schädigungen , die verordnungsfähigen Heilmittel, die Verordnungsmengen und Empfehlungen zur Therapiefrequenz zugeordnet.	hinreichend erfasst.
	Leitsymptomatik Die Ergänzung Leitsymptomatik trägt nicht zur individuellen Therapieplanung bei, da die im Heilmittelkatalog gelisteten Leitsymptomatiken immer nur beispielhaft und oberflächlich formuliert sein können. Die tatsächliche Leitsymptomatik wird im Rahmen der stimm-, sprech-, sprach-, schluck-, atem-, hör-therapeutischen Diagnostik ermittelt. Die Angabe einer Leitsymptomatik ist auf der Verordnung daher weder formal noch inhaltlich erforderlich, führt aber gleichzeitig zu vielen fehlerhaft ausgestellten Verordnungen (vgl. Begründung zu § 1 Abs. 4). Folglich sollten Angaben zu Leitsymptomatik auf der Verordnung entfallen.
	Frequenz Die Frequenzempfehlungen sollten entfallen, da fundierte Empfehlungen in dieser pauschalen Form nicht möglich sind. Die Frequenzwahl hängt u.a. ab von Therapieintervall, Alter und Compliance des Patienten, Ausprägung und Schweregrad der Störung, begleitenden Störungsbildern, Medikamenten und weiteren Therapien. Bereits jetzt kann der SSSS-Therapeut die Therapiefrequenz in Absprache mit dem Arzt ändern und diese Änderung dokumentieren. Der Wegfall der Frequenzempfehlung würde viel unnötige Arbeit ersparen.
§ 6a Abs. 3 Satz 1 zu ergänzen/zu streichen: Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das Ziel und auch das weitere therapeutische Vorgehen überprüft werden.	Die Formulierung kann den Eindruck erwecken, dass der Arzt jetzt selbst die Heilmitteltherapie im Einzelnen inhaltlich überprüfen soll. Wenn hier „therapeutisch“ im Sinne von „heilen“ gemeint ist, bedarf es in diesem Zusammenhang nicht der ausdrücklichen Erwähnung, da es sich um die HeilM-RL handelt. Bei Nichterreichen des „angestrebten individuellen Therapiezieles“ sollte zuerst das Ziel überprüft werden - und zwar von Arzt und Heilmittelerbringer gemeinsam - noch bevor weitere Schritte eingeleitet werden.
§ 7 Abs. 1	„Der Regelfall“ ist lediglich als Menge, aber nicht medizinisch „definiert“. Auch bei gleichem Indikationsschlüssel ist Therapiedauer individuell sehr unterschiedlich, denn sie hängt von ethischen Faktoren ab (z.B. Alter und Compliance des Patienten, Ausprägung und Schweregrad der Störung, Therapiefre-




Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaflhorst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
	<p>quenz, usw.). Vorgaben wie Regelfall und Gesamtverordnungsmengen sind daher medizinisch nicht zielführend, nur willkürlich und pauschal und sollten folglich entfallen.</p> <p>Das würde gleichzeitig Ausnahmeregelungen außerhalb des Regelfalls überflüssig machen und so maßgeblich zu einer Vereinfachung beitragen. Therapiepausen würden nicht mehr aus rein formalen Gründen erzwungen.</p>
§ 7 Abs. 5 Satz 1 zu ergänzen: Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach Ausstellung der letzten Verordnung im Regelfall ein Zeitraum von 12 Wochen abgelaufen ist (verordnungsfreies Intervall).	Im Falle der Erkrankung sollte die Behandlung unverzüglich beginnen. In der Regel führt das zu einem schnelleren - und damit kostengünstigeren – Behandlungserfolg.
§ 7 Abs. 6	Das Messen des Regelfalls in Menge macht fachlich keinen Sinn, ebenso wenig wie eine willkürliche Unterbrechung. Entweder ist eine Therapie erfolgreich abgeschlossen oder sie muss fortgesetzt werden. Therapiepausen müssen sich sinnvollerweise aus dem Therapieverlauf ergeben. Die Beurteilung liegt im Kompetenzbereich desjenigen, der die Therapie durchführt. <p>Therapiepausen sollten immer aus medizinischen Erwägungen eingelegt werden. Erfahrungsgemäß ist das im Ergebnis wirtschaftlicher. Voraussetzungen, unter denen Heilmittel verordnet werden können, sind in § 3 (2) hinreichend und umfangreich formuliert.</p> <p>Wenn an der Unterbrechungsregelung festgehalten werden soll, dann ist die geringstmögliche Unterbrechung zu wählen.</p>
§ 7 Abs. 7 zu ergänzen: Hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt keine verbindlichen Informationen über bisherige Heilmittelverordnungen desselben Regelfalls, insbesondere über Diagnose und Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog, ist von einem neuen Regelfall auszugehen. Dasselbe gilt für den Heilmittelbringer.	Diese Änderung spiegelt das Dilemma der Verordnungswirklichkeit wider: Es gibt häufig keine verbindlichen Informationen. Deshalb sollte es keinen Regelfall geben, sondern allein die medizinische Notwendigkeit sollte ausschlaggebend sein für die Verordnung. Der SSSS-Therapeut ist in der Lage, diese zu beurteilen. <p>Wenn an der Regelung festgehalten werden soll, dann muss auf jeden Fall klar gestellt werden, dass auch der Heilmittelbringer keine Prüfpflicht hat.</p>



Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrvereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
§ 8 Abs. 1 Satz 2	Ergänzend muss klar gestellt werden, dass die Verordnung auch über die 12 Wochen hinaus ihre Gültigkeit behält, wenn die verordnete Menge auf Grund von Krankheit, Urlaub o.ä. nicht innerhalb von 12 Wochen abgegeben werden konnte.
§ 8 Abs. 4 und 5	Grundsätzlich ist diese Regelung zu begrüßen, es muss aber klar gestellt werden, dass der Heilmittelerbringer keine Prüfpflicht hat.
§ 11 Abs. 1 Satz 3	<p>Die 91. GMK (2018) hat unter TOP 10.11 (Therapie in Schulen) das Bundesgesundheitsministerium darum gebeten, "zur Sicherstellung der therapeutischen Versorgung aller Kinder in Ganztagschulen und Horteinrichtungen auf eine Anpassung der Heilmittel-Richtlinie beim Gemeinsamen Bundesausschuss hinzuwirken", weil „Therapie für viele Kinder, die eine ganztägige Bildung und Betreuung in Schulen und Horteinrichtungen erhalten, erheblich erschwert oder nicht möglich ist.“</p> <p>Im Umfeld von Schulen gibt es Praxen, die zugelassene und perfekt ausgestattete Therapieräume vorhalten. Kinder, die in der Lage sind, allein zu Fuß zur Schule zu gehen, müssten auch in der Lage sein, eine Praxis im Umfeld der Schule aufzusuchen. Kinder, die noch nicht als verkehrstüchtig eingestuft sind, könnten im Rahmen eines verordneten Hausbesuchs von der Schule zur Praxis und zurück durch den Therapeuten begleitet werden.</p> <p>Bei Therapie handelt es sich nicht um eine Freizeitveranstaltung, sondern um notwendige medizinische Versorgung, die das kurzzeitige Verlassen des Schulgeländes (z.B. mit von Schule/Eltern/Therapeut bestätigtem „Passierschein“) rechtfertigen sollte.</p> <p>Die Praxis bietet optimale Voraussetzungen für die Therapie. Die Kinder würden nicht mal kurz aus dem 45 Minuten-Unterricht für 30 Minuten Therapie herausgeholt werden, wären damit weniger in Gefahr, stigmatisiert zu werden und sind erfahrungsgemäß in der außerschulischen Umgebung auch konzentrierter auf die Therapie.</p> <p>Da Schule und Therapie wie bisher getrennte Bereiche wären, wäre es weniger wahrscheinlich, dass Eltern ihre Verantwortung an die Schule abgeben.</p> <p>Planungsworkshop der Behörde für Schule und Berufsbildung, Hamburg "Vereinbarkeit von Therapiebesuch und Ganztagsbeschulung", 2013, Teilnehmende Schulbehörde,</p>



Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
	div. Schulleiter, div. GKV (z.B. vdek, AOK, BKK), div. Berufsverbände der Heilmittelerbringer; Aussagen von Schulen: <ul style="list-style-type: none"> - In den Schulen werden auch langfristig keine den Zulassungsempfehlungen entsprechenden Räume zur Verfügung gestellt werden können. - Therapiezeit ist für Schule eine rechnerische Größe.
§ 11 Abs. 3 NEU zu ergänzen: Für die SSSS-Therapie ist die therapeutisch indizierte Behandlung außerhalb der Praxis (in vivo) zulässig und bedarf nicht der gesonderten Verordnung.	Die Behandlung dient dazu, den Patienten zu befähigen, die in der laufenden Therapie erarbeiteten Fähigkeiten in den Alltag zu transferieren. In vivo fördert die Wiederherstellung der alltagsrelevanten Kommunikationsfähigkeit des Patienten, z.B. bei <ul style="list-style-type: none"> - Stottern, Parkinson, Aphasie, Unterstützer Kommunikation - Alltagsfertigkeiten umsetzen, aus dem geschützten Therapieraum hinaus - Selbstvertrauen stärken mit Rückversicherung durch den Therapeuten - Abbau von Ängsten - Erreichen von Identifikation/Akzeptanz der individuellen Sprechmuster. - Akzeptanz im Umgang mit den Auswirkungen der Sprechbehinderung im Alltag. - Einsatz von erlernten Strategien zur Bewältigung der Alltagskommunikation. - Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten durch elektronische Hilfsmittel im Alltag. - Stimmstörungen <ul style="list-style-type: none"> - Analyse der Umweltfaktoren - Stimmbelastungen und Stimmbeanspruchungen - Faktoren und Verhaltensweisen erkennen Die Entscheidung für in vivo wird innerhalb des Therapieverlaufs gefällt und bedarf nicht der Verordnung des Arztes.
§ 12 Abs. 1 Art	SSSS-Störungen sind komplexe Störungen, die meist mit anderen SSSS-Störungen vergesellschaftet auftreten. Es ist das herausragende Merkmal der SSSS-Therapie, dass das Berücksichtigung findet. Die therapeutischen Interventionen beziehen deshalb immer das gesamte zur Verfügung stehende Therapiespektrum ein. Alles andere wäre fachlich unzulässig. Die SSSS-Therapie ist methodenübergreifend und nicht isoliert untergliedert in Teilbereiche. So ist z.B. Dysphagie häufig mit Aphasie sowie Dysarthrie und Dysphonie vergesellschaftet, Dysarthrie mit Störungen

	<p>Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.</p>
<p>26.09.2018</p>	
	<p>der Stimmgebung und Sprechatmung, Stottern mit Stimmstörungen usw.</p> <p>Ob und wieviel Anteil Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie im Einzelfall notwendig und sinnvoll ist, fordert der jeweilige aktuelle Therapiestand. Störungen können sich überlagern und im Verlaufe der Therapie unterschiedlich stark in den Vordergrund treten, so dass sich die therapeutische Intervention jederzeit des gesamten Spektrums der Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie bedienen können muss.</p> <p>Die Aufsplitterung der SSSST in Teilbereiche und die isolierte Verordnung würde fachlich einen Rückschritt in die Zeit vor 50 Jahre bedeuten und einen massiven Qualitätsverlust. Die SSSS-Therapie wäre auf schematische isolierte Arbeitsvorgänge reduziert. Das entspräche in keiner Weise den beruflichen Ausbildungsstandards der Arbeitsweise SSSS-Therapeuten.</p>
<p>§ 12 Abs. 1 Zeit</p>	<p>Gemäß § 30 Abs. 2 sind Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind in Abhängigkeit der vorliegenden Schädigung und der Belastbarkeit als 30-, 45- und 60-minütige Behandlung verordnungsfähig.</p> <p>Die Entscheidung, ob eine 30-, 45- oder 60-minütige Behandlung durchgeführt wird, hängt nicht nur vom Störungsbild und der Belastbarkeit des Patienten, sondern auch von der Therapiemethode und der Behandlungsfrequenz ab – und darüber entscheidet der SSSS-Therapeut. Zumindest für die Diagnosegruppen ST1, ST2, ST4 sollten auch 60 Minuten Therapie möglich sein. Gerade da sind die Therapieziele Belastbarkeit und Ausdauer, die Zeit brauchen und auch innerhalb der Therapie erarbeitet und überprüft werden müssen.</p>
<p>§ 12 Abs. 1 Frequenz</p>	<p>Sinnvolle Frequenz ergibt sich immer aus dem unmittelbaren Therapieverlauf und ist nicht im Voraus festzulegen. Sie hängt u.a. ab von Therapiedosis, -methode, Inter-Therapieintervall, Alter und Compliance des Patienten, Ausprägung und Schweregrad der Störung, Begleitenden Störungsbildern und Therapien etc. Der Wegfall der Frequenzangabe auf der Verordnung für SSSST wäre medizinisch sinnvoll.</p> <p>Bereits jetzt kann der Therapeut die Therapiefrequenz im Verlauf der Therapie in Absprache mit dem Arzt ändern und diese Änderung dokumentieren: Die Frequenzempfehlungen sollten entfallen, da fundierte Empfehlungen in dieser pau-</p>



<p>Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlatthorst-Andersen e.V.</p>	
26.09.2018	
	schalen Form nicht möglich sind.
§ 12 Abs. 8 und 9	§ 12 Abs. 7 betrifft die Physiotherapie, ebenso Abs. 9. Aus diesem Grunde sollte Abs. 8 zu Abs. 9 werden, dann wäre der Sinnzusammenhang gegeben.
§ 13 Abs. 1	Als Experten der Praxis würden wir es als Berufsverband begrüßen, in die Entwicklung der Verordnungsmuster von Anfang an eingebunden zu sein.
§ 13 Abs. 2 gestrichener Lit. c zu streichen: Hausbesuch (ja oder nein)	Für die Verordnung des Hausbesuchs würde - analog zum Therapiebericht - das Ankreuzen ausreichen.
§ 13 Abs. 2 gestrichener Lit. e	In der SSSST ist es von vielen Faktoren abhängig, ob Einzel- oder Gruppentherapie sinnvoll ist. Nicht immer ist für den Patienten zu Beginn die Gruppentherapie geeignet. Und nicht immer kann eine sinnvolle Gruppe zusammengestellt werden, weil insbesondere die Störungsbilder in der SSSST in der Regel sehr komplex sind. Entsprechend sollte für die SSSS-Therapie der Therapeut über Einzel- oder Gruppentherapie entscheiden und damit auch die Chance genutzt werden, im Laufe der Therapie zwischen Einzel und Gruppe zu wechseln.
§ 13 Abs. 2 Lit. i zu ergänzen: Therapiefrequenz (Angabe auch als Frequenzspanne, Intensiv- oder Intervall-Therapie möglich),	Frequenz: siehe Begründung zu § 4 Abs. 2 und § 12 Abs. 1 Die Möglichkeit der Durchführung von Intensiv-/ Intervalltherapie sollte gegeben sein; wir verweisen auf: Holger Grötzbach Hrsg: Therapieintensität in der Sprachtherapie / Logopädie; Ulla Beushausen Therapieintensität in der Stimmtherapie, S. 107-135; 2017, Schulz Kirchner. Hier wird belegt, dass Intensivtherapie zu einem besseren Outcome in der Stimmtherapie führt (von 2 x in der Woche bis hin zu 5 Sitzungen täglich)
§ 13 Abs. 2 Lit. j	Diagnosegruppe: siehe Begründung zu § 4 Abs. 2
§ 13 Abs. 2 Lit. l	Die Angabe der Leitsymptomatik ist aus fachlichen Sicht der SSSS-Therapeuten überflüssig, weil es dieser Angabe nicht bedarf: siehe Begründung zu § 4 Abs. 2 Eine Kontrolle der unter Lit. l geforderten Angaben durch den SSSS-Therapeuten ist unzumutbar. Es muss davon ausgegangen werden, dass der Arzt die Angaben auf der Verordnung so machen wollte wie sie erfolgten. Entsprechend dür-



<p>26.09.2018</p>	
	<p>fen Fehler nicht zu Rechnungsabsetzungen beim SSSS-Therapeuten führen.</p>
<p>§ 13 Abs. 2 Lit. m</p>	<p>Der Therapeut verfügt nicht über die jeweils tagesaktuelle Liste der GKV, die auf das Genehmigungsverfahren verzichtet haben. Folglich kann für Lit. m keine Prüfpflicht bestehen. Entsprechend dürfen Fehler nicht zu Rechnungsabsetzungen beim Therapeuten führen.</p>
<p>§ 13 Abs. 2 Lit. n</p>	<p>Eine Grundlage für die die Arbeit der SSSS-Therapeuten sind Fremdbefunde wie z.B. Hörtest, Bild der Stroboskopie. Die Möglichkeit der Übermittlung von Hörtest <u>und</u> Bild sollte direkt auf dem Verordnungsmuster gegeben und verpflichtend sein. Bisher muss es meistens vom Arzt nachgefordert werden, was Zeit kostet und beim Erstgespräch fehlt diese Information.</p> <p>Ein Dranheften der beiden Zettel reicht nicht, da damit nicht sichergestellt ist, dass sie den Therapeuten erreichen. Als Experten der Praxis würden wir es als Berufsverband begrüßen, in die Entwicklung der Verordnungsmuster von Anfang an eingebunden zu sein.</p>
<p>§ 16 Abs. 2 Satz 6 zu ergänzen: Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Verordnung von Maßnahmen der Ernährungstherapie und der SSSS-Therapie.</p>	<p>Frequenz: siehe Begründung § 4 Abs. 2 und § 12 Abs. 1</p> <p>Die Frequenzempfehlungen sollten für die SSSS-Therapie entfallen, da fundierte Empfehlungen in dieser pauschalen Form nicht möglich sind. Die Frequenzwahl hängt u.a. ab von Therapieintervall, Alter und Compliance des Patienten, Ausprägung und Schweregrad der Störung, begleitenden Störungsbildern, Medikamenten und weiteren Therapien. Bereits jetzt kann der Therapeut die Therapiefrequenz in Absprache mit dem Arzt ändern und diese Änderung dokumentieren. Der Wegfall der Frequenzempfehlung würde viel unnötige Arbeit ersparen.</p>
<p>§ 16 Abs. 3</p>	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, dass es für die sehr komplexe SSSS-Therapie Vorgaben geben soll und für Podologie sowie Ernährungstherapie nicht.</p>
<p>§ 16 Abs. 4 zu ergänzen: Satz 2 gilt nicht für die SSSS-Therapie, auch muss die Behandlung nicht unterbrochen werden.</p>	<p>Wenn mit „Therapieplan“ der vom SSSS-Therapeuten erstellte Therapieplan gemeint ist, dann ist das nicht nachvollziehbar. Die ssss-therapeutische Kompetenz liegt beim SSSS-Therapeuten und nicht beim Arzt.</p>



<p>26.09.2018</p>	
<p>§ 16 Abs. 5 Satz 2 zu ergänzen: Kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Maßnahmen in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist dies nach Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten und im Einvernehmen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt möglich. Im Falle der SSSS-Therapie gilt das auch, wenn anstatt der verordneten Gruppentherapie Einzeltherapie durchgeführt werden soll.</p>	
<p>§ 16 Abs. 7 NEU zu ergänzen: Ergibt sich bei der SSSS-Therapie bei der Durchführung der Behandlung, dass es aus therapeutisch indizierten Gründen zweckmäßig ist, zwei Therapieeinheiten zusammenzulegen, dann bedarf das nicht der gesonderten Verordnung. Die abzurechnende Gesamtzahl der Leistungen darf in diesen Fällen die Verordnungsmenge nicht überschreiten.</p>	<p>In der SSSS-Therapie sind 90 Minuten nicht nur in der Gruppentherapie, sondern auch in der Einzeltherapie medizinisch zweckmäßig z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - in vivo (siehe § 11 Abs. 3) - in der Stimmtherapie (z.B. Steigerung von Leistungsfähigkeit und Ausdauer) - in der Schlucktherapie (z.B. Anregung des Schluckens bei Wachkomapatienten in senkrechter Position im Stehtrainer)
<p>F. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</p>	
<p>§ 30 Abs. 2 zu ergänzen: Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind in Abhängigkeit der vorliegenden Schädigung und der Belastbarkeit als 30-, 45- und 60-minütige Behandlung mit der Patientin oder dem Patienten verord-</p>	<p>Es gibt keinen sachlich, fachlichen Grund, Patienten 60 Minuten Stimmtherapie vorzuenthalten.</p> <p>Zumindest für die Diagnosegruppen ST1, ST2, ST4 sollten auch 60 Minuten Therapie möglich sein. Gerade da sind die Therapieziele Belastbarkeit und Ausdauer, die Zeit brauchen und auch innerhalb der Therapie erarbeitet und überprüft werden müssen.</p>




26.09.2018	
nungsfähig. Das gilt für alle Diagnosegruppen. Sie können einzeln oder in Gruppen verordnet werden	
§ 31 Abs. 2 Letzter Satz zu ergänzen: ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.	Insbesondere bei der Behandlung kindlicher Stimmstörungen ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes wesentlicher Bestandteil der Therapie. Die Ergänzung erfolgt analog zur bestehenden Formulierung in § 32 (2).
§ 32 Abs. 1 zu ergänzen: Die Sprechtherapie dient der Anbahnung, Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung	Bei entwicklungsbedingten Sprechstörungen (z.B. Verbaler Entwicklungsdyspraxie) muss die Sprechleistung u.U. zunächst angebahnt werden
§ 32 Abs. 2 zu ergänzen: Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie <ul style="list-style-type: none"> - Wiederherstellung/Besserung der Sprechfunktion, insbesondere der Artikulation, Prosodie, Lautstärke 	Die ergänzten Punkte sind wesentliche Ziele einer Sprechtherapie und sollten daher explizit genannt werden.
§ 33 Abs. 1 zu ergänzen: Die Sprachtherapie dient der Anbahnung, Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten.	Bei entwicklungsbedingten Sprachstörungen müssen sprachliche Fähigkeiten u.U. zunächst angebahnt werden.
§ 33 Abs. 2 zu ergänzen: ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.	Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes ist sowohl bei entwicklungsbedingten als auch bei erworbenen Sprachstörungen ein wesentlicher Bestandteil der Therapie. Die Ergänzung erfolgt analog zur bestehenden Formulierung in § 32 (2).
§ 33a Abs. 1 zu ergänzen:	Selbstverständliche Bestandteile der Schlucktherapie sind Anbahnung physiologischer Bewegungsabläufe (in Gesicht, Mund, Rachen), des Schluckreflexes bis zur stabilen oralen



	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlatthorst-Andersen e.V.
26.09.2018	
Die Schlucktherapie dient der Anbahnung , Besserung bzw. der Normalisierung des Schluckaktes in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase sowie erforderlichenfalls der Erarbeitung von Kompensationsstrategien und der Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme.	Nahrungsaufnahme.
<p>§ 33b NEU UK-(Unterstützte Kommunikation)Therapie (1) Die UK-Therapie dient der Anbahnung, Erreichen, Erweiterung und Erhalt aktiver Sprache mittels unterstützender Kommunikation (z.B. durch Gebärden, Symbolsystemen, leichter Sprache mit oder ohne elektronischem Kommunikationsgerät)</p>	<p>Auch non-verbale Störungen zählen zu den Kommunikationsstörungen und bedürfen ebenso wie verbale Störungen der Therapie.</p> <p>Da Sprachverständnis und Wortschatz durchaus vorhanden sein, aber die lautsprachliche Kommunikation gestört oder nicht vorhanden sein können, wirft die nicht direkte Darstellung dieser Störung im Katalog in der Praxis immer wieder Fragen und Unklarheiten auf und führt zu uneinheitlichen Verordnungen.</p>
<p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung, Verbesserung bzw. Normalisierung der Kommunikation mit Hilfe elektronischer und/oder nichtelektronischer Kommunikationshilfen - Aufbau und Erweiterung kommunikativer Kompetenz - Verbesserung der Lebensqualität und der Partizipation im Alltag <p>ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.</p>	<p>Im Interesse von Klarheit und Eindeutigkeit sollte diese Störung mit eigenem Indikationsschlüssel dargestellt werden Menschen ohne verbale Sprache benötigen der Unterstützung, alternative Kommunikationsmöglichkeiten zu erwerben und zu nutzen.</p> <p>Eine Verständigung mittels Lautsprache ist ihnen nicht ausreichend möglich, so dass alternative bzw. ergänzende Kommunikationsformen ausgewählt sowie deren Gebrauch im Alltag mit dem sozialen Umfeld erprobt, abgestimmt und eingeübt werden müssen.</p> <p>Die Verordnung mit unterstützter Kommunikation betrifft Menschen aller Altersgruppen und mit unterschiedlich gestörten Funktionsbereichen Sprache-Kommunikation-Sprechen-Stimme.</p> <p>Diese Therapie bedarf der Zuordnung zu einer Indikation: Unterstützte Kommunikation (UK)</p> <p>Literatur: Wagner, S./Sarimski, K (2012): Früher Gebärden- und Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom. Die Sprachheilarbeit 57, 184-191 Preißler, Paula (2017): Inwiefern sind moderierte Runde Tische (MoRTi) qualitätssichernde Elemente der Sprachthera-</p>




 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schiafforst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
	pie im Rahmen der Unterstützte-Kommunikation-Versorgung von Erwachsenen mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Bachelorarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät) Urbic,H. (2016): Inwiefern sind runde Tische ein qualitätssicherndes Element in der Sprach-und Kommunikationsförderung von Kindern mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Abschlussarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät)
§ 34 zu ergänzen: Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen sowie Störungen der aktiven Sprache (UK)	Begründung: siehe § 33b
§ 34 Nr. 3a Spiegelstrich 4 zu streichen: Aachener Aphasietest (AAT) (sobald die Patientin oder der Patient testfähig ist)	Der AAT ist kein medizinisches, sondern ein sprachtherapeutisches Testverfahren. Die Erhebung eines allgemeinen Sprachstatus ist im Rahmen der ärztlichen Diagnostik ausreichend. Außerdem gibt es eine Reihe von geeigneten Testverfahren; die HeilM-RL sollte nicht auf einen einzelnen Test abgestellt werden.
§ 34 Nr. 3b Spiegelstrich 5 zu streichen: Aachener Aphasietest (AAT)	Der AAT ist kein medizinisches, sondern ein sprachtherapeutisches Testverfahren. Die Erhebung eines allgemeinen Sprachstatus ist im Rahmen der ärztlichen Diagnostik ausreichend. Außerdem gibt es eine Reihe von geeigneten Testverfahren; die HeilM-RL sollte nicht auf einen einzelnen Test abgestellt werden.
§ 34 Nr. 4b Spiegelstrich 4 zu streichen: Aachener Aphasietest (AAT)	Der AAT ist kein medizinisches, sondern ein sprachtherapeutisches Testverfahren. Die Erhebung eines allgemeinen Sprachstatus ist im Rahmen der ärztlichen Diagnostik ausreichend. Außerdem gibt es eine Reihe von geeigneten Testverfahren; die HeilM-RL sollte nicht auf einen einzelnen Test abgestellt werden.
ZWEITER TEIL Heilmittel-Katalog	
Verordnung von Stimmtherapie Stimm- und Sprechtherapie Stimm-, Sprech- und Sprachthe-	Das Heilmittel heißt Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Hierfür sind atem-, stimm-, sprech-, sprach-, hör-, schlucktherapeutische und kommunikationsunterstützende Leistun-




<p>Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schliathorst-Andersen e.V.</p>	
<p>26.09.2018</p>	
<p>rapie Sprechtherapie Sprech- und Sprachtherapie Sprachtherapie</p>	<p>gen zu erbringen.</p> <p>Die individuelle Störung des Patienten besteht vielfach aus einem komplexen Störungsbild, das des gesamten Leistungsspektrums bedarf und nicht nur eines Teils. Deshalb ist es sinnvoll, dass in Zukunft das Heilmittel an sich verordnet wird und nicht einzelne Therapien (Stimmtherapie und/oder Sprechtherapie und/oder Sprachtherapie), die bisher noch nicht einmal alle unter dem Heilmittel zusammen gefasste Therapien darstellen, nämlich: Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör-, Schlucktherapie und Kommunikationsunterstützende Therapie.</p> <p>Beispiele aus dem aktuellen HeilM-Katalog:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SF diagnostiziert Störungen der Sprech- und Stimmfunktion, verordnet werden sollen aber Sprech- und Sprachtherapie. - RE1 Stottern und RE2 Poltern gehen häufig mit Stimmstörungen einher, verordnet werden können soll aber nur Sprechtherapie. - Berücksichtigt ist das bisher allein bei SP6 Störungen der Sprechmotorik sowie bei SC1 und SC2 Störungen des Schluckens.
<p>Leitsymptomatik</p>	<p>Auf Grund seiner Fachkenntnisse ist der Therapeut in der Lage, die Leitsymptomatik zu erkennen. Deshalb ist es unnötig, die Leitsymptomatik auf der Verordnung zusätzlich zur Diagnose anzugeben.</p>
<p>Minuten 30, 45, 60 für alle Indikationen</p>	<p>Die Leistungsbeschreibung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zur Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V sieht bei <u>allen</u> Störungsbildern 30, 45, 60 Minuten vor (wurde von der KBV in ihrer Stellungnahme nicht abgelehnt):</p> <p>Das ist fachlich sinnvoll und auch die Praxis zeigt: Therapieminuten sind bei <u>allen</u> Indikationen „abhängig von konkretem Störungsbild und Belastbarkeit des Patienten“.</p> <p>Die 60 Minuten sind für Patienten mit Stimmstörungen (bisher 30/45) genauso sinnvoll, wie z.B. für Erwachsene mit Sprachstörungen (die bereits heute 30/45/60 erhalten). Dasselbe gilt für Poltermde (bisher 30/45) und Stottermde (die bereits heute 30/45/60 erhalten).</p> <p>Und auch z.B. für psychogen Erkrankte mit Dysphonie (30/45) und psychogen Erkrankte mit Aphonie (die bereits heute 30/45/60 erhalten).</p>




 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrvereinigung Schiaffhorst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
	<p>60 statt 45 Minuten ermöglichen eine intensivere Arbeit, was zur Verkürzung der Gesamtdauer führen kann und damit auch im Interesse der Patienten ist, die froh sind, wenn sie schneller mit der Therapie fertig sind - denn der Zeitaufwand ist für sie beträchtlich.</p> <p>Der früher frei werdende Therapieplatz käme dann dem nächsten auf der Warteliste zu Gute. Für die GKV wäre das pro Versicherten kosten-neutral. Eine Win-Win-Situation für Patient und GKV.</p> <p>Da in vielen Bundesländern die Vergütung pro Therapie-Minute bereits heute für 30, 45 oder 60 Minuten gleich ist, wäre diese Umsetzung für den Therapeuten einnahmen-neutral.</p>
Gruppenbehandlung	Die Behandlungsdauer von 90 Minuten fehlt bis dato in der Heilmittel-Richtlinie. Ärzte weigern sich immer wieder, 90-minütig Gruppentherapien zu verordnen. Dies wird damit begründet, dass die Heilmittel-Richtlinie dies nicht vorsehe.
Frequenzempfehlung	<p>Angabe im HeiM-Katalog und auf Muster 14: Verordnet wird die SSSST nachdem der Arzt die Diagnose gestellt hat. Erst im Anschluss entwickelt der Therapeut auf Grundlage der SSSST-Befunderhebung den Behandlungsplan, der dann ein Faktor für die Frequenz sein wird. Weitere Faktoren sind Ausprägung und Schweregrad der Störung, Alter des Patienten. Auch variable Faktoren spielen damit hinein: Dosen und Intervalle der Methoden, Compliance des Patienten, begleitende Störungsbilder und deren Therapien usw. Eine medizinisch zweckmäßige und wirtschaftlich sinnvolle Frequenz ist immer auch dem jeweiligen Stand der Behandlung anzupassen und berücksichtigt z.B. auch Gelegenheiten, das Erlernte in den Alltag zu übertragen usw.</p> <p>Fazit: Nachträgliche Änderungen auf der Verordnung, wie sie z.Zt. in Absprache mit dem Arzt möglich sind, können die o.g. Wirklichkeit nicht abbilden. Deshalb bedarf es der Änderung in der HeiM-RL.</p> <p>Fachlich fundierte Empfehlungen zur Frequenz sind mit der seit 2004 implementierten Vorgabe nicht möglich. Aus diesen Gründen sollten die Frequenzempfehlungen im HeiM-Katalog und auf der Verordnung entfallen.</p>




 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
	Das wäre nichts Neues: Vor 2004 haben darüber nicht die Ärzte, sondern die Therapeuten entschieden. Das führte u.U. dazu, dass es länger brauchte, bis die einzelne Verordnung abgearbeitet war. Aber es erfolgten auch keine Sitzungen, nur weil es die Verordnung so forderte. Ein weiterer Vorteil: Gleichzeitig konnte eine größere Anzahl von Patienten in Behandlung sein. Bei dem heutigen Fachkräftemangel käme das den Versicherten zu Gute, sie könnten zeitnahe therapiert werden. Aus der Summe dieser Gründe ist es sinnvoll, dass zukünftig wieder der Therapeut über die Therapiefrequenz entscheidet.
1. Störungen der Stimme	
ST1 ST2 ST3 ST4	20 Einheiten spiegeln in keiner Weise den Regelfall wider. Stimmtherapie kann nicht reduziert werden auf bloßes Muskeltraining, was man dann zu Hause weiter übt. Stimmtherapie ist die Therapie komplexer Störungen, die sich im Stimmklang zeigen in Wechselwirkung mit Körper, Psyche, sozialem Umfeld, Umweltfaktoren, Kommunikation, Medikation usw. Die Praxis zeigt, dass der Regelfall mit 50 Einheiten bewertet werden muss.
2. Störungen der Sprache und des Sprechens	
SP1 SP2 SP3 Minuten zu ergänzen: 30, 45, 60	Begründung: siehe oben
SP1	Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung Die Bezeichnung ist nicht trennscharf, da auch Indikationen, die unter 2.2, 2.3 oder 2.5 fallen, vor Abschluss der Sprachentwicklung auftreten können. Diese sind aber abzugrenzen gegen „Sprachentwicklungsstörungen“ = „Störungen der Sprachentwicklung“. Verbale Entwicklungsdyspraxie Auch die expressive Sprachentwicklung kann negativ beeinflusst/auffällig sein und ist somit rein symptomatisch. Die



 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schliathorst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
	Verbale Dyspraxie beeinträchtigt beispielsweise den Aufbau des Wortschatzes und den Erwerb grammatischer Kompetenzen.
SP2 Diagnosengruppe zu ergänzen: Entwicklungsdyslexie/ dysgraphie	Schriftsprachstörungen treten auch in Folge von Sprachentwicklungsstörungen und Störungen der auditiven Wahrnehmung und Verarbeitung auf. Damit fallen sie in das sprachtherapeutische Behandlungsfeld.
SP5 Leitsymptomatik zu ergänzen: c) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung des Redeflusses und des Sprechtempos sowie des Gesprächsverhalten/ Kommunikation	
SP6 Störungen der Sprechmotorik zu streichen: Dysarthrie/Dysarthrophonie/ Sprechapraxie	Beschränkung auf den Begriff Dysarthrie, da Dysarthrie und Dysarthrophonie synonym verwendet werden.
3. Störungen des Redeflusses	
RE1 Heilmittel zu ergänzen: Sprech- und Stimmtherapie	Stottern geht häufig mit Stimmstörungen einher.
RE2 Heilmittel Sprech- und Stimmtherapie	Poltern geht häufig mit Stimmstörungen einher.
RE2 Minuten zu ergänzen: 30, 45, 60	Begründung: siehe oben
RE2 Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 50 Einheiten	Beim Poltern handelt es sich im Vergleich zum Stottern keineswegs um eine weniger vielschichtige schwere Störung. Poltern erfordert dieselbe Verordnungsmenge wie Stottern.



 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlatthorst-Andersen e.V.	
26.09.2018	
4. Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	
SF Heilmittel zu ergänzen/zu löschen: Sprech- und SprachStimmtherapie	Rhinophonie ist keine Sprachstörung und bedarf keine Sprachtherapie. Rhinophonie ist eine Störung der Sprech- und Stimmfunktion.
SF Minuten zu ergänzen: 30, 45, 60	Begründung: siehe oben
Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V	Als Berufs- und Fachverband für das Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) beschränken wir uns in dieser Stellungnahme ausschließlich auf Diagnosen, die dem Heilmittel SSSST zuzuordnen sind. Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1 a SGB V (§ 8 a Abs. 1 HeilM-RL) liegt auch bei den nachfolgenden Diagnosen vor. Die „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf“ ist entsprechend zu vervollständigen: F00-F03 Demenzen F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache F98 ff Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr) G30-G32 Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems, G40 Epilepsien G81.9 Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungs-Störung M45.09 Morbus von Bechterew Q16 Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen Q39 Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus 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)



	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlatthorst-Andersen e.V.
26.09.2018	
	<p> R13 Dysphagie R49 Störungen der Stimme bei C00-97 Malignome Kopf/Hals, Atmungsorgane, Magen/Darm J38.3 Rekurrensparese, Spasmodische Dysphonie G35 Multiple Sklerose G58.8 Störungen des Nervus phrenicus G62.9 Polyneuropathie M45.09 Morbus von Bechterew R06.88 Vocal cord dysfunction (VCD) R06.88 Dyspnoe T07 Polytrauma Z90 Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie Z96.2 Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan </p>



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
I. Erster Teil – Richtlinienintext	
A. Allgemeine Grundsätze	
<p>§ 1 Grundlagen, Absatz 4</p> <p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband wirken auf eine einheitliche unbürokratische und patientenorientierte Anwendung dieser Richtlinie und auf eine enge Zusammenarbeit zwischen der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt und der ausführenden Therapeutin oder dem ausführenden Therapeuten hin.</p>	<p>Die Hinwirkung auf eine einheitliche Anwendung der Richtlinie, die gleichzeitig unbürokratisch und patientenorientiert sein muss, regen wir ausdrücklich an.</p> <p>Trotz der Notwendigkeit, dass für die Verordnung von Heilmitteln seit dem 1.1.2017 eine zertifizierte Praxisverwaltungssoftware für Ärzte verwendet werden muss, sind nach wie vor sehr viele Verordnungen nicht heilmittelrichtlinienkonform ausgestellt, so dass die sprachtherapeutischen Praxen viele Verordnungen zurück an den verordnenden Arzt geben und um Korrektur bitten müssen.</p> <p>In aktuellen Mitgliederumfragen wurde festgestellt, dass im Durchschnitt 35,1 % der Verordnungen fehlerhaft ausgestellt und korrekturbedürftig sind und im Durchschnitt 20 Min. zur Korrektur einer fehlerhaften Verordnung aufgewendet werden müssen.</p> <p>Häufige Fehler sind dabei</p> <ul style="list-style-type: none"> • falsche Verordnungsmengen (insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls) • fehlerhafte Kennzeichnung als Erst- oder Folgeverordnung, insbesondere bei einem Arztwechsel • fehlende oder unpassende Leitsymptomatik • ICD-10-Code passt nicht zur ausgeschriebenen Diagnose • die ärztliche Diagnose ist nicht korrekt <p>Die gewünschte enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztin und Logopädin wird</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
	durch den erforderlichen Korrekturbedarf beeinträchtigt, da die Formalien oft den Inhaltsaustausch überlagern.
<p>§ 2 Heilmittel, Absatz 1, Satz 2</p> <p>Heilmittel sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie (§§ 18 bis 25) - die einzelnen Maßnahmen der Podologischen Therapie (§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 4) - die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (§§ 31 bis 33) <p>Das Heilmittel, kurz bezeichnet als „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“, umfasst: Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schlucktherapie sowie kommunikationsunterstützende Therapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - die einzelnen Maßnahmen der Ergotherapie (§§ 36 bis 40) - die Ernährungstherapie (§§ 42 bis 45) 	<p>Neben der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gehören die Therapie von Hör- und Schluckstörungen sowie die kommunikationsunterstützende Therapie ebenfalls zum Tätigkeitsbereich von Logopädinnen. Wir regen an, die bisher nicht erwähnten Begrifflichkeiten in der Heilmittel-Richtlinie aufzunehmen.</p>
B. Grundsätze der Heilmittelverordnung	
<p>§ 3 Voraussetzungen der Verordnung, Absatz 2</p> <p>Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beeinträchtigungen von Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation entgegenzuwirken und um behindernde Umweltfaktoren (Barrieren) abzubauen - eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, 	<p>Die Heilmittelrichtlinie sollte den Anforderungen der ICF entsprechen und sämtliche bio-psycho-soziale Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren abbilden.</p>



<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.</p>	
<p>26.09.2018</p>	
<p>– einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.</p>	
<p>§ 6a Ärztliche Diagnostik, Absatz 2 und Absatz 3</p> <p>(2)¹Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. ²Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. ³Hierzu zählen auch therapeutische Befunde. ⁴Weitere Befundergebnisse können auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.</p> <p>(3)²Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das weitere therapeutische Vorgehen überprüft werden. ³Erforderlichenfalls sind andere ärztliche, psychotherapeutische oder rehabilitative Maßnahmen einzuleiten oder die Beendigung oder Fortsetzung der Heilmitteltherapie in Betracht zu ziehen.</p>	<p>Beim neu eingefügten § 6a sollte eine Klarstellung erfolgen, dass von Therapeutinnen¹ im Rahmen der Therapie angefertigte Befunde zu berücksichtigen sind.</p> <p>Im Rahmen der logopädischen Erstbefundung erfolgt z. B. seitens der Therapeutinnen die Durchführung und Auswertung der logopädischen Befunderhebung (einschließlich Anamnese). Dabei werden störungsspezifische Screening- und/oder standardisierte Testverfahren entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls eingesetzt.</p> <p>Soweit nach der logopädischen Erstbefundung oder im Verlauf der Behandlung weitere Befundungen (z. B. zur Überprüfung der logopädischen Ziele und/oder zur Anpassung des Therapieplanes) notwendig sind, erfolgen diese unter Anwendung der erforderlichen Screenings bzw. standardisierten Testverfahren im Rahmen der Therapie.</p> <p>Die Überprüfung des therapeutischen Vorgehens durch den Arzt ist weder erforderlich noch notwendig.</p> <p>Der Absatz 3 sollte vollständig gestrichen und durch die Formulierung der aktuellen § 34 Absatz 3 ersetzt werden.</p>

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen wird in der Stellungnahme ausschließlich die weibliche Form verwendet, selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.



<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.</p>	
<p>26.09.2018</p>	
<p>Spezifische Ausführungen zur ärztlichen Diagnostik finden sich zur podologischen Therapie in § 20, zur Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in § 34 und zur Ernährungstherapie in § 44.</p> <p>(3) ¹Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die notwendige Einleitung operativer, psychotherapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen oder für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie. ²Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt entscheidet störungsbildabhängig, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik sie oder er durchführt bzw. veranlasst.</p>	
<p>§ 7 Verordnung im Regelfall</p> <p>(1)¹Der Heilmittelverordnung nach der Richtlinie liegt in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges ein definierter Regelfall zugrunde. ²Dieser Regelfall geht von der Vorstellung aus, dass das angestrebte Therapieziel mit dem den der Indikation zugeordneten Heilmitteln im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann.</p> <p>(2) Die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen (Einheiten) je Verordnung im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog.</p> <p>(3) Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht jede funktionelle oder / strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. beziehungsweise der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</p>	<p>Die dem Regelfall zugrundeliegende Vorstellung, „dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann“, ist nicht begründet. Die Therapiedauer ist auch bei gleicher Diagnosegruppe sehr unterschiedlich und hängt von etlichen Faktoren ab (z. B. Therapiefrequenz, -dosis, -methode; Alter und Compliance des Patienten; Ausprägung und Schweregrad der Störung etc.). Ein solcher Regelfall ist allerdings nicht definierbar und die davon abhängende Gesamtverordnungsmenge völlig willkürlich gewählt. Eine pauschale Vorgabe der maximalen Verordnungsmenge ist daher nicht sinnvoll und sollte entfallen.</p> <p>Die Vorgabe eines Regelfalls und der Gesamtverordnungsmenge sollte daher entfallen. Dies würde gleichzeitig die Unterscheidung zwischen Regelfall und außerhalb des Regelfalls überflüssig machen und so maßgeblich zu einer Vereinfachung beitragen. Therapiepausen würden nicht mehr aus rein formalen Gründen erzwungen.</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.					
26.09.2018					
<p>(4) ¹Ein Regelfall umfasst Heilmittel-Behandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Diagnose (d. h. desselben oder derselben dreistelligen ICD-10-GM-Codes) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog, bei denen die festgelegte Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht überschritten ist. ²Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. ³Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Diagnosen derselben oder unterschiedlicher Diagnosegruppe(n) auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungsvordrucke auszustellen sind.</p> <p>(5) Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach Ausstellung der letzten Verordnung im Regelfall ein Zeitraum von</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>GKV/KBV</th> <th>PatV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16 Wochen</td> <td>12 Wochen</td> </tr> </tbody> </table> <p>abgelaufen ist (verordnungsfreies Intervall). Sofern das verordnungsfreie Intervall nicht abgelaufen ist, ist gemäß der Ausnahmeregelung nach § 8 Absatz 2 zu verfahren (Verordnungen außerhalb des Regelfalls). Dies gilt nicht für Verordnungen von Maßnahmen der Podologischen Therapie und von Maßnahmen der Ernährungstherapie.</p> <p>(6) Verordnungen im Regelfall können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden. Sofern neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels. Wenn die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des</p>	GKV/KBV	PatV	16 Wochen	12 Wochen	<p>Die doppelte Beschreibung einer Indikation durch Diagnosengruppe und Leitsymptomatik ist redundant. Durch die Diagnosengruppe ist die Indikation hinreichend erfasst. Die Ergänzung einer Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog trägt nicht zur individuellen Therapieplanung bei, da die im Heilmittelkatalog gelisteten Leitsymptomatiken immer nur beispielhaft und oberflächlich formuliert sein können. Die tatsächliche Leitsymptomatik wird im Rahmen der logopädischen Diagnostik ermittelt. Die Angabe einer Leitsymptomatik ist auf der Verordnung daher weder formal noch inhaltlich erforderlich, führt aber gleichzeitig zu vielen fehlerhaft ausgestellten Verordnungen. Daher sollte die Angabe zur Leitsymptomatik auf der Verordnung entfallen.</p> <p>Die Ablösung des <i>behandlungsfreien</i> Intervalls durch das <i>verordnungsfreie</i> Intervall wird in der logopädischen Praxis für Verwirrung und Unsicherheit bei allen Beteiligten sorgen. Die Dauer einer durchschnittlichen logopädischen Therapie übersteigt in der Regel allein durch die verordnete Menge sowohl den von PatV als auch den von GKV/KBV vorgeschlagenen Zeitraum. Aufgrund der Tatsache, dass die Bezeichnungen Erst- und Folgeverordnung entfallen, stellt sich beim Ausstellen einer Verordnung nach Ablauf des vorgeschlagenen Zeitraums immer die Frage, ob ein neuer Regelfall ausgelöst oder der alte Regelfall fortgesetzt wird. Die Beantwortung ist entscheidend für die Frage, ob die Therapieeinheiten zur Anzahl der bereits im Rahmen des „alten“ Regelfalls hinzugezählt werden oder die ersten Einheiten des „neuen“ Regelfalls darstellen. Dadurch entsteht Verwirrung und Unsicherheit im Hinblick darauf, ob sich der Patient noch im Regelfall befindet oder bereits eine Verordnung außerhalb des Regelfalls, die ggf. einem Genehmigungsverfahren unterliegt, einschlägig ist.</p>
GKV/KBV	PatV				
16 Wochen	12 Wochen				



<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.</p>	
<p>26.09.2018</p>	
<p>ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel.</p> <p>(7) Hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt keine verbindlichen Informationen über bisherige Heilmittelverordnungen desselben Regelfalls, insbesondere über Diagnose und Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog, ist von einem neuen Regelfall auszugehen.</p>	<p>Die Logopädin muss auf die Richtigkeit der ausgestellten Verordnung (Regelfall oder außerhalb des Regelfalls) Vertrauen dürfen. Die Angabe der Verordnungsart kann daher nicht der Prüfpflicht unterliegen.</p> <p>Es ist leider zu befürchten, dass durch den Wegfall der Bezeichnungen Erst- und Folgeverordnung der fachliche Austausch zwischen den Logopädinnen erschwert wird, da nicht sichtbar ist, ob der Patient bereits von einer Kollegin therapiert wurde oder nicht. Dies kann auch Anreize für „Therapeutenhopping“ geben.</p> <p>Dem Regelungsinhalt des neu eingefügten Absatz 7 fehlt es an Transparenz. Wie bereits oben dargelegt, ist für die Logopädinnen mangels Kennzeichnung der Verordnung als Erst- oder Folgeverordnung nicht ersichtlich, ob der Patient bereits von einer Kollegin therapiert wurde oder nicht. Die Logopädin muss auf die Richtigkeit der ausgestellten Verordnung Vertrauen dürfen. Die Angaben können daher nicht der Prüfpflicht unterliegen.</p>
<p>§ 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls</p> <p>Die Verordnung außerhalb des Regelfalls kann eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen abdecken. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz -zu bemessen. Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist. Sofern eine Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Sofern neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des</p>	<p>Die neu eingefügten Sätze 2 und 3 sollen vollständig gestrichen werden. Es sollte bei der bisherigen Regelung verbleiben. Die Dauer einer durchschnittlichen logopädischen Therapie übersteigt in der Regel einen Zeitraum von 12 Wochen. Sofern die im Entwurf vorgesehene Regelung dahingehend zu verstehen ist, dass eine Verordnung außerhalb des Regelfalls innerhalb von 12 Wochen „abgearbeitet“ sein muss, wäre dies für den logopädischen Praxisalltag kontraproduktiv und würde lediglich die Bürokratie fördern, indem der Patient erneut beim Arzt vorstellig werden müsste.</p>



<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.</p>	
<p>26.09.2018</p>	
<p>vorrangigen Heilmittels. Wenn die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel.</p> <p>(2) Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist nach vorausgegangenem Heilmittelanwendungen kein ordnungsfreies Intervall zu beachten.</p> <p>(3) Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt sofern erforderlich schädigungsabhängig eine weiterführende Diagnostik durchzuführen, um auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten.</p> <p>(4) Verordnungen außerhalb des Regelfalls bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung, sofern die betreffende Krankenkasse ein Genehmigungsverfahren durchführt. Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Nach Vorlage der Verordnung durch die oder den Versicherten übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung. Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung.</p> <p>(5) ¹Die Krankenkassen informieren den GKV-Spitzenverband über die Durchführung beziehungsweise Änderungen des Genehmigungsverfahrens. ²Über Änderungen ist der GKV-Spitzenverband spätestens 18 Wochen vor Beginn des Monats, in dem die Änderung gültig wird, in Kenntnis zu setzen. ³Der GKV-Spitzenverband stellt diese</p>	<p>Im Hinblick auf das „verordnungsfreie“ verweisen wir auf die Ausführungen zu § 7.</p> <p>Wir regen an, auf die Durchführung von Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls grundsätzlich zu verzichten. Sofern am Genehmigungsverfahren weiterhin festgehalten wird, müssen Logopädinnen auf die Richtigkeit der ausgestellten Verordnung außerhalb des Regelfalls im Hinblick auf das Genehmigungsverfahren Vertrauen dürfen. Die Frage, ob die Krankenkasse auf die Durchführung eines Genehmigungsverfahrens verzichtet hat oder nicht, unterliegt nicht der Prüfpflicht.</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
Informationen unter Angabe der Institutionskennzeichen der jeweiligen Krankenkasse auch in einem elektronisch verarbeitbaren Format öffentlich zugänglich zur Verfügung. ⁴ Das Nähere zur Information durch die Krankenkassen und zur Bereitstellung dieser Informationen regelt der GKV-Spitzenverband	
§ 10 Einzelbehandlung, Gruppenbehandlung Heilmittel können, sofern in den Abschnitten D bis H nichts anderes bestimmt ist, als Einzel- oder Gruppentherapie verordnet durchgeführt werden. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots Gruppentherapie zu verordnen Gruppentherapie zu verordnen durchzuführen .	Die grundsätzliche Entscheidung, ob eine Einzel- oder eine Gruppenbehandlung oder eine Kombination aus beiden Behandlungsformen durchgeführt wird (z. B. im Rahmen einer Intensiv- oder Intervalltherapie) ergibt sich maßgeblich aus der Wahl der Therapiemethode. Da diese vom Therapeuten ausgewählt wird, sollte auch die Entscheidung bzgl. des Behandlungsformats beim Therapeuten liegen und nicht im Vorfeld ohne Kenntnis der Behandlungsart verordnet werden. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit und im Hinblick auf den Bedarf der Patienten wird auch der Therapeut Gruppentherapie bevorzugen.
§ 11 Ort der Leistungserbringung, Abs. 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 (1) ¹ Heilmittel können, sofern nichts Anderes bestimmt ist, <ul style="list-style-type: none"> - als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten (Einzel- oder Gruppentherapie) oder - als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2 - als Behandlung in einer tagesstrukturierenden Einrichtung durch die Therapeutin oder den Therapeuten verordnet werden. (2) ¹ Ohne Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis des	Tagesstrukturierende Einrichtungen sollten als möglicher Behandlungsort für alle Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung aufgenommen werden. Zuletzt hat sich die Gesundheitsministerkonferenz im Juni dieses Jahres zur Sicherstellung der therapeutischen Versorgung aller Kinder in Ganztagschulen und Horteinrichtungen für eine Anpassung der Heilmittel-Richtlinie ausgesprochen. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder befürworten im Interesse der Kinder und Jugendlichen ebenfalls ausdrücklich, dass alle Schülerinnen und Schüler im Ganztags - unabhängig von der Schwere oder Dauer der



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
<p>Therapeuten oder der Therapeutin ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind, soweit § 6 Absatz 2 dem nicht entgegensteht.</p>	<p>Indikation - gleiche Möglichkeiten erhalten, bei entsprechender ärztlicher Verordnung und Vorliegen der weiteren Voraussetzungen auch in den Räumen der Schule therapiert zu werden.</p> <p>Die Vorgabe, dass Kinder und Jugendliche grundsätzlich nicht in tagesstrukturierenden Einrichtungen behandelt werden dürfen</p> <ul style="list-style-type: none"> - ignoriert die Lebensrealität und Bedürfnisse vieler Familien - passt nicht zum Modell der Ganztagschule, das Therapien in Praxen erst nach Unterrichtschluss, d.h. ab 16:30/17:00 Uhr zulässt - steht einer Behandlung, die auf die Alltagspartizipation ausgerichtet ist, im Wege - diskriminiert z. B. Kinder mit Sprachentwicklungsstörung ohne Inklusionsstatus - sorgt für massive Engpässe bei der Vergabe von Nachmittagsterminen in der Praxis und führt zu unnötig langen Wartezeiten, bis die Therapie begonnen werden kann <p>Behandlungen in tagesstrukturierenden Einrichtungen sollten daher für alle Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich sein, sofern in der Einrichtung geeignete Räumlichkeiten, die sich an den Voraussetzungen der Zulassungsempfehlungen orientieren, vorhanden sind.</p>
<p>(3) Die therapeutisch indizierte Behandlung außerhalb der Praxis (in vivo) der Therapeutin oder des Therapeuten ist zulässig und bedarf nicht der gesonderten Verordnung.</p>	<p>Die Einschränkung des § 11 Abs. 2 Satz 2 sollte daher gestrichen werden.</p> <p>Die Behandlung dient dazu, den Patienten darin zu befähigen, die in der laufenden Therapie erarbeiteten Fähigkeiten in den Alltag zu transferieren. Das in vivo Training fördert</p>



<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.</p>	
<p>26.09.2018</p>	
	<p>die Wiederherstellung der alltagsrelevanten Kommunikationsfähigkeit des Patienten, z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stottern, Parkinson, Aphasie, Unterstützer Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> - Alltagsfertigkeiten umsetzen, aus dem geschützten Therapieraum hinaus - Selbstvertrauen stärken mit Rückversicherung durch den Therapeuten - Abbau von Ängsten und hemmenden Verhaltensmustern - Erreichen von Identifikation/Akzeptanz der individuellen Sprechmuster - Akzeptanz im Umgang mit den Auswirkungen der Sprechbehinderung im Alltag - Einsatz von erlernten Strategien zur Bewältigung der Alltagskommunikation - Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten durch elektronische Hilfsmittel im Alltag - Stimmstörungen <ul style="list-style-type: none"> - Analyse der Umweltfaktoren - Stimmbelastungen und Stimmbeanspruchungen - Faktoren und Verhaltensweisen erkennen <p>Die Entscheidung für in vivo Training wird innerhalb des Therapieverlaufs gefällt und bedarf nicht der Verordnung des Arztes.</p>
<p>§ 12 Auswahl der Heilmittel, Absatz 1, 6, 8 und 9</p> <p>(1) Die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) hängt bei gegebener Indikation nach § 3 Absatz 5 ab von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Ausprägung und Schwere der Erkrankung, 	<p>Die Angabe zur Art und zur Menge gründet auf den in § 7 Absatz 1 beschriebenen Regelfall. Ein solcher Regelfall ist allerdings nicht definierbar. Siehe dazu die Erläuterung bei § 7 Absatz 1.</p>



<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.</p>	
<p>26.09.2018</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen, - Beeinträchtigungen der Aktivitäten und den angestrebten Therapiezielen. <p>Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Die konkreten Behandlungsziele zu den jeweiligen Heilmitteln werden in den Abschnitten D bis H der Richtlinie erläutert. Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog dient der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt zur Orientierung. Abweichungen davon sind in medizinisch begründeten Fällen zulässig.</p> <p>(6) Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht jede funktionelle oder strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung beziehungsweise der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</p> <p>(8) ¹Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. ²Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und ggf. ein ergänzendes Heilmittel. ³Ausnahmen regelt der Heilmittelkatalog. ⁴In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet werden. ⁵Die Sätze 2 und 4 gelten nicht für Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schlucktherapie sowie kommunikationsunterstützende Therapie. ⁶Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die im Katalog genannte Höchstmenge je Verordnung sowie die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall nicht.</p>	<p>Die Frequenzempfehlungen sollten entfallen, da fundierte Empfehlungen in dieser pauschalen Form nicht möglich sind. Die Frequenzwahl hängt u. a. von Therapie-dosis, -methode, Therapieintervall, Alter und Compliance des Patienten, Ausprägung und Schweregrad der Störung; Begleitenden Störungsbilder und Therapien etc. ab. Bereits jetzt kann der Therapeut die Therapiefrequenz in Absprache mit dem Arzt ändern und diese Änderung dokumentieren. Der Wegfall der Frequenzempfehlung würde dieses Vorgehen erleichtern.</p> <p>Der Satz ist im Richtlinientext an zwei (§ 7 Absatz 3 und § 12 Absatz 6) und im Heilmittelkatalog an vierzehn (bei jeder einzelnen Diagnosegruppe) Stellen verschriftlicht. Es drängt sich geradezu der Eindruck auf, die verordnende Vertragsärztin soll bei jeder einzelnen Diagnosegruppe an die Höchstmenge erinnert werden. Die ständige Wiederholung ist unnötig und führt nicht zu einer Reduzierung der Regelungskomplexität. Eine Erwähnung im Richtlinientext genügt, sodass der Satz im Heilmittelkatalog an 14 Stellen gestrichen werden kann.</p> <p>Absatz 9 sollte zu Absatz 8 werden und umgekehrt. Absatz 7 richtet sich ausschließlich an die Physiotherapie und die Ergotherapie. Um den Sinnzusammenhang beizubehalten, sollte hieran Absatz 9 anschließen. Der Regelungsinhalt betrifft mit Ausnahme von Satz 1 ebenfalls ausschließlich die Physiotherapie und Ergotherapie. Dies sollte durch den Einschub eines neuen Satz 5 verdeutlicht werden.</p>



<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.</p>	
<p>26.09.2018</p>	
<p>(9) ¹Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (z. B. gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie und Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. ²Dabei sind jeweils getrennte Verordnungsvordrucke zu verwenden.</p>	
<p>§ 13 Verordnungsvordruck, Absatz 2, lit. c, d, i, l, m</p> <p>c. Hausbesuch (ja oder nein), d. Therapiebericht (ja oder nein),</p> <p>g. das oder die Heilmittel gemäß dem Katalog.</p> <p>i. die Therapiefrequenz (Angabe aus als Frequenzspanne möglich),</p>	<p>Lit. c und d sollten vereinheitlicht werden. Muster 14 sieht sowohl für den Hausbesuch als auch für den Therapiebericht das Setzen eines Kreuzes in die vorgesehenen Felder „ja“ oder „nein“ vor.</p> <p>Die Zuordnung zur Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie kann entfallen, da diese bereits durch die Wahl des Indikationsschlüssels getroffen ist. Die zusätzliche Auswahl an dieser Stelle liefert daher keinen inhaltlichen Mehrwert, ist aber eine Fehlerquelle und sollte daher entfallen.</p> <p>Die Frequenzempfehlungen sollten entfallen. Siehe dazu die Erläuterung bei § 12 Absatz 1.</p> <p>Für den Fall, dass die Frequenzempfehlungen nicht entfallen, sollte die Möglichkeit der Durchführung von Intensiv-/Intervalltherapie gegeben sein.</p> <p>Insofern verweisen wir auf: Holger Grötzbach Hrsg: Therapieintensität in der Sprachtherapie / Logopädie; Ulla Beushausen Therapieintensität in der Stimmtherapie, S. 107-135; 2017 Schulz Kirchner.</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
<p>l. die Leitsymptomatik nach Heilmittelkatalog. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Es handelt sich hierbei um indikationsbezogene Regelbeispiele für Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind. Alternativ kann eine patienten-individuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin oder des Patienten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann und mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen a), b) oder c) vergleichbar ist. Es können auch mehrere Leitsymptomatiken angegeben werden. Zusätzlich können auf der Verordnung Therapieziele angegeben werden.</p> <p>m. die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls, sofern die Krankenkasse der oder des Versicherten ein Genehmigungsverfahren nach § 8 durchführt und</p> <p>n. spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde</p>	<p>Hier wird belegt, dass Intensivtherapie zu einem besseren Outcome in der Stimmtherapie führt (von 2 x in der Woche bis hin zu 5 Sitzungen täglich).</p> <p>Die Angabe einer Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog trägt nicht zur individuellen Therapieplanung bei, da die im Heilmittelkatalog gelisteten Leitsymptomatiken immer nur beispielhaft und oberflächlich formuliert sein können. Die tatsächliche Leitsymptomatik wird im Rahmen der logopädischen Diagnostik ermittelt. Die Angabe einer Leitsymptomatik ist auf der Verordnung daher weder formal noch inhaltlich erforderlich, führt aber gleichzeitig zu vielen fehlerhaft ausgestellten Verordnungen. Daher sollte die Angabe zur Leitsymptomatik auf der Verordnung entfallen.</p> <p>Sofern es bei der Angabe der Leitsymptomatiken verbleiben sollte, müssen Logopädinnen bei der Angabe der patientenindividuellen Leitsymptomatik auf die Richtigkeit vertrauen dürfen. Die Angabe der patientenindividuellen Leitsymptomatik kann daher nicht der Prüfpflicht unterliegen.</p> <p>Die Vorgabe eines Regelfalls und der Gesamtverordnungsmenge sollte entfallen. Dies würde gleichzeitig die Unterscheidung zwischen Regelfall und außerhalb des Regelfalls überflüssig machen und so maßgeblich zu einer Vereinfachung beitragen. Insofern verweisen wir auf die Ausführungen zu § 7.</p> <p>Die Logopädin muss auf die Richtigkeit der ausgestellten Verordnung vertrauen dürfen. Die Frage, ob die Krankenkasse ein Genehmigungsverfahren durchführt oder nicht, unterliegt nicht der Prüfpflicht der Logopädin.</p> <p>Es sollte die Möglichkeit bestehen, dass diese Befunde auf der Heilmittelverordnung übermittelt werden.</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.					
26.09.2018					
<p>§ 15 Beginn der Heilmittelbehandlung</p> <p>Die Behandlung hat innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat die Behandlung innerhalb von 10 Kalendertagen zu beginnen. Letzteres ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">KBV/GKV-SV</th> <th style="text-align: left;">PatV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(2) Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nach Absatz 1 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.</td> <td>(2) Kann die Heilmittelbehandlung innerhalb von 28 Tagen nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung die Gültigkeit.</td> </tr> </tbody> </table> <p>(3) Absatz 2 gilt nicht, sofern die Vertragsärztin Angaben zum spätesten Behandlungsbeginn auf dem Verordnungsvordruck gemacht hat.</p>	KBV/GKV-SV	PatV	(2) Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nach Absatz 1 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.	(2) Kann die Heilmittelbehandlung innerhalb von 28 Tagen nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung die Gültigkeit.	<p>Wir begrüßen die von der PatV eingebrachten Vorschlag, den Beginn der Heilmittelbehandlung auf 28 Tage zu legen, um dem Patienten ausreichend Zeit für die Therapeutensuche einräumen zu können.</p> <p>Die Regelung zum spätesten Behandlungsbeginn in der aktuellen Heilmittel-Richtlinie sollte beibehalten werden. Der Wegfall des spätesten Behandlungsbeginns würde insbesondere in Alten- und Pflegeheimen den bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten deutlich erhöhen, da davon auszugehen ist, dass ein Großteil der Verordnungen die Gültigkeit verlieren würden.</p>
KBV/GKV-SV	PatV				
(2) Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nach Absatz 1 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.	(2) Kann die Heilmittelbehandlung innerhalb von 28 Tagen nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung die Gültigkeit.				
<p>§ 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung, Absätze 2, 4 Sätze 2 und 3, 5 Sätze 2 und 7</p> <p>(2) Die Frequenzangaben auf der Verordnung sind für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend. Eine Abweichung davon ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Verordnung von Maßnahmen der Ernährungstherapie.</p>	<p>Die Frequenzangaben sollten entfallen, da fundierte Empfehlungen in dieser pauschalen Form nicht möglich sind. Die Frequenzwahl hängt u. a. von Therapiedosis, -methode, Therapieintervall, Alter und Compliance des Patienten, Ausprägung und Schweregrad der Störung, begleitenden Störungsbilder und Therapien etc. ab. Bereits jetzt kann der Therapeut die Therapiefrequenz in Absprache mit dem Arzt ändern und diese Änderung dokumentieren. Der Wegfall der Frequenzempfehlung würde dieses Vorgehen erleichtern.</p>				



<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.</p>	
<p>26.09.2018</p>	
<p>(4)²Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des ärztlichen Therapieplans, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.</p> <p>³Satz 2 gilt nicht für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, auch muss die Behandlung nicht unterbrochen werden.</p> <p>(5) ²Kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Maßnahmen in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist dies nach Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten und im Einvernehmen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt möglich. ³Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</p> <p>(7) Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass es aus therapeutisch indizierten Gründen zweckmäßig ist, zwei Therapieeinheiten zusammenzulegen, dann bedarf das nicht der gesonderten Verordnung. Die abzurechnende Gesamtzahl der Leistungen darf in diesen Fällen die Verordnungsmenge nicht überschreiten.</p>	<p>Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte klargestellt werden, dass der ärztliche und nicht der logopädische Therapieplan gemeint ist.</p> <p>Die Methodenwahl liegt beim Therapeuten, so dass er selbst über die Änderungen oder Ergänzung des logopädischen Therapieplans entscheiden kann/muss. Eine Unterbrechung der Behandlung ist daher nicht erforderlich.</p> <p>Der neu eingefügte Satz 2 ist zu begrüßen, weil dadurch die Therapie dem Konzept folgt bzw. an dem Bedarf des Patienten orientiert ist.</p> <p>Wir regen an, einen neuen Absatz einzufügen.</p> <p>90 Minuten sind nicht nur in der Gruppentherapie, sondern auch in der Einzeltherapie medizinisch zweckmäßig z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - in vivo (siehe § 11 Abs. 3) - in der Stimmtherapie (z. B. Steigerung von Leistungsfähigkeit und Ausdauer) - in der Schlucktherapie (z. B. Anregung des Schluckens bei Wachkomapatienten in senkrechter Position im Stehtrainer).



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
F. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schlucktherapie sowie kommunikationsunterstützende Therapie	
<p>§ 30 Grundlagen, Absatz 2 Satz 1</p> <p>Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, und Sprach-, Hör- und Schlucktherapie sowie kommunikationsunterstützende Therapie sind in Abhängigkeit vom Störungsbild der vorliegenden Schädigung und der Belastbarkeit als 30-, 45- und 60-minütige Behandlung mit der Patientin oder dem Patienten ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfelds verordnungsfähig.</p>	<p>Die Einbeziehung des sozialen Umfelds ist immer dann zwingend notwendig, wenn es um die Transparenz der Therapieinhalte und -ziele, die Ermöglichung der Teilhabe sowie um die Anleitung zu häuslichen Übungen für den Alltagstransfer durch Angehörige geht. Dies gilt für alle Altersgruppen gleichermaßen.</p>
<p>§ 31 Stimmtherapie, Absatz 2</p> <p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wiederherstellung/Besserung der Stimmqualität und der stimmlichen Belastbarkeit, - Wiederherstellung/Besserung der Stimme bei Heiserkeit und Beeinträchtigung des Stimmklangs, - Regulation von <ul style="list-style-type: none"> - Atmung, - Phonation, - Artikulation <p>ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.</p>	<p>Insbesondere bei der Behandlung kindlicher Stimmstörungen ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes wesentlicher Bestandteil der Therapie. Die Ergänzung erfolgt analog zur bestehenden Formulierung in § 32 Absatz 2.</p>
<p>§ 32 Sprechtherapie, Absatz 1 und Absatz 2</p> <p>(1) Die Sprechtherapie dient der Anbahnung, Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung.</p> <p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Prosodie, 	<p>Bei entwicklungsbedingten Sprechstörungen (z. B. verbaler Entwicklungsdyspraxie) muss die Sprechleistung u. U. zunächst grundlegend angebahnt werden.</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
<ul style="list-style-type: none"> - Wiederherstellung/Besserung der Sprechfunktion, insbesondere der Artikulation, - Wiederherstellung/Besserung des Redeflusses, unter Berücksichtigung der Entwicklungsphase, insbesondere der Sprechgeschwindigkeit und Lautstärke. - Wiederherstellung/Besserung der koordinativen Leistung, insbesondere von Atmungs- und Sprechablauf, - Gezielte Anbahnung/Förderung von motorischer und sensorischer Sprachregion o des Sprechapparates, <ul style="list-style-type: none"> - der Atmung, - der Stimme, - Aufbau von Kommunikationsstrategien, - Regulierung der Phonationsatmung, - Abbau der Begleitsymptomatik, <p>ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.</p>	<p>Die ergänzten Punkte sind wesentliche Ziele einer Sprechtherapie und sollten daher explizit genannt werden.</p>
<p>§ 33 Sprachtherapie Absatz 1 und Absatz 2</p> <p>(1) Die Sprachtherapie dient der Anbahnung, Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten</p> <p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wiederherstellung/Besserung der kognitiv-sprachlichen Funktionen mit <ul style="list-style-type: none"> - Anbahnung sprachlicher Äußerungen, - Aufbau des Sprachverständnisses, - Wiederherstellung/Besserung der Sprechfunktion, insbesondere der Artikulation mit 	<p>Bei entwicklungsbedingten Sprachstörungen müssen sprachliche Fähigkeiten u. U. zunächst grundlegend angebahnt werden.</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung und Erhalt der Lautsprache zur sprachlichen Kommunikation, - Artikulationsverbesserung bzw. Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten, - Normalisierung bzw. Besserung der Laut- und Lautverbindungsbildung, - Wiederherstellung/Besserung des Redeflusses, insbesondere des Sprechtempos - Wiederherstellung/Besserung der auditiven Wahrnehmungsfähigkeit, - Aufbau von Kommunikationsstrategien, - Normalisierung des Sprachklangs, - Beseitigung der Dysfunktionen der Kehlkopf- und Zungenmuskulatur <p>ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.</p>	<p>Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes ist sowohl bei entwicklungsbedingten als auch bei erworbenen Sprachstörungen ein wesentlicher Bestandteil der Therapie. Die Ergänzung erfolgt analog zur bestehenden Formulierung in § 32 Absatz 2.</p>
§ 33a Schlucktherapie	Wir begrüßen ausdrücklich die Zusammenführung der Schlucktherapie in einen eigenständigen Paragraphen.
§ XX UK- (Unterstützte Kommunikation) Therapie	Auch nonverbale Störungen zählen zu den Kommunikationsstörungen und bedürfen ebenso wie verbale Störungen der Therapie. Da Sprachverständnis und Wortschatz durchaus vorhanden, aber die lautsprachliche Kommunikation gestört oder nicht vorhanden sein können, wirft die nicht direkte Darstellung dieser Störung im Heilmittelkatalog für die Praxis immer wieder Fragen und Unklarheiten auf und führt zu uneinheitlichen Verordnungen.
(1) Die UK-Therapie dient der Anbahnung, dem Erreichen, der Erweiterung und dem Erhalt aktiver Sprache mittels unterstützender Kommunikation (z.B. durch Gebärden, Symbolsystemen, leichter Sprache mit oder ohne elektronischem Kommunikationsgerät)	Im Interesse von Klarheit und Eindeutigkeit sollte diese Störung mit eigenem Indikationsschlüssel dargestellt werden. Menschen ohne verbale Sprache benötigen Unterstützung, alternative Kommunikationsmöglichkeiten zu erwerben und zu nutzen.



<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.</p>	
<p>26.09.2018</p>	
<p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung, Verbesserung bzw. Normalisierung der Kommunikation mit Hilfe elektronischer und/oder nichtelektronischer Kommunikationshilfen - Aufbau und Erweiterung kommunikativer Kompetenz - Verbesserung der Lebensqualität und der Partizipation im Alltag <p>ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.</p>	<p>Eine Verständigung mittels Lautsprache ist ihnen nicht ausreichend möglich, so dass alternative bzw. ergänzende Kommunikationsformen ausgewählt, sowie deren Gebrauch im Alltag mit dem sozialen Umfeld erprobt, abgestimmt und eingeübt werden müssen.</p> <p>Die Verordnung mit unterstützter Kommunikation betrifft Menschen aller Altersgruppen und mit unterschiedlich gestörten Funktionsbereichen Sprache-Kommunikation-Sprechen-Stimme.</p> <p>Diese Therapie bedarf der Zuordnung zu einer Indikation:</p> <p>Unterstützte Kommunikation (UK)</p> <p>Literatur:</p> <p>Wagner, S./Sarimski, K (2012): Früher Gebärden- und Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom. Die Sprachheilarbeit 57, 184-191 Preißler, Paula (2017): Inwiefern sind moderierte Runde Tische (MoRTi) qualitätssichernde Elemente der Sprachtherapie im Rahmen der Unterstützte-Kommunikation-Versorgung von Erwachsenen mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Bachelorarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät).</p> <p>Urbic, H. (2016): Inwiefern sind runde Tische ein qualitätssicherndes Element in der Sprach- und Kommunikationsförderung von Kindern mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Abschlussarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät).</p>
<p>§ 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und/oder Schluckstörungen sowie Störungen der sprachlichen Verständigung, Absatz 1 Nr. 3 lit. a und b und Nr. 4 lit. b</p>	



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
<p>3. Sprachtherapie bei Erwachsenen</p> <p>a. Eingangsdiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sprachstatus - Organbefund - neurologischer Befund - Aachener Aphasietest (AAT) (sobald die Patientin oder der Patient testfähig ist) <p>b. weiterführende Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hirnleistungsdiagnostik - audiologische Diagnostik - neurologische Untersuchungen - Sprachanalyse - Aachener Aphasietest (AAT) <p>4. Sprech- und/oder Sprachtherapie bei Kindern und Jugendlichen</p> <p>b. weiterführende Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklungsdiagnostik - zentrale Hördiagnostik - neuropädiatrische/neurologische Untersuchungen - Sprach- und Sprechanalyse - Aachener Aphasietest (AAT) 	<p>Der AAT ist kein medizinisches, sondern ein logopädisches Testverfahren. Die Erhebung eines allgemeinen Sprachstatus ist im Rahmen der ärztlichen Diagnostik ausreichend.</p> <p>Der AAT ist kein medizinisches, sondern ein logopädisches Testverfahren. Die Erhebung eines allgemeinen Sprachstatus ist im Rahmen der ärztlichen Diagnostik ausreichend.</p> <p>Der AAT ist kein medizinisches, sondern ein logopädisches Testverfahren. Die Erhebung eines allgemeinen Sprachstatus ist im Rahmen der ärztlichen Diagnostik ausreichend.</p>
<p>Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V</p>	<p>Wie bereits in unserer Stellungnahme zur Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf vom 24.02.2016 dargelegt, besteht im Hinblick auf die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V Änderungs- und Ergänzungsbedarf.</p> <p>Einige Diagnosen, die mit einer dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigung verbunden sind oder zu dieser führen können, sind im Beschlussentwurf der Anlage 2 nicht gelistet.</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
	<p>Der dbl spricht sich ausdrücklich für die Aufnahme der folgenden Diagnosen in die Anlage 2 aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend • G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr), analog zum Anhang 1 zur Anlage 2 sollten hier unbedingt auch frühere Stadien des Primären Parkinson-Syndroms aufgeführt werden. • G30-G32 Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems • G40 Epilepsien • G62.9 Polyneuropathie • G81.9 Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet • H54.0 Blindheit und hochgradige Sehbehinderung • H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung • M45.09 Morbus von Bechterew • P00-P04 Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung • Q02 Mikrozephalie • Q16 Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen • Q35 Gaumenspalte • Q36 Lippenspalte • Q39 Ösophagusatresie • Q87 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme (nur Q87.0 und Q87.4 sind gelistet, insbesondere fehlt die Diagnose Q87.1)



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
26.09.2018	
	<ul style="list-style-type: none"> • Q93 Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert (nur Q 93.4 ist gelistet) • Q99 Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert (nur Q 99.2 ist gelistet) • R49 Störungen der Stimme • Z90 Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie • Z96.2 Vorhandensein von Implantaten im Gehörgang
Zum Heilmittelkatalog	Unsere Stellungnahme zu diesem entnehmen Sie bitte der Anlage.

Stand: 29.08.2018

Zweiter Teil **Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (i.V.m. § 12 der HeilM-RL)**

(Heilmittelkatalog)

Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen
nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Vorbemerkung

- Die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) hängt gemäß § 12 Absatz 1 Satz 1 bei gegebener Indikation nach § 3 Absatz 5 ab von:
 - der Ausprägung und Schwere der Erkrankung,
 - den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen,
 - Beeinträchtigungen der Aktivitäten und
 - den angestrebten Therapiezielen.
- Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht jede funktionelle oder strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.
- In Bezug auf den langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V wird auf Anlage 2 der Richtlinie verwiesen.

Inhalt

Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog.....	1
I. Maßnahmen der Physiotherapie	2
1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane.....	3
2. Erkrankungen des Nervensystems.....	6
3. Erkrankungen der inneren Organe.....	8
4. Sonstige Erkrankungen.....	11
II. Maßnahmen der Podologischen Therapie.....	16
1. Diabetisches Fußsyndrom.....	16
III. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	17
1. Störungen der Stimme.....	18
1.1 Organische Störungen der Stimme.....	18
1.2 Funktionelle Störungen der Stimme.....	19
1.3 Psychogene Störungen der Stimme	20
2. Störungen der Sprache und des Sprechens.....	22
2.1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung.....	22
2.2 Störungen der Artikulation.....	24
2.3 Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit.....	25
2.4 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung.....	26
2.5 Störungen der Sprechmotorik	27
3. Störungen des Redeflusses	28
4. Störungen der Stimm- und Sprechfunktion.....	30
5. Störungen des Schluckaktes/Schluckvorgangs und der Nahrungsaufnahme	31
6. Störungen der sprachlichen Verständigung.....	xx
IV. Maßnahmen der Ergotherapie.....	32
1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane.....	33
2. Erkrankungen des Nervensystems.....	36
3. Psychische Störungen.....	39
V. Maßnahmen der Ernährungstherapie.....	43
1. Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen	44
2. Mukoviszidose.....	46

Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog

VO	Verordnung
/VO	pro Verordnung
+	und (zusätzlich)
/	oder (alternativ)
BGM	Bindegewebsmassage
CM	Colonmassage
KG	allgemeine Krankengymnastik; auch als Atemtherapie erbringbar
KG-Gerät	Gerätegestützte Krankengymnastik mit Sequenztrainingsgeräten und/oder Hebel- und Seilzugapparaten
KG-Muko	Krankengymnastik zur Behandlung von schweren Erkrankungen der Atmungsorgane z.B. bei Mukoviszidose oder bei Lungenerkrankungen, die der Mukoviszidose vergleichbare pulmonale Schädigungen aufweisen
KG-ZNS	spezielle Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des ZNS bzw. des Rückenmarks nach Vollendung des 18. Lebensjahrs unter Einsatz der neurophysiologischen Techniken nach Bobath, Vojta oder PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation)
KG-ZNS-Kinder	spezielle Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des ZNS bzw. des Rückenmarks längstens bis Vollendung des 18. Lebensjahrs unter Einsatz der neurophysiologischen Techniken nach Bobath oder Vojta.
KMT	Klassische Massagetherapie
MLD-30	Manuelle Lymphdrainage, Therapiedauer 30 Min. an der Patientin oder dem Patienten (Teilbehandlung)
MLD-45	Manuelle Lymphdrainage, Therapiedauer 45 Min. an der Patientin oder dem Patienten (Großbehandlung)
MLD-60	Manuelle Lymphdrainage, Therapiedauer 60 Min. an der Patientin oder dem Patienten (Ganzbehandlung)
MT	Manuelle Therapie
PM	Periostmassage
SM	Segmentmassage
UWM	Unterwasserdruckstrahlmassage

I. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie¹

1. Störungen der Stimme.....	18
1.1 Organische Störungen der Stimme.....	18
1.2 Funktionelle Störungen der Stimme.....	19
1.3 Psychogene Störungen der Stimme.....	20
2. Störungen der Sprache und des Sprechens.....	22
2.1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung.....	22
2.2 Störungen der Artikulation.....	24
2.3 Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit.....	25
2.4 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung.....	26
2.5 Störungen der Sprechmotorik.....	27
3. Störungen des Redeflusses.....	28
4. Störungen der Stimm- und Sprechfunktion.....	30
5. Störungen des Schluckaktes Schluckvorgangs und der Nahrungsaufnahme.....	31
6. Störungen der sprachlichen Verständigung.....	xx

¹ Hierfür sind stimm-, sprech-, sprach-, hör-, schlucktherapeutische und kommunikationsunterstützende Leistungen zu erbringen.

1. Störungen der Stimme

1.1 Organische Störungen der Stimme

Diagnosengruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung im Regelfall	
		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen weitere Hinweise
ST1 Organisch bedingte Erkrankungen der Stimme - lokal bedingt - ZNS bedingt - hormonell bedingt - OP-Folgen - Lähmungsbedingt z. B. - Kehlkopfneubildungen - Kehlkopfverletzungen - Periphere oder zentrale neurogene Stimmrückenminderbeweglichkeit (Stimmrückenparese, Stimmrückenparalyse) - Veränderte Kehlkopf-anatomie und -physiologie nach (Tumor-)Operationen - Hormonelle Stimmstörungen - Operative Eingriffe an Stimmrücken und Kehlkopf (einschließlich Laryngotomie) - krankhafter Verlauf des Stimmbruchs - krankhafter Verlauf des Stimmbruchs - Zustand nach Laryngotomie - Transiente Stimme	a) Schädigung der Stimme mit eingeschränkter stimmlicher Belastbarkeit z.B. - Lautstärke, Ausdauer - Tonhöhe und -umfang - Druck und Schmerz b) Schädigung der Stimme mit Heiserkeit, Beeinträchtigung des Stimmklanges z.B. - eine Kombination von Rauigkeit und Behauchtheit - Heiserkeit bis zur Aphonie c) Schädigung der Stimme mit gestörter Phonationsatmung z.B. - zu hoher Luftverbrauch beim Sprechen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Stimmtherapie-30- Stimmtherapie-45- Stimmtherapie-Gruppe Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 2950 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

1.2 Funktionelle Störungen der Stimme

Diagnosengruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung im Regelfall	
		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen weitere Hinweise
ST2 Funktionell bedingte Erkrankungen der Stimme z. B. - Glottische Hyper- oder Hypofunktion - Supraglottische Hyperfunktion (z.B. habituelle Taschenfaltenstimme) - Extraglottische Hyperfunktion (z.B. Kehlkopfhochstand)	a) Schädigung der Stimme mit eingeschränkter stimmlicher Belastbarkeit z.B. - Lautstärke, Ausdauer - Tonhöhe und -umfang - Druck und Schmerz b) Schädigung der Stimme mit Heiserkeit, Beeinträchtigung des Stimmklanges z.B. - eine Kombination von Rauigkeit und Behauchtheit - Heiserkeit bis zur Aphonie c) Schädigung der Stimme mit gestörter Phonationsatmung z.B. - zu hoher Luftverbrauch beim Sprechen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Stimmtherapie-30- Stimmtherapie-45- Stimmtherapie-Gruppe Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 2950 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.

1.3 Psychogene Störungen der Stimme

Indikation		Heilmittelverordnung im Regelfall	
Diagnosengruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
ST3 Psychogene Aphonie	a) plötzlich eingetretene Stimmlosigkeit mit tonalem Husten/Räuspfern z.B. - infolge akuter oder chronischer psychischer Belastungen x) patientenindividuelle Symptomatik]	Stimmtherapie-30- Stimmtherapie-45- Stimmtherapie-60- Stimmtherapie-Gruppe Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 1050 Einheiten Frequenzempfehlung: - täglich, bis zu mehrere Ein- heiten pro Tag - ggf. Einleitung einer Psycho- therapie <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Er- fordernis des Einzelfalles; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behand- lung mit der Höchstverordnungs- menge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.</i>

Indikation		Heilmittelverordnung im Regelfall	
Diagnosengruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
ST4 Psychogene Dysphonie	a) Schädigung der Stimme mit langsam progredienter Heiserkeit mit tonalem Husten/Räuspfern x) patientenindividuelle Symptomatik]	Stimmtherapie-30- Stimmtherapie-45- Stimmtherapie-Gruppe Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 2050 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Er- fordernis des Einzelfalles; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behand- lung mit der Höchstverordnungs- menge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.</i>

2. Störungen der Sprache und des Sprechens

2.1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung im Regelfall	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<p>SP1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung</p> <p>z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - prä-, peri-, postnatalen Hirnschädigungen - genetisch bedingten Krankheiten - Sprachentwicklungsstörungen (expressiv oder rezeptiv betont) - Anomalien der Sprechorgane - anlagebedingter familiärer Sprachschwäche mit Krankheitswert - peripheren und zentralen Hörstörungen 	<p>a) Schädigung der kognitiv-sprachlichen Funktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit nicht altersgemäß entwickeltem Wortschatz - mit nicht altersgemäß entwickeltem Satzbau und/oder morphologischer Regelbildung - mit nicht altersgemäß entwickeltem Sprachverständnis <p>b) Schädigung der Sprechfunktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Artikulation - des Redeflusses <p>c) Schädigung der Hörfunktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - der auditiven Merkspanne <p>x) patientenindividuelle Symptomatik]</p>		<p>Sprech- und Sprachtherapie 30- Sprach- und Sprachtherapie 45- Sprach- und Sprachtherapie- Gruppe</p> <p>Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p> <p>Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 80 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich</p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.</i></p> <p>Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2</p>

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung im Regelfall	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<p>SP2 Störungen der auditiven Wahrnehmung</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - AVWS (Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung) 	<p>a) Störungen der zentralen Hörfunktionen in Form von nicht altersgemäßem Sprachverstehen im Störschall</p> <p>b) Störungen der zentralen Hörfunktionen in Form von nicht altersgemäßer Sprachlautunterscheidung/ phonologischer Bewusstheit</p> <p>x) patientenindividuelle Symptomatik]</p>		<p>Sprachtherapie 30- Sprachtherapie 45- Sprachtherapie-Gruppe</p> <p>Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p> <p>Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 2000 Einheiten Verordnungsfähig nur aufgrund einer neuropsychologischen Untersuchung und zentralen Hördiagnostik</p> <p>Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich</p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.</i></p> <p>Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2</p>

2.2 Störungen der Artikulation

Diagnosengruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung im Regelfall	
		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<p>SP3 Störungen der Artikulation, Dyslalie</p> <p>z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - prä-, peri-, postnatale Hirnschädigungen - genetisch bedingten Krankheiten - orofazialen Störungen - Anomalien der Zahnung oder Dysgnathien, Dysglossien - sprachliche Reifestörung aufgrund von Anomalien der Zahnstellung, des Kiefers und des Gaumens - peripheren und zentralen Hörstörungen - verbaler Entwicklungsdispraxie 	<p>a) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der altersgemäßen Aussprache einzelner/ mehrerer Sprachlaute</p> <p>b) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der altersgemäßen Mundmotorik/-sensorik</p> <p>c) Schädigung der Sprachdifferenzierung z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit Störung der rezeptiven Diskrimination und der zentralen phonologischen und expressiv phonetischen Prozesse <p>x) patientenindividuelle Symptomatik]</p>	<p>Sprach- und Sprachtherapie 30-</p> <p>Sprach- und Sprachtherapie 45-</p> <p>Sprach- und Sprachtherapie-Gruppe</p> <p>Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p> <p>Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 30-40 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich</p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</i></p> <p>Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2</p>

2.3 Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit

Diagnosengruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung im Regelfall	
		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<p>SP4 Störungen des Sprechens/der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit</p> <p>z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - angeborene Fehlbildungen - Infektionen - Nebenwirkung ototoxischer Medikamente - Hörsturz - Trauma - Versorgung mit Hörimplantaten z.B. Mittelohrimplantaten, Knochenleitungsimplantaten, Cochlea Implantaten 	<p>a) Schädigung der Sprech- und Sprachfunktion mit gestörter/fehlender lautsprachlicher Kommunikation</p> <p>x) patientenindividuelle Symptomatik]</p>	<p>Sprech- und Sprachtherapie 30-</p> <p>Sprech- und Sprachtherapie 45-</p> <p>Sprech- und Sprachtherapie 60-</p> <p>Sprech- und Sprachtherapie-Gruppe</p> <p>Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p> <p>Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 50 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich</p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</i></p> <p>Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2</p>

2.4 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung

Diagnosengruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung im Regelfall	
		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
<p>SP5 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung</p> <p>Aphasien und Dysphasien z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - zerebrale Ischämie, Blutung, Tumor - Schädel-Hirn-Trauma - Zustand nach Hirnoperationen - infektiöse ZNS-Erkrankungen (Meningitis, Enzephalitis) - Neurodegenerative (z. B. primäre progressive Aphasie) - entzündliche ZNS-Erkrankung 	<p>a) Schädigungen der kognitiv-sprachlichen Funktionen z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - des Satzbaus, der Grammatik, der Aussprache und des Sprachverständnisses - der Wortfindung - des Lesens und Schreibens <p>b) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der Artikulation</p> <p>c) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung des Redeflusses und des Sprechtempo</p> <p>x) patientenindividuelle Symptomatik]</p>	<p>Sprachtherapie-30- Sprachtherapie-45- Sprachtherapie-60- Sprachtherapie-Gruppe Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p> <p>Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 60 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich</p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</i></p> <p>Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2</p>

2.5 Störungen der Sprechmotorik

Diagnosengruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung im Regelfall	
		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
<p>SP6 Störungen der Sprechmotorik</p> <p>Dysarthrie/ Dysarthrophonie/ Sprechapraxie</p> <p>z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - zerebraler Ischämie, Blutung, Tumor - Schädel-Hirn-Trauma - entzündlichen ZNS-Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose) - neurodegenerativen ZNS-Erkrankungen (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose, Ataxien, M. Parkinson) - neuromuskulären Erkrankungen (z.B. Myasthenia gravis) 	<p>a) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der Artikulation z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - nasale Resonanz - Dyskoordination der Muskulatur <p>b) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung des Redeflusses und des Sprechtempo</p> <p>c) Schädigung der Stimmfunktion z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - prosodische Störungen, - Heiserkeit und Lautstärkechwankungen <p>x) patientenindividuelle Symptomatik]</p>	<p>Stimm-, Sprech- und- Sprachtherapie-30- Stimm-, Sprech- und- Sprachtherapie-45- Stimm-, Sprech- und- Sprachtherapie-60- Stimm-, Sprech- und- Sprachtherapie-Gruppe Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p> <p>Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 60 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich</p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</i></p> <p>Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2</p>

3. Störungen des Redeflusses

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung im Regelfall	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen weitere Hinweise
RE1 Störungen des Redeflusses Stottern z. B. durch <u>originäre und erworbene Ursachen</u> bei - Erkrankungen des ZNS - psychischen Erkrankungen - somatischem oder psychischem Trauma - idiopathischem Stottern	a) Störungen des Redeflusses mit <u>iterativen und/oder klonischen Laut-, Silben- und Wortwiederholungen, Dehnungen oder tonischen Blockierungen</u> b) Störungen des Redeflusses mit Dehnungen oder tonischen Blockierungen eb) Störungen des Redeflusses mit <u>ausgeprägtem Begleitsymptomatik</u> z. B. - negatives Störungsbewusstsein, - Vermeidungsverhalten - Mitbewegungen - Veränderungen - des Sprechens, - der Atmung, - der Kommunikation, - der psychischen Reaktionen, - der vegetativen Reaktionen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Sprechtherapie-Gruppe Sprechtherapie-30- Sprechtherapie-45- Sprechtherapie-60 Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten	Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 6000 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Physiologische Sprechunflüssigkeiten sind keine Indikation für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung im Regelfall	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen weitere Hinweise
RE2 Störungen des Redeflusses Poltern z. B. bei - Erkrankungen des ZNS - konstitutionelle Ursachen	a) Störungen des Redeflusses mit <u>überhasteter Sprache/undeutlicher Aussprache, unregelmäßig auftretenden phonetisch temporalen und phonologischen Auffälligkeiten</u> b) Störungen des Redeflusses mit <u>Temposchwankungen beim Sprechen</u> c) Störungen des Redeflusses mit <u>ausgeprägtem Störungsbewusstsein, Vermeidungsverhalten</u> x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Sprechtherapie-Gruppe Sprechtherapie-30- Sprechtherapie-45 Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten	Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 2000 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

4. Störungen der Stimm- und Sprechfunktion

Diagnosengruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung im Regelfall	
		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
SF Störungen der Stimm- und Sprechfunktion Rhinophonie z. B. infolge - Rhinophonia (a aperta, clausa, mixta) - Velopharyngeale Insuffizienz - Peripherer oder zentraler Gaumensegelpareesen - Gaumensegeldefekten (z.B. nach Tumoren, nach OP) - Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten	a) Schädigung der Stimme mit Beeinträchtigung des Stimmklangs z.B. - dumpfer farbloser Stimmklang - zu starke/ zu schwache Nasenresonanz bis hin zur nasalen Regurgitation - Atemstörungen b) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der Artikulation z.B. - verwaschene Sprache c) Schädigung der Sprechfunktion infolge einer Hyperfunktion der Kehlkopf-/Zungenmuskulatur x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Sprech- und Sprachtherapie-30 Sprech- und Sprachtherapie-45 Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 20 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

5. Störungen des Schluckaktesvorgangs und der Nahrungsaufnahme

Diagnosengruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung im Regelfall	
		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
SC Krankhafte Störungen des Schluckaktesvorgangs und der Nahrungsaufnahme Dysphagie (Schluckstörung) z. B. - zerebrale Ischämie, Blutung, Tumor - prä-, peri-, postnatalen Hirnschädigungen - genetisch bedingte Erkrankungen - infektiöse ZNS-Erkrankungen (Meningitis, Enzephalitis) - Neurodegenerative und entzündliche ZNS-Erkrankung (Morbus Parkinson, demenziell bedingt) - Multipler Sklerose, Amyotrophie - Lateralsklerose) - Kopf-Hals-Tumoren - neuromuskuläre Erkrankungen (Myasthenia gravis, Dystonie, Dystrophie) - Schädel-Hirn-Trauma - Operationen oder Bestrahlungsfolgen, Chemotherapie - bei Trachealkanülenbeatmung	a) Schädigung des Schluckaktes in der oralen Phase z.B. - gestörte orale Boluskontrolle, Drooling, Leaking b) Schädigung des Schluckaktes in der pharyngealen Phase z.B. - verzögerte Auslösung des Schluckreflexes c) Schädigung des Schluckaktes in der oesophagealen Phase z.B. - laryngale Penetration - Aspiration x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Schlucktherapie-20 Schlucktherapie-45 Schlucktherapie-60 Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten	Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 80 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

6. Störungen der sprachlichen Verständigung

Diagnosegruppe	Indikation		Heilmittelverordnung im Regelfall	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel Therapie- dauer pro Sitzung	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<p>UK Störungen der sprachlichen Verständigung</p> <p>z. B. wenn Lautverständnis vorhanden ist, aber</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Sprechen unverständlich ist durch motorische Einschränkungen Sprechen nicht möglich ist - Sprachverständnis und Sprechen auf Grund zusätzlicher geistiger Einschränkung begrenzt sind <p>bei nicht Sprechenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kindern und Jugendlichen <p>z.B. infolge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autismus - frühkindlicher Hirnschädigungen - peripherer Anomalien der Sprechorgane - genetisch bedingter Krankheiten - Mehrfachbehinderungen und Syndromen - peripherer und zentraler Hörstörungen - unklarer Genese <p>bei nicht Sprechenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erwachsenen <p>z.B. infolge</p>	<p>a) Störungen der Sprachverständnisses, des Wortschatzes und/oder der Grammatik</p> <p>b) Störungen in Form von</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestörter bzw. fehlender lautsprachlicher Kommunikation - nicht vorhandener oder unzureichender Lautsprache - keiner oder unzureichender Kommunikationskompetenz <p>x) [patientenindividuelle Symptomatik]</p>	<p>Einzeltherapie 30 / 45 oder 60 Minuten mit der Patientin oder dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p> <p>Gruppentherapie 45 oder 90 Minuten mit den Patientinnen oder Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: - bis zu 60 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich</p> <p>Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Schlaganfall - Schädel-Hirn-Trauma - Zustand nach Laryngektomie - genetisch bedingter Krankheiten - Mehrfachbehinderungen und Syndromen - Progrediente Erkrankungen (ALS) 			
--	--	--	--

**Zweiter Teil
Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen
(i.V.m. § 12 Heilmittel-Richtlinie)**

(Heilmittelkatalog)

Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen
nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V

**Heilmittelkatalog
Erläuterungen dbI**

28.08.2018

blau	ergänzt
löschen	gelöscht

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
1 von 16

<p>III. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie*</p> <p>1 Störungen der Stimme 1.1 Organische Störungen der Stimme 1.2 Funktionelle Störungen der Stimme 1.3 Psychogene Störungen der Stimme</p> <p>2 Störungen der Sprache und des Sprechens 2.1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung 2.2 Störungen der Artikulation 2.3 Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit 2.4 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung 2.5 Störungen der Sprechmotorik</p> <p>3 Störungen des Redeflusses</p> <p>4 Störungen der Stimm- und Sprechfunktion</p> <p>5 Störungen des Schluckaktes des vorgangs und der Nahrungsaufnahme</p> <p>6 Störungen der sprachlichen Verständigung</p> <p><small>* Hierfür sind stimm-, sprech-, sprach-, hör-, schlucktherapeutische und kommunikationsunterstützende Leistungen zu erbringen.</small></p>	<p>Das Heilmittel heißt Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.</p> <p>Hierfür sind stimm-, sprech-, sprach-, hör-, schlucktherapeutische und kommunikationsunterstützende Leistungen zu erbringen.</p> <p>Die individuelle Störung des Patienten besteht vielfach aus einem komplexen Störungsbild, das des gesamten Leistungsspektrums bedarf und nicht nur eines Teils. Deshalb ist es sinnvoll, dass in Zukunft das Heilmittel an sich verordnet wird und nicht einzelne Therapien</p>
---	--

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
2 von 16

	<p>(Stimmtherapie und/oder Sprechtherapie und/oder Sprachtherapie), die bisher noch nicht einmal alle unter dem Heilmittel zusammen gefasste Therapien darstellen, nämlich:</p> <p>Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör-, Schlucktherapie und Kommunikationsunterstützende Therapie.</p>
--	---

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
3 von 16

Leitsymptomatik	<p>Angabe auf Muster 14: Auf Grund seiner Fachkenntnisse ist der Therapeut in der Lage, die Leitsymptomatik zu erkennen. Deshalb ist es unnötig, die Leitsymptomatik auf der Verordnung zusätzlich zur Diagnose anzugeben</p>																																													
<p>Therapiedauer pro Sitzung</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Min. 30/45</th> <th>Min. 30/45/60</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ST1 Organisch bedingte Erkrankungen der Stimme</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>ST2 Funktionell bedingte Erkrankungen der Stimme</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>ST3 Psychogene Aphonie</td><td></td><td>X</td></tr> <tr><td>ST4 Psychogene Dysphonie</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>SP1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>SP2 Störungen der auditiven Wahrnehmung</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>SP3 Störungen der Artikulation, Dyslalie</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>SP4 Störungen des Sprechend/der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit</td><td></td><td>X</td></tr> <tr><td>SP5 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung</td><td></td><td>X</td></tr> <tr><td>SP6 Störungen der Sprechmotorik</td><td></td><td>X</td></tr> <tr><td>RE1 Störungen des Redeflusses Stottern</td><td></td><td>X</td></tr> <tr><td>RE2 Störungen des Redeflusses Poltern</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>SF Störungen der Stimm- und Sprechfunktion</td><td>X</td><td></td></tr> <tr><td>SC Krankhafte Störungen des Schluckaktes</td><td></td><td>X</td></tr> </tbody> </table>		Min. 30/45	Min. 30/45/60	ST1 Organisch bedingte Erkrankungen der Stimme	X		ST2 Funktionell bedingte Erkrankungen der Stimme	X		ST3 Psychogene Aphonie		X	ST4 Psychogene Dysphonie	X		SP1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung	X		SP2 Störungen der auditiven Wahrnehmung	X		SP3 Störungen der Artikulation, Dyslalie	X		SP4 Störungen des Sprechend/der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit		X	SP5 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung		X	SP6 Störungen der Sprechmotorik		X	RE1 Störungen des Redeflusses Stottern		X	RE2 Störungen des Redeflusses Poltern	X		SF Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	X		SC Krankhafte Störungen des Schluckaktes		X	<p>Minuten 30, 45, 60 für alle Indikationen Die Leistungsbeschreibung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zur Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V sieht bei <u>allen</u> Störungsbildern vor (wurde von der KBV in ihrer Stellungnahme nicht abgelehnt):</p> <p>Einzelbehandlung <i>Regelbehandlungszeit</i> 30 Minuten 45 Minuten 60 Minuten</p> <p>X3102 Einzelbehandlung (30 Minuten mit dem Patienten) X3103 Einzelbehandlung (45 Minuten mit dem Patienten) X3104 Einzelbehandlung (60 Minuten mit dem Patienten)</p> <p>Das ist fachlich sinnvoll und auch die Praxis zeigt: Therapieminuten sind bei <u>allen</u> Indikationen „abhängig von konkretem Störungsbild und Belastbarkeit des Patienten“.</p> <p>Die 60 Minuten sind für Patienten mit Stimmstörungen (bisher 30/45) genauso sinnvoll, wie z.B. für Erwachsene mit Sprachstörungen (die bereits heute 30/45/60 erhalten). Dasselbe gilt für Polternde (bisher 30/45) und Stotternde (die bereits heute 30/45/60 erhalten). Und auch z.B. für psychogen Erkrankte mit Dysphonie (30/45) und psychogen Erkrankte mit Aphonie (die bereits heute 30/45/60 erhalten).</p> <p>60 statt 45 Minuten ermöglichen eine intensivere Arbeit, was zur Verkürzung der Gesamtdauer führen kann und damit auch im Interesse der Patienten ist, die froh sind, wenn sie schneller mit der Therapie fertig sind -</p>
	Min. 30/45	Min. 30/45/60																																												
ST1 Organisch bedingte Erkrankungen der Stimme	X																																													
ST2 Funktionell bedingte Erkrankungen der Stimme	X																																													
ST3 Psychogene Aphonie		X																																												
ST4 Psychogene Dysphonie	X																																													
SP1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung	X																																													
SP2 Störungen der auditiven Wahrnehmung	X																																													
SP3 Störungen der Artikulation, Dyslalie	X																																													
SP4 Störungen des Sprechend/der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit		X																																												
SP5 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung		X																																												
SP6 Störungen der Sprechmotorik		X																																												
RE1 Störungen des Redeflusses Stottern		X																																												
RE2 Störungen des Redeflusses Poltern	X																																													
SF Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	X																																													
SC Krankhafte Störungen des Schluckaktes		X																																												

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
4 von 16

	<p>denn der Zeitaufwand ist für sie beträchtlich.</p> <p>Der früher frei werdende Therapieplatz käme dann dem nächsten auf der Warteliste zu Gute. Für die GKV wäre das pro Versicherten kostenneutral. Eine Win-Win-Situation für Patient und GKV.</p> <p>Da in vielen Bundesländern die Vergütung pro Therapie-Minute bereits heute für 30, 45 oder 60 Minuten gleich ist, wäre diese Umsetzung für den Therapeuten einnahmen-neutral.</p> <p>Gruppenbehandlung <i>X3220 Zweiergruppe (45 Minuten mit den Patienten)</i> <i>X3222 Gruppe mit 3 - 5 Patienten (45 Minuten mit den Patienten)</i> <i>X3223 Zweiergruppe (90 Minuten mit den Patienten)</i> <i>X3224 Gruppe mit 3 - 5 Patienten (90 Minuten mit den Patienten)</i></p> <p>Die Behandlungsdauer von 90 Minuten fehlt bis dato in der Heilmittel-Richtlinie. Ärzte weigern sich immer wieder, 90-minütig Gruppentherapien zu verordnen. Dies wird damit begründet, dass die Heilmittel-Richtlinie dies nicht vorsehe.</p>
--	---

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
5 von 16

<p>Frequenzempfehlung</p>	<p>Angabe im Heilmittelkatalog und auf Muster 14: Verordnet wird die logopädische Therapie nachdem der Arzt die Diagnose gestellt hat. Erst im Anschluss entwickelt die Logopädin auf Grundlage der logopädischen Befunderhebung den Behandlungsplan, der dann ein Faktor für die Frequenz sein wird. Weitere Faktoren sind Ausprägung und Schweregrad der Störung, Alter des Patienten. Auch variable Faktoren spielen damit hinein: Dosen und Intervalle der Methoden, Compliance des Patienten, begleitende Störungsbilder und deren Therapien usw. Eine medizinisch zweckmäßige und wirtschaftlich sinnvolle Frequenz ist immer auch dem jeweiligen Stand der Behandlung anzupassen und berücksichtigt z.B. auch Gelegenheiten, das Erlernete in den Alltag zu übertragen usw.</p> <p>Fazit: Nachträgliche Änderungen auf der Verordnung, wie sie z.Zt. in Absprache mit dem Arzt möglich sind, können die o.g. Wirklichkeit nicht abbilden. Deshalb bedarf es der Änderung in der Heilmittel-Richtlinie.</p> <p>Fachlich fundierte Empfehlungen zur Frequenz sind mit der seit 2004 implementierten Vorgabe nicht möglich. Aus diesen Gründen sollten die Frequenzempfehlungen im und auf der Verordnung entfallen. Das wäre nichts Neues: Vor 2004 haben darüber nicht die Ärzte, sondern die Therapeuten entschieden. Das führte u.U. dazu, dass es länger brauchte, bis die einzelne Verordnung abgearbeitet war. Aber es erfolgten auch keine Sitzungen, nur weil es die Verordnung so forderte. Ein weiterer Vorteil: Gleichzeitig konnte eine größere Anzahl von Patienten in Behandlung sein. Bei dem heutigen Fachkräftemangel käme das den Versicherten zu Gute, sie könnten zeitnaher therapiert werden.</p> <p>Aus der Summe dieser Gründe ist es sinnvoll, dass zukünftig wieder der Therapeut über die Therapiefrequenz entscheidet.</p>
----------------------------------	--

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
6 von 16

**Indikationsschlüssel
im Einzelnen**

1. Störungen der Stimme	
ST1 Heilmittelverordnung im Regelfall ST2 Verordnungsmengen ST3 je Diagnose ST4 Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bis zu ... Einheiten	10 bzw. 20 Einheiten spiegeln in keiner Weise den Regelfall wider. Stimmtherapie kann nicht reduziert werden auf bloßes Muskeltraining, was man dann zu Hause weiter übt. Stimmtherapie ist die Therapie komplexer Störungen, die sich im Stimmklang zeigen in Wechselwirkung mit Körper, Psyche, sozialem Umfeld, Umweltfaktoren, Kommunikation, Medikation usw. Die Praxis zeigt, dass der Regelfall mit 50 Einheiten bewertet werden muss.
Weitere Hinweise	
<i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</i>	Der Satz ist im Richtlinienentwurf bereits an zwei (§ 7 Absatz 3 und § 12 Absatz 6) und im Heilmittelkatalog an vierzehn (bei jeder einzelnen Diagnosengruppe) Stellen verschriftlicht. Es drängt sich geradezu der Eindruck auf, die verordnende Vertragsärztin soll bei jeder einzelnen Diagnosengruppe an die Höchstmenge erinnert werden. Die ständige Wiederholung ist unnötig und führt nicht zu einer Reduzierung der Regelungskomplexität. Eine Erwähnung im Richtlinienentwurf genügt, sodass der Satz im Heilmittelkatalog an den 14 Stellen gestrichen werden kann.

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
7 von 16

ST1	Diagnosengruppe Organisch bedingte Erkrankungen der Stimme z. B. - Kehlkopffehlbildungen - Kehlkopfverletzungen - Periphere oder zentrale neurogene Stimmlippenminderbeweglichkeit (Stimmlippenparese, Stimmlippenparalyse) - Veränderte Kehlkopfanatomie und -physiologie nach (Tumor-)Operationen - Hormonelle Stimmstörungen - Operative Eingriffe an Stimmlippen und Kehlkopf (einschließlich Laryngektomie) - krankhafter Verlauf des Stimmbruchs - krankhafter Verlauf des Stimmbruchs - Zustand nach Laryngektomie - Transidente Stimme	Um ein vollständiges Passing zu erreichen, ist eine dem Geschlecht angepasste Stimme unabdingbar. (...) (es) sind immer wieder Transgender bekannt, deren äußerliches Erscheinungsbild vollkommen weiblich ist, deren Stimme jedoch nicht zum Geschlecht passt. Bei der logopädischen Stimmarbeit mit Transmännern geht es meist darum, die durch den zweiten Stimmbruch kippelige Stimme zu festigen und ein möglichst männliches stimmliches Ergebnis zu erreichen. Häufig sind höhere Ansprüche an die Stimme, wie eine hohe Belastung in Sprecherberufen, das Singen oder lautes Rufen nach dem Stimmbruch noch schwierig. (Quelle www.trans-indent.de)
2. Störungen der Sprache und des Sprechens		
SP1 Weitere Hinweise SP2 SP3 SP4 SP5 SP6	<i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</i>	Der Satz ist im Richtlinienentwurf bereits an zwei (§ 7 Absatz 3 und § 12 Absatz 6) und im Heilmittelkatalog an vierzehn (bei jeder einzelnen Diagnosengruppe) Stellen verschriftlicht. Es drängt sich geradezu der Eindruck auf, die verordnende Vertragsärztin soll bei jeder einzelnen Diagnosengruppe an die Höchstmenge erinnert werden. Die ständige Wiederholung ist unnötig und führt nicht zu einer Reduzierung der Regelungskomplexität. Eine Erwähnung im Richtlinienentwurf genügt, sodass der Satz im Heilmittelkatalog an den 14 Stellen gestrichen werden kann.

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
8 von 16

SP2	Diagnosengruppe Störungen der auditiven Wahrnehmung Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls	<p>20 Einheiten spiegeln in keiner Weise den Regelfall wider. Die Behandlung der Störungen der auditiven Wahrnehmung ist komplex, da neben der Hauptsymptomatik häufig auch das bereits vorhandene Störungsbewusstsein und eine beginnende Lernstörung bestehen. Diese gilt es im Vorfeld abzubauen, damit eine Bereitschaft zur phonologischen Therapie, und damit einer konzentrierten auditiven Aufmerksamkeit und Fokussierung hergestellt werden kann.</p> <p>Die Praxis zeigt, dass der Regelfall mit 60 Einheiten bewertet werden muss.</p>
SP3	Diagnosengruppe Störungen der Artikulation, Dyslalie z. B. bei <ul style="list-style-type: none"> - prä-, peri-, postnatale Hirnschädigungen - genetisch bedingten Krankheiten - orofazialen Störungen - Anomalien der Zahnung oder Dysgnathien, <i>Dysglossien</i> - sprachliche Reifestörung aufgrund von Anomalien der Zahnstellung, des Kiefers und des Gaumens - peripheren und zentralen Hörstörungen <i>verbaler Entwicklungsdispraxie</i>	<p>Die verbale Entwicklungsdispraxie (VED) beschreibt eine Störung der willkürlichen Bildung von Phonemen und Phonemfolgen. Es wird angenommen, dass die Störung ursächlich auf der Ebene der Bewegungsplanung und -programmierung liegt. Die Bewegungsabläufe sind dabei in ihrer räumlichen und zeitlichen Beziehung zueinander beeinträchtigt, so dass eine Unfähigkeit darin besteht, die Artikulationsbewegungen willkürlich und kontrolliert einzusetzen. Die VED beeinflusst das gesamte, sich in der Entwicklung befindliche Sprachsystem. Die Therapie in der VED ist in der Regel langfristig, da der Transfer des korrekten Lautgebrauchs in die Spontansprache durch die gestörte Bewegungsplanung und -programmierung deutlich länger braucht.</p>

Heilmittelkatalog Erläuterungen **dbI**
9 von 16

		Literatur: Beiträge von Frau Schulte-Mäter in der Grohnfeldt-Reihe: Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie (Bd.2, 3.Aufl,2009), „Sprechapraxiebuch“ von Birmer-Janusch und Lauer in der Forum Logopädie-Reihe.
	Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls	<p>30 Einheiten spiegeln nicht den Regelfall wider</p> <p>Die Praxis zeigt, dass der Regelfall mit 40 Einheiten bewertet werden muss.</p>
SP5	Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung Aphasien und Dysphasien z. B. bei <ul style="list-style-type: none"> - zerebrale Ischämie, Blutung, Tumor - Schädel-Hirn-Trauma - <i>Zustand nach Hirnoperationen</i> - infektiöse ZNS-Erkrankungen (Meningitis, Enzephalitis) Neurodegenerative (z. B. <i>primäre progressive Aphasie</i>) und entzündliche ZNS-Erkrankung	<p>Die Ergänzung dient der Erweiterung der Ursachen, wobei die primäre progressive Aphasie aufgrund des demographischen Wandels immer mehr an Häufigkeit zunimmt</p>
SP6	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung a) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der Artikulation z.B. <ul style="list-style-type: none"> - <i>nasale Resonanz</i> 	<p>Die Ergänzung dient Ergänzung der Leitsymptomatik, da sie im Zusammenhang mit SP6 gehäuft auftritt.</p>

Heilmittelkatalog Erläuterungen **dbI**
10 von 16

	<p>- Dyskoordination der Muskulatur</p> <p>b) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung des Redeflusses und des Sprechtempo</p> <p>c) Schädigung der Stimmfunktion z.B. - prosodische Störungen, - Heiserkeit und Lautstärkeschwankungen</p> <p>x) patientenindividuelle Symptomatik]</p>	
3.	Störungen des Redeflusses	
RE1 RE2	<p>Weitere Hinweise</p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.</i></p>	<p>Der Satz ist im Richtlinientext bereits an zwei (§ 7 Absatz 3 und § 12 Absatz 6) und im Heilmittelkatalog an vierzehn (bei jeder einzelnen Diagnosegruppe) Stellen verschriftlicht. Es drängt sich geradezu der Eindruck auf, die verordnende Vertragsärztin soll bei jeder einzelnen Diagnosegruppe an die Höchstmenge erinnert werden. Die ständige Wiederholung ist unnötig und führt nicht zu einer Reduzierung der Regelungskomplexität. Eine Erwähnung im Richtlinientext genügt, sodass der Satz im Heilmittelkatalog an den 14 Stellen gestrichen werden kann.</p>
RE1	<p>Diagnosegruppe</p> <p>Störungen des Redeflusses Stottern</p> <p>z. B. durch originäre und erworbene Ursachen bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankungen des ZNS - psychischen Erkrankungen - somatischem oder psychischem Trauma idiopathischem Stottern 	

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
11 von 16

RE1	<p>Leitsymptomatik:</p> <p>Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung</p> <p>a) Störungen des Redeflusses mit iterativen und/oder klonischen Laut-, Silben- und Wortwiederholungen, Dehnungen oder tonischen Blockierungen</p> <p>b) Störungen des Redeflusses mit Dehnungen oder tonischen Blockierungen</p> <p>eb) Störungen des Redeflusses mit ausgeprägtem Begleitsymptomatik z. B. - negatives Störungsbewusstsein, - Vermeidungsverhalten - Mitbewegungen - Veränderungen - des Sprechens, - der Atmung, - der Kommunikation, - der psychischen Reaktionen, - der vegetativen Reaktionen</p> <p>x) [patientenindividuelle Symptomatik]</p>	
	<p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles</p>	<p>50 Einheiten spiegeln nicht den Regelfall wider</p> <p>Die Praxis zeigt, dass der Regelfall mit 60 Einheiten bewertet werden muss</p>

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
12 von 16

RE2	<p>Leitsymptomatik:</p> <p>Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung</p> <p>a) Störungen des Redeflusses mit überhasteter Sprache/undeutlicher Aussprache, unregelmäßig auftretenden phonetisch temporalen und phonologischen Auffälligkeiten</p> <p>b) Störungen des Redeflusses mit Temposchwankungen beim Sprechen</p> <p>c) Störungen des Redeflusses mit ausgeprägtem Störungsbewusstsein, Vermeidungsverhalten</p> <p>x) [patientenindividuelle Symptomatik]</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls</p>	<p>Verweis auf die „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen“, Kapitel 6.4</p> <p>20 Einheiten spiegeln in keiner Weise den Regelfall wider</p> <p>Beim Poltern handelt es sich im Vergleich zum Stottern keineswegs um eine weniger vielschichtige schwere Störung. Poltern erfordert dieselbe Verordnungsmenge wie Stottern.</p> <p>Die Praxis zeigt, dass der Regelfall mit 50 Einheiten bewertet werden muss</p>
4.	Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	
SF	<p>Weitere Hinweise</p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</i></p>	<p>Der Satz ist im Richtlinienentwurf bereits an zwei (§ 7 Absatz 3 und § 12 Absatz 6) und im Heilmittelkatalog an vierzehn (bei jeder einzelnen Diagnosengruppe) Stellen verschriftlicht. Es drängt sich geradezu der Eindruck auf, die verordnende Vertragsärztin soll bei jeder einzelnen Diagnosengruppe an die Höchstmenge erinnert werden. Die ständige Wiederholung ist unnötig und führt nicht zu einer Reduzierung der Regelungskomplexität. Eine Erwähnung im Richtlinienentwurf genügt, sodass der Satz im Heilmittelkatalog an den 14 Stellen gestrichen werden kann.</p>

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
13 von 16

5.	Störungen des Schluckaktesvorgangs und der Nahrungsaufnahme	
SC	<p>Krankhafte Störungen des Schluckaktesvorgangs und der Nahrungsaufnahme</p> <p>Dysphagie (Schluckstörung)</p> <p>z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - zerebrale Ischämie, Blutung, Tumor - prä-, peri-, postnatalen Hirnschädigungen - genetisch bedingte Erkrankungen - infektiöse ZNS-Erkrankungen (Meningitis, Enzephalitis) - Neurodegenerative und entzündliche ZNS-Erkrankung (Morbus Parkinson, demenziell bedingt) - Multipler Sklerose, Amyotrophie - Lateralsklerose) - Kopf-Hals-Tumoren - neuromuskuläre Erkrankungen (Myasthenia gravis, Dystonie, Dystrophie) - Schädel-Hirn-Trauma - Operationen oder Bestrahlungsfolgen, Chemotherapie, bei Trachealkanülenbeatmung <p>Weitere Hinweise</p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</i></p>	<p>Die Ergänzung ist erforderlich, weil der Umfang der Störungen nicht auf das Schlucken begrenzt ist, sondern auch die Aufnahme von Nahrung einbezieht.</p> <p>Es sollte deutlich werden, dass zum Spektrum der Ursachen auch entwicklungs-demenziell bedingte Störungen zählen.</p> <p>Die Begrifflichkeiten „Operationen oder Bestrahlung“ ist zu kurz gefasst. Wie bei den anderen Diagnosen sollte auch hier die Auflistung konkreter sein im Hinblick auf die Folgestörungen durch Operationen, Bestrahlung, Chemotherapie und Trachealkanülenbeatmung.</p> <p>Der Satz ist im Richtlinienentwurf bereits an zwei (§ 7 Absatz 3 und § 12 Absatz 6) und im Heilmittelkatalog an vierzehn (bei jeder einzelnen Diagnosengruppe) Stellen verschriftlicht. Es drängt sich geradezu der Eindruck auf, die verordnende Vertragsärztin soll bei jeder einzelnen Diagnosengruppe an die Höchstmenge erinnert werden. Die ständige Wiederholung ist unnötig und führt nicht zu einer Reduzierung der Regelungskomplexität. Eine Erwähnung im Richtlinienentwurf genügt, sodass der Satz im Heilmittelkatalog an den 14 Stellen gestrichen werden kann.</p>

Heilmittelkatalog Erläuterungen dbI
14 von 16

6.	Störungen der sprachlichen Verständigung	<p>Auch non-verbale Störungen zählen zu den Kommunikationsstörungen und bedürfen ebenso wie verbale Störungen der Therapie. Da Sprachverständnis und Wortschatz durchaus vorhanden sein, aber die lautsprachliche Kommunikation gestört oder nicht vorhanden sein können, wirft die nicht direkte Darstellung dieser Störung im Katalog in der Praxis immer wieder Fragen und Unklarheiten auf und führt zu uneinheitlichen Verordnungen.</p> <p>Im Interesse von Klarheit und Eindeutigkeit sollte diese Störung mit eigener Diagnosengruppe dargestellt werden.</p>
UK	UK Störungen der Sprachlichen Verständigung	<p>Menschen ohne verbale Sprache benötigen der Unterstützung, alternative Kommunikationsmöglichkeiten zu erwerben und zu nutzen.</p> <p>Eine Verständigung mittels Lautsprache ist ihnen nicht ausreichend möglich, so dass alternative bzw. ergänzende Kommunikationsformen ausgewählt sowie deren Gebrauch im Alltag mit dem sozialen Umfeld erprobt, abgestimmt und eingeübt werden müssen.</p> <p>Die Verordnung mit unterstützter Kommunikation betrifft Menschen aller Altersgruppen und mit unterschiedlich gestörten Funktionsbereichen Sprache-Kommunikation-Sprechen-Stimme).</p> <p>Diese Therapie bedarf der Zuordnung zu einer Indikation: „Unterstützte Kommunikation (UK)“</p> <p>Literatur: Wagner, S./Sarimski, K (2012): Früher Gebärden- und Sprachenwerb bei Kindern mit Down-Syndrom. Die Sprachheilarbeit 57, 184-191</p> <p>Preißler, Paula (2017): Inwiefern sind moderierte Runde Tische (MoRTi) qualitätssichernde Elemente der Sprachtherapie im Rahmen der Unterstützte-Kommunikation-Versorgung von <u>Erwachsenen</u> mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Bachelorarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät)</p>

Heilmittekatalog Erläuterungen dbl
15 von 16

	<p>Urbic, H. (2018): Inwiefern sind runde Tische ein qualitätssicherndes Element in der Sprach- und Kommunikationsförderung von <u>Kindern</u> mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Abschlussarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät)</p>
--	---


Heilmittekatalog Erläuterungen dbl
16 von 16


RE1	Diagnosengruppe Störungen des Redeflusses Stottern z. B. durch originäre und erworbene Ursachen bei - Erkrankungen des ZNS - psychischen Erkrankungen - somatischem oder psychischem Trauma idiopathischem Stottern	Siehe S3-Leitlinie „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen“, S. 18.
-----	---	--

RE1	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung a) Störungen des Redeflusses mit iterativen und/oder klonischen Laut-, Silben- und Wortwiederholungen, Dehnungen oder tonischen Blockierungen b) Störungen des Redeflusses mit Dehnungen oder tonischen Blockierungen eb) Störungen des Redeflusses mit ausgeprägtem Begleitsymptomatik z. B. - negatives Störungsbewusstsein, - Vermeidungsverhalten - Mitbewegungen - Veränderungen - des Sprechens, - der Atmung, - der Kommunikation, - der psychischen Reaktionen, - der vegetativen Reaktionen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Störungen des Redeflusses in Form von unfreiwilligen Wiederholungen von Lauten und Silben, Dehnungen und Blockierungen. <u>zu a):</u> Die Symptomatik wird ersetzt durch die Bezeichnung „Störungen des Redeflusses in Form von unfreiwilligen Wiederholungen von Lauten und Silben, Dehnungen und Blockierungen, siehe S3-Leitlinie „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen“, Seite 17 Die Nomenklatur der tonisch, klonisch und iterativen Symptomatik gilt in der als „...[] überholt und soll nicht mehr verwendet werden.“ <u>zu c)</u> Siehe „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen“
-----	--	---



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

		<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>
		26. September 2018
Stellungnahme/ Änderungsvorschlag	Begründung	
<p>Zu den Eckpunkten der Entscheidung/ Tragende Gründe Nr. 2</p>	<p>Die Hinwirkung auf eine Reduzierung der Regelungskomplexität und eine Entbürokratisierung im Versorgungsalltag unterstützen wir ausdrücklich.</p> <p>Trotz der Verpflichtung, dass für die Verordnung von Heilmitteln seit dem 1.1.2017 eine zertifizierte Praxisverwaltungssoftware für Ärzte verwendet werden muss, sind nach wie vor sehr viele Verordnungen nicht heilmittelrichtlinienkonform ausgestellt, so dass die sprachtherapeutischen Praxen viele Verordnungen zurück an den verordnenden Arzt geben und um Korrektur bitten müssen.</p> <p>In der dbS-Praxisinhaberumfrage 2017 wurde festgestellt, dass im Durchschnitt 35,1% der Verordnungen fehlerhaft ausgestellt und korrekturbedürftig sind und im Durchschnitt 20 Minuten zur Korrektur einer fehlerhaften Verordnung durch den Therapeuten aufgewendet werden müssen.</p> <p>Häufige Fehler sind dabei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falsche Verordnungsmengen (insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls) - Fehlerhafte Kennzeichnung als Erst- oder Folgeverordnung, insbesondere bei einem Arztwechsel - Fehlende oder unpassende Leitsymptomatik <p>Die gewünschte enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Therapeut wird durch den erforderlichen Korrekturbedarf beeinträchtigt, da die Formalien oft den Inhaltsaustausch überlagern.</p> <p>Gerne nehmen wir zu den geplanten Änderungen wie folgt Stellung:</p>	
<p>Heilmittel-Richtlinie, § 2 Abs. 1</p>	<p>Die Ergänzung der Maßnahmen der Schlucktherapie als Heilmittel wird ausdrücklich begrüßt.</p>	

	<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>
<p>26. September 2018</p>	
	<p>Die Unterscheidung nach den einzelnen Heilmitteln (in Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und die versuchte Zuordnung zu einem oder mehreren Heilmitteln führt jedoch nicht zu einer Entbürokratisierung, sondern vergrößert die Bürokratie sogar.</p> <p>Es ist ausreichend, wenn die verordnungsfähigen Heilmittel in § 3 Abs. 1 genannt sind, im Katalog aber nur die Therapie mit wahlweise 30/45/60 Minuten oder als Gruppentherapie aufgeführt ist und eine Zuordnung zu einem oder zu mehreren Bereichen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie entfällt. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass auch Atem-, Hör- und kommunikationsunterstützende Therapien in den Bereich des Heilmittels fallen.</p> <p>Eine ergänzende Begründung folgt unter § 13 und zum Heilmittelkatalog.</p>
<p>§ 3 Abs. 2 Folgender Spiegelstrich sollte ergänzt werden: - Beeinträchtigungen von Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation entgegenzuwirken und um behindernde Umweltfaktoren (Barrieren) abzubauen</p>	<p>Die Heilmittelrichtlinie sollte den Anforderungen der ICF entsprechen und sämtliche bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren abbilden.</p>
<p>§ 3 Abs. 3</p>	<p>Es ist richtig und wichtig, dass sich der verordnende Arzt über bisherige Heilmittelverordnungen informiert.</p> <p>Problematisch ist jedoch, dass der Arzt nach § 7 Abs. 7 (neue Fassung) von einem neuen Regelfall ausgehen kann, wenn ihm die vorhandenen Informationen nicht ausreichen.</p> <p>Die Entscheidung des Arztes (neuer Regelfall oder Fortführung des bisherigen) ist aber aus der Verordnung nicht mehr ersichtlich, wenn die Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung entfällt.</p> <p>Die Folgen für die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie führen wir in der Begründung zu § 7 neu auf.</p> <p>Auch können die Therapeuten nicht überprüfen, wann – bei</p>



	<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>
<p>26. September 2018</p>	
	<p>zwischenzeitlichem Arztwechsel – der Regelfall erschöpft ist, da bei gleichbleibender Diagnose nicht ersichtlich ist, ob der neu verordnende Arzt als neuen Regelfall oder als Fortsetzung des alten Regelfalls verordnet hat.</p> <p>Die Prüfpflicht des Therapeuten kann sich daher nicht auf die Korrektheit der Angabe (Verordnung im Regelfall /außerhalb des Regelfalls beziehen). Dies muss in der HeiM-RL klargestellt werden, um den erzielten Effekt der Entbürokratisierung erreichen zu können.</p> <p>Ferner verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 7.</p>
<p>§ 6 a n.F. i.V.m. § 8 Abs. 3 und § 34</p>	<p>Es wird begrüßt, dass die weiteren Diagnostiken und die weiterführende Diagnostik in das Ermessen des verordnenden Arztes gestellt werden und diese nicht zwingend erfolgen müssen. Dies hat in der Vergangenheit oftmals zu unnötigen Verzögerungen oder zu z.T. unnötigen Verweisen an Fachärzte geführt.</p> <p>In Abs. 2 Satz 2 sollte klargestellt werden, dass zu den berücksichtigungsfähigen Fremdbefunden selbstverständlich auch die therapeutischen Befunde zählen.</p> <p>Darüber hinaus muss es den Ärzten möglich sein, für erforderlich gehaltenen Diagnostiken durchzuführen und die Ergebnisse auf dem Verordnungsmuster dokumentieren zu können, damit diese in die Therapie einfließen zu können. Ein neu zu gestaltendes Verordnungsmuster muss daher zwingend die Möglichkeit haben, Ergebnisse abbilden zu können.</p> <p>Wir bitten daher, dass die Verbände der Therapeuten in die Gestaltungsprozesse eingebunden werden.</p>
<p>§ 7 Abs. 1 Regelfall i.V.m Abs. 2</p>	<p>Die dem Regelfall zugrunde liegende Vorstellung, „dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann.“, ist nicht begründet. Die Therapiedauer ist auch bei gleicher Diagnosegruppe/ gleichem Indikationsschlüssel sehr unterschiedlich und hängt von etlichen Faktoren ab (z.B. Therapiefrequenz, -dosis, -methode, Inter-Therapie-Intervall; Alter und Compliance des Patienten; Ausprägung und Schweregrad der Störung etc.). Ein „Regelfall“ ist somit nicht definierbar und die davon abhängende Gesamtverordnungsmenge völlig willkürlich gewählt.</p>




	<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 18, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>
<p>26. September 2018</p>	
	<p>Die Vorgabe eines Regelfalls und der Gesamtverordnungsmenge sollte daher gänzlich entfallen. Dies würde gleichzeitig die Unterscheidung von Erst- und Folgeverordnungen sowie sämtliche Ausnahmeregelungen außerhalb des Regelfalls überflüssig machen und so maßgeblich zu einer Vereinfachung und wirklichen Entbürokratisierung beitragen. Auch würden Therapiepausen nicht mehr aus rein formalen Gründen erzwungen.</p> <p>Sollte es bei einer Unterscheidung zwischen im Regelfall/ außerhalb des Regelfalls bleiben, sehen wir die unter § 7 Abs. 5 aufgeführten Schwierigkeiten, die durch eine Neufassung, die den Versorgungsalltag erleichtern sollen, gerade nicht entstehen sollten.</p>
<p>§ 7 Abs. 4</p>	<p>Beabsichtigt ist, dass sich ein Regelfall durch dieselbe Diagnose (derselbe dreistellige ICD-10-GM-Code) und dieselbe Diagnosegruppe des Heilmittelkatalogs bestimmt.</p> <p>Hierbei sehen wir folgende Schwierigkeiten in der Praxis: Die Verordnung soll bereits jetzt den therapierelevanten ICD-10-GM-Code enthalten. Gibt es mehrere codierte Diagnosen, die z.B. eine Verordnung als SP1 begründen, so stellen wir immer wieder fest, dass mal der eine ICD-10-GM-Code, mal der andere auf der Verordnung aufgedruckt wird. Bislang hat dies, bei gleichbleibender Diagnosegruppe, keinen neuen Regelfall ausgelöst. Zukünftig würden, bei weiteren Wechseln zwischen den ICD-10-GM-Codes ständig neue Regelfälle ausgelöst werden können.</p> <p>Außerdem kommt ein zusätzlicher Prüfaufwand auf die Therapeuten zu, die bislang lediglich an Hand des Indikationsschlüssels kontrollieren müssen, ob der Regelfall fortgesetzt wird. Nun müsste darüber hinaus ein Abgleich des ICD-10-GM-Codes erfolgen.</p> <p>Sollte es bei der vorgeschlagenen Fassung bleiben, so müsste zumindest klargestellt werden, dass eine Überprüfung durch die Therapeuten, denen keine Erleichterungen durch zertifizierte Software zur Verfügung stehen, nicht erfolgen muss und der Therapeut auf die Richtigkeit vertrauen darf.</p> <p>Durch einen gänzlichen Wegfalls des Regelfalls, wie unter § 7 Abs. 1 dargestellt, würden diese Schwierigkeiten nicht entstehen.</p>



	<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>
<p>28. September 2018</p>	
<p>§ 7 Abs. 5 i.V.m. § 8 Abs. 2</p>	<p>Es wird begrüßt, dass auf das Ausstellungsdatum abgestellt wird, denn dieses ist für den Arzt direkt aus seiner Verordnungssoftware heraus ersichtlich. Anmerken möchten wir jedoch, dass auch der letzte Behandlungstermin für den Arzt bekannt war, denn dieser wird im Therapiebericht aufgeführt.</p> <p>Hier sollte es bei den bisherigen 12 Wochen verbleiben, da dies eine bekannte Frist ist, die auch der Frist in § 8 entspricht.</p> <p>Nicht ersichtlich ist jedoch, ob sich der Arzt nach den 12 Wochen für einen neuen Regelfall entscheidet (also ein Rezidiv oder eine neue Erkrankungsphase feststellt) oder von einer Fortsetzung des Regelfalls ausgeht. Dies wird aus der ausgestellten Verordnung nicht mehr ersichtlich und es muss somit klargestellt werden, dass der Therapeut diesbezüglich keine Prüfpflicht hat und auf die Richtigkeit der mittels zertifizierter Software ausgestellten Verordnung vertrauen darf.</p> <p>Durch einen gänzlichen Wegfalls des Regelfalls, wie unter § 7 Abs. 1 dargestellt, würden diese Schwierigkeiten nicht entstehen.</p> <p>Auch wären keine (festen) Vorgaben von verordnungsfreien Intervallen zwischen zwei Regelfällen erforderlich, die zu Stagnation oder Rückschritten führen können. Therapiepausen sollten immer aus therapeutischen Überlegungen heraus, nicht aber aufgrund formaler Vorgaben eingelegt werden.</p>
<p>§ 7 Abs. 7 und 8 a.F. i.V.m § 7 Abs. 10 a.F.</p>	<p>Durch den Wegfall der Folgeverordnung fehlt es an einer Transparenz, ob ein Regelfall fortgeführt oder ein neuer Regelfall begonnen wird. Hierzu verweisen wir auf unsere Ausführungen unter §§ 3 Abs. 3 und 7 Abs. 5.</p> <p>Ferner entfällt damit die Möglichkeit größerer Verordnungsmengen, wie sie insbesondere im Bereich von SP5/SP6 sinnvoll und notwendig sind und auch im Bereich SC sinnvoll wären. Hierzu verweisen wir auf unsere Ausführungen zum Heilmittelkatalog, dort zu SP5 und SP6.</p> <p>Durch einen gänzlichen Wegfalls des Regelfalls, wie unter § 7 Abs. 1 dargestellt, würden diese Schwierigkeiten nicht entstehen.</p>



		dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de
26. September 2018		
		Therapierelevante Informationen (z.B. über vorangegangene Therapien) könnten bei einem Therapeutenwechsel auf dem Verordnungsmuster vermerkt werden, damit ein fachlicher Austausch weiter sichergestellt werden kann.
§ 7 Abs. 7 n.F.		Ob der Arzt verbindliche Informationen hat oder nicht und daher von einem neuen Regelfall ausgeht oder von einer Fortsetzung des Regelfalls ist für den behandelnden Therapeuten nicht ersichtlich. Wir verweisen hierzu auf unsere Ausführungen zu § 7 Abs. 5.
§ 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls		Ein Regelfall ist nicht definierbar, so dass die entsprechende Regelung dazu entfallen sollte. Siehe dazu die ausführliche Erläuterung bei § 7 Abs. 1. Dies würde gleichzeitig sämtliche Ausnahmeregelungen außerhalb des Regelfalls überflüssig machen und so maßgeblich zu einer Vereinfachung beitragen.
§ 8 Abs. 1 „Behandlungsdauer bis zu 12 Wochen“		<p>Neu heißt es, dass die Verordnung außerhalb des Regelfalls eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen abdecken kann.</p> <p>Nach der bisher gewählten Formulierung („ist die Verordnungsmenge so zu bemessen, dass...“) konnten Verordnungen mit z.B. 12 Einheiten bei einer Frequenz von 1x/Woche ausgestellt werden. Hat die Behandlung dann jedoch durch Unterbrechungen (z.B. Erkrankung, Urlaub etc.) länger gedauert, war die Verordnung dennoch Grundlage für die Therapie.</p> <p>Die Neuformulierung könnte dahingehend missverstanden werden, dass nach 12 Wochen zwingend ein Therapieabbruch auf Grundlage dieser Verordnung stattfinden und die Therapie mit neuer Verordnung fortgesetzt werden müsste.</p> <p>Dies würde zu unnötiger Mehrbelastung des Patienten, seiner Angehörigen und der verordnenden Ärzte führen und gerade nicht zum Bürokratieabbau beitragen.</p> <p>Wir bitten daher um Beibehaltung der bisherigen Formulierung, wenn die Regelfallssystematik dennoch beibehalten werden sollten.</p>
§ 8 Abs. 1 Frequenzspanne		Die ausdrückliche Nennung der Möglichkeit einer Frequenzspanne wird begrüßt, denn eine solche hat sich im Versorgungsalltag bewährt.
und auch zu § 4 Abs. 2		Allerdings sollten Frequenzempfehlungen gänzlich entfallen, da



	<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>
26. September 2018	
	fundierte Empfehlungen in dieser pauschalen Form nicht möglich sind. Die Frequenzwahl hängt u.a. ab von Therapiedosis, -methode, Inter-Therapie-Intervall; Alter und Compliance des Patienten; Ausprägung und Schweregrad der Störung; Begleitenden Störungsbilder und Therapien etc.. Bereits jetzt kann der Therapeut die Therapiefrequenz in Absprache mit dem Arzt ändern und diese Änderung dokumentieren. Der Wegfall der Frequenzempfehlung würde dieses Vorgehen erleichtern.
§ 8 Abs. 3	Die ärztliche Diagnostik ist in den §§ 6a und 34 geregelt und bedarf daher keiner Regelung in § 8 Abs. 3. Regelungen an unterschiedlichen Stellen erschweren die Handhabbarkeit der Heilmittel-Richtlinie.
§ 8 Abs. 4 besondere Begründung i.V.m. Abs. 5	<p>Es wird begrüßt, dass die besondere Begründung nicht mehr Pflichtbestandteil der Verordnung ist, wenn die Begründung nicht für eine Entscheidung im Genehmigungsverfahren von Bedeutung ist.</p> <p>Jedoch würde durch diese Neuregelung die Überprüfung zu Lasten des Therapeuten verkompliziert.</p> <p>So haben die Ärzte die Möglichkeit, sich die Notwendigkeit des Eintrags durch Abgleich der Listen der Kassen, die eine Genehmigungsverfahren durchführen, mittels der zertifizierten Praxisverwaltungssoftware anzeigen zu lassen und sodann den Eintrag vorzunehmen oder eben nicht.</p> <p>Diese Möglichkeit haben die Therapeuten jedoch nicht, so dass klargestellt werden muss, dass die Therapeuten nicht zu prüfen haben, ob ggf. ein Eintrag der besonderen Begründung fehlt und auf die Richtigkeit der mittels zertifizierter Software ausgestellten Verordnung vertrauen dürfen.</p> <p>Eine Prüfung wäre nur aufwändig mit quartalsweise zu erneuern Listen möglich und der Abgleich müsste bei jeder Verordnung außerhalb des Regelfalls erfolgen, die eben keine Begründung aufführt.</p> <p>Von Entbürokratisierung könnte dann nicht mehr die Rede sein.</p>
§ 8 a Abs. 7	Der Vorschlag des PatV wird begrüßt. Eine unbefristete Genehmigung oder eine Genehmigung von mind. einem Jahr wird für sinnvoll erachtet und erspart unnötigen bürokratischen Aufwand.




<p>dbs e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>	
26. September 2018	
§ 10 Einzel-/Gruppenbehandlung	<p>Auf eine Regelung in § 10 sollte verzichtet werden. Vielmehr sollte in § 16 „Durchführung der Therapie“ eine Regelung aufgenommen bzw. in Abs. 5 ergänzt werden, dass die Therapie als Einzel- und/oder Gruppentherapie durchgeführt werden kann. Wir verweisen hierzu auf unsere Ausführungen zu § 16 Abs. 5.</p>
§ 11 Abs. 2	<p>Die Neufassung verkennt den Beschluss der 91. Gesundheitsministerkonferenz 2018, die zu TOP 10.11 den Beschluss gefasst hat, dass mit Sorge betrachtet wird, dass der Zugang zu einer logopädischen Therapie für viele Kinder, die eine ganztägige Bildung und Betreuung in Schulen und Horteinrichtungen erhalten, erheblich erschwert oder nicht möglich ist.</p> <p>Aufgrund der veränderten Aufenthaltszeiten am Lernort Schule und Horteinrichtung wird es von der GMK dargelegt, dass für Kinder ohne besondere Schädigungen die Erbringung von Heilmitteln in Einrichtungen nicht mehr sachgerecht ist und die Gefahr besteht, dass notwendige Therapien unterbleiben oder nicht konsequent durchgeführt werden können.</p> <p>Die Begründung des Beschlusses führt weiter aus, dass durch den Ausbau der Ganztagsbetreuung eine Therapiedurchführung erst am späten Nachmittag oder frühen Abend möglich ist, was für die Familien zu erheblichen organisatorischen Schwierigkeiten führt, aber auch die Praxen dort nicht ausreichend Kapazitäten haben und insbesondere es an der für eine Therapie erforderlichen Aufnahmefähigkeit fehlt.</p> <p>Eine im Jahr 2017 unter den Praxisinhabern des dbs durchgeführte Umfrage bestätigt, dass die Vormittagstherapien durchschnittlich um 46,5 % zurückgegangen sind und dass eine über 80prozentige Auslastung der Nachmittage in der Praxis von ca. 90 % der Befragten bestätigt wird.</p> <p>Wir fordern daher, die Forderung der Gesundheitsministerkonferenz mit der aktuellen Überarbeitung der HeiM-RL umzusetzen und § 11 entsprechend um den Therapieort „tagestrukturierenden Fördereinrichtung“ zu ergänzen.</p>
§ 12 Abs. 1 Auswahl des Heilmittels	<p>Es wird begrüßt, dass die Behandlungsziele in die Richtlinie überführt worden sind.</p> <p>Dies könnte ebenfalls mit der Frequenzempfehlung - wenn diese erhalten bleibt - erfolgen, die im Bereich der Stimm-,</p>




	<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>
<p>26. September 2018</p>	
	<p>Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie fast immer eine Frequenz von 1-3X/Woche vorsieht.</p> <p>Die Klarstellung, dass Abweichungen von der Frequenz zulässig sind, wird ausdrücklich begrüßt, denn ein Abweichen ist erforderlich, um z.B. die durch aktuelle Studien belegten hochfrequenten Therapieintervalle zu ermöglichen.</p> <p>Zu den weiteren Auswahlpunkten (Art, Menge, Frequenz) verweisen wir auf unsere Ausführungen unter § 13.</p>
<p>§ 12 Abs. 8</p>	<p>Es ist selbstverständlich, dass sich die Verordnungsmenge nach dem medizinischen Erfordernis im Einzelfall richtet.</p> <p>Es ist aber ausreichend, wenn dies an dieser Stelle der Heilm-RL ausgeführt wird.</p> <p>Eine nochmalige Aufführung bei jeder Diagnosegruppe im Heilmittelkatalog ist entbehrlich, führt nicht zur angestrebten Reduzierung der Regelungskomplexität und erweckt den Eindruck, als müsste immer wieder zu einem restriktiven Verordnungsverhalten angehalten werden.</p>
<p>§ 12 Abs. 9</p>	<p>Die Formulierung ist missverständlich.</p> <p>Es wird um Klarstellung gebeten, dass je Tag nur eine Behandlung je Heilmittel erbracht werden soll oder dass es sich um eine Regelung handelt, die nur im Bereich der Physiotherapie Anwendung finden soll. Dies könnte z.B. durch einen Tausch von Abs. 8 und 9 deutlicher gemacht werden.</p> <p>Die Möglichkeit der Verordnung von Doppelbehandlungen sollte sich nicht nur auf vorrangige Heilmittel beschränken, sondern ebenfalls im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie möglich sein.</p> <p>Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Gruppentherapien im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie mit 45 oder 90 Minuten durch die Rahmenempfehlungen und -verträge nach § 125 SGB V vorgesehen sind, die Verordnungsmöglichkeit der Gruppentherapie-90 aber nur über den Weg der Doppelbehandlung erreicht werden kann, wenn nicht das Heilmittel Gruppe-90 im Katalog ergänzt wird.</p> <p>Daher sollte hier eine Klarstellung erfolgen oder eine Ergän-</p>



 dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de	
26. September 2018	
	zung eines § 16 Abs. 7 (siehe Ausführungen dort) vorgenommen werden. Die Möglichkeit einer Doppelbehandlung sollte sich auch im Verordnungsmuster eindeutig wieder finden. Eine bloße Eingabemöglichkeit als ggf. ergänzenden Angabe zum Heilmittel (siehe § 13 Abs. 2h) wird als nicht ausreichend erachtet.
§ 13 Verordnungsvordruck	Nach Abs. 1 muss der Vordruck nach Maßgabe des Absatzes 2 vollständig ausgefüllt sein. Hier sollte ergänzend klargestellt werden, dass sich die Therapeuten auf die Vollständigkeit und die Korrektheit, der mittels zertifizierter Praxissoftware ausgestellter Heilmittelverordnungen, verlassen können. Wir bitten bei der Neugestaltung der Verordnungsvordrucke um Einbeziehung der Verbände der Therapeuten, um eine für alle Beteiligten praktikablen Umsetzung und tatsächliche Entbürokratisierung zu erreichen.
Abs. 2 b. Art der Verordnung	Die nicht mehr vorzunehmende Unterscheidung in Erst- und Folgeverordnung führt zu den unter §§ 3 und 7 dargelegten Schwierigkeiten.
Abs. 2c und d	Es ist nicht schlüssig, konsequent und transparent, dass für einen Hausbesuch immer eine Auswahl zwischen ja oder nein erfolgen muss, beim Therapiebericht das Kästchen aber allein für ein Ja steht. Um Missverständnisse zu vermeiden bitten wir in beiden Fällen auf ein Ankreuzfeld für JA zu reduzieren.
Abs. 2e a.F. Abs. 2h a.F. bzw. 2g n.F. Abs. 2k a.F.	Die Zusammenlegung der Auswahl zwischen Einzel- und Gruppentherapie <u>und</u> dem Heilmittel mit inkludierter Minutenangabe führt zu unnötigem bürokratischem Aufwand und zu einem erhöhten Fehlerpotenzial. Die Angabe des Heilmittels (Stimmtherapie/Sprechtherapie/Sprachtherapie/Schlucktherapie oder einer Mischform) kann im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gänzlich entfallen, da die Zuordnung zur Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schluck bereits durch die Wahl der Diagnosegruppe/des Indikationsschlüssels getroffen ist. Die zusätzliche Auswahl an dieser Stelle liefert daher keinen




 dbS Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbS-ev.de	
26. September 2018	
	inhaltlichen Mehrwert, ist aber eine erhebliche Fehlerquelle und sollte daher dringend entfallen, um eine tatsächliche Entbürokratisierung zu erreichen und keine neue zu schaffen. Es ist ausreichend, wenn allein die Therapiedauer auf der Verordnung angegeben wird.
Abs. 2i	Die Frequenzempfehlungen sollten entfallen, da fundierte Empfehlungen in dieser pauschalen Form nicht möglich sind. Siehe dazu die ausführliche Erläuterung unter § 4 Abs. 2.
Abs. 2 j und k	Die Begrifflichkeit des Indikationsschlüssels entfällt gänzlich und wird durch den Begriff Diagnosegruppe ersetzt. Die Diagnose bestimmt sich sodann nach dem ICD-10-Code Es ist missverständlich, ob die Diagnose allein der ICD-10-Code ist oder nur dann vollständig vorhanden ist, wenn auch der hinterlegte Klartext oder ein Freitext ergänzt ist. Die Formulierung „Die Diagnose ist grundsätzlich als ICD-10-Code (einschließlich Klartext) anzugeben“ spricht dafür, dass ein Klartext zwingend erforderlich ist. Die weitere Formulierung „... der hinterlegte ICD-10 Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden“ kann für eine optionale Angabe sprechen. Darüber hinaus muss klargestellt sein, dass der Therapeut allenfalls das Vorhandensein prüfen kann, nicht jedoch, ob der gewählte ICD-10-Code zum Text und auch zur gewählten Diagnosegruppe passt. Dies muss die zertifizierte Arztsoftware leisten und der Therapeut muss auf die Richtigkeit dieser Angaben vertrauen dürfen.
Abs. 2l	Die Kodierung der Leitsymptomatik wird ausdrücklich begrüßt, da diese oftmals unvollständig, fehlerhaft oder unpassend angegeben wurde, was zu erheblichem Korrekturaufwand und Änderungsbitten, die die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Therapeut unnötig belasten, führen konnte. Problematisch wird gesehen, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zuzuordnen und vergleichbar sein muss, was – bei unzutreffender Angabe durch den Arzt – immer noch dazu führt, dass sich der Therapeut zur Korrektur an den Arzt wenden muss.



	<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbS-ev.de</p>
<p>26. September 2018</p>	
	<p>Daher sollte auch hier deutlich gemacht werden, dass der Therapeut allenfalls das Vorhandensein einer patientenindividuellen Leitsymptomatik prüfen muss, wenn es an einer buchstabenkodierten Leitsymptomatik fehlt.</p> <p>Die Eintragungen müssen durch die zertifizierte Arztsoftware geleistet werden und passend sein und der Therapeut muss auf die Richtigkeit dieser Angaben vertrauen dürfen.</p> <p>Um eine optimale Entbürokratisierung zu erreichen schlagen wir vor, dass die Angabe einer Leitsymptomatik gänzlich entfallen sollte, denn sie ist weder formal noch inhaltlich erforderlich, führt aber gleichzeitig zu vielen fehlerhaft ausgestellten Verordnungen.</p>
<p>Abs. 2m</p>	<p>Hierzu verwiesen wir auf unsere Ausführungen zu § 8 Abs. 4.</p>
<p>Abs. 2n</p>	<p>Für den Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sollte auch auf dem neu zu erstellenden Verordnungsvordruck klargestellt werden, dass es sich bei den relevanten Befunden nicht um Pflichtangaben handelt, so dass z.B. ein Tonaudiogramm nicht zwingend auf der Verordnung erforderlich ist, aber selbstverständlich vom Arzt auf der Verordnung kenntlich gemacht werden kann, wenn es sich um eine therapierelevante Information handelt.</p> <p>Für diese weiteren Befunde (nach Hörtest, Stroboskopuntersuchung) muss es die Möglichkeit der Übermittlung über das Verordnungsmuster geben.</p>
<p>§ 15 Beginn der Heilmittelbehandlung</p>	<p>Es wird ausdrücklich begrüßt, dass der Zeitraum für den Beginn einer Heilmittelbehandlung auf 28 Tage erweitert wird. Die bisherigen 14 Tage waren oftmals zu knapp bemessen, wenn der Patient erst Tage nach dem Ausstellen der Verordnung die Praxis kontaktiert hat und dann erst Therapietermine mit den familiären Gegebenheiten und dem Praxisplan koordiniert werden konnten. Von der Möglichkeit des Eintrags eines spätestens Behandlungsbeginns musste daher oftmals Gebrauch gemacht werden.</p> <p>Die Möglichkeit, einen spätesten Behandlungsbeginn bis ... einzutragen, muss jedoch erhalten bleiben, um besonderen Versorgungsformen weiter gerecht werden zu können.</p> <p>So wird von der Möglichkeit eines vorgegebenen spätesten</p>



		dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbS-ev.de
26. September 2018		
		Behandlungsbegins im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie insbesondere dann Gebrauch gemacht, wenn eine Heilmittelbehandlung auf der laufenden Verordnung noch nicht abgeschlossen ist, der Arzt aber auf Grund des eigenen Urlaubs bereits vorher die Therapiefortsetzung in seinem Urlaub ermöglichen möchte, ohne dass ein Vertretungsarzt die Verordnung übernehmen muss. Auch bei der ärztlichen und therapeutischen Versorgung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen, bei denen die Hausbesuche durch den Arzt nicht immer stattfinden können, ist die individuelle Festlegung des Behandlungsbegins wichtig im Versorgungsalltag.
§ 16 Abs. 2 und Abs. 3		Die Frequenzempfehlungen sollten generell entfallen, da fundierte Empfehlungen in dieser pauschalen Form nicht möglich sind. (Siehe dazu die ausführliche Erläuterung bei § 4 Abs. 2). Mit der Neuformulierung, dass die Frequenzangaben für den Therapeuten bindend sind, entsteht darüber hinaus der Eindruck, dass von diesem auch nicht durch begründete Unterbrechungen abgewichen werden darf. Dies wird erst in Abs. 3 klar gestellt. Um Unsicherheiten zu vermeiden, sollte es bei der bisherigen Formulierung bleiben.
§ 16 Abs. 3		Es wird begrüßt, dass auf die Möglichkeit der Regelung in den Empfehlungen und Verträgen nach § 125 SGB V hingewiesen wird.
§ 16 Abs. 4		Die Methodenwahl liegt beim Therapeuten, so dass er selbst über die Änderungen oder Ergänzung des therapeutischen Therapieplans entscheiden kann/muss. Eine Unterbrechung der Behandlung ist daher nicht erforderlich. Wir bitten auch um Klarstellung, dass es sich in Satz 2 um den ärztlichen Therapieplan handelt.
§ 16 Abs. 5 Gruppentherapie		Die Entscheidung, ob eine Einzel- oder eine Gruppenbehandlung oder eine Kombination aus beiden Behandlungsformen durchgeführt wird (z.B. im Rahmen einer Intensiv- oder Intervalltherapie) ergibt sich maßgeblich aus der Wahl der Therapiemethode. Da diese vom Therapeuten ausgewählt wird, sollte auch die Entscheidung bzgl. des Behandlungsformats beim Therapeuten liegen und nicht im Vorfeld ohne Kenntnis der Behandlungsart verordnet werden. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit wird auch der Therapeut Grup-




<p>dbs e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>	
26. September 2018	
	pentherapien bevorzugen.
§ 16 Abs. 5 S. 2	<p>Die gewählte Formulierung, dass „einzelne Maßnahmen“ in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist missverständlich. Soll damit ermöglicht werden, dass z.B. bei einer Verordnung von 10 Einheiten auch 5 Einheiten als Einzel- und 5 Einheiten als Gruppentherapie möglich sind? Dies würden wir sehr begrüßen.</p> <p>Wir bitten um Klarstellung des Begriffs „Maßnahme“, um Missverständnisse zu vermeiden, z.B. durch einen Verweis auf die §§ 30 ff.</p>
<p>Ergänzung eines § 16 Abs. 7</p> <p>„Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass es aus therapeutisch indizierten Gründen zweckmäßig ist, zwei Therapieeinheiten zusammenzulegen, dann bedarf das nicht der gesonderten Verordnung. Die abzurechnende Gesamtzahl der Leistungen darf in diesen Fällen die Verordnungsmenge nicht überschreiten.“</p>	<p>90 Minuten sind nicht nur in der Gruppentherapie, sondern auch in der Einzeltherapie medizinisch zweckmäßig z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - in vivo-Therapie - in der Stimmtherapie (z.B. Steigerung von Leistungsfähigkeit und Ausdauer) - in der Schlucktherapie (z.B. Anregung des Schluckens bei Wachkomapatienten in senkrechter Position im Stehtrainer)
§ 30 Abs. 2 S.2	Änderung in: „Sie können einzeln oder in Gruppen durchgeführt werden“ (siehe dazu unter § 16 Abs. 5)
§ 31 ff.	Es wird begrüßt, dass die bisher im Katalog aufgeführten Therapieziele nunmehr in die einzelnen Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie integriert sind. Dies macht den Katalog übersichtlicher und praktikabler.
§ 31 Stimmtherapie	<p>Bei den aufgeführten Therapiezielen fehlt es an</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulation von Kehlkopf- und Zungenmuskulatur <p>Wir bitten auch um Ergänzung von: „ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept“ wie es in § 32 aufgeführt wird.</p>
§ 32 Sprechtherapie	<p>Bitte in Abs. 1 ergänzen: Die Sprechtherapie dient der Anbahnung,</p> <p>In Abs. 2 bitte ergänzen in Sprechgeschwindigkeit</p>



<p>dbs e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>	
26. September 2018	
	und -lautstärke. Bitte Prosodie als eigenen Punkt ergänzen.
§ 33 Sprachtherapie	Bitte in Abs. 1 ergänzen: Die Sprachtherapie dient der Anbahnung, Wir bitten auch um Ergänzung von: „ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept“ wie es in § 32 aufgeführt wird.
<p>Einführung eines § 33b UK-Therapie (Unterstützte Kommunikation)</p> <p>1) Die UK-Therapie dient der Anbahnung, Erreichen, Erweiterung und Erhalt aktiver Sprache mittels unterstützender Kommunikation (z.B. durch Gebärden, Symbolsystemen, leichter Sprache mit oder ohne elektronischem Kommunikationsgerät)</p> <p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung, Verbesserung bzw. Normalisierung der Kommunikation mit Hilfe elektronischer und/oder nichtelektronischer Kommunikationshilfen - Aufbau und Erweiterung kommunikativer Kompetenz - Verbesserung der Lebensqualität und der Partizipation im Alltag <p>ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.</p>	<p>Auch non-verbale Störungen zählen zu den Kommunikationsstörungen und bedürfen ebenso wie verbale Störungen der Therapie.</p> <p>Da Sprachverständnis und Wortschatz durchaus vorhanden sein, aber die lautsprachliche Kommunikation gestört oder nicht vorhanden sein können, wirft die nicht direkte Darstellung dieser Störung im Katalog in der Praxis immer wieder Fragen und Unklarheiten auf und führt zu uneinheitlichen Verordnungen.</p> <p>Im Interesse von Klarheit und Eindeutigkeit sollte diese Störung mit einer eigenen Diagnosegruppe dargestellt werden. Menschen ohne verbale Sprache benötigen Unterstützung, alternative Kommunikationsmöglichkeiten zu erwerben und zu nutzen.</p> <p>Eine Verständigung mittels Lautsprache ist ihnen nicht ausreichend möglich, so dass alternative bzw. ergänzende Kommunikationsformen ausgewählt sowie deren Gebrauch im Alltag mit dem sozialen Umfeld erprobt, abgestimmt und eingeübt werden müssen.</p> <p>Die Verordnung mit Unterstützter Kommunikation betrifft Menschen aller Altersgruppen und mit unterschiedlich gestörten Funktionsbereichen Sprache-Kommunikation-Sprechen-Stimme.</p> <p>Diese Therapie bedarf der Zuordnung zu einer Indikation: Unterstützte Kommunikation (UK)</p> <p>Literatur: Wagner, S./Barlmski, K (2012): Früher Gebärden- und Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom. Die Sprachheilkunde 57, 184-191 Preißler, Paula (2017): Inwiefern sind moderierte Runde Tische (MoRT) qualitäts-sichere Elemente der Sprachtherapie im Rahmen der Unterstützte-Kommunikation-Versorgung von Erwachsenen mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Bachelorarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät Urbic, H. (2016): Inwiefern sind runde Tische ein qualitäts-sicheres Element in der Sprach- und Kommunikationsförderung von Kindern mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Abschlussarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät</p>
§ 34	Hier ist die „ärztliche Diagnostik bei“ um die weiteren Bereiche



 <p>Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie</p>	<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 18, 47441 Moers, www.dbS-ev.de</p>
<p>26. September 2018</p>	
	<p>in der Benennung der Regelung zu ergänzen: § 34 Ärztliche Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach-, Atem-, Hör- und/oder Schluckstörungen sowie Störungen der sprachlichen Verständigung/Störungen der aktiven Sprache</p>
<p>§ 34 Nr. 3a/b, 4b</p>	<p>Die Angabe des Aachener Aphasietests (AAT) sollte entfallen, da hier Diagnostiken aufgeführt werden, nicht konkrete Testverfahren. Die Auswahl muss dem Arzt überlassen bleiben. Darüber hinaus ist der AAT kein ärztliches, sondern ein sprachtherapeutisches Testverfahren. Die Erhebung eines allgemeinen Sprachstatus ist im Rahmen der ärztlichen Diagnostik ausreichend.</p>
<p>Heilmittel-Katalog Inhaltsverzeichnis III</p>	<p>Die unter § 33b (neu) aufgeführten Störungen der sprachlichen Verständigung sind im Inhaltsverzeichnis zu ergänzen.</p>
<p>- allgemein</p>	<p>Der Zusatz <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.</i> bei jeder Diagnosegruppe muss entfallen. Dies ergibt sich bereits aus § 12 Abs. 6 HeilM-RL. Eine nochmalige Aufführung bei jeder Diagnosegruppe im Heilmittelkatalog führt nicht zur angestrebten Reduzierung der Regelungskomplexität und erweckt den Eindruck, als müsste immer wieder zu einem restriktiven Ordnungsverhalten angehalten werden.</p>
<p>- Auswahl des Heilmittels</p>	<p>Die Zusammenlegung der Auswahl zwischen Einzel- und Gruppentherapie <u>und</u> dem Heilmittel mit inkludierter Minutenangabe führt zu unnötigem bürokratischem Aufwand und zu einem erhöhten Fehlerpotenzial. Die Angabe des Heilmittels (Stimmtherapie/Sprechtherapie/Sprachtherapie/Schlucktherapie oder einer Mischform) kann im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gänzlich entfallen, da die Zuordnung zur Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schluck bereits durch die Wahl der Diagnosegruppe/des Indikationsschlüssels getroffen ist. Die zusätzliche Auswahl an dieser Stelle liefert daher keinen inhaltlichen Mehrwert, ist aber eine erhebliche Fehlerquelle und sollte daher dringend entfallen, um eine tatsächliche Entbürokratisierung zu erreichen und keine neue zu schaffen.</p>



	dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 18, 47441 Moers, www.dbs-ev.de
26. September 2018	
	Es ist ausreichend, wenn allein die Therapiedauer auf der Verordnung angegeben wird.
- Gesamtverordnungsmenge	Begründung siehe § 7 Abs. 1
- Frequenzempfehlung	Die Angabe der Frequenzempfehlung mit einer vorgegebenen Unter- und Obergrenze lässt den Eindruck entstehen, dass andere Frequenzen nicht zulässig seien! Dies könnte durch die Beibehaltung der bisherigen Formulierung „mindestens“ klargestellt werden, um auch hochfrequente Therapieintervalle zu ermöglichen, wenn diese angezeigt sind. Auch kann, wenn eine Frequenzempfehlung beibehalten werden sollte, eine Angabe im Katalog entfallen, da die einmalige Regelung an zentraler Stelle in der Richtlinie ausreichend wäre und so eine weitere Reduzierung der Regelungskomplexität erreicht werden könnte.
Die Diagnosegruppen im Einzelnen	
Diagnosegruppe ST1	<ul style="list-style-type: none"> - „krankhafter Verlauf des Stimmbruchs“ sollte in krankhaften Verlauf der Stimm-Mutation in der Pubertät geändert werden. - Zu ergänzen ist „transidente Stimme“ - Bei der Leitsymptomatik sollte „Räusperzwang“ ergänzt werden - Die 60-Minuten-Dauer muss gegeben sein - Die Gesamtverordnungsmenge sollte - wenn an ihr festgehalten wird - auf 50 Einheiten erhöht werden - Die Gruppentherapie ist zu ergänzen
ST2	<ul style="list-style-type: none"> - Zu ergänzen in der Spalte Diagnosegruppe: <ul style="list-style-type: none"> • kompensatorische Mischformen • funktionell bedingte Stimm-Mutationsstörungen - Bei der Leitsymptomatik sollte „Räusperzwang“ und „abweichende/veränderte Stimmlage“ ergänzt werden - Die 60-Minuten-Dauer muss gegeben sein - Die Gesamtverordnungsmenge sollte - wenn an ihr festgehalten wird - auf 50 Einheiten erhöht werden - Die Gruppentherapie ist zu ergänzen
ST3	<ul style="list-style-type: none"> - Die Gesamtverordnungsmenge sollte - wenn an ihr festgehalten wird - auf 50 Einheiten erhöht werden - Bei den weiteren Hinweisen sollte wie folgt geändert



	<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 18, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>
26. September 2018	
	werden: ggf. Einleitung einer <u>begleitenden Psychotherapie</u>
ST4	<ul style="list-style-type: none"> - Zu ergänzen in der Spalte Diagnosegruppe: <ul style="list-style-type: none"> • Inkomplette Mutation der erwachsenen Frauen- und Männerstimme • Stimmveränderungen bei psychischen Erst- oder Begleiterkrankungen - Die 60-Minuten-Dauer muss gegeben sein - Die Gesamtverordnungsmenge sollte - wenn an ihr festgehalten wird - auf 50 Einheiten erhöht werden
SP1	Die aufgeführten Beispiele sollten ergänzt werden um: <ul style="list-style-type: none"> - Sprachentwicklungsverzögerungen - LateTalkern - Autismus - Mehrfachbehinderung - Verbaler Entwicklungsdyspraxie Die Leitsymptomatik ist unter a) um <ul style="list-style-type: none"> - mit nicht altersgemäß entwickeltem Phonemsystem zu ergänzen. Die 60-Minuten-Dauer muss gegeben sein.
SP2	Die 60-Minuten-Dauer muss gegeben sein
SP3	Der Begriff der Dyslalie ist in der Beschreibung der Diagnosegruppe zu streichen. Ebenso der Zusatz „sprachliche Reifesterung auf Grund von“. Die Angabe „Anomalien der Zahnstellung, des Kiefers und des Gaumens“ ist ausreichend. Die aufgeführten Beispiele sollten ergänzt werden um: <ul style="list-style-type: none"> - Verbaler Entwicklungsdyspraxie - Dysglossie Die 60-Minuten-Dauer muss gegeben sein.
SP5	<ul style="list-style-type: none"> - Die Beschreibung sollte in Aphasien, Dyslexien und Dysgraphien geändert werden (Dysphasie kann entfallen). - Die VO-Menge von 20 je Verordnung muss erhalten bleiben, um hochfrequente Therapien und/oder Intervalltherapien durchführen zu können. Diese müssen gerade in diesem Bereich möglich sein. - Das wird auch durch die Frequenzangabe mit einer vorgegebenen Unter- und Obergrenze erschwert. Es entsteht der Eindruck, dass andere Frequenzen nicht zulässig seien!



		dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 18, 47441 Moers, www.dbs-ev.de
26. September 2018		
SP8	<p>Die aufgeführten Beispiele der Diagnosegruppe sollten ergänzt werden um:</p> <ul style="list-style-type: none"> - infantiler Zerebralparese <p>Bezeichnung des Heilmittels als z.B. „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ kann entfallen; es reicht die Auswahl Einzeltherapie-30 (45, 60) oder Gruppe. Dies ist in der vereinfachten Form auf dem Verordnungsmuster abzubilden, um eine Praxistauglichkeit zu gewährleisten und tatsächlich zu entbürokratisieren.</p> <p>Die Zuordnung des Heilmittels ergibt sich bereits durch die Diagnosegruppe, siehe dazu in den Erläuterungen zur Richtlinie.</p> <p>Die VO-Menge von 20 je Verordnung muss erhalten bleiben, um hochfrequente Therapien und/oder Intervalltherapien durchführen zu können. Diese müssen gerade in diesem Bereich möglich sein.</p>	
RE2	<ul style="list-style-type: none"> - Die 60-Minuten-Dauer muss gegeben sein 	
SF	<ul style="list-style-type: none"> - Folgende Änderung ist vorzunehmen: Rhinophonia (a-aperta, clausa, mixta) - Die 60-Minuten-Dauer muss gegeben sein - Die Gruppentherapie ist zu ergänzen 	
SC	<p>Die aufgeführten Beispiele sollten ergänzt werden um:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklungsstörungen - Mehrfachbehinderungen - dementielle Erkrankungen - Verätzungen und Verbrennungen <p>Die Leitsymptomatik ist um d) Saug-, Ess-, Trink- oder Fütterstörung zu ergänzen</p>	
Zu ergänzende Diagnosegruppe: UK	<p>Unter Diagnosegruppe sollte aufgeführt werden:</p> <p>Störungen der sprachlichen Verständigung z.B. wenn Lautverständnis vorhanden ist, aber</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Sprechen unverständlich ist - durch motorische Einschränkungen Sprechen nicht möglich ist - Sprachverständnis und Sprechen auf Grund zusätzlicher geistiger Einschränkung begrenzt sind <p>bei nicht Sprechenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kindern und Jugendlichen 	



	<p>dbs e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>
<p>26. September 2018</p>	
	<p>z.B. infolge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autismus - frühkindlicher Hirnschädigungen - peripherer Anomalien der Sprechorgane - genetisch bedingter Krankheiten - Mehrfachbehinderungen und Syndromen - peripherer und zentraler Hörstörungen - unklarer Genese <p>bei nicht sprechenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erwachsenen <p>z.B. infolge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schlaganfall - Schädel-Hirn-Trauma - Zustand nach Laryngektomie - genetisch bedingter Krankheiten - Mehrfachbehinderungen und Syndromen - Progrediente Erkrankungen (ALS)
<p>Anlage 2: Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf</p>	
<p>Fehlende Diagnosen, die im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie relevant sind.</p>	<p>Die folgende Diagnose sollte ergänzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr) <p>Hier sollten unbedingt auch frühere Stadien des Primären Parkinson-Syndroms aufgeführt werden. Für die Sprech- und Stimmtherapie hat sich gezeigt, dass die Erfolge besonders bei PatientInnen mit leichten bis mittelschweren Symptomen erzielt werden. Eine langfristige Behandlung sollte daher so früh wie möglich beginnen.</p> <p>Weiterhin sollten folgenden Diagnosen und die dazugehörigen Diagnoseschlüssel in Anlage 2 ergänzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F00-F03 Demenzen - F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache - F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend - G30-G32 Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems



	<p>dbS e.V. Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Goethestraße 16, 47441 Moers, www.dbs-ev.de</p>
26. September 2018	
	<ul style="list-style-type: none"> - G40 Epilepsien - H54.0 Blindheit und hochgradige Sehbehinderung - H90 Hörstörungen - P00-P04 Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung - R13 Dysphagie - R49 Störungen der Stimme - Q87 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme - Q93 Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert - Q99 Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert - Z90 Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie
Inkrafttreten	Um den Versorgungsalltag nicht erst in einem Jahr zu entlasten, wäre ein deutlich früheres Inkrafttreten wünschenswert.



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Spitzenverband der Heilmittelverbände - SHV	
25.09.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Abs. 2 Satz 2 wie von der PatV vorgeschlagen einfügen.	Der Vorschlag der Patientenvertretung ist begründet.
§ 3 Abs. 3 <i>(...) Die oder der Versicherte wirkt im Rahmen seiner Möglichkeiten mit.</i>	Der Vorschlag der Patientenvertretung zu dieser Formulierung entspricht unserem Verständnis von partnerschaftlicher Zusammenarbeit in der Heilmittelerbringung.
§ 6a (2) Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere Befundergebnisse <u>sollen</u> auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.	Eine Kann-Bestimmung macht hier keinen Sinn, wenn die Befunde für die Therapie eine Relevanz haben. In diesem Fall benötigt der Heilmittelerbringer diese für seine Therapieplanung.
§ 7 Abs. 4 Ein Regelfall umfasst Heilmittel-Behandlungen für eine Patientin oder einen Patienten aufgrund derselben Diagnose und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog, bei denen die festgelegte Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht überschritten ist. <u>Um dieselbe Diagnose handelt es sich, wenn derselbe therapierelevante ICD-10-Code angegeben wird.</u> Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen.	Die bisherige Formulierung ist aus unserer Sicht nicht eindeutig genug, sondern es bedarf einer Klarstellung, dass jeder ICD-10-Code für eine eigene Diagnose und somit einen Regelfall steht. Dies entspricht auch der Auffassung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (https://dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/systematik/kategorie.htm), das auf seiner Internetseite unter dem Kapitel „Aufbau der Symptomatik“ und Unterpunkt „Primär- und Sekundärkodes“ klarstellt: „Im Normalfall wird in der ICD jede Krankheit unter einem einzigen Gesichtspunkt klassifiziert, d. h. jeder Krankheit wird genau 1 Code zugeordnet.“ Eine abweichende Formulierung in der Heilmittel-Richtlinie/ Heilmittelkatalog würde zu der Situation führen, dass Ärzte und Therapeuten ggf. den Regelfall nicht eindeutig identifizieren können. Beispiel: Zur Klarstellung der Lokalisation sind die meisten relevanten ICD-10-Codes zwingend vollständig anzugeben. Die durch den G-BA vorgeschlagene Formulierung würde somit zu einem erhöhten Bürokratieaufwand führen.
§ 7 (5) Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall	Der Vorschlag der PatV ist zu befürworten: 12 Wochen reichen in aller Regel aus, damit sich ein



Spitzenverband der Heilmittelverbände - SHV	
25.09.2018	
auslösen, wenn nach Ausstellung der letzten Verordnung im Regelfall ein Zeitraum von <u>12 Wochen</u> abgelaufen ist (verordnungsfreies Intervall).	Schädigungsbild so verändert (vgl. Chronifizierungsstadien), dass ein neuer Regelfall gerechtfertigt erscheint.
§ 7 Abs. 6 Verordnungen im Regelfall können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden. Sofern neben dem vorrangigen <u>oder optionalen</u> Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen <u>oder optionalen</u> Heilmittels. Wenn die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige <u>oder optionale</u> Heilmittel aufgeteilt wurde, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen <u>oder optionalen</u> Heilmittel.	Das optionale Heilmittel sollte weiterhin bestehen bleiben, da eine Abgrenzung zu den physiotherapeutisch vorrangigen Heilmitteln (wie KG und MT) unverzichtbar ist. Die Übungsbehandlung zeigt eine geringere Regelbehandlungszeit (10-20 Minuten) auf, in der das Hauptziel das Erlernen von Übungen bei unspezifischen Bewegungseinschränkungen darstellt. Dies sollte nur dann gewählt werden, wenn bei einem Patienten aus in der Person liegenden Gründen das vorrangig verordnete Heilmittel nicht anwendbar ist. In allen anderen Fällen soll eine auf Strukturen, Funktionen, Aktivitäten und Partizipation ausgerichtete spezifische Heilmittelbehandlung stattfinden, die die Komplexität der neurophysiologischen Kontrollmechanismen einbezieht.
§ 7 Abs. 7 Nach dem Satz „Hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt keine verbindlichen Informationen über bisherige Heilmittelverordnungen desselben Regelfalls, insbesondere über Diagnose und Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog, ist von einem neuen Regelfall auszugehen.“ wird folgender Satz eingefügt: <u>„Die Angabe des Vertragsarztes ist für den Heilmittelerbringer verbindlich.“</u>	Der Satz dient der Rechtssicherheit des Heilmittelerbringers.
§ 8 Abs. 4 (...) längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung, <u>welche an den/die Versicherte/n und an die behandelnde Heilmittelpraxis zu übermitteln ist.</u>	Wird die Ablehnung der Kostenübernahme ausschließlich an den/die Versicherte/n bzw. dessen Betreuer/Bevollmächtigten gesendet, besteht die Gefahr, dass die Heilmittelpraxis in Unkenntnis der Entscheidung der Krankenkasse weiterhin Leistungen erbringt, deren Vergütung durch die Krankenkasse später verweigert wird.
§ 8 Abs. 5 (...) Der GKV-Spitzenverband stellt diese Informationen unter Angabe der Institutionskenn-	In der Vergangenheit hat es leider mehrfach Irritationen beim Wegfall des Genehmigungs-



Spitzenverband der Heilmittelverbände - SHV	
25.09.2018	
zeichnen der jeweiligen Krankenkasse auch in einem elektronisch verarbeitbaren Format öffentlich zugänglich zur Verfügung <u>und informiert die maßgeblichen Berufsverbände im Heilmittelbereich.</u>	verzichts einzelner Krankenkassen gegeben. Die angedachte Transparenz durch den GKV-Spitzenverband ist daher ausdrücklich zu begrüßen. Zusätzlich würden sich Irritationen aber noch besser vermeiden lassen, wenn die Berufsverbände direkt informiert werden und so ihre Mitglieder zeitnah informieren können.
§ 8a Abs. 6 Streichung des Absatzes 6	Dem Vorschlag der PatV, Abs. 6 zu streichen, ist zu folgen, da die Individualität des Krankheitsbildes zu beachten ist. Auch ein kurzzeitiger Behandlungsbedarf kann längerfristig und Schmerzen können chronisch werden, sodass eine ausschließende Verallgemeinerung abzulehnen ist.
§ 11 Abs. 1 (...) – als Behandlung <i>außerhalb der Praxis</i> in der häuslichen Umgebung oder <i>im sozialen Umfeld</i> der Patientin (...)	<i>Außerhalb der Praxis:</i> zuvor wird die Behandlung innerhalb der Praxis genannt, dann sollte der Logik folgend hier das Wort <i>außerhalb</i> genutzt werden. <i>Im sozialen Umfeld:</i> umfasst damit nicht nur die Wohnadresse der Patientin, sondern auch die tagesstrukturierenden Einrichtungen wie Kindergärten und Ganztagschulen sowie Werkstätten für behinderte Menschen oder auch die Tagespflege.
§ 11 Abs. 2 <u>Die</u> Verordnung eines Hausbesuchs <u>ist</u> für die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind, soweit § 6 Absatz 2 dem nicht entgegensteht. 4Voraussetzung ist, dass sich aus der ärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder / strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und die Tageseinrichtung auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.	§ 11 Absatz 2 könnte damit gestrichen werden, wenn unserem Vorschlag zu § 11 Abs. 1 (siehe oben) gefolgt wird. Der Heilmittelerbringer hat bei einem Hausbesuch durchschnittlich eine An- und Abfahrt von ca. 30 Minuten sowie zusätzlich Fahrt- und ggf. Parkkosten, die ihm bislang ohne explizite Verordnung des Hausbesuchs von den Krankenkassen nicht vergütet werden. Dadurch werden diese Hausbesuche, bei denen ausschließlich die Hauptleistung vergütet wird, für den Leistungserbringer höchst unwirtschaftlich, da er alternativ in derselben Zeit in der Praxis in gleicher Höhe vergütete Heilmittelleistungen erbringen könnte. Nicht nur in Zeiten des Fachkräftemangels erscheint daher die Versorgung der betroffenen Kinder in Tageseinrichtungen gefährdet. Hausbesuche sollen verordnet werden, wenn den Patienten der Weg zur Praxis nicht möglich ist oder wenn sie dafür auf fremde Hilfe angewiesen wären. Das muss im Einzelfall geprüft werden. Zudem gibt es auch therapeutische Gründe für Hausbesuche, gerade wenn es den Transfer der Behandlungsinhalte in den Alltag betrifft. Die HMR sollte hier die Verordnung von Hausbesuchen erleichtern – die konkrete Leistung



Spitzenverband der Heilmittelverbände - SHV	
25.09.2018	
	und Vergütung wird dann auf Ebene der Rahmenverträge mit den Krankenkassen vereinbart. Ausgehend von unserem Vorschlag zu Absatz 1 ist eine Sonderregelung für Kinder und Jugendliche in Ganztageseinrichtungen nicht mehr erforderlich.
§ 12 Abs. 1 <i>(...) Abweichungen davon sind in medizinisch begründeten Fällen <u>ohne zusätzliche Dokumentation auf der Verordnung</u> zulässig.</i>	Die Auswahl der ggf. vom Heilmittelkatalog abweichenden Frequenzeinheiten/spannen durch den Arzt impliziert, dass dieser sie als medizinisch begründet erachtet. Es sollte klargestellt werden, dass ein zusätzlicher Bürokratieschritt in Form einer Dokumentation entbehrlich ist.
§ 12 Abs. 2 <i>(neu Sätze 1 und 2) <u>Vorrangig soll eine im Heilmittelkatalog als „vorrangiges Heilmittel“ (A) genannte Maßnahme zur Anwendung kommen. 2) Ist dies aus in der Person der Patientin oder des Patienten liegenden Gründen nicht möglich kann alternativ ein im Heilmittelkatalog genanntes „optionales Heilmittel“ (B) verordnet werden.</u></i>	Begründung für Beibehaltung optionaler Heilmittel und Abgrenzung zu vorrangigen Heilmitteln: siehe § 7 Abs. 6
§ 12 Abs. 3 Satz 1 <i>Soweit medizinisch erforderlich kann zu „vorrangigen Heilmitteln“ (A) <u>oder optionalen Heilmitteln (B)</u> maximal ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden.</i>	Begründung für Beibehaltung optionaler Heilmittel und Abgrenzung zu vorrangigen Heilmitteln: siehe § 7 Abs. 6
§ 12 Abs. 7 <i>Die Verordnungsmenge von einer „standardisierten Heilmittelkombination“ <u>sind auf 12, die Verordnungsmengen von Maßnahmen der Massage-therapie nach § 18 Absatz 3 Nummer 1 bis 6 auf jeweils 18 Einheiten im Regelfall begrenzt, sofern im Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt ist. Werden die möglichen 12 bzw. 18 Einheiten innerhalb des Regelfalls nicht im vollen Umfang verordnet, können die verbleibenden Einheiten bis zur Gesamtverordnungsmenge auch außerhalb des Regelfalls verordnet werden. Wenn im Regelfall bereits 12 bzw. 18 Einheiten verordnet wurden, kann keine weitere Verordnung außerhalb des Regelfalls erfolgen.</u></i>	GKV und KBV waren sich in der Vergangenheit, z. B. im konsentierten Fragen- und Antwortenkatalog, einig, dass eine Begrenzung der KMT auf 10 Einheiten im sowie zusätzlich 10 Einheiten außerhalb des Regelfalls angemessen sei. Wir halten eine solche Beschränkung grundsätzlich nicht für zweckmäßig, da die patienten-zentrierten Anforderungen des Einzelfalls sehr unterschiedlich sein können und daher flexibel berücksichtigt werden sollten. Die Massagetechniken stellen für bestimmte Störungsbilder wichtige Behandlungsansätze dar. Diese werden benötigt, um muskuläre Spannungen etc. zu lösen, um anschließend häufig zusätzlich damit einhergehende tieferliegende Strukturveränderungen behandeln zu können. Die strukturellen Veränderungen sind bei manchen Patienten bereits so schwerwiegend, dass dies mehr als 12 Einheiten im gesamten Regelfall benötigt. Im Falle einer Begrenzung sollte diese daher in jedem Fall



Spitzenverband der Heilmittelverbände - SHV	
25.09.2018	
	mindestens an den Vorgaben des Regelfalls bei den Diagnosegruppen WS und EX orientiert sein und 18 Einheiten umfassen.
§ 12 Abs.8 (...) des Heilmittelkataloges ist bei entsprechender Indikation zulässig.	Das in Klammern gesetzte Beispiel von Maßnahmen der Physiotherapie und der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sollte ersatzlos gestrichen werden. Hier kann irrtümlich angenommen werden, dass ausschließlich diese Kombination möglich ist.
§ 12 Abs. 9 Abs. 9 wird folgender Satz angefügt: <u>Die verordnete Anzahl der Behandlungseinheiten verdoppelt sich automatisch bei einer Verordnung von Doppelbehandlungen.</u>	Einigen Ärzten und Therapeuten ist bei einer Verordnung nicht immer klar, wie es sich mit der Anzahl an verordneten Behandlungseinheiten verhält. Es wäre sinnvoll, einheitlich klarzustellen, dass sich bei einer Verordnung von 3 Behandlungseinheiten als Doppel-behandlung die Zahl der Behandlungseinheiten automatisch verdoppelt, so dass 3x2 Behandlungen durchgeführt werden sollen.
§ 13 Abs. 1 Dem Satz „Hiervon ausgenommen sind Änderungen der Therapiefrequenz (§ 16 Absatz 2) und Änderung von Gruppentherapie in Einzeltherapie (§ 16 Absatz 5) wird folgender Halbsatz angefügt: „...sowie ggf. weitere Sachverhalte, die zwischen den Vertragspartnern nach § 125 SGB V vereinbart werden.“	Mit einigen gesetzlichen Krankenkassen konnten in den letzten Jahren Bürokratierleichterungen, z. B. in Form von Checklisten, vereinbart werden, die dem Leistungserbringer weitere Änderungsmöglichkeiten bieten. Diese vertraglichen Ausnahmen sollten durch die Heilmittel-Richtlinie rechtssicher ermöglicht werden.
§ 13 Abs.2 Buchstabe c Der Klammerzusatz „(ja oder nein)“ wird gestrichen.	Der Klammerzusatz „(ja oder nein)“ sollte analog Buchstabe d gestrichen werden.
§ 13 Abs. 2 Buchstabe g <u>das oder / die Heilmittel gemäß dem Katalog, Maßnahmen der Elektro-/Thermotherapie sind zu spezifizieren.</u>	
§ 13 Abs. 2 Buchstabe k Die Diagnose ist grundsätzlich als ICD-10-Code (einschließlich bei Bedarf ergänzend in Klartext) anzugeben.	Der Forderung, dass die Diagnose als ICD-10-Code einschließlich Klartext anzugeben ist, darf nicht dazu führen, dass wenn die Diagnose nicht als Klartext angegeben wurde, die Verordnung als unvollständig/unvollständig gewertet wird.
§ 13 Abs. 2 Buchstabe l die Leitsymptomatik nach Heilmittelkatalog. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik	Die Frage, welche (patienten-individuellen) Leitsymptomatiken zu den genannten



Spitzenverband der Heilmittelverbände - SHV	
25.09.2018	
<p>a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Es handelt sich hierbei um indikationsbezogene Regelbeispiele für Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind. Alternativ kann eine patienten-individuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin oder des Patienten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann <u>und aus Sicht des verordnenden Arztes</u> mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen a), b) oder c) vergleichbar ist. Es können auch mehrere Leitsymptomatiken angegeben werden. Zusätzlich können auf der Verordnung Therapieziele angegeben werden.</p>	<p>Leitsymptomatiken im Heilmittelkatalog „vergleichbar“ sind, kann ggf. unterschiedlich ausgelegt werden. Daher erscheint eine Klarstellung sinnvoll, dass hier die Verantwortung alleine dem Arzt obliegt und er diese durch die entsprechende Verordnung zum Ausdruck bringt.</p>
<p>§ 15 Abs. 1</p> <p>Die Behandlung hat innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat-sollte die Behandlung innerhalb von 10 Kalendertagen <u>zu begonnen werden</u>. Letzteres ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.</p> <p>PatV: Kann die Heilmittelbehandlung innerhalb von 28 Tagen nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit</p>	<p>Die Variante der PatV ist zu befürworten, wodurch zusätzlich der erste Absatz angepasst werden müsste. Grundsätzlich erscheint die möglichst zeitnahe Behandlung bei dringlichem Behandlungsbedarf sinnvoll, die auch bei dieser Formulierung gewährleistet bliebe. Nicht nur in Zeiten des Fachkräftemangels sollte aber eine auf die Versorgungsrealität gerichtete, flexiblere Regelung angestrebt werden. Er entlastet alle Beteiligten (Ärzte, Patienten, Heilmittelerbringer) vom bürokratischen Aufwand bei dringlichem Behandlungsbedarf eine neue Verordnung ausstellen zu müssen, wenn ein Termin erst am 11. Tag möglich ist.</p>
<p>§ 16 Abs. 2</p> <p>Die <u>angegebene Frequenzspanne</u> auf der Verordnung <u>ist</u> für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend. <u>Eine Abweichung davon ist nur zulässig</u>, wenn zuvor zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. <u>Erfolgt keine Frequenzangabe auf der Verordnung, legt die Therapeutin oder der Therapeut die Frequenz eigenständig fest.</u></p>	<p>Eine Flexibilisierung erscheint gerade bei der Frequenzangabe medizinisch sinnvoll (siehe auch § 13, Abs. 2)</p>
<p>§ 16a (3)</p> <p>Die Heilmittelbehandlung (...) muss innerhalb von 10 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (...)</p>	<p>Für das Entlassmanagement sollte die verkürzte Frist analog § 15 gelten. Termine innerhalb von 7 Tagen für neue Patienten zu vergeben, ist aktuell kaum einer Heilmittel-Praxis möglich.</p>



Spitzenverband der Heilmittelverbände - SHV	
25.09.2018	
<p>§ 16a (3) <i>... und darüber hinaus innerhalb von 17 Kalendertagen [...] Behandlungseinheiten verfallen.</i></p>	<p>Verordnungen des Entlassmanagement enthalten nur so viele Einheiten, wie für die Therapiedauer von einer Woche notwendig ist; zudem wäre die Frist unter Berücksichtigung unseres Vorschlags (s.o.) zu kurz.</p>
<p>§ 16 Abs. 5</p> <p>Hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat die Therapeutin oder der Therapeut die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsvordruck nachvollziehbar zu begründen.</p>	<p>Wer legt fest, was „nachvollziehbar“ ist? Der Begriff bietet Interpretationsmöglichkeiten und kann ggf. unterschiedlich ausgelegt werden. Dies impliziert Unklarheiten sowie vermeidbare Bürokratie.</p>
<p>§ 17 Abs. 1</p> <p>Physiotherapie im Sinne dieser Richtlinie umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie sowie die physikalische Therapie. Physiotherapie nutzt sowohl die aktive selbständig ausgeführte, <u>die assistive, therapeutisch unterstützte</u>, als auch die passive, beispielsweise durch die Therapeutin oder den Therapeuten geführte, Bewegung des Menschen, bei Bedarf ergänzt durch den Einsatz physikalischer Therapien wie Massage-, Hydro-, Thermo- oder Elektrotherapie. <u>Dies besonders im Hinblick auf Beeinträchtigungen von Aktivitäten, der Teilhabe und Mobilität zur Alltagsbewältigung und Partizipation.</u></p>	<p>Die Dosierung physiotherapeutischer Maßnahmen richtet sich nach den patientenseitigen Anforderungen sowie der zu erreichenden funktionellen Ziele. Neben aktiven und passiven Maßnahmen kommen hierzu ebenfalls assistive, unterstützende Maßnahmen zur Anwendung. Sie stellen den logischen und zweckmäßigen Übergang von passiven hin zu vollständig aktiv durchgeführten Bewegungen und Übungen dar. Bei der Physiotherapie wird (noch immer) ausschließlich anhand von Struktur und Funktion erklärt, die Aktivitäten- und Partizipationsebene als auch die Umweltebene der ICF fehlen leider vollkommen. Am Beispiel der Formulierung der Ergotherapie kann man sehen, dass auch die anderen Ebenen miteinbezogen sind:</p> <p>Die Maßnahmen der Ergotherapie dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung Besserung, Erhaltung, Aufbau/Stabilisierung oder Kompensation der krankheitsbedingt krankheitsbedingter Schädigungen der gestörten motorischen, sensorischen sensomotorischen, perzeptiven, psychischen und kognitiven und mentalen Funktionen und Fähigkeiten daraus resultierender Beeinträchtigungen von Aktivitäten, der Teilhabe, insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, Mobilität, der Alltagsbewältigung, Interaktion und Kommunikation sowie des häuslichen Lebens.</p>
<p>§ 18 Abs. 7</p> <p>Manuelle Lymphdrainage*) (MLD) ist eine spezielle Massagetechnik, die einen Dehnungsreiz auf Kutis</p>	<p>Ab Stadium II eines Lymphödems entstehen als Folge der chronischen Lymphostase zunehmend</p>



Spitzenverband der Heilmittelverbände - SHV	
25.09.2018	
<p>und Subkutis ausübt. Sie führt zu einer Erhöhung des Lymphabflusses in den Lymphkolektoren, zu einer konsekutiven Zunahme der Lymphbildung (die Aufnahme der Gewebeflüssigkeit in die initialen Lymphgefäße) und hierdurch zu einer Reduktion des krankhaft erhöhten interstitiellen Flüssigkeitsgehalts. Ergänzende manuelle Techniken haben das Ziel der Erweichung der Gewebeinduration (ab Stadium II) <u>sowie der Vermeidung einer irreversiblen Chronifizierung und Entstehung von lymphostatischen Fibrosen (ab Stadium I).</u></p>	<p>lymphostatische Fibrosen. Um deren irreversiblen Auftreten vorzubeugen, kann die Anwendung geeigneter Fibroselockerungsgriffe jedoch bereits ab Stadium I bei leichteren Gewebeverhärtungen eine zweckmäßige Ergänzung zur Lymphdrainage darstellen.</p>
<p>§ 18 Abs. 7b</p> <p>MLD-45 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten (Großbehandlung) bei Lymphödemen sowie Phlebo-Lymphödemem <u>und/oder Lipödemem</u> zur Behandlung von zwei Körperteilen wie ...</p>	<p>Obwohl Lymphödeme und Lipödeme von verschiedenen Ursachen herrühren, gibt es dennoch Überschneidungen in der Behandlung. Neben dem Tragen von Kompressionsstrümpfen stellte die Lymphdrainage auch bei Lipödemem die etablierte Basistherapie dar. Die Diagnose Lipödem sollte daher an dieser Stelle ergänzt werden.</p>
<p>§ 19 Abs. 3 Ziffer 1a</p> <p>Bei der Übungsbehandlung werden aktive, aktiv-passive und passiv <u>durch den Patienten</u> geführte Übungen eingesetzt.</p>	<p>Die Klarstellung wird erforderlich aufgrund des Umstands, dass im Rahmen einer Gruppenbehandlung keine passive Hilfestellung durch den Therapeuten zeitgleich bei allen Patienten erfolgen kann. Die selbstständige Durchführung der Übungen – unter Anleitung – ist zudem zur nachhaltigen Unterstützung des Selbstmanagements von Patienten ratsam.</p>
<p>§ 19 Abs. 3 Ziffer 3c</p> <p>KG-60 (Atemtherapie) zur Behandlung von schweren Atemwegserkrankungen wie Mukoviszidose umfasst neben Techniken der Allgemeinen Krankengymnastik (KG bzw. KG-Atemtherapie) auch eine Bewegungs- und Verhaltensschulung, insbesondere zur Besserung der Atemfunktion und zur Sekretlösung. Die KG-60 (Atemtherapie)-Muko wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet.</p>	<p>Um Verwechslungen mit der Position Allgemeine KG-Atemtherapie vorzubeugen (Regelbehandlungszeit 15 – 25 Minuten), ist es sinnvoll die Position „KG-Muko“ in „KG-60 (Atemtherapie)“ umzubenennen.</p>
<p>§ 19 Abs. 3 Ziffer 3 Buchstabe (neu) d</p> <p><u>Krankengymnastische Behandlung in der Palliativversorgung</u></p> <p><u>Krankengymnastische (physiotherapeutische) Behandlung von Patienten mit einer infausten Prognose die sich in ambulanter palliativmedizinischer Behandlung befinden.</u></p>	<p>Bei Palliativpatienten mit einer schweren infausten (lebenslimitierenden) Erkrankung, steht der größtmögliche Erhalt der Lebensqualität durch die Behandlung und Linderung belastender Symptome an oberster Stelle. Besonders vor dem Hintergrund der Zunahme von nicht-heilbaren, progredienten Erkrankungen und dem damit zunehmenden Bedarf an Palliativ-Care spielt die palliative Physiotherapie</p>



Spitzenverband der Heilmittelverbände - SHV	
25.09.2018	
	<p>mit weiteren Heilmitteln eine immer größere Rolle. Physiotherapeuten sind durch ihre Fachkompetenz prädestiniert für die Behandlung von Patienten in der terminalen Phase ihres Lebens. Für eine patientenorientierte Versorgung in diesen Phasen bedarf es allerdings einer zusätzlichen Leistungsposition/Leistungsbeschreibung Palliativ-Care, die die individuellen physiotherapeutischen Bedürfnisse von Palliativpatienten berücksichtigt. Häufig erfordert die Schwere der Erkrankung tagesaktuelle therapeutische individuelle und bedürfnisorientierte Therapieanpassungen und häufig Kombinationen aus verschiedenen therapeutischen Maßnahmen (z. B. Krankengymnastik und Atemtherapie, Krankengymnastik und Lymphdrainage, Atemtherapie und Massage) um belastende Symptome zu lindern und der zwangsläufigen Verschlechterung des Gesundheitszustands so lange wie möglich entgegenzuwirken.</p>
<p>§ 19 Abs. 3 Ziffer 4</p> <p>Gerätgestützte Krankengymnastik (KG-Gerät*) Sie dient der Behandlung krankhafter <u>Funktionsstörungen und/oder Strukturschäden</u> Schädigungen der Bewegungssegmente der Wirbelsäule, sowie <u>Schädigungen</u> der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) einschließlich motorischer Paresen mittels spezieller medizinischer Trainingsgeräte, vor allem bei chronischen Erkrankungen der Wirbelsäule sowie bei posttraumatischen oder postoperativen Eingriffen mit ...</p>	<p>Hier sollte der Nomenklatur des ICF gefolgt werden. Darin: Schädigung = Funktionsstörungen und/oder Strukturschäden</p>
<p>§ 19 Abs. 3 Ziffer 5</p> <p>Zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen, insbesondere angeborener oder frühkindlich erworbener Schädigungen der Bewegungsfunktionen oder der Muskelfunktionen (Paresen) <u>sowie weiterer relevanter Entwicklungsstörungen</u> längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (...)</p>	<p>Analog zu Ziffer 4 gilt auch hier, dass bei weiteren relevanten (z. B. motorischen) Entwicklungsstörungen, KG-ZNS die zweckmäßigste und zielgerichtetste Behandlung darstellt.</p>
<p>§ 19 Abs. 3 Ziffer 6</p> <p>Zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen <u>sowie weiterer relevanter (zentraler) Bewegungsstörungen</u> nach Vollendung des 18. Lebensjahre (...)</p>	<p>Begründung: analog zu § 19 Abs. 3 Ziffer 5</p>

Zweiter Teil: Heilmittelkatalog

1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane (WS/EX/CS)

Wirbelsäulenerkrankungen (WS):

Die beispielhaft benannte Erkrankung „Bandscheibenprolaps“ sollte – wie bisher – durch den Oberbegriff „Discopathie“ ersetzt werden, um klarzustellen, dass es noch weitere Discopathien gibt, die unter dieser Diagnosegruppe verordnet werden können.

Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens (EX):

Dysmelie gestrichen -> ist zwar in der Liste zum Langfristigen Heilmittelbedarf abgebildet, jedoch sollte die Diagnose weiterhin als Beispiel im Heilmittelkatalog aufgeführt werden, um verordnenden Ärzten Orientierung zu bieten

Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall sollte auf 30 Einheiten erhöht werden, so wie es bei prognostisch längerfristigen Erkrankungen bislang unter der Diagnosegruppe EX3 gegeben war. Gleichmaßen sollten pro Verordnung jeweils 10 Einheiten verordnet werden können. Auch dies war bislang in der Diagnosegruppe EX4 bereits so vorgesehen. Dem Arzt sollte die Flexibilität geboten werden, je nach medizinischem Einzelfall höhere Verordnungsmengen ausstellen zu dürfen und diese auf den jeweiligen Patienten auszurichten. Bei vielen Krankheitsbildern sind längere Behandlungsdauern im Regelfall sinnvoll. Dies reduziert die Anzahl an Arztkontakten, was dem Patienten und dem Arzt Zeit sowie der gesetzlichen Krankenversicherung Kosten spart.

3. Erkrankungen der inneren Organe (AT/GE/LY)

Störungen der Atmung (AT):

Im Regelfall sollten 10 Einheiten möglich sein, so wie es bislang in der Diagnosegruppe AT3 möglich war. Dem Arzt sollte auch hier die Flexibilität geboten werden, je nach medizinischem Einzelfall höhere Verordnungsmengen ausstellen zu dürfen und diese auf den jeweiligen Patienten auszurichten. Bei vielen Krankheitsbildern sind längere Behandlungsdauern im Regelfall sinnvoll. Dies reduziert die Anzahl an Arztkontakten, was dem Patienten und dem Arzt Zeit sowie der gesetzlichen Krankenversicherung Kosten spart.

Die Bindegewebsmassage sollte zusätzlich zur KMT als ergänzendes Heilmittel aufgenommen werden. Diese setzt einen gezielten Reiz, um somit reflektorischen Einfluss auf den Atembewegungsablauf zu nehmen, was je nach Krankheitsbild ggf. eine effektive Behandlung gewährleistet.

Arterielle Gefäßerkrankungen (GE):

Die Bindegewebsmassage sollte zusätzlich zur KMT als ergänzendes Heilmittel aufgenommen werden. Diese setzt mittels neuroreflektorischer Wirkung gezieltere Reize und kann daher je nach Krankheitsbild ggf. eine noch effektivere Behandlung gewährleisten.

Lymphabflussstörungen (LY):

Im Regelfall sollten 10 Einheiten und als Gesamtverordnungsmenge im Regelfall 50 Einheiten möglich sein, so wie es bislang in der Diagnosegruppe LY3 möglich war. Dem Arzt sollte auch hier die Flexibilität geboten werden, je nach medizinischem Einzelfall höhere Verordnungsmengen ausstellen zu dürfen und diese auf den jeweiligen Patienten auszurichten. Bei vielen Krankheitsbildern sind längere Behandlungsdauern im Regelfall sinnvoll. Dies reduziert die Anzahl

an Arztkontakten, was dem Patienten und dem Arzt Zeit sowie der gesetzlichen Krankenversicherung Kosten spart.

KG sollte ebenfalls als ergänzendes Heilmittel aufgeführt werden. Bei einigen Krankheitsbildern (z. B. Einschränkung der Schulterbeweglichkeit nach Mamma ablatio) ist eine differenzierte krankengymnastische Behandlung zusätzlich zu einer Lymphdrainage indiziert.

4. Sonstige Erkrankungen (SO1/SO2/SO3/SO4/SO5)

Schwindel unterschiedlicher Genese und Ätiologie (SO3):

Manuelle Therapie sollte als vorrangiges Heilmittel mit aufgenommen werden, da hypomobile Gelenke in der Halswirbelsäule ursächlich für Schwindel sein können und diese so optimal behandelt werden.

Sekundäre periphere trophische Störungen bei Erkrankungen (SO4):

Die Heilmittel müssten – wie bisher auch schon – wieder nach „vorrangigen“, „optionalen“ und „ergänzenden“ abgegrenzt werden.

Vorschlag des SHV zu den Maßnahmen der Ergotherapie Kapitel G Maßnahmen der Ergotherapie § 36 – 39

In dem uns vorliegenden Kapitel G Maßnahmen der Ergotherapie § 36 – 39 als Zusammenstellung von bisherigen Formulierungen, Streichungen von Passagen und neuen Formulierungen wird für uns keine durchgehende Struktur ersichtlich.

Wir schlagen deshalb eine Übernahme der Formulierungen zu den therapeutischen Wirkungen und Zielen aus der Anlage 1 „Leistungsbeschreibung“ der Rahmenempfehlung Ergotherapie vor. In der Fassung von April 2016 nach gründlicher Überarbeitung und durchgängiger Anlehnung an die ICF ist die Leistungsbeschreibung Ergotherapie hochaktuell.

Eine erneute detaillierte Bearbeitung des Maßnahmenkataloges würde sehr viel mehr Zeit in Anspruch nehmen, als in den 4 Wochen Stellungnahme-Frist bereitgestellt wird.

HMR-neu, Maßnahmen der Ergotherapie	Leistungsbeschreibung der Rahmenempfehlung
<p>§ 36 Motorisch-funktionelle Behandlung (1) Eine motorisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter <u>Schädigungen</u> <u>Störungen</u> der motorischen Funktionen mit und ohne Beteiligung des peripheren Nervensystems und <u>der-den</u> daraus resultierenden <u>Fähigkeitsstörungen</u> <u>Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe</u>.</p> <p>2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum <u>Aufw</u> Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie - Wiederherstellung/Besserung der Gelenkbeweglichkeit und Stabilität, einschließlich Gelenkschutz - Aufbau/Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen z. B. der Grob-, Fein- und Willkürmotorik - <u>Abbau pathologischer</u> Aufbau/Stabilisierung physiologischer Haltungs- und Bewegungsmuster, - Wiederherstellung/Besserung der Muskelkraft, -ausdauer und -belastbarkeit - Aufbau/Stabilisierung eines physiologischen Gangbildes - Wiederherstellung/Besserung der Rumpf- und Extremitätenkontrolle - <u>Aufbau und Erhalt physiologischer Funktionen</u>, - Wiederherstellung/Besserung der Sensibilität z. B. Temperatur-/Druck- und Berührungsempfinden - Vermeidung der Entstehung von Kontrakturen, - <u>Entwicklung oder Verbesserung der Grob- und Feinmotorik</u>, - <u>Entwicklung oder Verbesserung der Koordination</u> - <u>Bewegungsabläufen und der funktionellen Ausdauer</u>, - <u>Verbesserung von Gelenkfunktionen, einschl. Gelenkschutz</u>, - Vermeidung der <u>Entstehung von Kontrakturen</u>, - Narbenabhärtung, - <u>Desensibilisierung bzw. Sensibilisierung einzelner Sinnesfunktionen</u>, - Schmerzlinderung/ Minderung schmerzbedingter Reaktionen - <u>Erlernen von Ersatzfunktionen</u></p>	<p>Eine motorisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen Funktionen und der daraus und vor dem Hintergrund der individuellen Kontextfaktoren resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe.</p> <p>Therapeutische Wirkungen 1) Wiederherstellung/Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und –stabilität 2) Aufbau/Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen der a) Grob-/Feinmotorik b) Willkürmotorik 3) Wiederherstellung/Verbesserung der Muskelkraft, -ausdauer und –belastbarkeit a) isolierter Muskeln b) von Muskelgruppen 4) Wiederherstellung/Verbesserung der Kontrolle willkürlicher und unwillkürlicher Bewegungen 5) Aufbau/Stabilisierung physiologischer Haltungs- und Bewegungsmuster 6) Aufbau/Stabilisierung eines physiologischen Gangbildes 7) Wiederherstellung/Verbesserung der Rumpf- und Extremitätenkoordination 8) Wiederherstellung/Verbesserung des (fein-) motorischem Hand- und Armgebrauchs 9) Verbesserung/Normalisierung des Muskeltonus 10) Wiederherstellung/Verbesserung der Sensibilität verschiedener Modalitäten a) Temperatur-, Druck- und Berührungsempfinden b) Beseitigung/Linderung von Schmerzen in einem oder mehreren Körperteilen unterschiedlichen Schmerzcharakters (z.B. brennend, stechend, dumpf)</p>
<p>- Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen.</p>	<p>11) Förderung der Durchblutung 12) Narbenabhärtung 13) Erlernen von Kompensationsstrategien und sicherer Handhabung von Hilfsmitteln in Bezug auf Alltagsaktivitäten 14) Erlernen physiologischer, kraftsparender und gelenkschonender Bewegungsstrategien, ggf. unter Einbeziehung zur Verfügung stehender Hilfsmitteln und Adaptionen des Lebensumfelds</p>
<p>(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere</p> <p>- Beseitigung oder Minderung krankheitsbedingter Schädigungen motorischer Funktionen - Wiederherstellung und Erhalt der Mobilität und Geschicklichkeit im Alltag (z.B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, Fortbewegen im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel) - Wiederherstellung und Erhalt der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen) - Wiederherstellung und Erhalt der Haushaltsführung (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten) - <u>Erlernen von Kompensationsstrategien und sichere Handhabung von Hilfsmitteln (z.B. Umgang mit Prothesen)</u></p>	<p>Therapeutische Ziele 1) Beseitigung oder Minderung krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen Funktionen mit Wiedererlangung physiologischer Bewegungsmuster, Koordination und Kraft 2) Wiederherstellung und Erhalt zur Alltagsbewältigung benötigter Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Bereiche allgemeine Aufgaben (z.B. Bewältigung von Einzel und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen), Selbstversorgung (z.B. Ankleiden, sich Waschen) und häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung) 3) Wiederherstellung und Erhalt der Bewegung und Geschicklichkeit im Alltag (z.B. Greifen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, grafomotorische Funktionen) 4) Wiederherstellung und Erhalt der Mobilität im Alltag (z.B. Treppen steigen, ausreichendes Stehvermögen, Sturzprophylaxe, sichere Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfs- und/oder Verkehrsmitteln) 5) Entwicklung/Verbesserung der Krankheitsbewältigung (z.B. Umgang mit den Krankheitsfolgen im Alltag, Aufbau von Selbstwirksamkeit)</p>

	<p>6) Erlangung von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaptionen des Lebensumfelds</p>
<p>§ 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung (1) Eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen Störungen der sensomotorischen und/oder perzeptiven Funktionen mit den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und ggf. der Teilhabe Fähigkeitsstörungen</p>	<p>Eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der sensomotorischen und/oder perzeptiven Funktionen und der daraus und vor dem Hintergrund der individuellen Kontextfaktoren resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe. Sie ist ein komplexes Therapieverfahren mit häufig mehreren Therapiezielen</p>
<p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum er Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilisierung/Aufbau der Sensibilität verschiedener Modalitäten <ul style="list-style-type: none"> o Temperatur-, Druck- und Berührungsempfinden, o Propriozeption, o Vibrationsempfinden, o der Sinneswahrnehmung (visuelle, auditive, taktil-haptische Wahrnehmung), o Wahrnehmung schädlicher Reize, o Umsetzung der Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration) - Entwicklung/Besserung Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas, - Entwicklung/Besserung der Gleichgewichtsfunktionen und der Haltung - Aufbau/Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen z. B. der Grob-, Fein- und Willkürmotorik, Mund- und Essmotorik - Besserung der Kognition - Deconsibilisierung und Sensibilisierung einzelner Sinnesfunktionen, - Koordination, Umsetzung und Integration von Sinneswahrnehmungen, - Homöum- und Abbau pathologischer Haltung- und Bewegungsmuster und Bahnung normaler Bewegungen. 	<p>1) Stabilisierung/Aufbau der Sensibilität verschiedener Modalitäten</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Temperatur-, Druck- und Berührungsempfinden b) Propriozeption c) Vibrationsempfinden d) Stabilisierung/Aufbau der Sinneswahrnehmungen (visuelle, auditive, taktil-haptische Wahrnehmung) e) Wahrnehmung schädlicher Reize f) Umsetzung von Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration) <p>2) Entwicklung/Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas</p> <p>3) Entwicklung/Verbesserung der Gleichgewichtsfunktionen und der Haltung</p> <p>4) Beseitigung/Linderung von Schmerzen in einem oder mehreren Körperteilen unterschiedlichen Schmerzcharakters (z.B. brennend, stechend, dumpf)</p> <p>5) Entwicklung/Verbesserung der Sensomotorik</p> <p>6) Aufbau/Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Grob-/Feinmotorik b) Willkürmotorik <p>7) Wiederherstellung /Verbesserung der Koordination</p> <p>8) Entwicklung/ Verbesserung der psychomotorischen Funktionen und der Praxis</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Stabilisierung sensomotorischer und perzeptiver Funktionen mit Verbesserung der Gleichgewichtsfunktion; - Kompensation eingeschränkter praktischer Möglichkeiten durch Verbesserung der kognitiven Funktionen, Erlernen von Ersatzfunktionen; - Entwicklung und Verbesserung im situationsgerechten Verhalten und der zwischenmenschlichen Beziehungen; - Erlangen der Grundaarbeitsfähigkeiten; - Verbesserung der Mund- und Essmotorik, - Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen. 	<p>9) Entwicklung/ Verbesserung physiologischer Haltungs- und Bewegungsmuster</p> <ol style="list-style-type: none"> a) beim Greifen b) beim Gehen <p>10) Bahnung physiologischer Bewegungen und koordinierter Bewegungsabläufe</p> <p>11) Hemmung pathologischer Bewegungsmuster</p> <p>12) Verbesserung der Kognition</p> <p>13) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten des Gemeinschafts- und sozialen Lebens</p>
<p>(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt o von Aktivitäten aus dem Bereich allgemeiner Aufgaben (z.B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen) o der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen) o der Haushaltsführung (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten) o der Mobilität und Geschicklichkeit im Alltag (z. B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, Fortbewegen im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel) o Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten des Gemeinschafts- und sozialen Lebens - Erlernen von Kompensationsstrategien, ggf. unter Berücksichtigung vorhandener Hilfsmittel - Erlangen von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaption des Lebensumfelds 	<p>Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt</p> <ol style="list-style-type: none"> a) von Aktivitäten zum Lernen und zur Wissensanwendung (z.B. Prophylaxe wahrnehmungs- und sensibilitätsbedingter Störungen komplexer Handlungen) b) zur Alltagsbewältigung benötigter Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Bereiche allgemeine Aufgaben (z.B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen), Selbstversorgung (z.B. Ankleiden, sich Waschen) und häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung) c) der Bewegung und Geschicklichkeit im Alltag (z.B. Greifen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, grafomotorische Funktionen) d) der Mobilität im Alltag (z.B. Treppen steigen, ausreichendes Stehvermögen, Sturzprophylaxe, sichere Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel/ oder Verkehrsmitteln) e) zur Alltagsbewältigung benötigter kognitiver Fähigkeiten <p>2) Erlernen von Kompensationsstrategien</p>

	<p>3) Erlangung von Alltags- und Handlungskompetenzen im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaptionen des Lebensumfelds, Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Umgang mit Krankheitsfolgen im Alltag, Aufbau von Selbstwirksamkeit</p>
<p>§ 38 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung (1) Ein Hirnleistungstraining/eine neuropsychologisch orientierte Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere kognitiver Schädigungen und der neuropsychologischen Hirnfunktionen, insbesondere der kognitiven Störungen und der daraus resultierender resultierenden Fähigkeitsstörungen-Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.</p>	<p>Ein ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/eine neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der mentalen Funktionen, insbesondere der kognitiven Schädigungen und der daraus und vor dem Hintergrund der individuellen Kontextfaktoren resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe. Das neuropsychologisch orientierte ergotherapeutische Hirnleistungstraining als Einzeltherapie zeichnet sich dadurch aus, dass Schädigungen der mentalen Funktionen so spezifisch wie möglich trainiert werden, d.h. ohne andere und/oder komplexe Hirnleistungen zu beanspruchen.</p>
<p>Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie - Verbesserung und Erhalt kognitiver Funktionen wie Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Orientierung, Gedächtnis sowie Handlungsplanung und Problemlösung, - Erlangen der Grundarbeitsfähigkeiten, - Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen - Stabilisierung/Besserung globaler mentaler Funktionen, insbesondere o der Orientierung zu Zeit, Ort, Person, o der Intelligenz,</p>	<p>Therapeutische Wirkungen 1) Stabilisierung/Besserung globaler mentaler Funktionen a) Funktionen des quantitativen und qualitativen Bewusstseins b) Funktionen der Orientierung zu Zeit, Ort und Person c) Funktionen der Intelligenz 2) Stabilisierung/Besserung spezifischer mentaler Funktionen a) Funktionen der Aufmerksamkeit (z.B. selektive und geteilte Aufmerksamkeit Daueraufmerksamkeit) b) Funktionen des Gedächtnisses (z.B. Kurz- und Langzeitgedächtnis) c) Funktionen der Wahrnehmung (z.B. visuelle, auditiv, räumlich-konstruktive Wahrnehmung) d) Funktionen des Denkens (z.B. Denkt tempo)</p>
<p>- Stabilisierung/Besserung spezifischer mentaler Funktionen, insbesondere o der Aufmerksamkeit, o des Gedächtnisses, o der Wahrnehmung (z.B. visuell, auditiv, räumlich-visuell), o des Denkens, o der höheren kognitiven Funktionen wie des Abstraktionsvermögens, der Handlungsplanung, der Einsichts-, Urteils- und Problemlösevermögen.</p>	<p>e) Höhere kognitive Funktionen (z.B. Abstraktionsvermögen, Handlungsplanung, Urteilsvermögen, Problemlösevermögen) f) Kognitiv-sprachliche Funktionen (z.B. Sprachverständnis, sprachliches Ausdrucksvermögen) g) Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen (z.B. Praxie) h) Funktionen der Selbst- und Zeitwahrnehmung 3) Wiederherstellung/ Verbesserung von Sinnesfunktionen a) Funktionen des Gesichtsfelds b) Vestibuläre Funktionen c) Funktionen des Tastens, Druck-, Berührungs- und Temperaturempfinden 4) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung a) elementares Lernen (z.B. Nachahmen, Üben, sich Fähigkeiten aneignen) b) Wissensanwendung (z.B. Aufmerksamkeit fokussieren, Probleme lösen) 5) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten aus dem Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen a) Einfache und komplexe Aufgaben übernehmen b) Planung und Durchführung der täglichen Routine c) Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen 6) Stabilisierung/Aufbau der Kommunikation a) Kommunizieren als Sender und Empfänger b) Konversation (z.B. eine Unterhaltung beginnen und aufrechterhalten) 7) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten der Mobilität a) Gehen unter Dual-Task-Bedingungen (z.B. beim Tragen von Gegenständen und gleichzeitiger Unterhaltung) b) Transportmittel benutzen</p>

	<p>8) Aufbau/ Verbesserung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen</p> <p>a) Einfache und komplexe interpersonelle Interaktionen (z.B. situationsgerechtes Verhalten)</p> <p>b) Besondere interpersonelle Beziehungen (z.B. formelle Beziehungen, Familienbeziehungen)</p> <p>9) Stabilisierung/Aufbau der Selbstversorgung, des häuslichen und wirtschaftlichen Lebens</p> <p>a) Körperpflege und sich kleiden</p> <p>b) Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen</p> <p>c) Haushaltsaufgaben</p> <p>d) Umgang mit Hilfsmitteln und technischen Produkten</p> <p>e) Elementare und komplexe wirtschaftliche Transaktionen</p> <p>10) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten des Gemeinschafts- und sozialen Lebens</p>
<p>Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung/ Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten <ul style="list-style-type: none"> o im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Planung und Durchführung täglicher Routinen, einfache und komplexe Aufgaben übernehmen), o interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z.B. situationsgerechtes Verhalten, Familienbeziehungen), o der Mobilität im Alltag (z. B. Tragen von Gegenständen, Benutzung von Transportmitteln), o der Selbstversorgung (z. B. An- und Auskleiden, Waschen), - Erlernen von Kompensationsstrategien, - Entwicklung und Besserung der Krankheitsbewältigung, - selbstbestimmte Lebensgestaltung. 	<p>Therapeutische Ziele</p> <p>1) Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt</p> <p>a) der zur Alltagsbewältigung benötigten kognitiven Fähigkeiten</p> <p>b) von Handlungskompetenz zur Bewältigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen</p> <p>c) kommunikativer und sozial-interaktiver Kompetenzen</p> <p>d) der Mobilität im Alltag, auch mit Hilfs-und/oder Verkehrsmitteln</p> <p>e) der eigenständigen Selbstversorgung</p> <p>2) Erlernen von Kompensationsstrategien, ggf. unter Berücksichtigung vorhandener Hilfsmittel und Adaptionen des Lebensumfelds</p> <p>3) Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Aufbau von Selbstwirksamkeit</p> <p>4) selbstbestimmte Lebensgestaltung</p> <p>5) Erlangung von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaptionen des Lebensumfelds</p>
<p>§ 39 Psychisch-funktionelle Behandlung</p> <p>(1) Eine psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der Schädigungen mentaler Funktionen.</p>	<p>Eine psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter</p>
<p>insbesondere psychosozialen psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer Funktionen und Funktionen der Wahrnehmung und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und ggf. der Teilhabe und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen.</p>	<p>Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer Funktionen und Funktionen der Wahrnehmung und der daraus und vor dem Hintergrund der individuellen Kontextfaktoren resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.</p>
<p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilisierung/Besserung globaler mentaler Funktionen o des quantitativen und qualitativen Bewusstseins, o der Orientierung zu Ort, Zeit und Person, o der Intelligenz (z.B. bei Demenz), o globaler psychosozialer Funktionen (z.B. bei Autismus), o der psychischen Energie, des Antriebs und des Schlafes, <p>- Stabilisierung/Besserung spezifischer mentaler Funktionen o der Aufmerksamkeit,</p> <ul style="list-style-type: none"> o des Gedächtnisses, o der Psychomotorik (z.B. Tempo), o der Emotionen (z.B. Affektkontrolle), o der Wahrnehmung (räumlich-visuell), o des Denkens (Denktempo, Inhalte), o höhere kognitiver Funktionen, wie des Abstraktionsvermögens, und des Einsichts- und Urteilsvermögens o der Handlungsplanung, o der Selbst- und Zeitwahrnehmung. <p>Verbesserung und Stabilisierung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbständigkeit in der Tagesstrukturierung.</p>	<p>Therapeutische Wirkungen</p> <p>1) Stabilisierung/Besserung globaler mentaler Funktionen</p> <p>a) Funktionen des quantitativen und qualitativen Bewusstseins</p> <p>b) Funktionen der Orientierung zu Zeit, Ort und Person</p> <p>c) Funktionen der Intelligenz (z.B. bei Demenz)</p> <p>d) Globale psychosoziale Funktionen (z.B. bei Autismus)</p> <p>e) Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (z.B. psychische Stabilität, Selbstvertrauen)</p> <p>f) Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (z.B. Motivation, Impulskontrolle)</p> <p>g) Funktionen des Schlafes</p> <p>2) Stabilisierung/Besserung spezifischer mentaler Funktionen</p> <p>a) Funktionen der Aufmerksamkeit (z.B. selektive und geteilte Aufmerksamkeit, Daueraufmerksamkeit)</p> <p>b) Funktionen des Gedächtnisses (z.B. Kurz- und Langzeitgedächtnis)</p> <p>c) Psychomotorische Funktionen (z.B. psychomotorische Kontrolle)</p> <p>d) Emotionale Funktionen (Affektkontrolle, Spannweite von Emotionen, Stimmung)</p> <p>e) Funktionen der Wahrnehmung (z.B. räumlich-visuelle Wahrnehmung)</p> <p>f) Funktionen des Denkens (z.B. Denktempo, Inhalt des Denkens)</p> <p>g) Höhere kognitive Funktionen (z.B. exekutive Funktionen, Einsichts- und Urteilsvermögen, Problemlösungsvermögen, kognitive Flexibilität)</p> <p>h) kognitiv-sprachliche Funktionen</p>

<p>→ Verbesserung eingeschränkter körperlicher Funktionen wie Greif- und Feinmotorik, Koordination und Körperwahrnehmung; → Verbesserung der Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsvorverarbeitung; → Verbesserung der Realitätsbezogenheit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung; → Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit; → Verbesserung der kognitiven Funktionen; → Verbesserung der psychischen Stabilisierung und des Selbstvertrauens; - Verbesserung der eigenständigen Lebensführung und der Grundarbeitsfähigkeiten.</p>	<p>i) Funktionen der Selbst- und Zeitwahrnehmung (z.B. eigene Identität, Realitätsbezug) 3) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung a) Bewusste sinnliche Wahrnehmungen b) Wissensanwendung (z.B. Aufmerksamkeit fokussieren) 4) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten aus dem Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen a) Einfache und komplexe Aufgaben übernehmen (z.B. Handlungsschritte der täglichen Routine in der richtigen Reihenfolge durchführen) b) Eigenaktive Tagesstrukturierung c) Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen 5) Aufbau/ Verbesserung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen a) elementare und komplexe interpersonelle Aktivität (z.B. Interaktion nach sozialen Regeln) b) besondere interpersonelle Beziehungen (z.B. Aufbau und Erhalt von Beziehungen) 6) Stabilisierung/Aufbau der Selbstversorgung, des häuslichen und wirtschaftlichen Lebens a) auf seine Gesundheit achten b) Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen 7) Beratung zur Auswahl, Nutzung von und Training mit Hilfsmitteln, inkl. Alltagshilfen (*) 8) Stabilisierung/Aufbau von Aktivitäten des Gemeinschafts- und sozialen Lebens</p>
<p>Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere</p> <p>- Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten: o aus dem Bereich allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. tägliche Routine in richtiger Reihenfolge durchführen, Tagesstrukturierung).</p>	<p>Entwicklung, Wiederherstellung und Erhalt: a) zur Alltagsbewältigung benötigter kognitiver Fähigkeiten b) von Handlungskompetenzen zur Bewältigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen c) kommunikativer und sozial-interaktiver Kompetenzen d) der eigenständigen Selbstversorgung 2) Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit</p>

<p>o aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmung, Aufmerksamkeit fokussieren), o aus dem Bereich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (soziale Interaktion, Aufbau und Erhalt von Beziehungen) o der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens (z.B. Waren des täglichen Bedarfs beschaffen),</p> <p>- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit, des Selbstvertrauens und der Entscheidungsfähigkeit. - Erlernen von Kompensationsstrategien ggf. unter Nutzung vorhandener Hilfsmittel und Umgang mit externen Hilfen.</p>	<p>3) Erlernen von Kompensationsstrategien, ggf. unter Berücksichtigung vorhandener Hilfsmittel und Adaptionen des Lebensumfelds 4) Entwicklung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung, Aufbau von Selbstwirksamkeit</p>
--	---

Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V

Ergänzung von F20.- und F32.2 für die ergotherapeutische Behandlung.

F20.-	Schizophrenie	Eine psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer Funktionen und Funktionen der Wahrnehmung und der daraus und vor dem Hintergrund der individuellen Kontextfaktoren resultierenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.		PS3
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome			

Heilmittel-Richtlinie, § 8a langfristiger Heilmittelbedarf

(1)

„Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben.“

Bei beiden Diagnosen handelt es sich um langfristige Erkrankungen, welche die Aktivitäten und die Teilhabe der Betroffenen besonders schwer beeinträchtigen.

Die Gesamtverordnung im Regelfall von 40 Therapieeinheiten ist in diesen schweren Fällen nicht geeignet, eine langfristige Stabilisierung der Erkrankten zu unterstützen. Mit der Maßgabe „ambulant vor stationär“ ist die ambulante Ergotherapie bei schweren und chronischen Erkrankungen ein Mittel der Wahl um langfristig die stationäre Aufnahme/Wiederaufnahme der Erkrankten zu verhindern.

Wir verweisen zusätzlich auf die aktuell überarbeitete [S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“](#) der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. In der zusammenfassenden Bewertung zur Evidenz der Ergotherapie bei schweren psychischen Erkrankungen wird festgestellt:

Empfehlung 30 (2012): Ergotherapeutische Interventionen sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden. Empfehlungsgrad B, Evidenzebene: Ib
Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (24.01.2011)



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

VDB Physiotherapieverband e.V.	
27.09.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 2 Abs. 1, erster Spiegelstrich</p> <p>Beibehaltung der aktuellen Begrifflichkeiten (Physikalische Therapie als Oberbegriff)</p>	<p>In dieser Vorschrift wird der Begriff Heilmittel definiert. Die Richtlinie darf den Heilmittelbegriff nicht anders definieren als er gesetzlich vorgegeben ist. Nach 124 Abs. 1 SGB V gibt es eine Legaldefinition, wonach Heilmittel Leistungen der physikalischen Therapie, nicht lediglich der Physiotherapie sind. Dieser Heilmittelbegriff, basierend auf § 124 Abs. 1 SGB V findet sich in zahlreichen anderen Vorschriften wieder, nicht zuletzt in § 92 Abs. 1 Ziff. 6 SGB V, der Ermächtigungsnorm für den Erlass der Heilmittelrichtlinie. Dass die Richtlinie selber einen vom Gesetz abweichenden Heilmittelbegriff einführen will, ist unverständlich. Nach § 27 Abs. 1 Ziff. 3 SGB V gehören Heilmittel insgesamt zur Krankenbehandlung, nach § 73 Abs. 2 Ziff. 7 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung. Der Leistungsbegriff findet sich in § 32 Abs. 1 SGB V, der ebenfalls Bezug nimmt auf den Heilmittelbegriff, ganz wie § 11 Abs. 4 SGB V für Satzungsleistungen. Neue Heilmittel müssen nach § 138 SGB V vom Bundesausschuss beschlossen werden. § 84 Abs. 7 regelt, dass die vorgehenden Vorschriften aus § 84 SGB V auch für Heilmittel gelten, wobei für die Wirtschaftlichkeitsprüfung § 106 b Abs. 4 SGB V ebenfalls den Begriff der Heilmittel verwendet.</p> <p>Physiotherapie bildet nur einen Teilbereich der Leistungserbringung nach dem Berufsgesetz für Physiotherapeuten und Masseure ab. Z.B. manuelle Lymphdrainage gehört nicht zur Physiotherapie, ebenso wie einige andere Leistungen, die ausschließlich für Massagetherapie und „physikalische Therapie“ im Sinne des Berufsgesetzes vorgesehen sind. Würde die Heilmitteldefinition auf Physiotherapie eingeschränkt werden, gäbe es für Leistungen, die nicht Physiotherapie sind, keine Regelungen mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung.</p>
<p>§ 2 Abs. 2</p> <p>Ergänzung des Absatzes um Leistungen der Vorsorge § 23 SGB V</p>	<p>Im Absatz sollte ergänzt werden, dass Leistungen der Vorsorge, § 23 SGB V, nicht im Rahmen der Richtlinie erbracht werden können. Dies gilt insbesondere, da nach § 23 Abs. 2 und Abs. 4 SGB V der Rehabilitation zugehörige Leistungen von Heilmitteln im Rahmen der Vorsorge erbracht werden.</p>
<p>§ 3 Abs. 3</p>	<p>Problematisch in diesem Zusammenhang ist, woher sich der behandelnde Vertragsarzt über die persönlichen</p>



VDB Physiotherapieverband e.V.	
27.09.2018	
	<p>Lebensumstände, der Kontextfaktoren erkundigen und informieren soll, wenn der Patient die entsprechenden Hinweise nicht gibt. Im Übrigen möchten wir darauf hinweisen, dass die Mitwirkungsverpflichtungen in § 60 ff SGB I abschließend geregelt sein dürften.</p>
§ 3 Abs. 5 Definition des Begriffes „Kontextfaktoren“	<p>Der Begriff „individuelle Kontextfaktoren“ sollte, wenn er hier als Indikationsmerkmal eingeführt werden soll, definiert werden.</p>
§ 4 Abs. 2 Verständlichere Formulierung	<p>Der 2. Absatz ist zu komplex verfasst. Zur besseren Verständlichkeit sollte der 2. Absatz auf mindestens 2 Sätze aufgeteilt werden.</p>
§ 6 Abs. 2 Sätze 3-5 Ausschluss der Prüfpflichten des Therapeuten	<p>Das Bundessozialgericht (Urteil vom 13.09.201 1 B I KR 23/10 R) verlangt von Heilmittelerbringern, Heilmittelverordnungen auf Übereinstimmung mit der Heilmittelrichtlinie zu prüfen. Diese Prüfpflichten können sich nicht auf die Tatbestände in § 6 Abs. 2 Sätze 3 bis 5 beziehen, Gleiches gilt für die Regelung in § 6 Abs. 3.</p>
§ 7 Abs. 5	<p>Die Änderung des behandlungsfreien Intervalls hin zu einem verordnungsfreien Intervall begrüßen wir. Bisherige Verordnungsfehler zu dieser Thematik können somit ausgeschlossen werden. Hinsichtlich der Dauer des verordnungsfreien Intervalls möchten wir an dieser Stelle keine Stellungnahme abgeben.</p>
§ 7 Abs. 7 Erweiterung der Formulierung	<p>Dieser Absatz regelt lediglich die Verordnungstätigkeit der Ärzte. Nicht geregelt wird in diesem Fall die Annahme dieser Verordnungen durch den Therapeuten. Der Text sollte um folgende Formulierung ergänzt werden: „Der neue Regelfall ist dann auch für den behandelnden Therapeuten verbindlich“.</p>
§ 8 Abs. 1 Satz 6 / § 7 Abs. 6 Satz 6 Änderung der Formulierung bei den ergänzenden Heilmitteln zu „der ergänzenden Heilmittel“	<p>In § 8 Abs. 1 und § 7 Abs. 6 ist geregelt, dass mehrere, unterschiedliche vorrangige Heilmittel mit einem ergänzenden Heilmittel verordnet werden können. Es ist dann geregelt: „Wenn die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel...“ In diesem Kontext muss aus unserer Sicht noch eingefügt werden, dass auch eine Aufteilung der ergänzenden Heilmittel möglich ist. Aus dem aktuellen Vorschlag wäre diese Aufteilung derzeit nicht ersichtlich.</p>



VDB Physiotherapieverband e.V.	
27.09.2018	
§ 8 Abs. 4 Aufhebung der Genehmigungspflicht bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles	Im Absatz 4 ist die Durchführung des Genehmigungsverfahrens beschrieben. Im derzeitigen politischen Dialog steht im Zuge der Entbürokratisierung der Wegfall der Genehmigungspflicht für Verordnungen außerhalb des Regelfalles im Raum. Wir plädieren in diesem Zusammenhang auch in der Heilmittelrichtlinie, den Genehmigungsvorbehalt für Verordnungen außerhalb des Regelfalles abzuschaffen.
§ 8a Abs. 6	Die Auffassung des Spitzenverbandes und der KBV ist zutreffend. Ein kurzfristiger Behandlungsbedarf kann nicht eine Langfristverordnung auslösen.
§ 9 Überarbeitung der Regelung zur Aussage von Wirtschaftlichkeit	<p>Danach soll der Vertragsarzt vor jeder Verordnung von Heilmitteln prüfen, ob das angestrebte Behandlungsziel auch durch</p> <ul style="list-style-type: none"> • eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten • eine Hilfsmittelversorgung • oder durch Verordnung eines Arzneimittels <p>erreicht werden kann.</p> <p>a) Eigenverantwortliche Maßnahmen können im Rahmen einer Heilmittelbehandlung erlernt werden, aber erst während der Behandlung, also nach einer Verordnung. Nach § 6 a Abs. 1 des Entwurfs muss die Erstdiagnostik zu einem Befund kommen, der funktionelle oder strukturelle Schädigungen ausweist. Wenn solche Schädigungen vorliegen, kann eine eigenverantwortliche Maßnahme des Patienten nicht in Betracht kommen, und zwar grundsätzlich nicht. Deshalb widerspricht der Vorrang einer eigenverantwortlichen Maßnahme in dieser Formulierung dem Grundsatz, dass bei einer behandlungsbedürftigen Erkrankung im Sinne einer funktionellen Schädigung auch eine Verordnung notwendig ist.</p> <p>b) Die Hilfsmittelversorgung nach § 33 Abs. 1 SGB V ist zulässig, wenn das Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Danach kann ein Hilfsmittel die Krankenbehandlung sichern, nicht aber ersetzen. Wenn es darum geht, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, kommt es nicht zu einer Substitution einer Heilmittelversorgung, weil diese den Zweck hat, eine konkret vorliegende Schädigung zu behandeln. Auch wenn Heilmittelverordnungen zum Zwecke der Linderung von</p>



VDB Physiotherapieverband e.V.	
27.09.2018	
	<p>Beschwerden (§ 27 SGB V) erfolgen, ist dies ein anderer Zweck als derjenige aus § 33 Abs. 1 SGB V.</p> <p>c) Eine Verordnung von Arzneimitteln kommt bei den Katalogerkrankungen aus dem Heilmittelkatalog praktisch nicht in Betracht, es sei denn, es ginge um Schmerztherapie. Es handelt sich bei Schmerztherapie sicher um einen wichtigen Bereich, nicht aber eine Bekämpfung einer Kausalerkrankung, die durch Erstdiagnostik im Sinne von § 8 a Abs. 1 des Entwurfs festgestellt worden ist. Wenn eine Schädigung vorliegt, muss diese kausal behandelt werden und nur dann, wenn dies nicht zum Erfolg führt, kommt eine Schmerzmitteltherapie in Betracht. Soweit entzündungs- hemmende Arzneimittel notwendig sind, um eine Heilmittelbehandlung erst zu ermöglichen, schließt die Arzneimittelversorgung die Heilmittelversorgung nicht aus, sondern bildet die Grundlage dafür, dass Heilmittel wirksam eingesetzt werden können.</p>
<p>§ 11 Abs. 2</p> <p>Zulassung der Hausbesuche nicht nur im Ausnahmefall</p>	<p>Durch die Formulierung in § 11 Abs. 2 „ohne Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten ausnahmsweise...“, wird erreicht, dass nur in der Praxis des Therapeuten behandelt werden darf.</p> <p>Diese Regelung ist sowohl rechtswidrig als auch unzweckmäßig:</p> <p>a) Nach § 92 Abs. 1 SGB V dienen die Richtlinien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung der Versicherten. Den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sowie psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen. Wenn der Behandlungsbedarf feststeht und eine Verordnung ausgestellt wird, ist der Patient nicht berechtigt, mit dem Therapeuten zu vereinbaren, dass die Therapie — natürlich sofern das möglich und zulässig ist — als Hausbesuch durchgeführt wird, auch wenn der Patient bereit und in der Lage ist, den dafür entstehenden Vergütungsanteil selber zu bezahlen. Dies in der Heilmittelrichtlinie zu regeln, ist rechtswidrig, weil dies nicht zur ärztlichen Versorgung gehört.</p> <p>Die vertragsärztliche Versorgung umfasst nach § 73 Abs. 2 Ziff. 7 SGB V aber nur die Verordnung von Heilmitteln Gegenstand der ärztlichen Versorgung, nicht aber die Erbringung, die vielmehr nach § 124 SGB V i.V. m. § 1 Abs. 5 des Entwurfs zugelassenen Heilmittelerbringern übertragen ist. Die Regelung, dass Hausbesuche nur dann zulässig sind, betrifft das Rechtsverhältnis zwischen Patienten und Therapeuten.</p>



VDB Physiotherapieverband e.V.	
27.09.2018	
	<p>welches als solches nicht Gegenstand der Heilmittelrichtlinie sein kann.</p> <p>b) Darüber hinaus ist die Regelung unzweckmäßig und ungerecht, wie sich aus den folgenden Beispielen ergibt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eheleute erhalten jeweils eine Verordnung. Einer von den Eheleuten mit Hausbesuch, so dass der Therapeut diese Person behandeln darf, der andere Ehegatte allerdings die Praxis aufsuchen muss, um die Behandlung zu erhalten, auch wenn dies wegen etwa drohender Behinderung schwerfällt. - Gerade wegen den besonderen Erfordernissen der Versorgung Behinderter Rechnung getragen werden muss (§ 92 Abs. 1 SGB V). ist diese Personengruppe zu berechtigen, mit dem Therapeuten zu vereinbaren, dass der Hausbesuch durchgeführt wird und der Patient diesen selber bezahlt. Denn in vielen Fällen bei Behinderten oder bei von Behinderung bedrohten Personen ist zwar eine Hausbesuchsverordnung nicht unbedingt notwendig und daher zu unterlassen. Ein Hausbesuch ist allerdings extrem nützlich, um den für viele Behinderte beschwerlichen Weg in die Praxis zu vermeiden (ein Krankentransport wird nicht verordnet). Z. B. wetterbedingte Einflüsse können einen Hausbesuch geradezu erforderlich machen. Ein Rollstuhlfahrer kann nicht bei Eis und Schnee oder schlechtem Wetter die Praxis aufsuchen. Dies gilt im Übrigen erst recht für psychisch kranke Personen, weil häufig der Antrieb die Heilbehandlung in der Praxis in Anspruch zu nehmen. Es ließen sich zahlreiche weitere Unzweckmäßigkeiten aufzählen. - Darüber hinaus ergibt sich ein Grundrecht des Patienten auf Selbstbestimmung, wozu auch gehört, dass Leistungen in Anspruch genommen werden können und dürfen, die die GKV nicht bezahlt. Wir verweisen auf § 33 Abs. 1 Satz 6 SGB V, § 13 Abs. 2 SGB V, § 76 Abs. 2 SGB V u. ä. Auch im Heilmittelbereich können Versicherte Leistungen in Anspruch nehmen, die außerhalb der GKV zu bezahlen sind, ebenso wie im ärztlichen Bereich (IGEL-Leistungen u. ä.).
§ 12 Abs. 2 Austausch der Begriffe „Physiotherapie“ und „physikalische Therapie“	Hier muss statt Physiotherapie wieder physikalische Therapie eingesetzt werden, s. Anmerkung zu § 2 Abs. I.



VDB Physiotherapieverband e.V.	
27.09.2018	
<p>§ 12 Abs. 7 Aufhebung der Beschränkung bei Massage und D1-Therapie</p>	<p>Eine Beschränkung der Gesamteinheiten bei Massagetherapie und D1 auf den Regelfall ist nicht zweckmäßig. Bei komplexen Schädigungen, bei denen der Arzt die D1-Therapie als notwendig erachtet, ist eine Beschränkung auf den Regelfall nicht zielführend. Gerade hier kann es notwendig sein, dass der Patient diese Therapie als Dauertherapie weiterführt, damit es zu keiner weiteren Verschlechterung des Störungsbildes kommt. Ebenso gilt dies für die Abgabe von Massagetherapie. Wir verweisen hierzu auf unsere Ausführungen zu § 18 und die Ausführungen zu Depressionen. Gerade im Zusammenhang mit der Behandlung von Depressionen ist die Massagetherapie ein wichtiges Heilmittel zur Linderung der Beschwerden. Da diese Behandlung aber aufgrund der Erkrankung nicht mit den Einheiten im Regelfall ausreichend behandelt werden kann, ist hier ebenfalls eine Möglichkeit der Verordnung außerhalb des Regelfalles zu ermöglichen.</p>
<p>§ 13 Abs. 2c Korrektur des Textes zur Anpassung an das bestehende Verordnungsformular</p>	<p>Hier muss ja oder nein gestrichen werden. Es gibt nur ein Feld, bei dem Hausbesuch angekreuzt werden kann, ähnlich wie bei Buchstabe b) beim Therapiebericht.</p>
<p>§ 13 Abs. 2 k (alt) Erhalt der Zeitangaben beim Heilmittel Manuelle Lymphdrainage</p>	<p>Derzeit noch enthalten zwischen dem Buchstaben i. und j.: Nach unserer Auffassung sollten die Zeitangaben bei manueller Lymphdrainage erhalten bleiben, weil die aufzuwendende Therapiezeit wesentlicher Bestandteil der Beschreibung des Heilmittels ist. Die drei nach Zeitangaben unterschiedenen Heilmittel haben entsprechend unterschiedliche Indikationen zum Inhalt, so dass die Unterscheidung aufrechterhalten bleiben sollte.</p>
<p>§ 16 Abs. 2 Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten zur Frequenz</p>	<p>Hier ist der Begriff „Frequenzangaben“ verwendet, die für den Therapeuten verbindlich sein sollen. In § 12 Abs. 1 letzter Satz ist der Begriff Frequenzempfehlung verwendet worden und in § 13 Abs. 2 i. der Begriff Therapiefrequenz. Um Missverständnissen vorzubeugen sollte hier ein einheitlicher Begriff für die Frequenzangaben gefunden werden.</p>
<p>§ 17 Abs. 1 Änderung der Begrifflichkeiten „Physiotherapie“ und „physikalische Therapie“</p>	<p>Hier muss der Begriff Physiotherapie wieder ersetzt werden durch den Begriff physikalische Therapie. Physiotherapie als Oberbegriff widerspricht § 124 SGB V, wo geregelt ist, dass der Gesamtbereich als physikalische Therapie im Sinne des SGB V anzusehen ist. In § 17 Abs. 1 wird der Begriff Physiotherapie als Oberbegriff angenommen und soll ergänzt werden durch den Einsatz</p>



VDB Physiotherapieverband e.V.	
27.09.2018	
	<p>physikalischer Therapien wie Massage-, Hydro-, Thermo- oder Elektrotherapie, die also nicht zur Physiotherapie gehören, sondern nur bei Bedarf als Ergänzung genannt sind. Damit ist die Definition in § 2 Abs. 1 unrichtig. Nach § 2 Abs. 1 sind Heilmittel die einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie, also gerade nicht der physikalischen Therapie. Physikalische Therapie ist also nach der jetzt vorliegenden Definition kein Heilmittel und darf deshalb gar nicht verordnet werden.</p>
<p>§ 18</p> <p>Erweiterung der Massagetherapie um die Indikationen „Depression“ und „Burn Out“</p>	<p>Nach § 92 Abs. 1 SGB V soll bei dem Erlass der Heilmittelrichtlinie auch den Belangen psychisch erkrankter Personen Rechnung getragen werden. § 18 regelt die Massagetherapie und ihre Leistungsbeschreibung.</p> <p>Es ist bekannt, dass gerade bei Depressionen und Burn Out, die zu den psychischen Erkrankungen gehören, eine Massage durch die Ausschüttung von Endorphinen bei der Behandlung dazu führt, dass sich die Stimmungslage des depressiven Menschen erheblich verbessert und möglicherweise Arzneimittel erspart werden können. Diverse Untersuchungen haben bereits die Wirksamkeit in diesem Zusammenhang belegt.</p> <p>Diese Indikation müsste im Rahmen des § 18 Berücksichtigung finden.</p>
<p>2. Teil (Heilmittelkatalog)</p> <p>1. Maßnahmen der Physiotherapie;</p> <p>Ausschluss der Prüfpflicht zur Verordnungsmenge bei Therapeutenwechsel</p>	<p>Durch den Wegfall der Kennzeichnung von Erst- und Folgeverordnung ergeben sich für den Therapeuten bei der Annahme von Verordnungen neue Probleme. Bei einem Therapeutenwechsel innerhalb eines Regelfalles kann der neue Therapeut nicht mehr erkennen, ob der Patient schon Behandlungen bei einem anderen Therapeuten hatte. Er kann somit auch nicht erkennen, wie viele Behandlungen im Regelfall noch möglich sind.</p> <p>Wenn die Verordnungsmenge im Regelfall ausgeschöpft ist und der Arzt auf der neuen Verordnung, welche außerhalb des Regelfalles sein müsste, fälschlicherweise im Regelfall ankreuzt, kann dieser Fehler nicht zu Lasten des Therapeuten gehen. Der Therapeut muss sich in diesem Fall auf die Angaben des Arztes verlassen und hat keine weitere Prüfmöglichkeit.</p>



Verband der Diätassistenten - VDD - Deutscher Bundesverband e.V.

VDD · Postfach 104062 · D-45040 Essen

Gemeinsamer Bundesausschuss
Stephanie Iwansky
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Essen, 26. September 2018

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.

Sehr geehrte Frau Iwansky,
sehr geehrter Herr Hellbardt
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Übersendung der Unterlagen:

- Beschlussentwurf zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie inklusive der Anhänge zum Heilmittelkatalog sowie der Anlage 2 „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf“
- Tragende Gründe zum Beschlussentwurf der Heilmittel-Richtlinie
- Fließtext der Heilmittel-Richtlinie
- Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur Heilmittel-Richtlinie
- Verteiler

Der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. hat keine Anmerkungen zum Beschlussentwurf.

Mit freundlichen Grüßen


Uta Köpcke
Präsidentin VDD e.V.


Evelyn Beyer-Reiners
Geschäftsführung VDD e.V.

Susannstraße 13
D-45136 Essen

Telefon: 0201 94985370
Telefax: 0201 94985380
Email: vdd@vdd.de

Sparkasse Essen
IBAN: DE13 3605 0105 0008 3595 07
BIC: SPESDE33XXX

AG Essen, Vereins-Registernummer 4924
UStIdNr. DE121 241 540
Geschäftsführung: Evelyn Beyer-Reiners

Betreff: Organisationen gem. § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V | Bitte um Stellungnahme |
Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL)

Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V

Sehr geehrte Frau Fleischer,

sehr geehrte Damen und Herren,

der Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V. begrüßt die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie (HMR), vor allen Dingen im Hinblick auf die Entbürokratisierung. Nachfolgend haben wir unsere Änderungsvorschläge formuliert und bitten um Berücksichtigung. Sollten Sie diese noch in schriftlicher Form über den postalischen Weg benötigen, bitte lassen Sie es uns wissen.

Maßnahmen der Podologischen Therapie (Seite 16):

Änderungsantrag zur Diagnosengruppe:

DF Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und/oder Angiopathie **bis Stadium Wagner 2a und Retinopathie**

Begründung:

Eine Studie besagt, dass die Wundränder und –umgebung nicht leitliniengerecht konditioniert werden.

Quelle: Murray HJ, Young MJ, Hollis S, Boulton AJ. The association between callus formation, high pressures and neuropathy in diabetic foot ulceration. Diabet Med 1996;13(11):979-82

Der Podologe ist aufgrund der Ausbildung, den hygienischen Voraussetzungen und der Tatsache, subhyperkeratotische und subunguale Wunden frühzeitig zu erkennen, in der Lage, die Wundrandabtragung (nicht die komplette Wundbehandlung) bis zum Wagnerstadium 2a zu behandeln.

Retinopathie - lt. Leitlinie Diabetisches Fußsyndrom

+ Aufnahme von gültigen ICD-10 Codes

Änderungsantrag Verordnungsmengen

Frequenzempfehlung wird durch den Therapeuten bestimmt

Begründung:

Die bisherige Frequenzempfehlung ist zu eng gefasst. Es gibt Patienten bei denen eine 8-wöchige podologische Behandlungsfrequenz ausreichend ist, es kommt aber auch vor, dass Teilbehandlungen alle 1-2 Wochen angezeigt wären, um Haut- und/oder Nagelschädigungen vorzubeugen.

Richtlinie § 6a Ärztliche Diagnostik- Abs.2

Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere Befundergebnisse **sollten** auf den Verordnungsvordruck

Begründung:

Der Podologe sollte z.B. Infektionskrankheiten mitgeteilt bekommen, um den Praxisablauf darauf abstimmen zu können

Maßnahmen der Podologischen Therapie - § 28 Inhalt der Podologischen Therapie Abs. 1 + 4

Die Podologische Therapie umfasst das **möglichst** verletzungsfreie Abtragen bzw. Entfernen

Die Nagelbearbeitung dient der **möglichst** verletzungsfreien Beseitigung

Begründung:

Auch Diabetiker können eine Multimorbidität haben

(Bsp. Multiple Sklerose, Restless legs, Demenz usw.) was ein verletzungsfreies Arbeiten manchmal nicht ermöglicht

Beste Grüße aus Reutlingen

Volker Pfersich B. Sc.

1. Bundesvorstand



Verband Deutscher Podologen (VDP e.V.)
Bundesverband

Obere Wässere 3-7
72764 Reutlingen

TeL. 0 71 21 / 33 09 42
Fax. 0 71 21 / 31 00 89
E-Mail: info@verband-deutscher-podologen.de
Webseite: <http://www.verband-deutscher-podologen.de>

Diese E-Mail enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie diese Mail. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieser Mail ist nicht gestattet.

Nicht stellungnahmeberechtigte Organisation



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	
27.09.2018	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 1 Grundlagen, Absatz 2	Die Patientenvertreter haben Recht mit dem Überarbeitungsvorschlag, solange es sich um Frühmobilisation, oder Frührehabilitation und nicht um Rehabilitation handelt und mit der Krankenkasse eine gesonderte Vereinbarung getroffen wurde: siehe Gesetzeskommentar: https://www.haufe.de/personal/personal-office-premium/schell-sgbix-43-krankenbehandlung-und-rehabilitation-22-fruehmobilisation-fruehrehabilitation-und-rehabilitation_idesk_PI10413_HI2951627.html Mit Heilmitteln können Behinderungen deutlich vermindert und Mehrkosten abgewendet werden. Unter diesem Gesichtspunkt sollte dieser Sachverhalt bewertet werden.
§ 3 Voraussetzungen der Verordnung, Absatz 3 Zustimmung zum Vorschlag der Patientenvertretung	Der Praxisalltag zeigt, dass Patienten regelhaft Teile ihrer eigenen Krankengeschichte vergessen. Aus demselben Grund hatte der Gesetzgeber beispielsweise den Medikationsplan beschlossen, sobald der Patient mehr als 3 Medikamente gleichzeitig einnimmt, da der Mensch eben zum Vergessen neigt. Im Zeitalter der elektronischen Patientenakte wäre es daher nicht nachvollziehbar eine Mitwirkungspflicht zu normieren, woraus Rechtsfolgen für den Patienten entstehen, die in versagten Heilmittelverordnungen gipfeln. Daher ist dem Vorschlag der Patientenvertretung Vorzug zu geben.
§ 6 Abs. 2 Sätze 3-5 Ausschluss der Prüfpflichten der Therapeuten	Von Heilmittelerbringern wird seit dem Urteil 13.09.201 1 B I KR 23/10 R vom Bundessozialgericht verlangt, Heilmittelverordnungen auf Übereinstimmung mit der Heilmittelrichtlinie zu prüfen. § 6 Abs. 2 Sätze 3 bis 5 darf davon nicht umfasst sein. Selbiges gilt für die Regelung in § 6 Abs. 3.
§ 7 Verordnung im Regelfall, Absatz 5 (neu) Zustimmung zum Vorschlag der Patientenvertretung	Bekanntermaßen scheuen sich viele Ärzte Verordnungen außerhalb des Regelfalles auszustellen und trösten den Patienten daher auf einen erneuten Regelfall. In vielen Fällen verschlechtert sich der Gesundheitszustand der Betroffenen über den behandlungsfreien Zeitraum deutlich. Eine willkürliche Verlängerung des Zeitraumes ohne Berücksichtigung der Frequenz widerspricht jeder



Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	
27.09.2018	
	Logik als auch dem Patientenwohl. Daher ist dem Vorschlag der Patientenvertretung statt zu geben..
§ 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls Genehmigungsvorbehalt wird entfallen	Gemäß dem 5. Punkt des Eckpunkte-papiers von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wird „das BMG als ersten Schritt zum Bürokratieabbau die Aufhebung des Genehmigungsvorbehaltes von Verordnungen außerhalb des Regelfalls zur Erleichterung der Ausstellung und Prüfungen von Verordnungen auf den Weg bringen.“ Diesem Umstand sollte auch in der Heilmittelrichtlinie Rechnung getragen werden.
§ 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls Absatz 1	„ Die Verordnung außerhalb des Regelfalls kann eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen abdecken. „ Textvorschlag: In begründeten Verordnungsunterbrechungen gemäß §16 Absatz 3 kann die Behandlung auch über 12 Wochen hinaus durchgeführt werden.
§ 8a Langfristiger Heilmittelbedarf Absatz 6 kann entfallen	Der bisherige Absatz 6 kann entfallen, da in die Anlage 2 ohnehin nur Diagnosen aufgenommen werden, die dauerhaft schwere funktionelle oder strukturelle Schädigungen hervorrufen. Der Antrag unter Abschnitt 3 muss dann die Vergleichbarkeit zu Anlage 2 triftig begründen.
§11 Ort der Heilmittelerbringung Behandlungen auch außerhalb der Praxis und des häuslichen Umfeldes zulassen	Aufzunehmen ist eine eindeutige Formulierung, dass aus medizinischen Gründen eine Behandlung auch außerhalb der Praxis oder des häuslichen Umfeldes möglich ist, z.B. in einer tagesstrukturierenden Einrichtung, in der Tagespflege oder an anderen Orten des täglichen Lebens. Zu berücksichtigen ist zudem, dass psychiatrische Patienten teilweise einen verordneten Hausbesuch benötigen, um z.B. einer Verwahrlosung entgegen zu wirken oder weil eine Phobie einen Praxisbesuch zunächst unmöglich macht. Ferner ist zusätzlich aufzunehmen die Möglichkeit eines privat bezahlten Hausbesuches, sofern der Patient dies ausdrücklich wünscht. Einerseits sind Therapien im häuslichen und sozialen Umfeld gerade bei ergotherapeutischen Behandlungen häufig nicht nur sinnvoll sondern obendrein effektiver als in der Praxis, da die konkrete Lebenswirklichkeit direkt in die Behandlung einfließen kann. Andererseits ist dem Wunsch eines Patienten nach Hausbesuch statt zu geben, sofern dieser vergleichbar einer IGeL-Leistung privat finanziert wird.
§11 Ort der Heilmittelerbringung	Es entbehrt jeder Grundlage bei vorliegender Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder / strukturellen



<p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p>27.09.2018</p>	
	<p>Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten der betroffenen Kinder- und Jugendlichen den Leistungserbringern den nicht unerheblichen Mehraufwand sowie die Mehrkosten einer Behandlung außerhalb der Praxis aufzubürden. Hierfür ist im Hinblick auf die demographische Entwicklung und ihre Folgen eine einheitliche Regelung im Sinne des Gemeinwohls zu finden.</p>
<p>§ 12 Auswahl der Heilmittel Absatz 9 (neu) zwei unterschiedliche vorrangige Heilmittel an einem Tag ermöglichen</p>	<p>- §12 Absatz 9 (neu): Bei Verordnung von zwei unterschiedlichen vorrangigen Heilmitteln kann es sinnvoll sein, diese als zusammenhängende Behandlung an einem Tag durchzuführen. Insofern ist diese Möglichkeit mit aufzunehmen.</p> <p>Textvorschlag:</p> <p>Sofern bei Physiotherapie oder Ergotherapie auf einer Verordnung zwei oder drei vorrangige Heilmittel gemäß Absatz 2 verordnet werden, kann in begründeten Ausnahmefällen auch eine zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) bestehend aus zwei unterschiedlichen vorrangigen Heilmitteln an einem Tag verordnet werden.</p>
<p>§ 13 Verordnungsvordruck Absatz 1 Satz 3</p> <p>Notwendige Verordnungsänderungen radikal vereinfachen</p>	<p>Erfahrungsgemäß notwendige Verordnungsänderungen, welche im Praxisalltag unvermeidbar sind, sollten bundeseinheitlich vereinfacht für alle verbindlich in der Heilmittelrichtlinie ermöglicht und geregelt werden. Hierfür können die bereits zwischen den Beteiligten vereinbarten Vorgaben der Rahmenempfehlungen hinzugezogen werden. Es müssen die tatsächlich auftretenden Fehler auch bei Verwendung von zertifizierter Arztsoftware berücksichtigt und der bürokratische Aufwand in den Praxen der Heilmittelerbringer und Ärzte auf ein Minimum reduziert werden. Der derzeit bestehende Flickenteppich aus unterschiedlichen Vorgaben für Verordnungsänderungen je nach Kassenart und Bundesland muss im Interesse einer von allen Seiten geforderten Entbürokratisierung abgelöst werden durch klare und im Praxisalltag einfach zu handhabende Änderungsmöglichkeiten.</p> <p>Textvorschlag (Satz 3 ersetzen durch):</p> <p>Änderungen und Ergänzungen der für die Behandlung relevanten Informationen (Personalienfeld, Diagnose, konkretes Heilmittel, Verordnungsmenge, medizinische Begründung bei genehmigungspflichtigen Verordnungen außerhalb des Regelfalles, Stempel und Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes) auf der Heilmittelverordnung</p>



Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.

27.09.2018

bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
 Alle anderen notwendigen Änderungen können nach Rücksprache mit dem Arzt vom Leistungserbringer selbst auf der Verordnung vorgenommen werden. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer an der betreffenden Stelle durch Unterschrift und Datum kenntlich zu machen und die Absprache mit dem Arzt auf der Verordnungsrückseite zu dokumentieren.
 Bei Übernahme dieses Textvorschlages kann dann Satz 4 (neu) entfallen.

§15 Beginn der Heilmittelbehandlung
 in begründeten Ausnahmefälle ist nach Absprache mit dem Arzt auch bei dringlichem Behandlungsbedarf ein späterer Beginn zuzulassen

Im Übrigen ist der Formulierung der Patientenvertretung statt zu geben

Gerade bei dringlichem Behandlungsbedarf muss in begründeten Ausnahmefällen die Möglichkeit bestehen, auch später als 10 Tage nach Ausstellungsdatum mit der Behandlung zu beginnen, da die sonst einzige Alternative einer erneuten Verordnungsausstellung den Behandlungsbeginn noch weiter hinaus zögern würde, was ja nicht sinnvoll ist. Dieser Fall wird vor allem auftreten, wenn ein Patient mit einer ersten Verordnung zum ersten Behandlungstermin in der Praxis steht und erst in diesem Moment ersichtlich wird, dass die Ausstellung bereits länger als 10 Tage her ist. Den Patienten in einem solchen Fall ohne Behandlung wieder zum Arzt zu schicken, widerspricht gerade dem dringenden Behandlungsbedarf. Gleichzeitig ist es dem Leistungserbringer nicht zuzumuten, dass er quasi „auf gut Glück“ mit der Behandlung beginnt, der Arzt möglicherweise eine Änderung auf der Verordnung jedoch ablehnt und die Kasse dann die gesamte Therapie nicht vergütet.

Textvorschlag (Absatz 1 Satz 4):

Im begründeten Ausnahmefall kann einvernehmlich zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer ein abweichender Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Tagen vereinbart werden, sofern das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin gesichert ist. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf der Rückseite des Ordnungsblatts zu begründen und zu dokumentieren.



<p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p>27.09.2018</p>	
<p>§ 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung Absatz 1 Notwendige Verordnungsänderungen vereinfachen (siehe auch zu §13)</p>	<p>Sofern die für die Therapie relevanten Informationen auf der Verordnung eindeutig zu ersehen sind, muss der Heilmittelerbringer mit der Behandlung beginnen können, um die zeitnahe Versorgung des Patienten sicher zu stellen. Hierbei muss gleichzeitig gewährleistet sein, dass die Therapien später auch von der Kasse vergütet werden.</p> <p>Absatz 1 ergänzen durch (Textvorschlag):</p> <p>Sollte die Verordnung nicht fehlerfrei sein, kann die Behandlung auch ohne vorherige ärztliche oder heilmittelerbringerseitige Ergänzung bzw. Korrektur aufgenommen werden. Dies setzt voraus, dass alle wesentlichen Informationen für den Beginn bzw. die Weiterführung der Therapie auf der Verordnung enthalten sind (Personalienfeld, Diagnose, konkretes Heilmittel, Stempel und Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes).</p>
<p>§ 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung Absatz 3 Verordnungsunterbrechungen in begründeten Ausnahmefällen praxistauglich bundeseinheitlich regeln</p>	<p>Es ist nicht nachvollziehbar und auch nicht gerechtfertigt, dass bei Patienten unterschiedlicher Kassenarten und unterschiedlicher Bundesländer unterschiedliche Unterbrechungsregelungen gelten. Insofern ist eine praxistaugliche bundeseinheitliche Regelung zu favorisieren.</p> <p>Textvorschlag („Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.“ wird ersetzt durch):</p> <p>Im Interesse der Patientinnen und Patienten ist zu berücksichtigen, dass die Therapie z.B. krankheits- (K), ferien-, oder urlaubsbedingt (F) unterbrochen werden kann oder eine Unterbrechung therapeutisch indiziert (T) sein kann. Die therapeutische Fachkraft begründet der Krankenkasse jede länger als 14 Tage andauernde Unterbrechung mit den vorgenannten Buchstaben auf dem Verordnungsblatt. Die therapeutische Fachkraft hat auch in diesem Fall zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird, andernfalls ist die Therapie abzubrechen. Werden die vorgenannten Regeln eingehalten, ist eine Unterbrechung der Therapie bis zu einer Dauer von 28 Tagen, bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 56 Tagen, unschädlich.</p>



<p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p>27.09.2018</p>	
<p>§40 Therapieergänzende Maßnahmen Absatz1 Thermische Anwendung grundsätzlich bei motorisch-funktioneller oder sensomotorisch-perzeptiver Behandlung ermöglichen</p>	<p>Bei jeder motorisch-funktionellen oder sensomotorisch-perzeptiven Ergotherapiebehandlung kann es im individuellen Fall erforderlich oder sinnvoll sein, mittels thermischer Anwendung eine notwendige Schmerzreduzierung bzw. Muskeltonusregulation zu erreichen und damit die Behandlung zu erleichtern, zu verbessern oder erst möglich zu machen. Insofern sollte die thermische Anwendung als ergänzendes Heilmittel bei motorisch-funktioneller und sensomotorisch-perzeptiver Behandlung grundsätzlich verordnungsfähig sein. Dies ist entsprechend in den betreffenden Indikationsschlüsseln des Heilmittelkataloges aufzunehmen oder pauschal in §40 zu regeln.</p> <p>Textvorschlag: Thermo-therapie (Wärme-/Kälte-therapie) nach § 24 ist zusätzlich zu einer motorisch-funktionellen oder sensomotorisch-perzeptiven Behandlung als ergänzendes Heilmittel grundsätzlich dann verordnungsfähig, wenn sie einer notwendigen Schmerzreduzierung bzw. Muskeltonusregulation dient und damit die Behandlung erleichtert, verbessert oder erst möglich macht.</p>

B-9.2 Mündliche Stellungnahmen

Mündliche Anhörung



gemäß 1. Kapitel § 12 Verfahrensordnung
des **Gemeinsamen Bundesausschusses**

**hier: Änderung der Richtlinie über die Verordnung von
Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-
Richtlinie/HeiM-RL): Überarbeitung des Heilmittel-
kataloges**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 25. Oktober 2018
von 10.02 Uhr bis 11.35 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmerinnen für den Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl):

Frau Kern
Frau Lafrentz

Angemeldete Teilnehmerin für den Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs):

Frau Schubert

Angemeldete Teilnehmerin für den Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaflhorst-Andersen e. V. (dba):

Frau Malzahn

Angemeldete Teilnehmerin für den Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV):

Frau Rädlein

Angemeldeter Teilnehmer für den Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD):

Herr Zöpke

Angemeldete Teilnehmer für den VDB-Physiotherapieverband e. V.:

Herr Troidl
Herr Steinbrenner

Beginn der Anhörung: 10.02 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Einen schönen guten Morgen! Ich begrüße Sie ganz herzlich im Namen des Unterausschusses Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu dieser Anhörung zur Änderung des Heilmittelkataloges. Zunächst möchte ich Sie begrüßen. Anwesend ist Frau Lafrentz vom Deutschen Bundesverband für Logopädie. Uns ist schon angekündigt worden, Ihre Kollegin Frau Kern kommt etwas später, da sie aufgehalten ist. Ich begrüße Frau Schubert vom Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten, Frau Malzahn vom Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen, Frau Rädlein vom Spitzenverband der Heilmittelverbände. Uns fehlt noch Herr Zöpke vom Verband der Diätassistenten; er ist wahrscheinlich auch aufgehalten. Ich begrüße Herrn Troidl und Herrn Steinbrenner vom VDB-Physiotherapieverband. Herzlich willkommen!

Von dieser mündlichen Anhörung wird ein Wortprotokoll erzeugt, welches hinterher veröffentlicht wird. Ich hoffe, Sie sind damit einverstanden. Falls nicht, bitte ich Sie jetzt um ein Handzeichen. – Ich nehme Ihr Einverständnis zur Kenntnis. Vielen Dank. Das hat zur Konsequenz, dass ich Sie bitte, immer dann, wenn Sie einen Beitrag leisten, mit Ihrem Namen zu beginnen, damit der Stenograf das aufnehmen kann. Ich bitte Sie auch, das Mikrofon zu benutzen.

Ich habe noch eine andere Bitte an Sie, damit das ein guter, konstruktiver, effizienter Morgen wird. Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre schriftlichen Stellungnahmen. Ich kann Ihnen versichern, dass wir diese Stellungnahmen gelesen und aufmerksam gewürdigt haben bzw. in der Würdigung begriffen sind. Das Dokument zur Würdigung der Stellungnahmen hat jetzt schon 250 Seiten. Daraus ersehen Sie, dass wir uns wirklich damit befassen. Von daher appelliere ich dringend an Sie, dass Sie sich bei den Statements kurzfassen und nicht alles wiederholen, insbesondere da es zu einem Themenkomplex drei Verbände gibt. Vielleicht können Sie sich aufeinander beziehen. Denn wir möchten möglichst viel für den echten Austausch verwenden, für Fragen der Trägerorganisationen und der Patientenvertretung. Wir haben das vorher abgesprochen; ich spreche daher im Namen aller Mitglieder des Unterausschusses.

Dann geht es los. Wer möchte beginnen? – Frau Rädlein.

Frau Rädlein (SHV): Herzlichen Dank, dass unsere Stellungnahmen bei Ihnen aufgenommen wurden. Wir begrüßen sehr, dass wir hier zu einer grundlegenden Änderung der Heilmittel-Richtlinie kommen wollen. Unser Wunsch wäre, in der Bearbeitung noch einmal nachzudenken, ob die Heilmittel zukünftig untereinander gleichberechtigt stehen. Wir schlagen vor, dass wir die vorrangigen Heilmittel und die optionalen Heilmittel getrennt voneinander darstellen, weil wir ansonsten Sorge haben, dass die Versorgung der Patienten mit nebeneinanderstehenden Heilmitteln wie Krankengymnastik und Bewegungsübungen womöglich zu Teilen aus der budgetären Betrachtung heraus entschieden wird und nicht aus der Notwendigkeit heraus.

Zum anderen würden wir es begrüßen, wenn wir noch einmal über die Versorgung unserer Palliativpatienten sprechen könnten. Wir sehen einen grundsätzlichen Bruch in der Heilmittel-Richtlinie, weil der Arzt in dieser Zeit nur ein ergänzendes Heilmittel verordnen kann und die Palliativpatienten uns ein ganz anderes Bild in der aktuellen Versorgung vermitteln. Patienten mit einer infausten Diagnose im Palliativstadium sind nicht immer in der Lage, nur auf Basis der Verordnung behandelt zu werden. Tagesformabhängig muss dem Therapeuten die Möglichkeit gegeben werden, das Heilmittel zu wechseln. Man muss darüber nachdenken, ob man eine Heilmittelkombination in Erwägung zieht, wo der Therapeut auf die Tagesform des Patienten reagieren kann und in der Therapie variabel handeln darf.

Das wäre uns wichtig. Wir haben es auch mit den Kostenträgern diskutiert. Es ist derzeit nicht berücksichtigt. Aber wir sehen hier eine deutliche Notwendigkeit. – Danke.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die knappe, präzise Stellungnahme. – Wer mag fortfahren? – Frau Schubert.

Frau Schubert (dbs): Ich möchte mich zunächst für den Vorschlag bedanken, der hier unterbreitet worden ist. Wir sehen den Vorschlag vor allen Dingen unter dem Aspekt, dass er zu einer Entbürokratisierung beitragen soll. So ist auch unsere Stellungnahme gewesen. Wir haben auf bestimmte Stellen hingewiesen, wo es darum geht, zu entbürokratisieren. In der Sprachtherapie sind das solche Dinge, dass bei uns mit der Auswahl des Indikationsschlüssels das Heilmittel schon festgelegt ist. Es muss bei uns nicht gesondert genannt werden. Bei uns ist es auch ausreichend, eine Diagnose zu stellen, man muss nicht unbedingt eine Leitsymptomatik dazusetzen. Dass das jetzt über eine Verschlüsselung, über einen Buchstaben geregelt werden soll, begrüßen wir sehr. Denn unser großes Problem ist, dass die Heilmittelverordnungen nicht regelgerecht ausgestellt werden, auch jetzt noch nicht mit der neuen Praxissoftware, das führt zu ganz viel Mehrarbeit. Wir haben eine Umfrage in unserem Verband gemacht: 30 Prozent der Verordnungen sind falsch ausgestellt. Das führt im Durchschnitt pro Verordnung zu 20 Minuten Mehrarbeit bei den Therapeuten. Deswegen mein Appell, die Anmerkungen, die wir gemacht haben, unter dem Thema Entbürokratisierung zu sehen; dies gilt auch für den Wegfall der Prüfpflicht für die Therapeuten. Ansonsten verweise ich auf unsere schriftliche Stellungnahme.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank auch Ihnen für die Kürze. – Wer mag fortfahren? – Herr Steinbrenner.

Herr Steinbrenner (VDB-Physiotherapieverband): Herzlichen Dank für die Einladung und herzlichen Dank für den Entwurf, den wir sehr begrüßen, auch Dank an Frau Rädlein für die gute grobe Zusammenfassung, der wir nur zustimmen können. Was uns noch am Herzen liegt, wäre die Berücksichtigung psychischer Indikationen zukünftig in der Physiotherapie. Die werden in der aktuellen Darstellung noch nicht widerspiegelt. Wir würden es sehr begrüßen, weil wir aus den Rückmeldungen merken, dass sehr viele psychische Erkrankungen ein Indikationsgrund für die physiotherapeutische Behandlung sind. – Danke sehr.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank auch Ihnen. – Wer mag fortfahren? – Gibt es überhaupt den Wunsch nach weiteren Statements, oder sollen wir sofort in die Diskussion einsteigen?

(Zuruf: Frau Schubert hat für uns alle gesprochen!)

– Wunderbar. Dann hätte ich mir meine ganzen Vorreden sparen können.

Dann eröffne ich die Frage- und Diskussionsrunde. Mein Blick richtet sich auf die Bänke, die Diskussionsbedarf angemeldet hatten. KBV.

KBV: Ich habe an Frau Rädlein eine Frage. Ich fand ihre Ausführungen in Bezug auf die Palliativmedizin völlig richtig, dass es in der Regel nicht immer möglich ist, zum Zeitpunkt x das Heilmittel zu bestimmen, weil ich nicht weiß, ob der Patient am Tag der Anwendung überhaupt noch die Symptomatik hat. Jetzt schlagen Sie ein neues Heilmittel vor, wo relativ frei ist, was ich mache. Wenn das Theorem richtig ist, am Tag der Verschreibung weiß ich nicht, wie es ihm am Tag der Therapie geht, würde das eigentlich heißen, erweitert gedacht, es könnte Indikationen geben, wo die Blankoverordnung der bessere Ansatz ist, man also gar nichts festlegt. Habe ich Sie da richtig verstanden? Das heißt, dass Sie vielleicht selber beim völlig richtigen Ansatz zu kurz gesprungen sind mit dem Ruf nach einem neuen

Heilmittel statt keinem Heilmittel und selber bestimmen wollen, je nach Zustand des Patienten, was bei vielen Erkrankungen, nicht nur in der Palliativmedizin, Sinn macht. Ich habe das richtig verstanden, dass es Situationen gibt, wo eine fixe Vorgabe sinnlos ist?

Frau Rädlein (SHV): Mit den neuen Heilmitteln ist das in unserer Politik so eine Sache. Sie müssen durch ein Bewertungsverfahren laufen. Deswegen war die Überlegung, eine Heilmittelkombination zu verordnen, wie wir das im Bereich D1 haben, wo der Arzt verschiedene Heilmittel empfehlen kann, die zur Umsetzung kommen. Das ist schon eine andere Möglichkeit als das, was wir im Moment vorfinden, wenn wir davon ausgehen, dass draufsteht: „10 x Krankengymnastik im Hausbesuch“. Dann können wir auch nur Krankengymnastik machen. Wenn aber eine Heilmittelkombination aus Massage, Lymphdrainage, Krankengymnastik vorliegt, dann haben wir die Freiheit, den Patienten dementsprechend behandeln zu können. Die Blankoverordnung ist das eine. Das ist etwas, was wir demnächst hier besprechen müssen. Das andere wäre eine pragmatische Lösung, um nicht über ein neues Heilmittel sprechen zu müssen, sondern über die D1 einen diagnosegebundenen Bezug herzustellen. Tatsache ist, wir müssen eine Flexibilität hineinbekommen, weil die Patienten so nicht therapiert werden können. Auf den Palliativstationen im Krankenhaus verändern wir von einem auf den anderen Tag unsere Therapien bedarfsgerecht mit einem großen Aufwand an Heilmittelleistungen. In der häuslichen Versorgung sieht es ganz anders aus. Deswegen: Ja, wir brauchen eine Regelung, wo wir mehr Freiheiten haben. Das soll aber nicht den Arzt davon entbinden, Heilmittel zu verordnen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): KBV, ist diese Frage beantwortet? – Dann begrüße ich zunächst Frau Kern vom Deutschen Bundesverband für Logopädie. Schön, dass Sie hergefunden haben. Wir sind nach sehr kurzen Statements in den Austausch und die Diskussion eingestiegen.

(Frau Kern (dbl): Vielen Dank!)

Zur Information für Sie: Es wird ein Wortprotokoll erstellt, das veröffentlicht wird. Daher nennen Sie bitte immer Ihren Namen vor einem Wortbeitrag. Vielen Dank. – GKV-SV.

GKV-SV: Ich wollte gerne ein paar Sätze zur Einordnung des Vorschlages zur Versorgung von Palliativpatienten sagen. Wir haben vor kurzem schon darüber diskutiert. Ganz formal ist es so, dass derzeit alles das, was ein Palliativpatient als Heilmittel benötigt, zur Verfügung steht. Das Problem ist, man wird unterschiedliche Verordnungen benötigen, und die Situation kann, wie Sie sagen, täglich eine andere sein. Das ist korrekt. Aber Sie haben es selber gesagt: Jetzt ein neues Heilmittel zu kreieren – Palliativversorgung –, geht nicht so einfach. Hier sind wir an die Vorgaben gebunden. Wir würden in die Methodenbewertung hineingehen. Aber wir haben mit dem Vorschlag der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie auf alle Fälle schon einen Schritt in die Richtung getan, die Sie sich wünschen. Das heißt, man kann in einer Verordnung drei vorrangige Heilmittel kombiniert verordnen. Wie Sie es vorgeschlagen haben, könnte man Krankengymnastik, Massagetherapie und gegebenenfalls noch ein drittes Heilmittel verordnen. So wie wir es jetzt mit der Dreierkombination angedacht haben, könnte ein größeres Problem gelöst werden.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Rädlein.

Frau Rädlein (SHV): Ich bin nicht sicher, ob wir das in die Umsetzung bekommen. Wenn der Arzt die Möglichkeit hat, drei vorrangige Heilmittel zu verordnen, dann mag das sein. Aber der Fokus muss hier auf eine Palliativversorgung gelenkt werden. Wir haben eine Maximalversorgung in den Krankenhäusern, was Palliativpatienten angeht, durch die palliative Komplexbehandlung. Wir entlassen den Patienten dann in eine häusliche Versorgung, wo der Hausarzt oder der betreuende Arzt weiter versorgen

soll. Er könnte drei vorrangige Heilmittel verordnen. Dann muss er aber hinschreiben: „2 x Krankengymnastik, 2 x Lymphdrainage, 2 x Massage“. Es engt uns in jedem Fall immer wieder ein Stück weit ein. Ich bin mir nicht sicher, ob wir es im Bereich der niedergelassenen Ärzte so thematisieren können. Wenn wir eine Heilmittelkombination haben, die indikationsspezifisch zugeordnet ist, dann, glaube ich, ist das sowohl vom Informationsgehalt als auch von der Absicht, die dahintersteht, deutlich transparenter.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): GKV-SV.

GKV-SV: Ich möchte kurz darauf antworten. Letztendlich ist das, was Sie vorschlagen, fast dasselbe. Eine Heilmittelkombination, wie wir sie jetzt bei D1 haben, gibt auch Heilmittel vor. Es ist nicht so, dass Sie da völlig im luftleeren Raum auswählen, sondern der Arzt gibt in gewisser Weise vor, welche Heilmittel zur Anwendung kommen. Das wäre ähnlich der Möglichkeit, die wir jetzt schaffen, dass drei Heilmittel auf einer Verordnung möglich sind. Unabhängig davon wird man abwarten müssen, was irgendwann in den nächsten anderthalb Jahren oder vielleicht schon früher durch die Politik kommt. Aber ich denke, bei dem jetzigen Vorschlag wäre auf alle Fälle schon eine Verbesserung der Versorgung möglich.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Rädlein.

Frau Rädlein (SHV): Ich verstehe es noch nicht. Die Möglichkeit, im Heilmittelkatalog etwas zu regeln, was womöglich zu einer besseren Versorgung führt, könnte pragmatisch umgesetzt werden. Wo liegen die Bedenken bei einer Heilmittelkombination, die wir bereits im Heilmittelkatalog haben und die wir indikationsspezifisch nur noch verordnen müssen? Es ist auch nicht ganz richtig: Bei der Heilmittelkombination, bei der D1, ist der Therapeut an die verordneten Heilmittel gebunden, wenn der Arzt sie explizit ausweist. Wenn der Arzt sie nicht ausweist, ist der Therapeut in der Verantwortung, die richtigen Heilmittel am Patienten anzubringen. Da gibt es noch Unterschiede. Wir schaffen jetzt nichts, was nicht geht oder was ganz neu ist, sondern wir versuchen, dem Bedarf der Patienten im Moment gerecht zu werden. Die, die in der häuslichen Therapie tätig sind, können das bestätigen. Ich meine, es wäre die bessere Möglichkeit. Ich habe noch nicht verstanden, warum da eine Hürde entsteht.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Dann gebe ich zunächst der Patientenvertretung das Wort.

PatV: Ich habe eine Rückfrage. Wie würden Sie sich den Lösungsansatz vorstellen?

Frau Rädlein (SHV): Langfristig oder kurzfristig? Gehen wir einmal von der Kurzfristigkeit aus. Solange der Arzt nicht per Blanko nur eine Verordnung zur Therapie ausstellt, sondern solange der Arzt noch verantwortlich ist für das zu verordnende Heilmittel, ist die D1-Kombination eine Möglichkeit, wo der Therapeut auswählen kann: Schafft der Patient heute eine Aktivierung, kann ich mit ihm Krankengymnastik machen, muss er vielleicht heute eine entspannende Massage haben, hat er Schmerzen, kann ich mit einer Lymphdrainage tätig werden? Es gibt viele Möglichkeiten an Maßnahmen, die der einzelnen Heilmittelleistung zugeordnet sind. Die kann ich ganz gut in Verbindung bringen. Das wäre jetzt eine Lösung zugunsten des Patienten. Denn streng genommen muss ich das tun, was im Moment verordnet ist. Ich weiß nicht, ob Sie sich vorstellen können, wie palliative Patienten tagtäglich Schwankungen in ihrer Leistungsfähigkeit haben. Es gibt Patienten, die heute aufstehen und durch das Zimmer laufen, sich in der Wohnung bewegen und morgen schachmatt sind. Gebunden sind sie an meine Terminvereinbarung. Dann muss ich adäquat handeln können, und dafür muss es Freiräume geben. Wir können nicht denken: Der Therapeut tut sowieso das, was am besten ist. – Dafür sitzen wir hier nicht.

Vielmehr müssen wir uns daran orientieren, was verordnet ist, und dafür müssen wir Möglichkeiten schaffen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Patientenvertretung.

PatV: Es ist neu, eine patientenindividuelle Symptomatik anzugeben. Sehen Sie darin eine Möglichkeit? Es ist jetzt erstmalig so, dass Sie nicht an eine standardisierte Symptombildung gebunden sind. Könnte das eine Option sein, zumindest auf die besonderen Belange hinzuweisen? Damit sind Sie dann nicht so eng an das therapeutische Ziel gebunden.

Frau Rädlein (SHV): Es gibt uns nicht die Möglichkeit, innerhalb dieser Verordnung variabel in den Leistungen zu sein. Solange ein Heilmittel konkret auf der Verordnung steht, sind wir an dieses Heilmittel gebunden. Wenn Sie nur Lymphdrainage verordnen, wird der Patient nur Lymphdrainage bekommen. Wenn Sie nur Massage verordnen, auch indikationsspezifisch, dann wird der Patient nur Massage bekommen. Das ist derzeit keine Lösung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Der Punkt ist deutlich geworden. Gibt es zu diesem Punkt weiteren Austauschbedarf? – Dann weitere Fragen, neue Anmerkungen, neue Themen. KBV.

KBV: Ich hätte an Frau Lafrentz eine Frage. Sie bezieht sich auf den geplanten § 6a, Ärztliche Diagnostik. Vom dbl kam da ein Einwand. Wir hatten definiert: „Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das weitere therapeutische Vorgehen überprüft werden.“ Jetzt kam von Ihnen zu meiner völligen Überraschung die Anmerkung: „Die Überprüfung des therapeutischen Vorgehens durch den Arzt ist weder erforderlich noch notwendig.“ Das hat mich etwas verblüfft, aber vielleicht habe ich das nicht richtig verstanden. Könnten Sie es ergänzen, warum bei einer Therapieresistenz eine Überprüfung des therapeutischen Vorgehens durch den Arzt nicht notwendig ist?

Frau Kern (dbl): Ich brauche einen Moment länger; ich bin noch nicht angekommen. Kann ich die Antwort nachreichen?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): GKV-SV.

GKV-SV: Wir haben in der Richtlinie durch die Benennung der Schlucktherapie zwischenzeitlich eine lange Bezeichnung des Heilmittelbereichs: „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“. Wenn man die Versorgung bezeichnen will, dürfte das der Begriff sein, den man verwendet. Die Frage ist an die sprachtherapeutischen Verbände gerichtet, ob man durch einen gemeinsamen, deutlich kürzeren Oberbegriff besser bedient wäre. In der Praxis spricht man über Sprachtherapie, über Logopädie, gegebenenfalls auch über etwas völlig Neues. Inwieweit könnte man diesen Begriff verkürzen, dass man nicht immer über die „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ sprechen muss, wenn man über die Berufsgruppen spricht? Sehen Sie Möglichkeiten, das zusammenzufassen, auch unter dem Gesichtspunkt, dass man in der Richtlinie definiert, was dieser Begriff umfasst, dass sichergestellt ist, dass keiner unter den Tisch fällt? Ich würde gerne von allen drei Verbänden hören, wie man diesen Begriff fassen kann.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Malzahn möchte beginnen.

Frau Malzahn (dba): Vielen Dank für die Frage, die uns alle sehr beschäftigt, weil es natürlich ein langer Begriff ist. Wir sind in der Lage, das auszusprechen, aber in der Praxis ist es nicht so praktisch. Wir haben uns darüber Gedanken gemacht. Es ist sehr schwierig, einen gemeinsamen neuen Begriff

zu finden; denn der Begriff, der der Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie vorausgegangen ist, belegt eine Profession, nämlich die Logopädie. Die Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie ist offener. Aber es gibt auch noch die klinischen Linguisten, Patholinguisten usw. Von daher wäre ein Begriff, der aus diesen Bereichen kommt, nicht wirklich konsensfähig, weil es nahelegt, dass damit die einzelne Profession gemeint ist. Wenn man ins europäische Ausland schaut, was es dort für Begriffe gibt, die wir noch nicht belegt haben, dann können wir durchaus Beispiele finden, zum Beispiel den Begriff der „Orthophonie“, einen Begriff, der im Französischen für die Sprachtherapie, Logopädie und so etwas benutzt wird. So etwas impliziert bei uns aber nicht, dass das die einzelne Profession bezeichnet.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frau Schubert.

Frau Schubert (dbs): Sie haben ein Problemfeld angesprochen, das Frau Malzahn schon umrissen hat. Auch für uns ist das ein Diskussionsfeld. Wie Sie wissen, vertritt gerade unser Berufsverband ganz viele Studienrichtungen mit den unterschiedlichsten Bezeichnungen. Wir haben uns auf „akademische Sprachtherapie“ geeinigt. Das heißt, wir haben sechs Studiengänge zu diesem einen Begriff zusammengefasst. Aber das ist in unserem Fachbereich eine Diskussion, wofür wir noch keine Lösung gefunden haben.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Wer möchte noch Stellung nehmen? – Frau Kern.

Frau Kern (dbl): Ich muss mich als Logopädin hierzu noch äußern. Wir möchten gerne unseren Begriff der Logopädie erhalten, zumal die meisten in diesem Beruf Tätigen Logopädinnen und Logopäden sind. Insofern kommen wir heute mit der Nomenklatur an dieser Stelle wahrscheinlich nicht weiter. Unter Umständen kann man von dem Schluck/Sprech/Sprach/Stimm Abstand nehmen, indem man es tatsächlich vereinheitlicht unter „Logopädie/Sprachtherapie/ASSL“. Das war ein Vorschlag, der von Frau Malzahn kam. Das ist auch ein Politikum. Das ist hier nicht so einfach zu klären, selbst wenn wir drei es wollten. Der Begriff der Logotherapie ist leider schon anders besetzt. Es wäre wunderschön, wenn wir diesen Begriff benutzen könnten. Aber den können wir nicht mehr haben, der ist schon weg. Er hat mit unserem Bereich auch nichts zu tun.

Darf ich an dieser Stelle noch die erste Frage beantworten?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ich möchte das gerne thematisch sortieren. Zu diesem Thema direkt Frau Malzahn.

Frau Malzahn (dba): Sie waren gerade erstaunt: Was soll „ASSL“ heißen? Das ist Atem-, Sprech- und Stimmlehre. Vor dem Schrägstrich wäre Sprachtherapie, davor Logopädie. Das ist auch wieder ein langer Begriff mit wahrscheinlich noch mehr Silben als „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“, deswegen das Zusammenführende in dem Begriff „Orthophonie“. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): GKV-SV.

GKV-SV: Ich würde gerne in diesem Rahmen ganz kurz auf Sie, Frau Malzahn, erwidern. Wir haben den Stellungnahmen entnommen, dass der Wunsch nach einer griffigeren Bezeichnung besteht; den teilen wir. Es war jedoch unser Eindruck – bei mir hat er sich durch Ihre Stellungnahmen verstärkt –, dass der Begriff „Orthophonie“ auch unter den Verbänden nicht einheitlich ist. Unsere Meinung zu dem Begriff „Orthophonie“ ist, dass es ein schwieriger Begriff ist, zumindest in Deutschland. In Frankreich ist er meines Wissens gängig. Im übrigen EU-Ausland ist er für sprachtherapeutische Maßnahmen nicht gängig. In Deutschland ist er gar nicht gebräuchlich, er ist nicht besetzt. Die umfassenden Maßnahmen

leiten sich im Grunde auch nicht durch die direkte wörtliche Übersetzung ab. Ich sehe Schwierigkeiten darin, dass man nicht unbedingt herleitet, was nach dem jetzigen Verständnis Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie umfasst. Das gibt das Wort „Orthophonie“ einfach nicht wieder. Ich denke, dass zahlreiche verordnende Ärzte, Leistungserbringer und letztendlich die Patienten, um die es geht, diese Begriff inhaltlich besetzen könnten, sodass vielleicht wirklich eindeutig längere Abstimmungsprozesse oder eine inhaltliche Klärung, wie immer man das bezeichnen will, notwendig wäre.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Malzahn.

Frau Malzahn (dba): Sie haben recht: Dieser Begriff ist hier nicht gefüllt. Das ist gerade der große Vorteil. Es ist ein Begriff, der im Schreiben der Stellungnahme entstanden ist in dem Wunsch, eine Vereinfachung zu entwickeln. Selbstverständlich ist er nicht gefüllt, und das ist der große Vorteil. Wir haben zwölf verschiedene Berufe. Insofern werden wir es nicht schaffen, einen Begriff zu finden, der diese zwölf Berufe abbilden kann. Logopädie heißt übersetzt Sprecherziehung, bildet es also auch nicht ab. Wir haben uns daran gewöhnt. Atem-, Sprech- und Stimmlehre ist sofort zu verstehen, aber auch nicht konsensfähig. Insofern ist ein Begriff, der hier nicht belegt ist, ein großer Vorteil, weil er gefüllt werden kann.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Damit können wir diesen Punkt abschließen und kommen zurück auf die Frage der KBV. Hier ging es um die Pflicht zur Prüfung der Verordnung.

Frau Kern (dbl): Es tut mir leid, dass es einen Moment gedauert hat. Ich musste erst einmal ankommen. – Wir sind über den Passus gestolpert: „Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das weitere therapeutische Vorgehen überprüft werden.“ Dazu möchten wir gerne sagen, dass wir bereits mit unseren Berichten, die wir immer dem Arzt nach Ablauf des Rezeptes zukommen lassen, genau beschreiben, was wir mit dem Patienten gemacht haben bzw. wohin die Reise geht. Wenn in diesen Berichten steht: „Es stagniert, wir kommen nicht weiter“, dann ist es ein Austausch mit dem Arzt und wichtig, zu überlegen: Wie soll es weitergehen? Uns gefällt nicht, dass der Arzt das „therapeutische Vorgehen überprüft“. Inwiefern will er das überprüfen? Er sitzt nicht mit drin. Er kann höchstens den Patienten fragen oder meinem Bericht glauben. Wir reiben uns an dieser Formulierung. Sie würde bedeuten, dass er in meine Arbeit eingreift, und das wollen wir nicht so gerne, da wir unsere Kompetenz an dieser Stelle eindeutig sehen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Danke für die klare Positionierung. – KBV.

KBV: Da habe ich eine Verständnisschwierigkeit. Sie schreiben ausdrücklich: „Die Überprüfung des therapeutischen Vorgehens durch den Arzt ist weder erforderlich noch notwendig.“ Wenn der Patient aber primär bei mir ist, verantworte ich den Therapieansatz. Vielleicht war der Therapieansatz Logo völlig falsch, weil er etwas hat, bei dem Logo gar nicht geht.

Frau Kern (dbl): Sie meinen, dass der Arzt Logopädie verordnet hat, obwohl es gar nicht erforderlich war?

KBV: Ich muss wissen, was mein Therapievorschlag, den ich verantworte, bringt. Wenn ich jemandem ein Blutdruckmittel aufschreibe, muss ich den Blutdruck kontrollieren können, ob er sinkt oder steigt oder wie auch immer. Sie sprechen uns hier unsere Verantwortung für den Therapieverlauf ab. Wenn die Therapie nicht das gewünschte Ergebnis bringt, können Sie mir nicht das Recht absprechen, zu überprüfen, ob der Weg der Therapie der richtige war oder nicht, wenn ich die Therapie – ich meine es

jetzt nicht finanziell – verantwortete. Das ist doch völlig unlogisch. Sie sprechen dem Arzt damit die Qualifikation ab, das Ergebnis einer von ihm durchgeführten Therapie zu beurteilen.

Frau Kern (dbl): Eine von Ihnen durchgeführte Therapie?

(KBV: Ja!)

Vielleicht müssen wir es anders beschreiben. So haben wir den Passus verstanden. In Ihrem therapeutischen Rahmen haben Sie zwar Therapie verordnet, aber Sie haben die Therapie nicht selber durchgeführt. Insofern liegt genau darin das Missverständnis.

KBV: Richtig, aber ich kann hinterfragen, ob das, was im Rahmen der Therapie stattgefunden hat, richtig war, wenn das therapeutische Ziel nicht erreicht war. Wenn ich jemanden operiere und das therapeutische Ziel wird nicht erreicht, er stirbt, muss ich mich auch fragen, ob die Therapie richtig war. Das ist eine ganz zentrale Frage. Ich frage Sie vielleicht direkter: Sprechen Sie dem Arzt durch diesen Satz die Kompetenz ab, das, was er veranlasst hat, ob der Wirkung zu beurteilen oder nicht? Wenn Sie das mit Nein beantworten sollten, müssen Sie diesen Satz umdefinieren. Das ist für uns zentral.

Frau Kern (dbl): Okay. Ich werde mir die Zeit nehmen, diesen Satz zu überprüfen und mit Ihnen, gerne auch bilateral, darüber zu sprechen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Noch sind wir nicht bei bilateral. Wir sind hier in einer Anhörung.

(Frau Kern (dbl): Es sollte auch nicht despektierlich sein!)

– Ich wollte nur darauf hinweisen. – Als Nächstes der GKV-SV.

GKV-SV: Dieser Einwand kam nur von Ihnen. Ich glaube, das liegt einfach an einer Fehlinterpretation. Es geht hier um das therapeutische Vorgehen des ärztlichen Handelns. Das heißt, es ist ein Gesamtsetting, wo die Heilmitteltherapie eine Option im Rahmen des therapeutischen Vorgehens ist. Die Logopädie – ich nehme jetzt nur den kurzen Begriff – ist nicht die alleinige Therapie, die bei Herrn Müller zur Anwendung kommt. Er hat vielleicht noch eine Blutdruckmedikation, er hat vielleicht einen Schlaganfall gehabt, er muss noch ganz andere Dinge an therapeutischen Maßnahmen im Setting bekommen. Es kann nur durch den Arzt überprüft werden, ob die Maßnahme, die Sie durchgeführt haben, im Rahmen des gesamttherapeutischen ärztlichen Settings die richtige ist. Es geht nicht um Ihre alleinige Therapie und Ihren Therapiebericht. Die Gesamtverantwortung für das therapeutische Vorgehen liegt natürlich immer beim Arzt.

Frau Kern (dbl): Ich danke Ihnen für diese Aufklärung. Ich glaube, da gehen wir d'accord. An dieser Stelle ist dann tatsächlich ein Missverständnis aufgetreten. Ich gehe dem gerne noch einmal nach. Ich kann nicht gleich sagen: Streichen wir wieder. – Wenn es möglich ist, gehe ich dem nach. – Nein? Sie schütteln den Kopf.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Sie brauchen gar nichts zu streichen. Wir stellen die Fragen, die bei uns aufgrund Ihrer Stellungnahmen entstanden sind. Die Stellungnahme bleibt, und wir klären eventuelle Missverständnisse.

(Frau Kern (dbl): Prima!)

Die Patientenvertretung.

PatV: Ich wollte nur unterstreichen, dass es auch nach unserem Verständnis so gewesen ist, dass der Therapeut nicht überprüft wird, nach dem Motto: Was hat er genau getan? Vielmehr geht es um das

Ergebnis: Wie geht es dem Patienten, müssen wir etwas an der Behandlung ändern, damit wir ein besseres Ergebnis erzielen können? So haben wir das verstanden.

(Frau Kern (dbI): Dann gehen wir voll und ganz mit!)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die Klärung. KBV, ich denke, es ist ausreichend geklärt, dass es sich hier um ein Missverständnis handelt. – Weitere Anmerkungen, weitere Fragen? – Die Patientenvertretung.

PatV: Eine Frage an Frau Rädlein: Sie haben als wichtigen Punkt die Beibehaltung der Unterscheidung zwischen vorrangigen und optionalen Heilmitteln angebracht. Die Gleichstellung hat den Sinn, die im Praxisalltag oft schwierige, jedenfalls nicht immer überschaubare und Bürokratie enthaltende Unterscheidung einfacher zu machen und aufzugeben, in der Erwartung, dass der Arzt unterscheiden kann, was Krankengymnastik ist und was Bewegungsübung ist. Das ist ja ein Hauptpunkt. Können Sie noch einmal substanzieller begründen, warum Sie glauben, dass – jetzt wieder etwas stark ausgedrückt – die Ärzteschaft nicht in der Lage ist, das zu unterscheiden, oder worin begründen Sie konkret Ihre Sorge? Denn die Vorteile einer Aufhebung liegen auf der Hand.

Frau Rädlein (SHV): Ich gebe Ihnen völlig recht, es wäre ein großer Vorteil. Aber wir sehen im Verordnungsverhalten große Unterschiede. Nehmen wir die manuelle Therapie, die in Nordrhein-Westfalen vielleicht mit 3 Prozent, 4 Prozent verordnet wird. In Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen wird sie mit über 40 Prozent verordnet. Wir müssen da noch einmal schauen. Es gibt anscheinend eine Verordnung seitens des Arztes, die sehr unterschiedlich betrachtet wird. Wenn wir die Übungsbehandlung neben der Krankengymnastik stehen haben – da spielen sicherlich budgetrelevante Entscheidungen mit –, könnte es sein, dass wir zukünftig in bestimmten Bundesländern mehr Übungsbehandlungen haben als Krankengymnastik. Man muss wissen, dass die Übungsbehandlung mit 10 Minuten und einem Wert von 5 Euro nicht das Mittel der Wahl ist, wohin wir im Rahmen der professionellen Behandlung durch unsere Therapeuten streben. Gerade das Thema Übungsbehandlung belastet diese Möglichkeit sehr. Wir haben aber auch mit den Kostenträgern in der Diskussion festgestellt, die Übungsbehandlung ist wichtig, wenn wir sie in Kombination zum Beispiel mit der Lymphdrainage sehen, was den Ersatz für eine komplexe Entstauungstherapie ausmacht, die wir im Moment noch nicht haben. Also: Streichen war derzeit nicht die Lösung. Aber die Übungsbehandlung neben der Krankengymnastik stehen zu lassen, halte ich für nicht richtig im Sinne einer guten Patientenversorgung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Direkt dazu Herr Troidl.

Herr Troidl (VDB-Physiotherapieverband): Was Frau Rädlein hier ausgeführt hat, bezieht sich auf Folgendes. Die Krankengymnastik darf nur von einem Physiotherapeuten durchgeführt werden, die Bewegungsübungen dürfen auch von einem Masseur durchgeführt werden. Das Problem ist: Wenn ich die Übungsbehandlung streiche, darf ein Masseur keine Übungsbehandlung mehr durchführen. Im Besonderen darf im Altersheim – es herrscht Fachkräftemangel – kein Masseur mehr einen Patienten hinsichtlich Bewegung behandeln, Gehschule etc. Im zweiten Nachgang ist die Kombination Lymphdrainage ein Drama, denn zur Lymphdrainage, die momentan nur passiv durchgeführt wird, soll im Nachgang mit der komplexen Entstauungstherapie eine Aktivierung des Patienten erfolgen. Daher ist es aus Sicht des VDB absolut wichtig, dass das Heilmittel Übungsbehandlung nach wie vor für alle zugänglich bleibt. – Danke.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Direkt dazu weitere Nachfragen? Patientenvertretung, ist die Frage beantwortet? – KBV.

KBV: Frau Rädlein, könnten Sie eventuell nachvollziehen, dass der Ansatz der Auflösung der optionalen Heilmittel der war: Es gibt für viele Heilmittel mittlerweile eine sehr gute Evidenz, dass sie wirken. Was immer wieder verschwiegen wird, ist, dass hinter der Aussage, dass sie wirken, auch Zahlen stecken. Man weiß, Krankengymnastik – oder sonst etwas – ist bei banalem Kreuzschmerz wirksam. Es gibt auch eine Evidenz, wie viele Sitzungen es waren. Wir hatten den Eindruck, dass bei den optionalen Heilmitteln die vergraben sind, für die es gar keine Evidenz gibt. Nehmen Sie einmal das Stangerbad. Weltweit gibt es das gar nicht. Das gibt es in der internationalen Literatur gar nicht; diese Begrifflichkeit gibt es in keinem Lehrbuch. Insofern wollten wir, dass man den optionalen Heilmitteln einen Gefallen tut, wenn man sie einfach stehen lässt, obwohl es eigentlich die sind, bei denen die Evidenzlage eher nicht so gut ist.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Rädlein direkt dazu.

Frau Rädlein (SHV): Wenn ich mich recht erinnere, ist Massagetherapie, also die KMT, die klassische Massagetherapie, ein vorrangiges Heilmittel und hat keinerlei Evidenz im Bereich zum Beispiel der NVL. Bei der Nationalen Versorgungsleitlinie Rückenschmerz gibt es kaum Evidenz für die Massagetherapie. Aber sie ist trotzdem vorrangiges Heilmittel. Wenn wir von Evidenz sprechen, müssen wir sehen: Worauf beziehen wir uns? Wir können nicht pauschal sagen: Dieses Heilmittel hat wenig Evidenz oder viel Evidenz, sondern es gibt Heilmittel, die haben eine hohe Evidenz bei bestimmten Indikationen, und es gibt Heilmittel, die haben niedrige oder moderate Evidenz bei bestimmten Indikationen. Darüber kann man sprechen. Aber dann wird der Heilmittelkatalog unglaublich komplex und schwierig.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Weitere Anmerkungen direkt dazu? – Dann die KBV.

KBV: Ich habe eine Frage an die Vertreterinnen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, und zwar zum Thema Unterscheidung zwischen Gruppentherapie und Einzeltherapie. Bis jetzt ist es so angelegt, dass wir im Bereich der Physiotherapie zukünftig die Verordnung von Einzel- und Gruppentherapie gleichzeitig möglich machen. Ist es auch denkbar/wünschenswert/sinnvoll, das auch im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie umzusetzen? Denn dafür hatten wir es noch nicht vorgesehen, kamen aber im Rahmen der Auswertung der Stellungnahmen dazu, dass wir das möglicherweise auch für die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie vorsehen sollten. Bis jetzt gibt es die Möglichkeit, entweder Einzeltherapie oder Gruppentherapie zu verordnen. Man kann davon jeweils abweichen, sofern erforderlich. Aber die gleichzeitige Verordnung von Einzel- und Gruppentherapie ist nicht möglich. Soll das zukünftig bei der Physio möglich werden? Soll es bei der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie auch möglich werden?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Malzahn.

Frau Malzahn (dba): Sie sprechen etwas an, was in der praktischen Therapie sehr sinnvoll ist. Wir betrachten jedes Mal, wenn ein Patient kommt und wir die Befunderhebung gemacht haben: Was ist geeignet, Einzeltherapie, Gruppentherapie? Wenn Einzeltherapie verordnet wird, betrachten wir auch das. Wir nehmen Kontakt mit dem Arzt auf, sagen ihm unter Umständen, dass eine Mischform von Einzel- und Gruppentherapie situationsangemessen und entwicklungsstandangemessen sein sollte. Wenn die Auswahl, ob Einzel- oder Gruppentherapie, bei uns liegen würde, wäre das sehr sinnvoll.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Weitere Ergänzungen? Oder schließen sich die anderen Vertreterinnen an? – Frau Kern.

Frau Kern (dbl): Wir schließen uns den Ausführungen von Frau Malzahn an.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): KBV.

KBV: Wenn Sie dann selber die Entscheidung über Einzel- oder Gruppentherapie treffen, würden Sie dann auch gerne die Wirtschaftlichkeit der Verordnung übernehmen, oder bleibt die dann weiterhin beim Arzt?

Frau Malzahn (dba): Ich liebe rhetorische Fragen.

(KBV: Das sind sehr praktische Fragen!)

– Dann sind wir an einem anderen Punkt. Das wäre dann eine ganz große Veränderung der Heilmittel-Richtlinie. – Grundsätzlich sind wir bereit, die Budgetverantwortung zu übernehmen. Dies ist ein großes Thema, über das wir dann diskutieren sollten.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank für die klare Positionierung. – KBV.

KBV: Eine klare Positionierung auf meine Frage hatte ich noch nicht herausgehört. Hintergrund: Dadurch, dass der Arzt die Budgetverantwortung hat und es einen unterschiedlichen Preis bei Einzel- und Gruppentherapien gibt, wäre es erforderlich, dass der Arzt entweder nur Einzeltherapie oder nur Gruppentherapie verordnen kann, weil er es – in der aktuellen Welt – eben auch verantwortet. Sie könnten davon abweichen, sofern es zum einen nicht möglich ist, diese Gruppe zu organisieren, oder sich im Verlauf der Therapie herausstellt, dass Sie Gruppentherapie verordnen können, sofern Gruppentherapie sinnvoll ist. So ist es zukünftig angelegt. Nun die Frage: Macht es Sinn, dass der Arzt im Vorhinein eine Auswahl zwischen teilweise Gruppentherapie und teilweise Einzeltherapie trifft, ja oder nein?

Frau Malzahn (dba): Aus unserer Erfahrung heraus ist es sinnvoll, dass wir das im Verlauf der Therapie entscheiden und nicht im Vorwege der Arzt.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Kern, auch dazu.

Frau Kern (dbl): Ich möchte das unterstützen. Inhaltlich möchte ich sagen, dass eine Gruppentherapie günstiger ist als eine Einzeltherapie. Wenn wir zum Beispiel bei einem stotternden Patienten mit Einzeltherapie beginnen, dann ist das sinnvoll, weil wir mit dem Patienten erst einmal ins Gespräch kommen wollen. Wenn sich dann für diesen Patienten eine Gruppentherapie, wie es auch Frau Malzahn sagte, als Ergänzung und als sinnvoll herausstellt, dann sind wir natürlich bereit, das in eine Gruppentherapie überzuleiten. Wir machen auch die Erfahrung, dass die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie eine gute Sache ist. Zum Beispiel können Effekte, die in der Gruppentherapie erfolgt sind, in einer Einzelstunde nachbesprochen und nachjustiert werden. Insofern sind wir dafür, dass es die Möglichkeit des Wechsels gibt und der von uns frei mit dem Patienten zusammen, auch mit Ihnen zusammen, entschieden werden kann. Sie werden ja davon in Kenntnis gesetzt, welche Form auf Dauer die bessere ist. Wir wissen zum Beispiel beim Stottern, dass, wenn jemand in der Einzeltherapie eine gute Voraussetzung bekommen hat, im Anschluss eine Gruppentherapie toll ist.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Rückfrage an die KBV: Ist die Frage jetzt eindeutig beantwortet oder noch nicht?

KBV: Mehr oder weniger.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Was bedeutet das?

KBV: Wir kommen klar.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Gut. – Die Patientenvertretung.

PatV: Auch ich habe eine Frage an die Kolleginnen vom dbl. Sie haben das Thema „Intensivbehandlung“ angesprochen und haben dazu ausgeführt, die Frequenzempfehlungen sollten entfallen – dies ist ganz generell Ihre Empfehlung –, und wenn das nicht der Fall ist, sollte die Möglichkeit der Durchführung von Intensivintervalltherapie gegeben sein. Das hätten wir gerne noch näher erläutert. Wir haben bei den Heilmitteln die Möglichkeit „bis zu“, da die Frequenzangaben im Einzelfall auch geändert werden können. Sie sind insofern nicht verbindlich. Sie können im Extremfall in einer Woche fünfmal eine Doppeleinheit verordnen. Das heißt, Sie könnten eine relativ hohe, intensive Frequenz von maximal 10 Einheiten pro Woche im Rahmen der Richtlinie erbringen. Deswegen die Frage: Was genau ist mit „Intensivtherapie“ gemeint? Wir haben Intensivtherapieformen, die mehr in einem teilstationären Setting stattfinden, teilweise im Rahmen von Reha. Unsere zweite Frage: Muss die Intensivtherapie, die oft noch mit anderen Dingen wie verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, manchmal auch Physiotherapie etc. kombiniert wird, tatsächlich in der Heilmittel-Richtlinie geregelt werden?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frau Schubert.

Frau Schubert (dbs): Ich würde die Frage gerne übernehmen, weil wir das mit eingebracht haben. Die Intensivtherapie liegt uns besonders am Herzen, gerade für Patienten zum Beispiel nach Schlaganfall. In der letzten Zeit haben Untersuchungen stattgefunden, die nachweisen, dass intensivtherapeutische Maßnahmen beim Schlaganfall auch noch nach sehr langer Zeit nach dem Ereignis gute Verbesserungen bringen. Intensivtherapeutische Maßnahmen bedeutet, über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen dreimal täglich 60 Minuten. Das wird nicht unbedingt im Rahmen einer Rehamaßnahme gemacht, sondern dort hilft es besonders, dass die Patienten im häuslichen Umfeld verbleiben, dass sich die Patienten, wenn sie nach Hause kommen, dort wirklich ausprobieren können mit den Dingen, die sie erlernt haben, und die Fortschritte anwenden können. Die Untersuchungen zeigen, dass es besonders im Bereich der Schlaganfallpatienten, der Stimmpatienten und beim Stottern wirklich gute und nachweisbare Erfolge bringt.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frage beantwortet? – Ja. Weitere Fragen? – Der GKV-SV.

GKV-SV: Ich habe eine Nachfrage. Sie sprechen mit den Schlaganfallpatienten wahrscheinlich die Münsteraner Studie an. Meines Wissens gehen diese Therapieformen, wie gerade schon angedeutet wurde, deutlich über eine ambulante Möglichkeit hinaus, einfach weil Sie Disziplinen dazu nehmen, die im Heilmittelkatalog so nicht vorgesehen ist. Wie stellen Sie sich vor, innerhalb der Heilmittel-Richtlinie zum Beispiel Stottertherapie zu verordnen, wo psychologische Maßnahmen hinzukommen? Das ist alles gar nicht vorgesehen. Speziell die Stottertherapie hat einen Stundenumfang, der, denke ich, ambulant für die Patienten gar nicht zu erbringen ist.

Frau Schubert (dbs): Sie sprechen etwas an, was in der Praxis wirklich die Schwierigkeiten sind, nämlich die Umsetzung der intensiven Therapie vor Ort und zu Hause. Mittlerweile zeigen Praxen, die sich auf diese Therapieformen spezialisieren, dass das umsetzbar ist. Dies geschieht in Zusammenarbeit vor Ort mit anderen Berufen bzw. auch den Ärzten, die von diesen Therapieformen überzeugt sind, wenn sie so angeboten werden. Dies wird von Praxen, die niedergelassen sind, ambulant schon mit

speziellen Vereinbarungen zunächst mit den Krankenkassen geleistet, also nicht über die Heilmittel-Richtlinie, sondern über Extravereinbarungen. Die Erfahrungen damit sind so gut, dass wir sehr dafür sind, das in der Heilmittel-Richtlinie zu verorten.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Gestatten Sie eine kurze Rückfrage?

GKV-SV: Sie hatten es gerade selber erwähnt. Ich sehe die Schwierigkeit jetzt nicht darin, eine solche Therapieform zu etablieren und vielleicht auch zu erproben, sondern sie einfach – darüber reden wir heute – im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie zu verordnen, weil sie über die Möglichkeiten und auch den Sinn und Zweck der Heilmittel-Richtlinie meiner Meinung nach deutlich hinausgeht und für mich schon mehr im Bereich teilstationärer rehabilitativer Maßnahmen liegt.

Frau Schubert (dbs): Ich kann gut nachvollziehen, was Sie sagen. Allerdings sollten wir schauen: Es ist eine intensive Therapie, die von niedergelassenen Praxen geleistet wird. Aus diesem Grund ist für uns schon die Zuständigkeit der Heilmittel-Richtlinie zu sehen. Das ist unser Argument.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Die KBV.

KBV: Eine Ergänzung. Frau Schubert, Sie haben sich in Ihrer Stellungnahme auf die Studie in dem Buch von Holger Grötzbach, Schulz-Kirchner Verlag, aus dem Jahr 2017 bezogen. Wir begrüßen es und wünschen es für alle anderen Stellungnahmegeber, wenn sie medizinische Begründungen angeben, dass sie auch die entsprechende Stelle angeben, wo wir das finden, damit wir es nachvollziehen können. Diese Bitte habe ich.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Wir kommen zu einem neuen Bereich. KBV.

KBV: Meine Frage richtet sich an die Vertreterinnen des dbI und des dbA. Wir haben in der Richtlinie eine größere Änderung, was die Thematik „Regelfall außerhalb des Regelfalls“ angeht, vorgenommen, also im Sinne des Wegfalls Erstverordnung/Folgeverordnung, auch bei der Begründungspflicht außerhalb des Regelfalls haben wir eine Änderung vorgenommen. Wie schätzen Sie das ein? Führt das bei Ihnen zu einer Reduktion der bürokratischen Belastung?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Wer möchte darauf antworten? – Frau Malzahn.

Frau Malzahn (dbA): Diese Unterscheidungen werden in der therapeutischen Wirklichkeit nicht zu Veränderungen beim Bürokratismus führen. Gekoppelt an die erste Verordnung ist bei uns die Befunderhebung. Verordnungen außerhalb des Regelfalls?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielleicht ein bisschen?

Frau Malzahn (dbA): Vielleicht ein kleines bisschen.

Frau Schubert (dbs): Auch ich denke, dass das zu keiner Entbürokratisierung führen wird. Es wird eher zunehmend zu einer Verwirrung führen, weil wir zum Beispiel bei einem Arztwechsel nicht mehr so genau wissen, ob das ein neuer Regelfall oder kein neuer Regelfall ist. Das war bisher in dem Sinne gut geregelt, dass wir gesehen haben, es ist eine Erstverordnung, und dann wussten wir: Es ist ein neuer Regelfall. Wir können weiter nachzählen und sagen, jetzt sind wir bei der Regelfallmenge angekommen. Das wird für uns schwieriger, insbesondere wenn der Patient den Arzt wechselt und der Arzt es nicht kontrollieren kann. Bisher – das habe ich in meinem Eingangsstatement gesagt – ist es so,

dass wir kontrollieren müssen, ob der Patient noch innerhalb des Regelfalls ist oder schon außerhalb des Regelfalls ist. Wenn das nicht stimmt, bekommen wir die Verordnung zurück, und wir werden nicht bezahlt. Mit dieser Veränderung wird uns die Prüfpflicht erschwert. Eine Lösung wäre für uns natürlich, wenn wir die Prüfpflicht nicht mehr hätten und wenn das der Arzt alleine mit seiner Praxissoftware gut überprüfen könnte.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Rückfrage dazu?

KBV: Wir haben in der Richtlinie definiert, der Arzt muss verbindlich wissen, ob für die gleiche Diagnose schon einmal eine Therapie stattgefunden hat. Kurz gesprochen: Ein neuer Arzt ist ein neuer Regelfall, wenn ihm das verbindlich ganz klar ist. Sie würden das aufgrund Ihrer Prüfpflicht als konterkariert betrachten?

Frau Schubert (dbs): Wir würden es aus der Erfahrung heraus, die wir bisher mit den Regelungen haben, als schwierig betrachten.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Als Antwortenden habe ich dazu noch Herrn Troidl.

Herr Troidl (VDB-Physiotherapieverband): Wir sehen das genauso. Besonders schwierig wird es dann, wenn auch noch ein Therapeutenwechsel stattfindet; denn dann haben wir überhaupt keine Chance mehr, das in irgendeiner Art zu erkennen. Ich weiß nicht, ob Sie das Schreiben von der AOK kennen, dass Rezepte bei uns in Bayern jetzt einbehalten werden und nicht mehr zum Ändern zurückgegeben werden. Das heißt, wir arbeiten für nichts und haben überhaupt keine Chance, das im Vorfeld aufzuklären.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Dazu noch Frau Rädlein.

Frau Rädlein (SHV): Ich fühle mich gar nicht verantwortlich, das zu prüfen. Letztendlich ist der Fall beim Arzt verordnet, und solange der Arzt verordnet und das als Fall deklariert, so lange werde ich behandeln. Es wird ein Wortprotokoll geben, wie das hier zu interpretieren ist; da freue ich mich. Sie sagen, der neue Arzt macht einen neuen Regelfall. Ich kann nur auf Weisung des Arztes arbeiten. Sorry, ich bin hier nicht der Kontrolleur im System. Dafür verordnen wir nicht. Es muss dann eine Regelung oder einen Satz in der Heilmittel-Richtlinie geben, in dem steht, dass der Therapeut an das Auslösen des Arztes gebunden ist. Wir können nicht kontrollieren, ob der Patient mit gleicher Erkrankung bei wie vielen Ärzten war. Das können wir aber auch jetzt nicht. Patienten, die jetzt mit einer Erstverordnung zu uns kommen, waren vielleicht mit der gleichen Diagnose schon bei einem anderen Arzt auch mit einer Erstverordnung. Das muss sicherlich geregelt werden, was Kostenerstattung angeht. Aber wir sind nicht die Abteilung Controlling für diese Fälle.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Noch zu diesem Thema die KBV.

KBV: Der Regelfall wurde vor zig Jahren als ein Instrument zur Mengenregulierung eingeführt. Damals war der Ansatz – Sie sind alle viel jünger als ich und wissen es nicht mehr –: Die Heilmittelkosten stiegen rasant. Es gab bundesweit eine Gesamtrückforderungssumme von 800 Millionen DM – für die Jüngeren: Das war früher die Währung, sie kennt keiner mehr. Dann war der Deal, die Kassen verzichteten auf die 800 Millionen DM, dafür führen wir irgendeine Mengenbegrenzungsmaßnahme ein. So entstand der Regelfall. Grob gepeilt wurde: Wie waren die durchschnittlichen Behandlungsmengen? Dann gab es das Dezimalsystem damals schon. Da bot sich die 10 an. Es war also sehr ungefähr. Wenn man sagt: So wie es bisher war, ist es eh zu kompliziert, und so wie es jetzt ist, sind wir auch nicht ganz

happy: Was hätten Sie denn für Vorstellungen zu anderen durchschnittlich orientierenden Behandlungsmengen, die man als ungefähre Leitschnur angeben könnte? Die Antwort der Therapeuten – um es gleich vorwegzunehmen –: Wir legen die Menge selbst fest. – Dies ist in der Vergangenheit insofern relativiert worden, als das Rezept das Kästchen „Fortsetzung der Therapie“ hatte. Bei uns in Baden-Württemberg war bei 80 oder 90 Prozent immer die „Fortsetzung der Therapie“ empfohlen. Sie sind im Wesentlichen viel erfolgreicher, als dass Sie es bei 90 Prozent fortsetzen müssten. Was hätten Sie für Ideen, wie man es mit der Menge macht?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Dazu Frau Kern.

Frau Kern (dbl): Ich persönlich habe gar nicht so viel gegen die Festlegung eines Regelfalls, dass man sagt, das sind 60 Therapiestunden, und in denen versucht man, etwas zu schaffen. Wir haben die Möglichkeit, darüber hinaus zu behandeln, wenn es notwendig ist. Ich finde es nicht schlimm, wenn es eine Begrenzung gibt. Wir haben unsere Vorschläge in den Katalog schon eingebaut, bei welchen Krankheitsbildern wir finden, dass es im Regelfall zu wenig ist, wie zum Beispiel bei Poltern mit 20 Stunden. Sorry, aber das ist definitiv zu wenig. Dies gilt auch für die Stimmtherapie. Wir haben das begründet. Insofern sagen wir: Aus der Erfahrung heraus brauchen wir ungefähr das, was wir jetzt im Katalog geschrieben haben, um eine gute Arbeit zu leisten.

Darüber hinaus steht und fällt das alles mit dieser – ich sage es so – dämlichen Prüfpflicht. Wenn wir die weghätten, wenn wir nicht diese Prüfpflicht hätten, dann würden wir eine deutliche Erleichterung haben. Dann geben wir diese Geschichte an Sie als Ärzte zurück. Das Problem, das wir definitiv haben, ist, dass wir, wie mein Kollege schon gesagt hat, unser Geld nicht bekommen, wenn irgendwo ein falsches Kreuzchen steht oder wenn Fehler auf dem Rezept sind. Das ist das Hauptproblem. Ansonsten ist – das ist meine persönliche Meinung – das Problem nicht, dass 60 Therapieeinheiten für einen Regelfall zu wenig seien und wir lieber 300 hätten. Das ist, glaube ich, nicht das Thema. Vielmehr ist es die Prüfpflicht, die uns wirklich nervt und uns an den Rand bringt, wirtschaftlich zu handeln, denn wenn wir unserem Geld hinterherrennen müssen, ist das einfach schwierig, zumal wir den Fehler gar nicht verursacht haben.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Rädlein.

Frau Rädlein (SHV): Im Wesentlichen trifft es das. Wir haben keine Evidenz für Zahlen. Es gibt keine Studie, die sagt, mach „8 x Rücken“ oder „10 x Rücken“, das reicht aus. Wir müssen auf der Ebene als Mitbehandler mit Ihnen gemeinsam festlegen, ob es weitergeht oder nicht. Damit, dass wir einen Regelfall haben, der im Umfang begrenzt ist, haben wir kein Problem. Es ist auch nicht anders zu lösen. Wenn man den Therapeuten freie Hand gibt, dann explodiert das System, das wissen wir auch. Aber solange der Therapeut auf Weisung des Arztes handeln soll und solange Sie auch für die Kosten verantwortlich sind, so lange darf es nicht zum Schaden des Therapeuten werden, weil Patienten Schlupflöcher im System finden. Das muss geregelt werden, nichts anderes. Ich glaube, das haben wir ganz gut geregelt, das haben wir auch im Entwurf der Heilmittel-Richtlinie ganz gut geregelt: Der Arzt, der verordnet, löst einen Regelfall aus. – Alleine durch die Datenschutz-Grundverordnung bin ich gar nicht berechtigt, Ihnen zu sagen, dass Ihr Patient bereits einen Regelfall beim Kollegen ausgelöst hat.

(Beifall bei der KBV)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Die KBV.

KBV: Wenn ich die Kollegin eben richtig verstanden habe, dann geht es Ihnen eher um Regelfallmengen, sprich eine Menge, als um die Systematik; denn die Systematik führt genau zu der Unterscheidung

zwischen innerhalb und außerhalb des Regelfalls, dass ich in eine Kreuzchen-Problematik beim Therapeuten-/Arztwechsel komme, die genau dazu führt, dass die AOK in Bayern die Sachen nicht bezahlt. Habe ich es richtig verstanden, dass Sie nicht zwingend an der Systematik festhalten wollen, sondern lieber an orientierenden Regelfallmengen? Es beißt sich ein wenig. Wir haben die Regelfallsystematik im Sinne von „Ich kreuze ‚innerhalb‘ oder ‚außerhalb‘ des Regelfalls an“. Dies wollen wir auf der Arztseite verbindlich regeln. Sprich: Das, was der Arzt als Rückmeldung vom Patienten bekommt, ist verbindlich. Sie wünschen sich, dass das auch für den Therapeuten verbindlich wird. Es ist aber die Frage, inwiefern diese zweifelhafte Systematik im Dreiklang mit den Krankenkassen, die die Kosten absetzen, beibehalten werden soll. Oder wollen Sie lieber an orientierenden Regelfallmengen festhalten, in denen Sie Ihre Leistung ableisten wollen? Ich habe nicht verstanden, ob Sie eher die Mengen oder die Systematik befürworten.

Frau Kern (dbl): Es geht mir um beides, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Ich muss darüber länger nachdenken. Es wurde schon gesagt, wenn bei uns in der Logopädie/Sprachtherapie die Erstverordnung wegfällt, dann ist nicht mehr klar ersichtlich, ob dieser Patient schon einmal irgendwo anders war. Das meinen Sie mit Systematik? Die Aufteilung in Erst- und Folgeverordnung usw. nennen Sie jetzt die Systematik, richtig?

KBV: Vielleicht zur Erläuterung. Regelfallsystematik bedeutet, dass ich eine Entscheidung zwischen innerhalb und außerhalb des Regelfalls habe, dass ich dann eine Begründungspflicht habe, dass Sie wiederum beim Arztwechsel in der Zwickmühle sind. Die Kasse will ihn nicht bezahlen, wenn zwei Wochen vorher aufgrund der gleichen Diagnosegruppe derjenige bei einem anderen Arzt war. Sie stecken in der Zwickmühle, ob Sie den anderen Arzt aufklären müssen, der aber wiederum sagt, er habe keinerlei Information von dem Patienten bekommen. Dieses Problem ist die Systematik. Die Menge ist, dass Sie 50 Einheiten ohne Weiteres ableisten können.

Frau Kern (dbl): Dann ist das Hauptproblem die Systematik.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Für mich war das mit den Äußerungen klar beantwortet, dass die Aufgabe nicht die ist, zu kontrollieren. Diesen Punkt haben wir vorhin, wenn ich mich einmischen darf, hinreichend besprochen. Ich möchte dieses Thema abschließen, weil wir weitere Wortmeldungen zu anderen Themen haben.

KBV: Nur einen Satz dazu. Das gilt vice versa auch für uns; denn wir haben dasselbe Problem. Wir müssen es überprüfen und können es nicht.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Das ist eine andere Baustelle. Das ist jetzt nicht die Baustelle der hier Stellungnehmenden. – GKV-SV.

GKV-SV: Meine Frage richtet sich an die Sprachtherapeuten. Wir haben im System derzeit eine Vorgabe für den Arzt, was die Behandlungszeit betrifft, also die 30/45/60 Minuten. Ist es im Rahmen der Laufzeit einer Verordnung sinnvoll, da durch den Arzt auch unterschiedliche Zeitansätze verordnen zu können? Könnte man eine Behandlung, die am Anfang 45 Minuten und später 60 Minuten braucht, auf einer 10er-Verordnung abbilden oder nicht? Wie sehen Sie das, Frau Schubert?

Frau Schubert (dbs): Das würden wir nur unterstützen; eine ganz klare Antwort dazu. Es würde unserer Arbeit mit dem Patienten nur entgegenkommen, wenn wir dort die Dinge variabler handhaben können. Ich weiß von vielen Therapeuten, dass es, wenn kürzere Therapiezeiten verwendet werden, auch heute schon auf der Verordnung vermerkt wird.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Patientenvertretung.

PatV: Als Erstes sehe ich mich bemüht, hier deutlich klarzustellen, dass nicht die Masse aller Patientinnen und Patienten einhergeht, zu betrügen, zu lügen und sich irgendwelche Heilmittelverordnungen zu verschaffen. Gegen diesen Zungenschlag muss ich mich klar verwahren. Dass es schwarze Schafe gibt, ist uns völlig klar, aber die gibt es überall, die gibt es auch bei den Therapeutinnen und Therapeuten und wer weiß wo noch. Dies möchte ich auch für das Wortprotokoll festgehalten haben. Diese Schimpfe lassen wir nicht auf uns sitzen.

Mein Wortbeitrag bezieht sich auf § 15, Beginn der Heilmittelbehandlung. Dazu haben sich sehr viele von Ihnen geäußert. Sie wissen, dass die PatV im Dissens mit KBV und GKV ist. Unser Dissens bei den 28 Tagen kommt aber nicht daher, dass wir schön finden, die Dringlichkeit erst nach 28 Tagen zu haben, sondern es ist ein Teil der Lebenswirklichkeit. Wir möchten aber nicht, dass die Therapeutinnen und Therapeuten dann wesentlich mehr Zeit haben und die 28 Tage ausnutzen. Deswegen meine Frage: Was sind denn jetzt die Schwierigkeiten, an denen es liegt, dass man eine Dringlichkeit nicht vornehmen kann, wenn der Arzt es extra auf der Verordnung berücksichtigt hat? Wie könnte aus Ihrer Sicht diese Dringlichkeit realisiert werden? Welche Wartezeiten haben Sie denn? Unsere Einlassung ging nur dahin, dass dann nicht der Patient oder die Patientin nach 10 Tagen bestraft wird und sich ein neues Rezept holen muss. Wir alle sind uns, glaube ich, darüber einig, dass eine Dringlichkeit auch eine Dringlichkeit bedeutet.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Wer möchte? – Frau Rädlein.

Frau Rädlein (SHV): Ich gebe Ihnen da völlig recht. Wir müssen im System unterscheiden, wo es wirklich dringend ist und wo die Möglichkeit gegeben ist, diese Frist zu verlängern. Deswegen soll auch der Arzt entscheiden, ob er im Regelfall mit einer normalen Zeit von 28 Tagen verordnet oder ob er sagt, die Behandlung muss sofort erfolgen. Wir haben es bei den Unfallversicherungskassen, wo wir im Rahmen des BG-Rezepts auch schon schnell anfangen müssen. Was wir jetzt haben, ist im Grunde genommen ein nicht nachvollziehbarer Bedarf an Patienten, die innerhalb von 10 Tagen anfangen müssen. Das schaffen wir nicht. Wenn ich Rücken habe und zum Orthopäden muss und mir da einen Termin hole, habe ich als GKV-Patient Wartezeiten von zwei Monaten, drei Monaten. Ich kann natürlich auch als Notfall in eine Praxis gehen, aber da wird schon viel von mir erwartet.

Wenn wir die Verordnungswirklichkeit betrachten, so sieht man, dass wir ausnahmslos damit beschäftigt sind, Patienten zu erklären, dass der Termin außerhalb der Frist liegt und sie wieder zum Arzt müssen. Das finden weder die Ärzte spannend, noch finden das die Patienten spannend, noch sind wir dabei die Gewinner im System. Deshalb die Frage: Gibt es Indikationen, wo ich durchaus auch innerhalb von 28 Tagen anfangen kann? Wir haben neue Erhebungen gemacht, das Wartezeitenbarometer. Wir liegen im Moment bei Wartezeiten von drei bis vier Wochen. Es mag regionale Unterschiede geben, aber das wird sich verdichten. Das wird sich verdichten, weil die Entwicklung im Heilmittelbereich nach oben gehen wird. Wir haben mehr Ältere, unsere größte Zielgruppe sind die 50- bis 75-Jährigen. Die werden deutlich mehr. Wir werden deutlich weniger Therapeuten am Markt haben, die das noch machen wollen, weil der Beruf im Moment wirklich nicht so attraktiv vergütet ist. Wir müssen damit bürokratisch umgehen, und wir müssen selektieren: Wer muss dringend behandelt werden – das hilft auch uns in unserer Entscheidungsfindung –, und wer kann entsprechend noch eine Woche zu Hause warten?

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Frau Schubert direkt dazu.

Frau Schubert (dbs): Ich kann nur bestätigen, was Frau Rädlein gesagt hat. Auch wir brauchen häufig die 28 Tage. Wir fragen beim Erstkontakt immer nach dem Störungsbild, das vorhanden ist, und erfragen, ob eine Dringlichkeit vorliegt, und werden versuchen, das auch umzusetzen. Aber die 14 Tage, die wir bisher hatten, haben zu viel Komplikationen und Rennereien für den Patienten geführt, weil wir sie dann ganz häufig wieder zum Arzt schicken mussten, weil die Frist abgelaufen war. Die Patienten rufen im Allgemeinen nicht sofort an, wenn sie eine Verordnung bekommen haben, sie rufen eine Woche später an. Bei uns sind sie wegen des Störungsbildes nicht krankgeschrieben. Es sind häufig Kinder. Die Eltern kommen mit den Kindern zu uns. Die haben Schichtpläne, die sind berufstätig. Wenn wir es aussuchen könnten, dann würden wir am liebsten zwischen 15 und 17 Uhr, und zwar jeden Tag 24 Stunden, arbeiten. Wir haben in diesem Nachmittagsbereich Wartezeiten bis zu einem halben Jahr – um Ihre Frage zu beantworten. Wir plädieren im Sinne der Patienten dafür, die 28 Tage und zusätzlich den spätesten Behandlungstermin beizubehalten. Ich plädiere sehr dafür, weil gerade im Bereich der Schlaganfallpatienten oder der Versorgung in den Altersheimen Verordnungen vorzeitig als Folgeverordnung ausgestellt werden, weil dort die Ärzte nur alle sechs oder acht Wochen in den Einrichtungen sind und nur dann die Verordnungen ausstellen können, sodass eine Anschlussverordnung und eine Weiterbehandlung möglich sind.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Noch wesentliche Ergänzungen, Frau Kern?

Frau Kern (dbf): Nein, wesentlich nicht. Eigentlich wurde schon fast alles gesagt. Ich wollte nur anmerken, dass wir, wenn wir mit dem dringlichen Behandlungsbedarf konfrontiert sind, diesem Patienten natürlich gerne sofort etwas geben möchten, aber es ist auch blöd, denjenigen einzubestellen, also dem nachzukommen, und danach eine Pause entsteht, weil wir ihn doch nicht im Anschluss weiterbehandeln können, weil wir unter Umständen – anders als beim Arzt, bei dem der Patient einmal pro Quartal kommt – wöchentlich ein Angebot machen möchten und der Patient in dieser Woche sogar zwei- und dreimal kommen soll. Das heißt, da haben wir tatsächlich ein Problem. Das wird der nicht liefern können.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – An die Patientenvertretung: ausreichend beantwortet?

PatV: Nein. Ich habe eine direkte Frage dazu. Es wird sich verändern. Es gibt dann das Kreuz „Dringlichkeit“ vom Arzt. Wir sollten den Ärzten schon vertrauen, dass der Patient, wenn der Arzt es ankreuzt, nicht nur „Rücken“ hat, sondern er „dringlich“ ist. Unsere Einlassung war nur, damit die Verordnung nicht die Gültigkeit verliert und der Patient noch einmal zum Arzt muss. Meine Frage: Besteht eventuell die Möglichkeit, eine Notfallsprechstunde oder Ähnliches für dringlichste Fälle einzurichten, wie es ähnlich bei Mangelärzten, bei Rheumatologen oder Orthopäden, der Fall ist, die eine Notfallsprechstunde haben? Dass das in dringlichen Fällen natürlich nicht in der Zeit zwischen 15 und 17 Uhr sein kann, ist mir völlig klar. Die sind mit jeglichem Termin zufrieden, den sie bekommen können.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Antwort? – Herr Troidl.

Herr Troidl (VDB-Physiotherapieverband): Ich kann Sie beruhigen. Ich glaube, ich kenne keinen Kollegen, bei dem in der Früh nicht die Patienten mit Kreuzschmerzen da sind. Ich kann Sie beruhigen, wir selektieren sehr wohl. Unseren Patienten lassen wir nicht gebückt wieder auf die Straße zurück. Das ist schlecht für das Geschäft.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Frage beantwortet?

PatV: Noch eine Nachfrage. Aber Sie schließen sich trotzdem unserer Auffassung an, dass die Verordnung 28 Tage Gültigkeit behalten soll, oder schaffen Sie es dann – wir fänden es als Patientenvertretung toll – mit Ihren Worten in 10 Tagen?

Herr Troidl (VDB-Physiotherapieverband): Wir schaffen es in 10 Tagen auf gar keinen Fall, das hat Frau Rädlein eindeutig geschildert. Wir haben Fachkräftemangel, wir haben Vakanzzeiten, die keiner in der Medizinbranche hat. Wir wissen nicht, wo wir die Leute herbringen. Wie sollen wir es machen? Es ist nur eine Beschäftigung von Patienten, noch einmal zum Arzt zu gehen, und das war es dann.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ich habe immer den Blick auf die Uhr. Wir müssen uns damit befassen, dass diese Anhörung irgendwann zu Ende geht. – Die KBV.

KBV: Noch einmal zu den 10 Tagen. Wir müssen daran festhalten, auch mit dem Verlust der Gültigkeit des Rezepts. Die Krankengymnastik ist bei einer Situation *eine* von mehreren therapeutischen Möglichkeiten. Wenn wir uns statt einer Medikation für die Krankengymnastik entscheiden, dann muss ich mir sicher sein, dass es innerhalb der nächsten 10 Tage stattfindet. Verfällt das Rezept, ist er gezwungen, zu mir zu kommen. Dann muss ich, wenn es so dringlich ist, erst einmal feststellen, was in den 10 Tagen passiert ist und ob ich nicht eine völlig andere Therapie machen muss oder ob es sich so entwickelt hat, dass Physiotherapie ausnahmsweise einmal nicht das Mittel der Wahl ist.

Zu den zwei Monaten Orthopädie muss ich noch etwas sagen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Wir sind im Prinzip in einer Anhörung. Die Entscheidung ist etwas anderes. Ich würde jetzt streng sein wollen und fragen: Gibt es dringenden Bedarf an Klärung? Dass unterschiedliche Positionen vorhanden sind, ist klar.

Frau Rädlein (SHV): Wir sind uns völlig einig. Es muss einen unmittelbaren Bezug zwischen Behandlung und Ursache geben. Wenn ein Problem da ist, dann muss es zügig behandelt werden können. Wir können nicht aus verwaltungstechnischen, aus Kapazitätsgründen sagen, wir verlängern den Beginn der Behandlung auf Ewigkeiten; da gebe ich Ihnen völlig recht. Wir müssen aber selektieren, wenn wir uns die Versorgungslandschaft heute anschauen. Dass der, der heute eine Schulteroperation hat, morgen bei uns in der Praxis sein muss, das kann wichtig sein, damit die Kapsel nicht wieder verklebt. Aber dass der, der eine Coxarthrose hat, nicht unbedingt morgen mit einer Behandlung anfangen muss, zumal er schon Monate auf der Arthrose herumläuft, muss auch klar sein. Wir müssen hier zu einer patientenorientierten Versorgung kommen, die abbildbar ist. Deswegen ist die Lösung wirklich gut.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Jetzt ein neues Thema. GKV-SV.

GKV-SV: Ich richte mich an die Physiotherapeuten. Der VDB hat in seiner Stellungnahme geschrieben, dass die Verwendung des Begriffs „Physiotherapie“ als Oberbegriff für die bisherige physikalische Therapie und Physiotherapie gegebenenfalls dazu führt, dass man bestimmte Berufsgruppen ausschließt. Wenn man bei einem Begriff als Bezeichnung für diesen Bereich, wie es im Masseur- und Physiotherapeutengesetz angelegt ist, bliebe, wenn definiert ist, dass in der Richtlinie natürlich auch die Leistungen der Masseur und Bademeister dazugehören, kann man dann diesen Begriff „Physiotherapie“ in der Richtlinie so stehen lassen? Ziel ist, wie bei der Stimm-, Sprech-, Schlucktherapie einen griffigen Begriff aufzunehmen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herr Troidl.

Herr Troidl (VDB-Physiotherapieverband): Sie haben das mit der Begrifflichkeit schon mitbekommen. Bei den Stimm-/Sprachtherapeuten ist es schwierig. Wir hätten gerne „physikalische Therapie“ als Oberbegriff, weil die Überbegrifflichkeit für alles die physikalische Therapie ist. Die physikalische Therapie darf jeder Physiotherapeut und jeder Masseur durchführen. Um Physiotherapie durchzuführen, muss man Physiotherapeut sein. Ich weiß, worauf Sie hinauswollen. Sie wollen, dass die Begrifflichkeit „Physiotherapie“ für alles zulässig ist. Wie man das dann außerhalb unserer Berufsbilder unterscheiden kann, weiß ich nicht. Für mich wäre es interessant, die Leistungserbringer in „physikalische Therapie“, sprich Masseure und Physiotherapeuten, einzubringen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Frage beantwortet? – Dann würde ich, wenn nicht etwas noch auf den Nägeln bringt, vorschlagen, dass wir zum Ende kommen. – Die Patientenvertretung.

PatV: Wir haben eine Frage noch zu der Begleitung außerhalb der häuslichen Umgebung. Sie erwarten, dass ein Patient, der sich in der Beschulung befindet, dann die Praxis aufsucht. Unsere Frage lautet: Wie wollen Sie den Transport oder die Haftung, die hier ansteht, aus Ihrer Sicht sicherstellen? Gemeint ist der Fall, dass ein Patient, ein Schüler, die Schule verlässt und Ihre Praxis aufsucht. Die Frage richtet sich an die Stimm-, Sprech-, Sprachtherapeuten und die Heilmittelerbringer, eigentlich an Sie alle.

Frau Kern (dbI): Ich glaube, es ist genau andersherum. Nicht der Schüler kommt zu uns, sondern wir gehen in die Schulen.

PatV: Im Rahmen der Regelschule haben wir Patienten, die die Schule verlassen und Ihre Praxis aufsuchen. Durch die Aufnahme behinderter Kinder und Jugendlicher in die Regelschule haben wir bei diesen und nicht nur bei den Förderschulen den Fall, dass sie die Regelschule im Rahmen der Versorgung verlassen, Ihre Praxis aufsuchen und dann in die Schule zurückkehren. Unsere Frage lautet: Wie wollen Sie diese Kinder und Schüler auf den Weg bringen, mit Begleitung des Integrationsdienstes, bzw. fordern Sie dann einen Krankentransport an? Das ist die Frage, die sich für uns ergeben hat.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Noch einmal zur Klarstellung, worüber wir hier sprechen: Der Vorschlag ist von Stellungnahmeberechtigten eingebracht worden, dass nicht normalerweise der Therapeut in die Schule, Stichwort Inklusion, geht. Das Einbringen dieser Stellungnahme wird an dieser Stelle hinterfragt. – Frau Malzahn.

Frau Malzahn (dba): Wir haben es so nicht eingebracht. Wenn ich das interpretiere, so muss aus unserer Sicht unterschieden werden zwischen Kindern, die behindert sind oder von Behinderung bedroht sind, die von uns in den Schulen therapiert werden. Das sollte nach unserer Vorstellung auch weiterhin so sein. Wir sollten für diesen Weg selber einen Hausbesuch bezahlt bekommen, denn das ist für uns zeitlicher Aufwand. Die Kinder, die in der Regelschule sind, die nicht von Behinderung bedroht sind oder behindert sind, sind ein anderer Fall. Die kommen bisher zu uns in die Praxis. Es scheint sich bei dem, was Sie sagen, etwas zu vermischen. Die Regelschulkinder kommen jetzt zu uns in die Praxen und sollten auch in Zukunft in die Praxen kommen. Das ist ein ähnlicher Fall, als wenn sie auf dem Schulweg sind und dort auch versichert sind.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herr Troidl, auch dazu.

Herr Troidl (VDB-Physiotherapieverband): Den Krankentransport kann nur der Arzt anordnen, der Physiotherapeut darf das nicht machen. Verantwortlich und aufsichtspflichtig ist immer der Aufsichtsführende des Schülers, sprich Lehrkraft, Betreuer etc., nicht der Physiotherapeut. Auch eine Taxiverordnung kann ausschließlich vom Arzt ausgestellt werden und nicht vom Physiotherapeuten. Die Versicherung wird über den ganz normalen gesetzlichen Unfallschutz gedeckt.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Die Patientenvertretung.

PatV: Um es klarzustellen – unsere Vorsitzende hat es sehr deutlich gesagt –: Es kam von einem Stellungnahmeberechtigten. Da war sogar der Vorschlag enthalten, dass eine Therapeutin das Kind abholt, in die Praxis bringt und zurückbringt. Mich würde interessieren, wie die bezahlt werden muss. Es geht jetzt um Kinder, wir haben das Stichwort „Inklusion“. Wir haben nicht mehr Kinder in Förderschulen, bei denen ist es klar, da gebe ich Ihnen völlig recht. Vielmehr haben wir Inklusionskinder, drei bis vier Kinder sind an einer Schule, die aber auch in einer Ganztagschule behandelt werden müssen, eine Verordnung haben, aber unter Umständen sind die Räume nicht da. Ich würde schon gern wissen wollen, welche Vorstellungen da bestehen und wie sich der Stellungnahmeberechtigte die Bezahlung der Therapeutenwege vorstellt. Es geht nicht nur um das Aufsuchen des Kindes in der Schule, sondern in der Stellungnahme steht eindeutig: Ich hole das Kind ab, nehme es in meine Praxis und bringe es zurück.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ich glaube, das ist jetzt schwer beantwortbar.

Herr Troidl (VDB-Physiotherapieverband): Es ist relativ einfach. Es ist nicht unser Auftrag, es ist in der Leistungsbeschreibung nicht umschrieben. Wir sind weder versichert noch ausgebildet für solche Maßnahmen. Dazu haben wir auch keine weitere Idee. Es ist undurchführbar. Ich wüsste nicht, wie ich das darstellen sollte. Entschuldigung, ich kann Ihnen leider keine andere Antwort geben.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frage beantwortet?

PatV: Ja, das ist auch eine Antwort.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ich versuche noch einmal, zu einem Ende zu kommen. Es ist ein glücklicher Zeitpunkt. Vielen Dank im Namen des G-BA und des Unterausschusses für Ihre Anwesenheit, für Ihre präzisen Antworten, für Ihre Diskussionsbereitschaft.

Schluss der Anhörung: 11.35 Uhr

C Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA: zweites Stellungnahmeverfahren

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Änderungen in §§ 32 und 92 Absatz 6 SGB V sowie der Einführung der Blankoverordnung durch einen neuen § 125a SGB V im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) waren weitere Anpassungen in der Heilmittel-Richtlinie erforderlich. Da es sich bei den Änderungen aufgrund des TSVG und bei der Aufnahme der neuen Anlage 3 (aufgrund des ersten Stellungnahmeverfahrens) um wesentliche Änderungen im Vergleich zum bereits erfolgten Stellungnahmeverfahren handelt, muss gemäß § 14 des 1. Kapitel VerfO ein erneutes Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden.

C-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer (gem. § 91 Abs. 5 SGB V)
- Organisationen der Leistungserbringer (gem. § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V):
 - Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
 - Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)
 - Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)
 - Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)
 - Verband der deutschen Podologen e. V. (VDP)
 - Deutscher Verband für Podologie e.V. (ZFD)
 - Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)
 - Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)
 - Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)
 - Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB)
- VDB-Physiotherapieverband e.V. (gem. 1. Kapitel § 8 Abs. 2 S. 1 lit. a) VerfO)

C-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen beschloss in seiner Sitzung am 30. April 2019 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 30. April 2019 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von 4 Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

C-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

C-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	25.05.2019	

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

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	27.05.2019	gemeinsame SN mit dba und dbs
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	28.05.2019	
Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)	27.05.2019	gemeinsame SN mit dba und dbl
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)	27.05.2019	gemeinsame SN mit dbl und dbs
Verband der deutschen Podologen e. V. (VDP)	-	-
Deutscher Verband für Podologie e.V. (ZFD)	10.05.2019	keine eigene SN eingereicht (Verweis auf SN SHV)
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)	24.05.2019	
BerufsVerband Oecotrophologie e.V. (VDOE)	28.05.2019	von schriftlicher SN abgesehen
Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)	-	-
Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB)	23.05.2019	keine Einwände

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

VDB-Physiotherapieverband e.V.	28.05.2019	
--------------------------------	------------	--

Nicht-stellungnahmeberechtigte Organisation:

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland BED e.V.	28.05.2019	
LOGO Deutschland (Interessengemeinschaft selbständiger LogopädInnen und SprachtherapeutInnen)	28.05.2019	

C-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

C-5.1 Beschlusentwurf

Stand: 30.04.2019

Beschlusentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Legende: Gelbe Hinterlegung: Gegenstand des 2. Stellungnahmeverfahrens

Vom

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeiM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011 (BAnz Nr. 96 (S. 2247) vom 30.06.2011), zuletzt geändert am 21. September 2017 (BAnz AT 23.11.2017 B1), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Kranker“ ersetzt durch das Wort „kranker“.

PatV	GKV-SV/KBV
b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt: „Bei der Heilmittelerbringung im Rahmen der Krankenbehandlung nach dieser Richtlinie ist zu berücksichtigen, dass Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten sind.“	

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Abgabe von Heilmitteln ist Aufgabe der gemäß § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringer.“

d) In Absatz 6 werden die Wörter „Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln und“ gestrichen.

e) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„Der GKV-Spitzenverband stellt die nach § 125 SGB V vereinbarten Preise der einzelnen Leistungspositionen in einem elektronisch verarbeitbaren Format bereit.“

2. In § 1a werden hinter dem Wort „Verfahrensordnung“ die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO)“ eingefügt.

3. § 2 wird wie folgt geändert:

d) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) An die ersten drei Spiegelstriche wird jeweils ein Komma angefügt.

bb) Im ersten Spiegelstrich werden die Wörter „Physikalischen Therapie“ durch das Wort „Physiotherapie“ ersetzt.

1

- cc) Im zweiten Spiegelstrich wird die Angabe „(§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 4)“ ersetzt durch die Angabe „(§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 3)“.
- dd) Im dritten Spiegelstrich werden die Wörter „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ ersetzt durch die Wörter „Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie“ und die Angabe „(§§ 31 bis 33)“ ersetzt durch „(§§ 31 bis 33a)“.
- ee) Dem vierten Spiegelstrich wird das Wort „und“ angefügt.
- ff) Im fünften Spiegelstrich wird die Klammerangabe „(§§ 42 bis 45)“ ersetzt durch „(§ 43)“ und an das Ende des Spiegelstrichs ein Punkt angefügt.
- gg) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Die Verordnung von kurortsspezifischen beziehungsweise ortsspezifischen Heilmitteln sowie Heilmitteln im Rahmen von Leistungen der medizinischen Versorgung nach § 23 Absatz 2 und 4, § 24 SGB V und Rehabilitation nach §§ 40, 41 SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie.“

4. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die behandelnde Vertragsärztin oder der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) sowie über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind. Die Versicherte oder der Versicherte soll die Ärztin oder den Arzt im Rahmen seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „nach pflichtgemäßem Ermessen“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der indikationsbezogene Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Absatz 6 SGB V (im Folgenden Heilmittelkatalog genannt) ist Bestandteil dieser Richtlinie.“

c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.“

5. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Zweiter Teil“ ersetzt durch die Angabe „Zweiter Teil“.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefasst, die abgebildeten Beispieldiagnosen sind hierbei nicht abschließend. Den Diagnosegruppen sind die jeweiligen Leitsymptomatiken in Form von funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die verordnungsfähigen Heilmittel sowie die Verordnungsmengen und Empfehlungen zur Therapiefrequenz zugeordnet.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Physikalischen Therapie“ durch das Wort „Physiotherapie“ ersetzt.
- b) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Das Wort „störungsbildspezifische“ wird gestrichen.
 - bb) Das Wort „von“ wird ersetzt durch die Wörter „der vorliegenden“.
 - cc) Im Klammerzusatz wird die Angabe „Kapitel 7“ ersetzt durch die Angabe „§§ 46 und 79 des SGB IX“.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Angabe „§ 30, 32 Nummer 1 SGB IX“ wird ersetzt durch die Angabe „§ 46 Absatz 1 und 2 und § 79 SGB IX“.
 - bb) Hinter der Angabe „vom 24. Juni 2003“ wird die Angabe „, geändert am 23. Dezember 2016,“ eingefügt.

7. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a Ärztliche Diagnostik

(1) Vor der erstmaligen Verordnung von Heilmitteln ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen/strukturellen Schädigungen zu erhalten.

(2) Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere Befundergebnisse sollen auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.

(3) Bei Nichterreichen des angestrebten individuellen Therapiezieles sollte das weitere therapeutische Vorgehen überprüft werden. Erforderlichenfalls sind andere ärztliche, psychotherapeutische oder rehabilitative Maßnahmen einzuleiten oder die Beendigung oder Fortsetzung der Heilmitteltherapie in Betracht zu ziehen.

(4) Spezifische Ausführungen zur ärztlichen Diagnostik finden sich zur podologischen Therapie in § 29, zur Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie in § 34 und zur Ernährungstherapie in § 44.“

8. § 7 wird wie folgt gefasst:

„§ 7 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

(1) Ein Verordnungsfall umfasst alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Diagnose (d. h. desselben oder derselben dreistelligen ICD-10-GM-Codes) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog. Dies gilt auch, wenn sich innerhalb des Verordnungsfalles die Leitsymptomatik ändert oder unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Im Rahmen eines Verordnungsfalles können mehrere Verordnungen getätigt werden. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Diagnosen derselben oder unterschiedlicher Diagnosegruppe(n) auf, kann dies weitere Verordnungsfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungen auszustellen sind. Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten Verordnung ein Zeitraum von 6 Monaten vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.

(2) Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Die orientierende Behandlungsmenge ergibt sich indikationsbezogen aus dem Heilmittelkatalog. Abweichend hiervon sind für die Podologische Therapie und für Maßnahmen der Ernährungstherapie keine orientierenden Behandlungsmengen festgelegt.

(3) Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweils verordnende Ärztin oder den jeweils verordnenden Arzt.

(4) Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive oder neue Erkrankungsphasen handelt. In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation zu übernehmen.

(5) Im Heilmittelkatalog ist zudem die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt. Sofern neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels. Wenn die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde, richtet sich die Höchstmenge je Verordnung des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel.

(6) Abweichend gilt für Versicherte mit besonderen Verordnungsbedarfen nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V oder mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8a, dass die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Die orientierende Behandlungsmenge gemäß Heilmittelkatalog ist nicht zu berücksichtigen."

9. § 8 wird aufgehoben.

10. Der bisherige § 8a wird § 8.

11. Der neue § 8 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1, Absatz 3 und Absatz 5 werden die Wörter „funktionellen/strukturellen“ ersetzt durch die Wörter „funktionellen oder strukturellen“.
- b) In Absatz 3 wird das Wort „trifft“ ersetzt durch das Wort „entscheidet“ und werden die Wörter „die Feststellung darüber“ gestrichen.
- c) In Absatz 4 wird an den zweiten Spiegelstrich das Wort „und“ angefügt und im dritten Spiegelstrich das Wort „und“ gestrichen.
- d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „wenn die bei“ die Wörter „der Antragstellerin oder“ eingefügt.
 - bb) In Satz 6 werden nach dem Wort „Therapieprognose“ die Wörter „der oder“ eingefügt.

GKV-SV/KBV	PatV
e) In Absatz 6 werden die Wörter „funktionellen/strukturellen“ ersetzt durch die Wörter „funktionellen oder strukturellen“ und die Wörter „und Diagnosegruppen“ und die Wörter „gemäß Heilmittelkatalog“ gestrichen.	e) Absatz 6 wird aufgehoben.
	f) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 6

GKV-SV/KBV	PatV
f) In Absatz 7 werden die Wörter „Diagnosegruppe/-gruppen“ ersetzt durch die Wörter „Diagnosegruppe oder die Diagnosegruppen“.	g) Im neuen Absatz 6 werden die Wörter „Diagnosegruppe/-gruppen“ ersetzt durch die Wörter „Diagnosegruppe oder die Diagnosegruppen“.

[KBV/GKV-SV g) / PatV h)] Absatz 8 wird aufgehoben.

12. § 9 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.“

13. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Heilmittel können, sofern nichts Anderes bestimmt ist,

- als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten (Einzel- oder Gruppentherapie) oder
- als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2

verordnet werden. Die Verordnung eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden aufgehoben.

bb) Die Wörter „funktionellen/strukturellen“ werden ersetzt durch die Wörter „funktionellen oder strukturellen“.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, die einen behördlich festgestellten Förderstatus haben, inklusiv oder integrativ ganztägig an einer Regelschule unterrichtet werden und eine Heilmittelbehandlung während der Schulbesuchszeit erforderlich ist. Voraussetzung ist, dass die Regelschule die Vorgaben des Satz 2 erfüllt.“

14. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) hängt bei gegebener Indikation nach § 3 Absatz 5 ab von:

- der Ausprägung und Schwere der Erkrankung,
- den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen,
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und
- den angestrebten Therapiezielen.

Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Die konkreten Behandlungsziele zu den jeweiligen Heilmitteln werden in den Abschnitten D bis H der Richtlinie erläutert. Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog dient der

verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt zur Orientierung, er oder sie kann hiervon in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzliche Dokumentation auf der Verordnung abweichen."

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2 und wie folgt gefasst:

„Bei Maßnahmen der Physiotherapie und der Ergotherapie können die Verordnungseinheiten je Verordnung auf maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. In der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander kombiniert werden. Die Aufteilung der Verordnungseinheiten ist auf einem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.“

d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3 und wie folgt gefasst:

„Soweit medizinisch erforderlich kann zu „vorrangigen Heilmitteln“ maximal ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden. Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie oder Elektrostimulation oder die Ultraschall-Wärmetherapie auch isoliert verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht. ³Mehr als ein ergänzendes Heilmittel kann nicht isoliert verordnet werden.“

e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 4 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „(D)“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird gestrichen.

f) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 5 und wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „(D)“ wird gestrichen.

bb) Die Wörter „Physikalischen Therapie“ werden ersetzt durch das Wort „Physiotherapie“.

g) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht jede funktionelle oder strukturelle Schädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise der Gesamtheit der orientierenden Behandlungsmenge.“

h) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„Die Verordnungsmenge von einer „standardisierten Heilmittelkombination“ und Maßnahmen der Massagetherapie nach § 18 Absatz 3 Nummer 1 bis 6 sind auf jeweils 12 Einheiten je Verordnungsfall begrenzt, sofern im Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt ist. Das gilt auch für den Fall, dass das angestrebte Therapieziel gemäß § 7 Absatz 4 nicht erreicht werden konnte.“

i) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „Physikalischen Therapie“ werden ersetzt durch das Wort „Physiotherapie“.

bb) Die Wörter „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ werden ersetzt durch die Wörter „Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie“.

j) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 9 eingefügt:

„Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und sofern verordnet ein ergänzendes Heilmittel. Ausnahmen regelt der Heilmittelkatalog. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe vorrangige Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden. Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel, standardisierte Heilmittelkombinationen und Podologie. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die im Katalog genannte Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht.“

- k) Der bisherige Absatz 9 wird Absatz 10 und wie folgt geändert: nach dem Wort „eine“ werden die Wörter „Leistung zur medizinischen“ eingefügt.

15. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem gemäß § 87 Absatz 1 Satz 2 SGB V vereinbarten Vordruck. Der Vordruck muss nach Maßgabe des Absatzes 2 vollständig ausgefüllt werden. Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe. Ausnahmen hiervon sind in § 16 Absatz 3 und Absatz 6 sowie in Anlage 3 dieser Richtlinie geregelt. Die Anlage 3 ist Bestandteil dieser Richtlinie und bei Korrekturen und Änderungen der Verordnung zu beachten.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„In der Heilmittelverordnung sind die Heilmittel nach Maßgabe des vereinbarten Vordrucks eindeutig zu bezeichnen. Ferner sind alle für die individuelle Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Anzugeben sind insbesondere

- a. Angaben zum Personalienfeld,
- b. Heilmittelbereich,
- c. Hausbesuch (ja oder nein),
- d. Therapiebericht,
- e. gegebenenfalls Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs,
- f. Anzahl der Behandlungseinheiten,
- g. Heilmittel gemäß dem Katalog,
- h. gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z.B. KG-ZNS [Bobath] oder „Doppelbehandlung“),
- i. Therapiefrequenz (Angabe auch als Frequenzspanne möglich),
- j. Diagnosegruppe,
- k. konkrete(n) behandlungsrelevante(n) Diagnose(n). Die Diagnose ist grundsätzlich als ICD-10-Code anzugeben. Der standardmäßig in den elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 10 SGB V hinterlegte ICD-10-Klartext kann ergänzt oder durch einen Freitext ersetzt werden.
- l. Leitsymptomatik nach Heilmittelkatalog. Diese ist entweder nach buchstabenkodierter Leitsymptomatik a), b), c) oder als Klartext anzugeben. Es handelt sich hierbei um indikationsbezogene Regelbeispiele für Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen, bei denen Heilmittel

verordnungsfähig sind. Alternativ kann eine patienten-individuelle Leitsymptomatik, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin oder des Patienten handlungsleitend ist, als Freitext angegeben werden. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann und mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen a), b) oder c) vergleichbar ist. Es können auch mehrere Leitsymptomatiken angegeben werden. Zusätzlich können auf der Verordnung Therapieziele angegeben werden.

m. erforderlichenfalls spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde."

16. Nach § 13 wird folgender § 13a eingefügt:

„§ 13a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern („Blankoverordnung“)

(1) Bei Verordnungen aufgrund von Indikationen nach § 125a SGB V kann auf folgende Angaben nach § 13 Absatz 2 verzichtet werden:

f. Anzahl der Behandlungseinheiten,

g. Heilmittel gemäß Katalog,

h. gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z.B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“),

i. die Therapiefrequenz oder Frequenzspanne.

(2) Wenn die Heilmittel-Behandlung nicht gemäß den vorgegebenen Zeiträumen nach § 15 begonnen wird, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Verordnungen nach Absatz 1 sind bei Maßnahmen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie der Ernährungstherapie maximal 16 Wochen, bei Maßnahmen der Podologischen Therapie maximal 40 Wochen, ab Verordnungsdatum gültig.

(3) Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog, der Dauer und Frequenz der Therapie durch die Therapeutin oder den Therapeuten sprechen, sind auch bei Indikationen nach § 125a SGB V alle Angaben nach § 13 Absatz 2 zu machen."

17. In § 14 Satz 2 wird das Wort „gewährleistet“ durch das Wort „gewährleisten“ ersetzt.

18. § 15 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Behandlung hat innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen. Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.

(2) Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nach Absatz 1 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit."

19. § 16 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Behandlung kann nur durchgeführt werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die erforderlichen Angaben gemäß § 13 Absatz 2 enthalten oder die Voraussetzungen des § 13a Absatz 1 erfüllt sind.

(2) Die Anlage 3 dieser Richtlinie beschreibt, für welche Änderungen oder Korrekturen eine erneute Unterschrift der Ärztin oder des Arztes, eine Abstimmung mit oder Information der

Ärztin oder des Arztes oder keine Korrektur durch die Therapeutin oder den Therapeuten erforderlich sind.

(3) Die Angaben zur Therapiefrequenz auf der Verordnung sind für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend. Eine Abweichung davon ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Verordnung von Maßnahmen der Ernährungstherapie.“

4) Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Begründete Unterbrechungen sind von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren. Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V. Abweichend von Satz 1 und 2 führen Behandlungsunterbrechungen bei Maßnahmen der Podologischen Therapie sowie der Ernährungstherapie nicht zur Ungültigkeit der Verordnung.

(5) Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel oder den verordneten Heilmitteln voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin oder der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat die Therapeutin oder der Therapeut darüber unverzüglich die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt, die oder der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.

(6) Hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat die Therapeutin oder der Therapeut die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsvordruck zu begründen. Kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Behandlungseinheiten in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist dies nach Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten und im Einvernehmen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt möglich. Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

(7) Sofern die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt für die Entscheidung über die Fortführung der Therapie einen schriftlichen Bericht über den Therapieverlauf nach Ende der Behandlungsserie für notwendig hält, kann sie oder er diesen auf dem Verordnungsvordruck bei der Therapeutin oder dem Therapeuten anfordern.“

20. § 16a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Komma das Wort „das“ ersetzt durch das Wort „dass“.
- b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Verordnungen nach Absatz 1 bleiben für die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt bei der Betrachtung des Verordnungsfalls sowie bei der Bemessung der im Katalog genannten Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung und der orientierenden Behandlungsmenge unberücksichtigt.“

21. In Abschnitt D werden in der Überschrift die Wörter „Physikalischen Therapie“ ersetzt durch das Wort „Physiotherapie“.

22. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Physiotherapie im Sinne dieser Richtlinie umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie sowie die physikalische Therapie. Physiotherapie nutzt sowohl die aktive selbständig ausgeführte, die assistive, therapeutisch unterstützte, als auch die passive, beispielsweise durch die Therapeutin oder den Therapeuten geführte, Bewegung des Menschen, bei Bedarf ergänzt durch den Einsatz physikalischer Therapien wie Massage-, Hydro-, Thermo- oder Elektrotherapie. Therapieziel ist das Erreichen der größtmöglichen Funktionsfähigkeit (im Sinne der ICF).“

- b) In Absatz 2 werden in Satz 1 die Wörter „Physikalischen Therapie“ ersetzt durch das Wort „Physiotherapie“ und in Satz 2 wird die Angabe „/“ ersetzt durch das Wort „oder“ und werden nach dem Wort „sind“ die Wörter „in den folgenden Paragraphen dieses Abschnitts“ eingefügt.

- c) Absatz 3 wird aufgehoben.

23. § 18 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Klassische Massagetherapie (KMT) als überwiegend muskuläre Massageform einzelner oder mehrerer Körperteile verfolgt das Ziel einer Normalisierung des Muskeltonus, Reduzierung sekundärer Schmerzen (Myalgien, Schmerzfehlhaltungen), Steigerung der Durchblutung und Entstauung.“

- b) In den Nummern 2 und 3 wird ein Komma angefügt, in Nummer 4 wird das Wort „und“ angefügt und in Nummer 5 wird ein Punkt angefügt.

- c) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM) ist ein kombiniertes Verfahren mittels manuell geführten und individuell einstellbaren Wasserdruckstrahls am in einem Wannenbad befindlichen Patienten. Sie dient unterstützt vom entspannenden Effekt der Wassertemperatur und von der Auftriebskraft des Wassers, der Regulierung des Muskeltonus, der Durchblutungsförderung, Schmerzlinderung und Entspannung.“

- d) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. Manuelle Lymphdrainage“) (MLD) ist eine spezielle Massagetechnik, die einen Dehnungsreiz auf Kutis und Subkutis ausübt. Sie führt zu einer Erhöhung des Lymphabflusses in den Lymphkolektoren, zu einer konsekutiven Zunahme der Lymphbildung (die Aufnahme der Gewebeflüssigkeit in die initialen Lymphgefäße) und hierdurch zu einer Reduktion des krankhaft erhöhten interstitiellen Flüssigkeitsgehalts. Ergänzende manuelle Techniken haben das Ziel der Erweichung der Gewebeinduration (insbesondere ab Stadium II einschließlich der Vermeidung einer irreversiblen Chronifizierung und Entstehung von lymphostatischen Fibrosen). Weitere Wirkungen können die Schmerzlinderung und Tonussenkung sein, sofern sie im Zusammenhang mit der Lymphabflussstörung auftreten. Ist eine Kompressionsbandagierung (Lymphologischer Kompressionsverband) erforderlich, kann diese in Ergänzung der MLD erfolgen. Eine zusätzlich verordnete Kompressionsbandagierung hat im Anschluss an die Therapiezeit der MLD zu erfolgen. Erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen, sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind. In Anlehnung an den unterschiedlichen indikationsbezogenen Zeitbedarf sind verordnungsfähig:

- a. MLD-30 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten (Teilbehandlung)

bei leichtgradigen Lymphödemen, Ödemen oder Schwellungen zur Behandlung eines Körperteils wie

- eines Armes oder Beines oder

- des Rückens,
 - des Kopfes einschließlich des Halses oder
 - des Rumpfes.
- b. MLD-45 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten (Großbehandlung)
bei Lymphödemen sowie Phlebo-Lymphödemen zur Behandlung von zwei Körperteilen wie
- eines Armes und eines Beines,
 - eines Armes und des Kopfes einschließlich des Halses,
 - beider Arme oder
 - beider Beine.
- c. MLD-60 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten
(Ganzbehandlung)
bei schwergradigen Lymphödemen zur Behandlung von zwei Körperteilen wie
- eines Armes und eines Beines,
 - eines Armes und des Kopfes einschließlich des Halses,
 - beider Arme oder
 - beider Beine.
- bei schwergradigen Lymphödemen mit Komplikationen durch Strahlenschädigungen
(mit z. B. Schultersteife, Hüftsteife oder Plexusschädigung) zur Behandlung eines Körperteils wie
- des Kopfes einschließlich des Halses,
 - eines Armes oder
 - eines Beines."
24. § 19 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird das Wort „Leistungen“ durch das Wort „Funktionen“ und das Wort „Herz-/Kreislaufsystems“ durch das Wort „Herz-Kreislauf-Systems“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 1. a. wird wie folgt gefasst:
- „a. Übungsbehandlung
- Bei der Übungsbehandlung werden aktive, aktiv-passive und passiv geführte Übungen eingesetzt. Sie verfolgen als gezielte und kontrollierte Maßnahme das Ziel, Schädigungen der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) zu beseitigen, Kontrakturen zu vermeiden und Schädigungen der Gelenkfunktionen (z.B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität) zu mindern. Sie dienen auch der Funktionsverbesserung des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung und des Stoffwechsels. Die Übungsbehandlung kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung verordnet werden.“
- bb) In der Nummer 2 werden die Wörter „Kräftigung von Muskelketten, Koordinierung“ ersetzt durch die Wörter „Verbesserung von Muskelkraft, -ausdauer und -koordination“
- cc) Nummer 3. a. wird wie folgt gefasst:
- „a. Allgemeine Krankengymnastik (KG bzw. KG-Atemtherapie)
- Krankengymnastische Behandlungsmethoden und -techniken dienen insbesondere der Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen, Verletzungsfolgen und Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie innerer Organe oder Organsysteme und des Nervensystems mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungen und

Techniken. Sie dienen der Verbesserung oder Wiederherstellung von Schädigungen der Gelenkfunktionen (Gelenkbeweglichkeit und -stabilität), der Muskelfunktionen (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus), der Kontrakturvermeidung und -lösung, sowie der Regulierung der Atmungsfunktion. Dabei können auch z. B. Massagetechniken sowie Gymnastikbänder und -bälle, Therapiekreisel und Schlingentische eingesetzt werden. Die allgemeine Krankengymnastik (KG bzw. KG-Atemtherapie) kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung verordnet werden."

dd) Die Nummer 3. c. wird wie folgt gefasst:

„c. Krankengymnastik zur Behandlung von schweren Erkrankungen der Atmungsorgane bei Mukoviszidose oder bei Lungenerkrankungen, die der Mukoviszidose vergleichbare pulmonale Schädigungen aufweisen (KG-Muko)

KG-Muko umfasst neben Techniken der Allgemeinen Krankengymnastik (KG bzw. KG-Atemtherapie) auch eine Bewegungs- und Verhaltensschulung, insbesondere zur Besserung der Atemfunktion und zur Sekretlösung. Die KG-Muko wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet."

ee) In der Nummer 4 werden die Wörter „Muskelinsuffizienz, -dysbalance und -verkürzung sowie“ ersetzt durch die Wörter „Schädigungen der Bewegungssegmente der Wirbelsäule, Schädigungen der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) einschließlich“ und wird im ersten Spiegelstrich die Angabe „und!“ gestrichen sowie im zweiten Spiegelstrich das Wort „Seilzugapparate“ durch das Wort „Seilzugapparaten“ ersetzt.

ff) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. KG-ZNS-Kinder“)

Zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen, insbesondere angeborener oder frühkindlich erworbener Schädigungen der Bewegungsfunktionen oder der Muskelfunktionen (Paresen) längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Sie dient zur Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen unter Einsatz der Techniken nach Bobath oder Vojta. Die Behandlung wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet."

gg) In der Nummer 6 werden die Wörter „zentralen Bewegungsstörungen“ ersetzt durch die Wörter „ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen“.

hh) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. Manuelle Therapie“)

Als Einzeltherapie dient der Wiederherstellung oder Minderung reversibler Schädigungen der Gelenkfunktion, der Bewegungssegmente der Wirbelsäule, Schädigung der Muskelfunktion und Schmerzlinderung durch Anwendung einer gezielten impulslosen Mobilisation oder durch Anwendung von Weichteiltechniken."

25. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden vor dem Wort „Elektrotherapie“ die Wörter „Maßnahmen der“ eingefügt.
- b) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „wenden“ das Wort „galvanische,“ eingefügt und das Wort „Durchblutungsverbesserung“ durch das Wort „Durchblutungsförderung“ ersetzt.
- c) In Absatz 2 werden die Wörter „Die Elektrotherapie umfasst“ ersetzt durch die Wörter „Die Maßnahmen der Elektrotherapie umfassen“.

26. § 23 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Sie dient insbesondere der Sekretlockerung, Sekretverflüssigung sowie der Entzündungshemmung.“

27. § 24 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird die Angabe „/“ ersetzt durch das Wort „oder“.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 4 wird das Wort „Verbesserung“ durch das Wort „Besserung“ ersetzt.
 - bb) In Nummer 6 wird das Wort „Teilbäder“ durch das Wort „Teilbädern“ ersetzt und die Angabe „/“ ersetzt durch das Wort „oder“.

28. § 26 wird aufgehoben.

29. In § 27 werden in Absatz 1 und Absatz 3 die Angabe „und/“ gestrichen und in Absatz 4 das Wort „Verbesserung“ durch das Wort „Besserung“ ersetzt.

30. In § 28 Absatz 4 Nummer 2 wird die Angabe „und/“ gestrichen.

31. In § 29 wird in der Überschrift das Wort „Ärztliche“ ersetzt durch die Wörter „Maßnahmen der Ärztlichen“.

32. In Abschnitt F werden in der Überschrift die Wörter „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ ersetzt durch die Wörter „Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie“.

33. § 30 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ ersetzt durch die Wörter „Stimm-, Sprech- Sprach- und Schlucktherapie“.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind in Einzeltherapie in Abhängigkeit der vorliegenden Schädigung und der Belastbarkeit als 30-, 45- und 60-minütige Behandlung mit der Patientin oder dem Patienten, gegebenenfalls unter Einbeziehung des sozialen Umfelds in das Therapiekonzept, verordnungsfähig. Ferner ist eine Verordnung als Gruppentherapie als 45- und 90-minütige Behandlung möglich.“
- c) Absatz 3 wird aufgehoben.

34. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „und des Schluckaktes“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

 - Wiederherstellung oder Besserung der Stimmqualität und der stimmlichen Belastbarkeit,
 - Wiederherstellung oder Besserung der Stimme bei Heiserkeit und Beeinträchtigung des Stimmklangs,
 - Regulation von
 - o Atmung,
 - o Phonation,
 - o Artikulation,
 - o Kehlkopf- und Zungenmuskulatur.

35. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „sowie des Schluckvorganges“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Wiederherstellung oder Besserung der Sprechfunktion, insbesondere der Artikulation,
- Wiederherstellung oder Besserung des Redeflusses, unter Berücksichtigung der Entwicklungsphase, insbesondere der Sprechgeschwindigkeit, Lautstärke und Prosodie
- Wiederherstellung oder Besserung der koordinativen Leistung, insbesondere von Atmungs- und Sprechablauf,
- Gezielte Anbahnung oder Förderung von motorischer und sensorischer Sprachregion
 - o des Sprechapparates,
 - o der Atmung,
 - o der Stimme,
- Aufbau von Kommunikationsstrategien,
- Regulierung der Phonationsatmung,
- Abbau der Begleitsymptomatik.

36. § 33 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „sowie des Schluckvorganges“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Wiederherstellung oder Besserung der kognitiv-sprachlichen Funktionen mit
 - o Anbahnung sprachlicher Äußerungen,
 - o Aufbau des Sprachverständnisses,
- Wiederherstellung oder Besserung der Sprechfunktion, insbesondere der Artikulation mit
 - o Ausbildung und Erhalt der Lautsprache zur sprachlichen Kommunikation,
 - o Artikulationsverbesserung beziehungsweise Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten,
 - o Normalisierung bzw. Besserung der Laut- und Lautverbindungsbildung,
- Wiederherstellung oder Besserung des Redeflusses, insbesondere des Sprechtempos,
- Wiederherstellung oder Besserung der auditiven Wahrnehmungsfähigkeit,
- Aufbau von Kommunikationsstrategien,
- Normalisierung des Sprachklangs,
- Beseitigung der Dysfunktionen der Kehlkopf- und Zungenmuskulatur.

37. Nach § 33 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 33a Schlucktherapie

„(1) Die Schlucktherapie dient der Besserung bzw. der Normalisierung des Schluckaktes in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase sowie erforderlichenfalls der Erarbeitung von Kompensationsstrategien und der Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Anbahnung, Wiederherstellung oder Besserung des Schluckaktes in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase mit

- o Bewegungstraining der am Schlucken beteiligten Muskeln einschließlich der orofazialen Muskulatur,
- o Modifikationen des Schluckvorgangs durch Haltungsänderungen oder Schlucktechniken,
- o Beratung zu schluckphasengerechten Kostformen sowie den Umgang mit diesen,
- o dem Umgang mit speziellen Ess- und Trinkhilfen, um aspirationsfreies Schlucken zu ermöglichen.“

38. § 34 wird wie folgt gefasst:

„§ 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen

Die ärztliche Diagnostik kann in Abhängigkeit der vorliegenden Schädigung folgende Maßnahmen umfassen:

1. Stimmtherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

a. Eingangsdiagnostik

- Tonaudiogramm
- laryngo-laryngoskopischer Befund
- stroboskopischer Befund
- Stimmstatus

b. weiterführende Diagnostik

- Videostroboskopie
- Stimmfeldmessung
- Elektrolottographie
- schallspektographische Untersuchung der Stimme
- pneumographische Untersuchungen

2. Sprechtherapie bei Erwachsenen

a. Eingangsdiagnostik

- Organbefund
- laryngo-laryngoskopischer Befund
- stroboskopischer Befund
- Sprachstatus oder Stimmstatus

b. weiterführende Diagnostik

- audilogische Diagnostik
- neuropsychologische Tests
- elektrophysiologische Tests
- stroboskopischer Befund
- Hirnleistungsdiagnostik
- endoskopische Diagnostik

3. Sprachtherapie bei Erwachsenen

a. Eingangsdiagnostik

- Sprachstatus
- Organbefund
- neurologischer Befund
- Aachener Aphasiatest (AAT) (sobald die Patientin oder der Patient testfähig ist)

b. weiterführende Diagnostik

- Hirnleistungsdiagnostik
- audilogische Diagnostik

- neurologische Untersuchungen
- Sprachanalyse
- Aachener Aphasietest (AAT)

4. Sprech oder Sprachtherapie bei Kindern und Jugendlichen

a. Eingangsdiagnostik

- Tonaudiogramm
- Organbefund
- Sprachstatus

b. weiterführende Diagnostik

- Entwicklungsdiagnostik
- zentrale Hördiagnostik
- neuropädiatrische oder neurologische Untersuchungen
- Sprach- und Sprechanalyse
- Aachener Aphasietest (AAT)

5. Schlucktherapie

a. Eingangsdiagnostik

- Videoendoskopie
- Videofluoroskopie
- neurologische Untersuchung

b. weiterführende Diagnostik

- Videoendoskopie
- Videofluoroskopie
- Videostroboskopie
- Röntgenkontrastuntersuchungen
- Sonographie
- neurologische Untersuchung

39. § 35 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Maßnahmen der Ergotherapie dienen der Wiederherstellung, Besserung, Erhaltung, Aufbau oder Stabilisierung oder Kompensation krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen, sensomotorischen, perzeptiven und mentalen Funktionen und daraus resultierender Beeinträchtigungen von Aktivitäten, der Teilhabe, insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, Mobilität, der Alltagsbewältigung, Interaktion und Kommunikation sowie des häuslichen Lebens.“

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

40. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Eine motorisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen Funktionen mit und ohne Beteiligung des peripheren Nervensystems und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Wiederherstellung oder Besserung der Gelenkbeweglichkeit und Stabilität, einschließlich Gelenkschutz,
- Aufbau oder Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen, z. B. der Grob-, Fein- und Willkürmotorik,

- Aufbau oder Stabilisierung physiologischer Haltungs- und Bewegungsmuster,
- Wiederherstellung oder Besserung der Muskelkraft, -ausdauer und -belastbarkeit,
- Aufbau oder Stabilisierung eines physiologischen Gangbildes,
- Wiederherstellung oder Besserung der Rumpf- und Extremitätenkontrolle,
- Wiederherstellung oder Besserung der Sensibilität z. B. Temperatur- oder Druck- und Berührungsempfinden,
- Vermeidung der Entstehung von Kontrakturen,
- Narbenabhärtung,
- Schmerzlinderung oder Minderung schmerzbedingter Reaktionen.

(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere

- Beseitigung oder Minderung krankheitsbedingter Schädigungen motorischer Funktionen
- Wiederherstellung und Erhalt der Mobilität und Geschicklichkeit im Alltag (z.B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, Fortbewegen im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel)
- Wiederherstellung und Erhalt der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen)
- Wiederherstellung und Erhalt der Haushaltsführung (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten)
- Erlernen von Kompensationsstrategien und sichere Handhabung von Hilfsmitteln (z.B. Umgang mit Prothesen)."

b) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

41. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen der sensomotorischen oder perzeptiven Funktionen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Stabilisierung oder Aufbau der Sensibilität verschiedener Modalitäten
 - o Temperatur-, Druck- und Berührungsempfinden,
 - o Propriozeption,
 - o Vibrationsempfinden,
 - o der Sinneswahrnehmung (visuelle, auditive, taktil-haptische Wahrnehmung),
 - o Wahrnehmung schädlicher Reize,
 - o Umsetzung der Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration)
- Entwicklung oder Besserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas,
- Entwicklung oder Besserung der Gleichgewichtsfunktionen und der Haltung
- Aufbau oder Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen, z. B. der Grob-, Fein- und Willkürmotorik, Mund- und Essmotorik
- Besserung der Kognition

(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere

- Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt

- o von Aktivitäten aus dem Bereich allgemeiner Aufgaben (z.B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen)
- o der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen)
- o der Haushaltsführung (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten)
- o der Mobilität und Geschicklichkeit im Alltag (z. B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, Fortbewegen im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel)
- o Stabilisierung oder Aufbau von Aktivitäten des Gemeinschafts- und sozialen Lebens
- Erlernen von Kompensationsstrategien, ggf. unter Berücksichtigung vorhandener Hilfsmittel
- Erlangen von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaption des Lebensumfelds"

b) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

42. § 38 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird die Angabe „/“ ersetzt durch das Wort „oder“.
- b) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Ein Hirnleistungstraining oder eine neuropsychologisch orientierte Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere kognitiver Schädigungen und daraus resultierender Beeinträchtigungen von Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Stabilisierung oder Besserung globaler mentaler Funktionen, insbesondere
 - o der Orientierung zu Zeit, Ort, Person,
 - o der Intelligenz,
- Stabilisierung oder Besserung spezifischer mentaler Funktionen, insbesondere
 - o der Aufmerksamkeit,
 - o des Gedächtnisses,
 - o der Wahrnehmung (z.B. visuell, auditiv, räumlich-visuell),
 - o des Denkens,
 - o der höheren kognitiven Funktionen, wie des Abstraktionsvermögens, der Handlungsplanung, der Einsichts-, Urteils- und Problemlösevermögen.

(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere

- Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten
 - o im Bereich allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Planung und Durchführung täglicher Routinen, einfache und komplexe Aufgaben übernehmen),
 - o interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z.B. situationsgerechtes Verhalten, Familienbeziehungen),
 - o der Mobilität im Alltag (z. B. Tragen von Gegenständen, Benutzung von Transportmitteln),
 - o der Selbstversorgung (z. B. An- und Auskleiden, Waschen),
- Erlernen von Kompensationsstrategien,
- Entwicklung und Besserung der Krankheitsbewältigung,
- selbstbestimmte Lebensgestaltung.“

c) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

43. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Eine psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer Funktionen und Funktionen der Wahrnehmung und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und ggf. der Teilhabe.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Stabilisierung oder Besserung globaler mentaler Funktionen
 - o des quantitativen und qualitativen Bewusstseins,
 - o der Orientierung zu Ort, Zeit und Person,
 - o der Intelligenz (z.B. bei Demenz),
 - o globaler psychosozialer Funktionen (z.B. bei Autismus),
 - o der psychischen Energie, des Antriebs und des Schlafes,
- Stabilisierung oder Besserung spezifischer mentaler Funktionen
 - o der Aufmerksamkeit,
 - o des Gedächtnisses,
 - o der Psychomotorik (z.B. Tempo),
 - o der Emotionen (z.B. Affektkontrolle),
 - o der Wahrnehmung (räumlich-visuell),
 - o des Denkens (Denktempo, Inhalte),
 - o höherer kognitiver Funktionen, wie des Abstraktionsvermögens, und des Einsichts- und Urteilsvermögens,
 - o der Handlungsplanung,
 - o der Selbst- und Zeitwahrnehmung.

(3) Therapeutische Ziele auf Aktivitäts- und Teilhabeebene umfassen insbesondere

- Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten:
 - o aus dem Bereich allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. tägliche Routine in richtiger Reihenfolge durchführen, Tagesstrukturierung),
 - o aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmung, Aufmerksamkeit fokussieren),
 - o aus dem Bereich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (soziale Interaktion, Aufbau und Erhalt von Beziehungen)
 - o der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens (z.B. Waren des täglichen Bedarfs beschaffen),
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit, des Selbstvertrauens und der Entscheidungsfähigkeit,
- Erlernen von Kompensationsstrategien ggf. unter Nutzung vorhandener Hilfsmittel und Umgang mit externen Hilfen.“

b) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4.

44. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „/“ ersetzt durch das Wort „oder“ und werden nach dem Wort „dient“ folgende Wörter eingefügt:

„und damit die Behandlung erleichtert, verbessert oder erst möglich macht“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „gesondert“ ersetzt durch die Wörter „zusammen mit dem Heilmittel“ und die Wörter „dem vereinbarten“ ersetzt durch das Wort „demselben“.

bb) In Satz 2 wird in der Angabe „sensomotorisch/perzeptive“ der Schrägstrich ersetzt durch einen Bindestrich, das Wort „störungsbezogen“ ersetzt durch das Wort „schädigungsbezogen“ und die Angabe „(Fähigkeiten)“ gestrichen.

45. § 41 wird aufgehoben.

46. Dem § 42 werden folgende Absätze angefügt:

„(4) Neben den übergeordneten Zielen in Absatz 3 verfolgt die Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (SAS) insbesondere folgende weitere Ziele:

- Stabilisierung oder Erhalt altersabhängig im therapeutischen Zielbereich liegender Stoffwechselfparameter,
- Vermeidung schwerer geistiger oder körperlicher Behinderungen und Tod,
- Vermeidung von Mangelversorgung,
- Vermeidung, Abmilderung und Therapie von Stoffwechselentgleisungen,
- bei Schwangeren: Vermeidung von embryonalen oder fetalen Schädigungen.

(5) Neben den übergeordneten Zielen in Absatz 3 hat die Ernährungstherapie bei Cystischer Fibrose (CF) folgende Ziele:

- Erhalt des Normalgewichtes,
- Vermeidung eines Gewichtsverlustes.“

47. § 44 wird wie folgt geändert:

- a) Die Angaben „/“ werden jeweils durch das Wort „oder“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ das Komma gestrichen und nach dem Wort „Vertragsärzten“ ein Komma eingefügt.
- c) In Absatz 5 werden nach dem Wort „behandelten“ die Wörter „Patientinnen oder“ eingefügt.

48. In der Anlage 1 wird das Wort „Nichtverordnungsfähige“ ersetzt durch die Wörter „Nicht verordnungsfähige“.

49. In der Anlage 1 Buchstabe c. Nummer 2 wird die Angabe „/“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

50. Der Heilmittelkatalog wird gemäß Anhang gefasst [Anhang 1: Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen – Heilmittelkatalog].

51. Die Anlage 2 wird gemäß Anhang gefasst: [Anhang 2: Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf].

52. Der Richtlinie wird eine Anlage 3 gemäß Anhang angefügt: [Anhang 3: Anlage 3 zur Heilmittel-Richtlinie: Prüfpflicht der Therapeutinnen und der Therapeuten bezüglich Angaben auf der Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie]

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Juli/Oktober 2020 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Zweiter Teil Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (i.V.m. § 12 der HeiM-RL)

(Heilmittelkatalog)

Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen
nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Legende: Gelbe Hinterlegung: Gegenstand des 2. Stellungnahmeverfahrens

Vorbemerkung

- Die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) hängt gemäß § 12 Absatz 1 Satz 1 bei gegebener Indikation nach § 3 Absatz 5 ab von:
 - der Ausprägung und Schwere der Erkrankung,
 - den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen,
 - Beeinträchtigungen der Aktivitäten und
 - den angestrebten Therapiezielen.
- Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.
- In Bezug auf den langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V wird auf Anlage 2 der Richtlinie verwiesen.

Inhalt

Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog.....	1
I. Maßnahmen der Physiotherapie	2
1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane.....	3
2. Erkrankungen des Nervensystems.....	6
3. Erkrankungen der inneren Organe	8
4. Sonstige Erkrankungen	12
II. Maßnahmen der Podologischen Therapie.....	17
1. Diabetisches Fußsyndrom.....	17
III. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	18
1. Störungen der Stimme.....	19
1.1 Organische Störungen der Stimme.....	19
1.2 Funktionelle Störungen der Stimme.....	20
1.3 Psychogene Störungen der Stimme	21
2. Störungen der Sprache und des Sprechens.....	23
2.1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung	23
2.2 Störungen der Artikulation	25
2.3 Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit.....	26
2.4 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung.....	27
2.5 Störungen der Sprechmotorik	28
3. Störungen des Redeflusses	29
4. Störungen der Stimm- und Sprechfunktion.....	31
5. Störungen des Schluckaktes.....	32
IV. Maßnahmen der Ergotherapie.....	33
1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane.....	34
2. Erkrankungen des Nervensystems.....	37
3. Psychische Störungen.....	40
V. Maßnahmen der Ernährungstherapie.....	44
1. Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen	45
2. Mukoviszidose	47

Seite 2

Seite 3

Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog

VO	Verordnung
/VO	pro Verordnung
+	und (zusätzlich)
/	oder (alternativ)
BGM	Bindegewebsmassage
CM	Colonmassage
KG	allgemeine Krankengymnastik; auch als Atemtherapie erbringbar
KG-Gerät	Gerätgestützte Krankengymnastik mit Sequenztrainingsgeräten und/oder Hebel- und Seilzugapparaten
KG-Muko	Krankengymnastik zur Behandlung von schweren Erkrankungen der Atmungsorgane z.B. bei Mukoviszidose oder bei Lungenerkrankungen, die der Mukoviszidose vergleichbare pulmonale Schädigungen aufweisen
KG-ZNS	spezielle Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des ZNS bzw. des Rückenmarks nach Vollendung des 18. Lebensjahrs unter Einsatz der neurophysiologischen Techniken nach Bobath, Vojta oder PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation)
KG-ZNS-Kinder	spezielle Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des ZNS bzw. des Rückenmarks längstens bis Vollendung des 18. Lebensjahrs unter Einsatz der neurophysiologischen Techniken nach Bobath oder Vojta.
KMT	Klassische Massagetherapie
MLD-30	Manuelle Lymphdrainage, Therapiedauer 30 Min. an der Patientin oder dem Patienten (Teilbehandlung)
MLD-45	Manuelle Lymphdrainage, Therapiedauer 45 Min. an der Patientin oder dem Patienten (Großbehandlung)
MLD-60	Manuelle Lymphdrainage, Therapiedauer 60 Min. an der Patientin oder dem Patienten (Ganzbehandlung)
MT	Manuelle Therapie
PM	Periostmassage
SM	Segmentmassage
UWM	Unterwasserdruckstrahlmassage

I. Maßnahmen der Physiotherapie

1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane.....	3
2. Erkrankungen des Nervensystems.....	6
3. Erkrankungen der inneren Organe.....	8
4. Sonstige Erkrankungen.....	12

1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
WS Wirbelsäulenerkrankungen z. B. - Blockierungen - Degenerative WS-Erkrankungen - Wirbelsäulenverletzungen - Spondylolisthesis - Bandscheibenprolaps - Skoliosen/Kyphosen ohne und mit Korsettversorgung - behandlungsbedürftige Haltungsstörungen (obligat positiver Mathiasstest) - Floride juvenile Hyperkyphosen - Seronegative Spondylarthropathien (z.B. reaktive Arthritis, Psoriasisarthritis) - Osteoporose - Myotendopathien - Entzündlich-rheumatische WS-Erkrankungen - Muskulärer Schiefhals	a) Schädigung der Bewegungs-segmente z. B. - der discoligamentären Strukturen (z. B. Instabilität, Hypermobilität) - der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität - mit lokalem / (pseudo)-radikulärem Schmerz b) Schädigung/Störung der Muskelfunktion z. B. - der Muskelkraft, -ausdauer und -koordination - des Muskeltonus - sekundäre Schmerzen (Myalgien, Schmerzfehlhaltungen) x) [patientenindividuelle Symptomatik]	vorrangige Heilmittel: - KG - KG Gruppe - KG-Gerät - KG im Bewegungsbad - KG im Bewegungsbad Gruppe - MT - Übungsbehandlung - Übungsbehandlung Gruppe - Übungsbehandlung im Bewegungsbad - Übungsbehandlung im Bewegungsbad Gruppe - Chirogymnastik - KMT - UWM - SM - PM - BGM ergänzende Heilmittel: - Wärmetherapie - Kältetherapie - Traktion - Elektrotherapie - Hydroelektrische Bäder Standardisierte Heilmittelkombination (bei komplexen Schädigungen gemäß §§12 Absatz 5 und § 25 Heilm-RL)	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 18 Einheiten davon jeweils bis zu 12 Einheiten für - standardisierte Heilmittelkombination - Massagetherapien Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszus schöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Seite 3

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
EX Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens z. B. - Verletzungen, Frakturen - Zustand nach operativen Eingriffen - Arthrosen - Periarthropathien, Tendopathien - Bandersatz, Arthrodesen - Amputationen - entzündliche, auch rheumatische Gelenkerkrankungen - Entzündliche Systemerkrankungen (z.B. Kollagenosen) - Sympathische Reflexdystrophie Stadium I bis III - Luxationen (z.B. Hüfte, Patella, Schulter) - angeborene und erworbene Fehlhaltungen und Fehlstellungen der Füße - Fehlbildungen - Stoffwechselerkrankungen des Knochens (z.B. Osteogenesis imperfecta, Morbus Paget)	a) Schädigung/Störung der Gelenkfunktion (einschließlich des zugehörigen Kapsel-Band-Apparats und der umgreifenden Muskulatur) z. B. - der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität - Schmerz (einschließlich Stumpf-, Phantomschmerz) b) Schädigung/Störung der Muskelfunktion z. B. - der Muskelkraft, -ausdauer und -koordination - des Muskeltonus - Schmerzen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	vorrangige Heilmittel: - KG - KG Gruppe - KG-Gerät - KG im Bewegungsbad - KG im Bewegungsbad Gruppe - MT - Übungsbehandlung - Übungsbehandlung Gruppe - Übungsbehandlung im Bewegungsbad - Übungsbehandlung im Bewegungsbad Gruppe - Chirogymnastik - KMT - UWM - SM - PM - BGM Ergänzende Heilmittel: - Wärmetherapie - Kältetherapie - Elektrotherapie - Hydroelektrische Bäder Standardisierte Heilmittelkombination (bei komplexen Schädigungen gemäß §§12 Absatz 5 und § 25 Heilm-RL)	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 18 Einheiten - bis zu 50 Einheiten längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres davon jeweils bis zu 12 Einheiten für - standardisierte Heilmittelkombination - Massagetherapien Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszus schöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Seite 4

Diagnosegruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik:	Heilmittel	Verordnungsmengen	weitere Hinweise
CS Chronifiziertes Schmerzsyndrom z. B. - neuropathische Schmerzen - Neuralgie, Kausalgie - Chronisches Regionales Schmerzsyndrom - Fibromyalgie - Phantomschmerzen nach Amputationen	a) chronische Schmerzen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - KG - KG Gruppe - KG im Bewegungsbad - KG im Bewegungsbad Gruppe - KG-Gerät - KMT - Übungsbehandlung - Übungsbehandlung Gruppe - Übungsbehandlung im Bewegungsbad - Übungsbehandlung im Bewegungsbad Gruppe - UWM - PM - SM - BGM Ergänzende Heilmittel: - Elektrotherapie - Wärmetherapie - Kältherapie - Hydroelektrische Bäder	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 18 Einheiten davon bis zu 12 Einheiten für Massage-techniken Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszus schöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

2. Erkrankungen des Nervensystems

Diagnosegruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik:	Heilmittel	Verordnungsmengen	weitere Hinweise
ZN ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks/ Neuromuskuläre Erkrankungen z. B. - prä-, peri-, postnatale Schädigungen (z.B. infantile Cerebralparese) - Fehlbildungssyndrome (z. B. Meningomyelocele, Spina bifida) - zerebrale Ischämie, Blutung, Hypoxie, Tumor - Schädelhirn- und Rückenmarkverletzungen - Meningoencephalitis, Poliomyelitis - Querschnittssyndrome - Vorderhornkrankungen des Rückenmarks - Amyotrophe Lateralsklerose - M. Parkinson - Multiple Sklerose - Syringomyelie - Spinalis anterior Syndrom - Muskeldystrophie, -atrophie	a) Schädigung/Störung der Bewegungs- und Sinnesfunktion z.B. - Kontrolle der Willkürbewegung (z.B. Koordinationsstörung, Sensibilitätsstörungen) - Unwillkürliche Bewegung (z.B. Ataxie, Dystonie, Athetose) - Posturale Kontrolle b) Schädigung/Störung der Muskelfunktion z.B. - Muskelkraft (z.B. Hemiparese, Paraparese Tetraparese) - Muskeltonus (z.B. spastische Tonuserhöhung, Hypotonie) x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - KG - KG Gruppe - KG im Bewegungsbad - KG im Bewegungsbad Gruppe - KG-ZNS - KG-ZNS-Kinder* Ergänzende Heilmittel: - Wärmetherapie - Kältherapie - Elektrotherapie - Elektrostimulation	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 30 Einheiten - bis zu 50 Einheiten längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszus schöpfen. * KG-ZNS-Kinder: längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
PN Periphere Nervenläsionen Muskelerkrankungen z. B. - periphere Paresen (auch orofazial) - radikuläre Paresen - Verletzungen der Nerven - Polyneuropathien - Plexusparesen - Polyneuritis - Myasthenia gravis - entzündliche Muskelerkrankungen - metabolische Muskelerkrankungen	a) Schädigung/Störung der Bewegungsfunktion z.B. - Kontrolle der Willkürbewegung (auch Koordinationsstörung) - unwillkürliche Bewegungsreaktion (z.B. Körperhaltung, Gleichgewichtsreaktion) - Sensibilitätsstörungen b) Schädigung/Störung der Muskelfunktion z.B. - Muskelkraft (z.B. Monoparesen, Paraparesen, Tetraparesen) - Muskeltonus (z.B. Hypotonie) x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - KG - KG Gruppe - KG im Bewegungsbad - KG im Bewegungsbad Gruppe Ergänzende Heilmittel: - Wärmetherapie - Kältetherapie - Elektrotherapie - Elektrostimulation	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Seite 7

3. Erkrankungen der inneren Organe

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
AT Störungen der Atmung z. B. - Pneumonie, Pleuritis - Asthma bronchiale - COPD - Lungenemphysem - Lungenfibrose - Thoraxverletzung, -operation, einschließlich Tracheostoma - ZNS- und Erkrankungen des Rückenmarks - neuromuskuläre Erkrankungen - bei chronisch persistierenden Atemwegserkrankungen wie - Mukoviszidose - Bronchiektasie - primäre ziliäre Dyskinesie	a) Schädigung/Störung der Atmungsfunktion z. B. - bronchiale Obstruktion - Atemfrequenz-, -rhythmus-, -tiefe - Husten (mit und ohne Auswurf) - Dyspnoe b) Schädigung der Atemmuskulatur (einschließlich Zwerchfell und Atemhilfsmuskulatur) z.B. - Thorakale Schmerzen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - KG (Atemtherapie) - KG (Atemtherapie) Gruppe - KG-Muko - Inhalation - BGM Ergänzende Heilmittel: - KMT - Wärmetherapie (insbesondere heiße Rolle) - Inhalation	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 18 Einheiten - bis zu 50 Einheiten bei Mukoviszidose oder bei vergleichbaren pulmonalen Erkrankungen Die Begrenzung auf 12 Einheiten je Verordnungsfall für Maßnahmen der Massagetherapie gilt hier nicht (vgl. § 12 Absatz 7 Heilm-RL). Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Seite 8

Seite 9

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
GE Arterielle Gefäßerkrankungen (bei konservativer Behandlung, nach interventioneller/operativer Behandlung) z. B. - periphere arterielle Verschlusskrankheit (Stadium IIa und IIb nach Fontaine) - M. Raynaud - offene oder perkutane Angioplastie - peripherer Bypass - arterieller Embol-/ Thrombektomie und Rekonstruktion	a) Schmerzen der Extremitäten (unter Belastung, Claudicatio) b) Schädigung/Störung der Muskelfunktion z.B. - Muskelkraft, -ausdauer - des Muskeltonus (z. B. Muskelverkürzungen, Muskelverspannung) x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - KG - KG Gruppe - Übungsbehandlung - Übungsbehandlung Gruppe Ergänzende Heilmittel: - Wärmetherapie - Kältetherapie	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 18 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

Seite 10

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
LY Lymphabflussstörungen - Stadium I: Ödem von weicher Konsistenz, Hochlagern reduziert Schwellung - Stadium II: Ödem mit sekundären Gewebeveränderungen, Hochlagern beseitigt die Schwellung nicht - Stadium III: deformierende harte Schwellung, z. T. lobuläre Form, z.T. mit typischen Hautveränderungen. z. B. - Primäres hereditäres Lymphödem - Sekundäre Lymphödeme, z.B. nach operativen Eingriffen, nach Bestrahlung, malignen Prozessen, traumatisch/posttraumatisch - Lipödem mit Lymphödem - Phlebo-Lymphödem	a) Schädigung der Lymphgefäße, Lymphknoten, Kapillaren b) Schädigung der Haut (Verdickung von Kutis, Subkutis, trophische Veränderungen der Epidermis) c) Schmerzen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - MLD-30 - MLD-30 + Kompressionsbandagierung* - MLD-45 - MLD-45 + Kompressionsbandagierung* - MLD-60 - MLD-60 + Kompressionsbandagierung* Ergänzende Heilmittel: - Wärmetherapie (insbesondere heiße Rolle) - Kältetherapie - Elektrotherapie - Übungsbehandlung - Übungsbehandlung Gruppe - Übungsbehandlung im Bewegungsbad - Übungsbehandlung im Bewegungsbad Gruppe	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2 * Erforderliche Kompressionsbinden sind als Verbandsmittel gesondert zu verordnen, sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind.

4. Sonstige Erkrankungen

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
SO1 Störung der Dickdarmfunktion z. B. - neurogene Darmlähmungen bei ZNS-Erkrankungen/ Rückenmarkserkrankungen - Colon irritabile - Colitis ulcerosa - M. Crohn - Megakolon	a) Schädigung/Störung der Defäkationsfunktion z.B. - der Stuhlhäufigkeit-, -konsistenz - Flatulenz b) Schmerzen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - CM - BGM Ergänzende Heilmittel: - Wärmetherapie	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 18 Einheiten <i>Die Begrenzung auf 12 Einheiten je Verordnungsfal für Maßnahmen der Massagetherapie gilt hier nicht (vgl. § 12 Absatz 7 Heilm-RL).</i> Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosengruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
SO2 Störungen der Ausscheidung (Stuhlinkontinenz, Harninkontinenz), z.B. - Beckenbodeninsuffizienz - Postoperative und Bestrahlungsfolgen - ZNS- und Erkrankungen des Rückenmarks	a) Schädigung/Störung der Stuhlinkontinenz b) Schädigung/Störung der Harnkontinenz x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - KG - KG Gruppe - Übungsbehandlung - Übungsbehandlung Gruppe Ergänzende Heilmittel: - Elektrotherapie	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 18 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosengruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
SO3 Schwindel unterschiedlicher Genese und Ätiologie z. B. - vestibulärer Schwindel - benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel	a) Schädigung/Störung der vestibulären Funktion z.B. - des vestibulären Lagesinns, Gleichgewichtssinn, vestibulären Bewegungssinn b) Schwindelgefühl, Fallneigung x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - KG - KG Gruppe - Übungsbehandlung - Übungsbehandlung Gruppe	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 18 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosengruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
SO4 Sekundäre periphere trophische Störungen bei Erkrankungen - der peripheren Gefäße - des peripheren Nervensystems	a) Schädigung/Störung der Blutgefäßfunktion b) Schädigung des sympathischen Nervensystems x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - CO2-Bad Ergänzende Heilmittel: - Wärmetherapie - Kältetherapie - Elektrotherapie - BGM - SM - PM	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 18 Einheiten Die Begrenzung auf 12 Einheiten je Verordnungsfall für Maßnahmen der Massagetherapie gilt hier nicht (vgl. § 12 Absatz 7 HeilM-RL). Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Seite 15

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosengruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
SO5 - chronische Adnexitis - chronische Prostatitis	a) Schmerzen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel: - Wärmetherapie (mittels Peloidbädern / Wärmepackungen) Ergänzende Heilmittel: - BGM	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 18 Einheiten Die Begrenzung auf 12 Einheiten je Verordnungsfall für Maßnahmen der Massagetherapie gilt hier nicht (vgl. § 12 Absatz 7 HeilM-RL). Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Seite 16

II. Maßnahmen der Podologischen Therapie

1. Diabetisches Fußsyndrom

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise	
DF Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und/oder Angiopathie - im Stadium Wagner 0 z. B. - abgeheiltes Plantar-Ulcus	a) Hyperkeratose (schmerzlos und schmerzhaft) b) Pathologisches Nagelwachstum (Verdickung, Tendenz zum Einwachsen) c) Hyperkeratose und pathologisches Nagelwachstum	Vorrangige Heilmittel_ a) Hornhautabtragung b) Nagelbearbeitung c) Podologische Komplexbehandlung	Höchstmenge je VO: - bis zu 6x/VO Frequenzempfehlung: - alle 4 bis 6 Wochen Bei allen Maßnahmen erfolgen Instruktionen zur individuell durchführbaren Haut- und Fußpflege sowie Inspektionen des Schuhwerks und der Einlagen. In der Podologischen Therapie sind keine orientierenden Behandlungsmengen gemäß § 7 Absatz 1 festgelegt.	

III. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

1. Störungen der Stimme.....	19
1.1 Organische Störungen der Stimme.....	19
1.2 Funktionelle Störungen der Stimme.....	20
1.3 Psychogene Störungen der Stimme	21
2. Störungen der Sprache und des Sprechens.....	23
2.1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung	23
2.2 Störungen der Artikulation	25
2.3 Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit.....	26
2.4 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung.....	27
2.5 Störungen der Sprechmotorik	28
3. Störungen des Redeflusses	29
4. Störungen der Stimm- und Sprechfunktion.....	31
5. Störungen des Schluckaktes	32

1. Störungen der Stimme

1.1 Organische Störungen der Stimme

Diagnosengruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung	
		Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
ST1 Organisch bedingte Erkrankungen der Stimme z. B. - Kehlkopfneubildungen - Kehlkopfverletzungen - Periphere oder zentrale neurogene Stimmrinnenminderbeweglichkeit (Stimmrinnenparese, Stimmrinnenparalyse) - Veränderte Kehlkopf-anatomie und -physiologie nach (Tumor-)Operationen - Hormonelle Stimmstörungen - Operative Eingriffe an Stimmrinnen und Kehlkopf (einschließlich Laryngotomie) - krankhafter Verlauf des Stimmrinnenbruchs - krankhafter Verlauf des Stimmrinnenbruchs - Zustand nach Laryngotomie	a) Schädigung der Stimme mit eingeschränkter stimmlicher Belastbarkeit z.B. - Lautstärke, Ausdauer - Tonhöhe und -umfang - Druck und Schmerz b) Schädigung der Stimme mit Heiserkeit, Beeinträchtigung des Stimmklanges z.B. - eine Kombination von Rauigkeit und Behauchtheit - Heiserkeit bis zur Aphonie c) Schädigung der Stimme mit gestörter Phonationsatmung z.B. - zu hoher Luftverbrauch beim Sprechen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Stimmtherapie-30 Stimmtherapie-45 Stimmtherapie-60 Stimmtherapie-Gruppe-45 Stimmtherapie-Gruppe-90	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 20 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

1.2 Funktionelle Störungen der Stimme

Diagnosengruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung	
		Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
ST2 Funktionell bedingte Erkrankungen der Stimme z. B. - Glottische Hyper- oder Hypofunktion - Supraglottische Hyperfunktion (z.B. habituelle Taschenfaltenstimme) - Extraglottische Hyperfunktion (z.B. Kehlkopfhochstand)	a) Schädigung der Stimme mit eingeschränkter stimmlicher Belastbarkeit z.B. - Lautstärke, Ausdauer - Tonhöhe und -umfang - Druck und Schmerz b) Schädigung der Stimme mit Heiserkeit, Beeinträchtigung des Stimmklanges z.B. - eine Kombination von Rauigkeit und Behauchtheit - Heiserkeit bis zur Aphonie c) Schädigung der Stimme mit gestörter Phonationsatmung z.B. - zu hoher Luftverbrauch beim Sprechen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Stimmtherapie-30 Stimmtherapie-45 Stimmtherapie-60 Stimmtherapie-Gruppe-45 Stimmtherapie-Gruppe-90	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 20 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.

1.3 Psychogene Störungen der Stimme

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosengruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
ST3 Psychogene Aphonie	a) plötzlich eingetretene Stimmlosigkeit mit tonalem Husten/Räuspern z.B. - infolge akuter oder chronischer psychischer Belastungen x) patientenindividuelle Symptomatik]	Stimmtherapie-30 Stimmtherapie-45 Stimmtherapie-60 Stimmtherapie-Gruppe-45 Stimmtherapie-Gruppe-90	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 10 Einheiten Frequenzempfehlung: - täglich, bis zu mehrere Einheiten pro Tag - ggf. Einleitung einer Psychotherapie <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i>

Seite 21

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosengruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
ST4 Psychogene Dysphonie	a) Schädigung der Stimme mit langsam progredienter Heiserkeit mit tonalem Husten/Räuspern x) patientenindividuelle Symptomatik]	Stimmtherapie-30 Stimmtherapie-45 Stimmtherapie-60 Stimmtherapie-Gruppe-45 Stimmtherapie-Gruppe-90	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 20 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i>

Seite 22

2. Störungen der Sprache und des Sprechens

2.1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung

Diagnosengruppe	Indikation	Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
SP1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung z. B. bei - prä-, peri-, postnatalen Hirnschädigungen - genetisch bedingten Krankheiten - Sprachentwicklungsstörungen (expressiv oder rezeptiv betont) - Anomalien der Sprechorgane - anlagebedingter familiärer Sprachschwäche mit Krankheitswert - peripheren und zentralen Hörstörungen	a) Schädigung der kognitiv-sprachlichen Funktionen - mit nicht altersgemäß entwickeltem Wortschatz - mit nicht altersgemäß entwickeltem Satzbau und/oder morphologischer Regelbildung - mit nicht altersgemäß entwickeltem Sprachverständnis b) Schädigung der Sprechfunktionen - der Artikulation - des Redeflusses c) Schädigung der Hörfunktionen - der auditiven Merkspanne x) patientenindividuelle Symptomatik]	Sprech- und Sprachtherapie -30 Sprech- und Sprachtherapie -45 Sprech- und Sprachtherapie -60 Sprech- und Sprachtherapie-Gruppe-45 Sprech- und Sprachtherapie -Gruppe-90	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 60 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschoöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Diagnosengruppe	Indikation	Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
SP2 Störungen der auditiven Wahrnehmung z.B. - AVWS (Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung)	a) Störungen der zentralen Hörfunktionen in Form von nicht altersgemäßem Sprachverstehen im Störschall b) Störungen der zentralen Hörfunktionen in Form von nicht altersgemäßer Sprachlautunterscheidung/ phonologischer Bewusstheit x) patientenindividuelle Symptomatik]	Sprachtherapie-30 Sprachtherapie-45 Sprachtherapie-60 Sprachtherapie-Gruppe-45 Sprachtherapie-Gruppe-90	Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 20 Einheiten Verordnungsfähig nur aufgrund einer neuropsychologischen Untersuchung und zentralen Hördiagnostik Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschoöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

2.2 Störungen der Artikulation

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosesstellung		Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
SP3 Störungen der Artikulation, Dyslalie z. B. bei - prä-, peri-, postnatale Hirnschädigungen - genetisch bedingten Krankheiten orofazialen Störungen - Anomalien der Zahnung oder Dysgnathien - sprachliche Reifestörung aufgrund von Anomalien der Zahnstellung, des Kiefers und des Gaumens - peripheren und zentralen Hörstörungen	a) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der altersgemäßen Aussprache einzelner/ mehrerer Sprachlaute b) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der altersgemäßen Mundmotorik/sensorik c) Schädigung der Sprachdifferenzierung z.B. - mit Störung der rezeptiven Diskrimination und der zentralen phonologischen und expressiv phonetischen Prozesse x) patientenindividuelle Symptomatik]	Sprech- und Sprachtherapie-30 Sprech- und Sprachtherapie-45 Sprech- und Sprachtherapie-60 Sprech- und Sprachtherapie-Gruppe-45 Sprech- und Sprachtherapie-Gruppe-90	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

2.3 Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosesstellung		Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
SP4 Störungen des Sprechens/der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit z. B. bei - angeborene Fehlbildungen - Infektionen - Nebenwirkung ototoxischer Medikamente - Hörsturz - Trauma - Versorgung mit Hörimplantaten z.B. Mittelohrimplantaten, Knochenleitungsimplantaten, Cochlea Implantaten	a) Schädigung der Sprech- und Sprachfunktion mit gestörter/fehlender lautsprachlicher Kommunikation x) patientenindividuelle Symptomatik]	Sprech- und Sprachtherapie-30 Sprech- und Sprachtherapie-45 Sprech- und Sprachtherapie-60 Sprech- und Sprachtherapie-Gruppe-45 Sprech- und Sprachtherapie-Gruppe-90	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 50 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

2.4 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
SP5 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung Aphasien und Dysphasien z. B. bei - zerebrale Ischämie, Blutung, Tumor - Schädel-Hirn-Trauma - Zustand nach Hirnoperationen - infektiöse ZNS-Erkrankungen (Meningitis, Enzephalitis) - Neurodegenerative und entzündliche ZNS-Erkrankung	a) Schädigungen der kognitiv-sprachlichen Funktionen z. B. - des Satzbaus, der Grammatik, der Aussprache und des Sprachverständnisses - der Wortfindung - des Lesens und Schreibens b) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der Artikulation c) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung des Redeflusses und des Sprechtempo x) patientenindividuelle Symptomatik]	Sprachtherapie-30 Sprachtherapie-45 Sprachtherapie-60 Sprachtherapie-Gruppe-45 Sprachtherapie-Gruppe-90	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 60 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

2.5 Störungen der Sprechmotorik

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
SP6 Störungen der Sprechmotorik Dysarthrie/ Dysarthrophonie/ Sprechapraxie z. B. bei - zerebraler Ischämie, Blutung, Tumor - Schädel-Hirn-Trauma - entzündlichen ZNS-Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose) - neurodegenerativen ZNS-Erkrankungen (z.B. Amyotrophe Lateralsklerose, Ataxien, M. Parkinson) - neuromuskulären Erkrankungen (z.B. Myasthenia gravis) - infantile Zerebralparese	a) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der Artikulation b) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung des Redeflusses und des Sprechtempo c) Schädigung der Stimmfunktion z. B. - prosodische Störungen, - Heiserkeit und Lautstärkeschwankungen x) patientenindividuelle Symptomatik]	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie-30 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie-45 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie-60 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie-Gruppe-45 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie-Gruppe-90	Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 60 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

3. Störungen des Redeflusses

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
RE1 Störungen des Redeflusses Stottern z. B. bei - Erkrankungen des ZNS - psychischen Erkrankungen - somatischem oder psychischem Trauma - idiopathischem Stottern	a) Störungen des Redeflusses in Form von unfreiwilligen Wiederholungen von Lauten und Silben, Dehnungen und Blockierungen b) Störungen des Redeflusses mit ausgeprägter Begleitsymptomatik - z.B. negatives Störungsbewusstsein oder Vermeidungsverhalten x) [patientenindividuelle Symptomatik]		Sprechtherapie-30 Sprechtherapie-45 Sprechtherapie-60 Sprechtherapie Gruppe-45 Sprechtherapie Gruppe-90	Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 50 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Physiologische Sprechunflüssigkeiten sind keine Indikation für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Seite 29

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
RE2 Störungen des Redeflusses Poltern z. B. bei - Erkrankungen des ZNS - konstitutionelle Ursachen	a) Störungen des Redeflusses mit überhafter Sprache/undeutlicher Aussprache b) Störungen des Redeflusses mit Temposchwankungen beim Sprechen c) Störungen des Redeflusses mit ausgeprägtem Störungsbewusstsein, Vermeidungsverhalten x) [patientenindividuelle Symptomatik]		Sprechtherapie-30 Sprechtherapie-45 Sprechtherapie-60 Sprechtherapie Gruppe-45 Sprechtherapie Gruppe-90	Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 20 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Seite 30

4. Störungen der Stimm- und Sprechfunktion

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
SF Störungen der Stimm- und Sprechfunktion Rhinophonie z. B. infolge - Rhinophonia (aperta, clausa, mixta) - Velopharyngeale Insuffizienz - Peripherer oder zentraler Gaumensegelpareesen - Gaumensegeldefekten (z.B. nach Tumoren, nach OP) - Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten	a) Schädigung des Stimmklangs z.B. - dumpfer farbloser Stimmklang - zu starke/ zu schwache Nasenresonanz bis hin zur nasalen Regurgitation b) Schädigung der Sprechfunktion mit Störung der Artikulation z.B. - verwaschene Sprache c) Schädigung der Sprechfunktion infolge einer Hyperfunktion der Kehlkopf-/Zungenmuskulatur x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Sprech- und Stimmtherapie-30 Sprech- und Stimmtherapie-45 Sprech- und Stimmtherapie-60	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 20 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

5. Störungen des Schluckaktes

Diagnosengruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung		Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
SC Krankhafte Störungen des Schluckaktes Dysphagie (Schluckstörung) z. B. - zerebrale Ischämie, Blutung, Tumor - prä-, peri-, postnatalen Hirnschädigungen - genetisch bedingte Erkrankungen - infektiöse ZNS-Erkrankungen (Meningitis, Enzephalitis) - Neurodegenerative und entzündliche ZNS-Erkrankung (Morbus Parkinson, Multipler Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose) - Demenz - Kopf-Hals-Tumoren - neuromuskuläre Erkrankungen (Mysathenia gravis, Dystonie, Dystrophie) - Schädel-Hirn-Trauma - Operationen oder Bestrahlung	a) Schädigung des Schluckaktes in der oralen Phase z.B. - gestörte orale Boluskontrolle, Drooling, Leaking b) Schädigung des Schluckaktes in der pharyngealen Phase z.B. - verzögerte Auslösung des Schluckreflexes c) Schädigung des Schluckaktes in der oesophagealen Phase z.B. - laryngaleere Penetration - Aspiration x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Schlucktherapie-30 Schlucktherapie-45 Schlucktherapie-60	Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 60 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

IV. Maßnahmen der Ergotherapie

1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane..... 34
 2. Erkrankungen des Nervensystems..... 37
 3. Psychische Störungen..... 40

1. Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
SB 1 Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen) z. B. bei - degenerativen Gelenkerkrankungen - traumatischen Gelenkerkrankungen/ Operationsfolgen - Spondyloarthritiden (z. B. M. Bechterew) - Entzündlich-rheumatische Erkrankungen (z. B. reaktive Arthritis, Arthritis psoriatica, Rheumatoide Arthritis, Arthritis bei Kollagenosen) - WS-Frakturen (auch postoperativ) - Schultersteife - Arthrogryposis multiplex congenita - Endoprothesenimplantation	a) Schädigung der Wirbelsäulen- und Gelenkfunktion z. B. - Beweglichkeit und Stabilität der Wirbelsäule - Haltung und Haltungskontrolle - der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität b) Schädigung der Muskelfunktion z.B. - der Muskelkraft, -ausdauer, -tonus und -koordination - Schmerz x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel - Motorisch-funktionelle Behandlung - Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Motorisch-funktionelle Behandlung Gruppe Ergänzende Heilmittel - Thermische Anwendungen	Höchstmenge je VO - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 20 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe	Heilmittel	Verordnungsmengen je Diagnose ----- weitere Hinweise
SB 2 Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen und sensorisch-perzeptiven Schädigungen) z.B. bei - Wirbelsäulenerkrankungen mit radikulären Schädigungen - Arthrodesen/Spondylodesen - Kontrakturen/ Narben nach Verbrennungen/ Verätzungen - Amputationen - Kompartmentsyndrom - Traumatisch bedingten Gelenkerkrankungen/ Operationsfolgen - Angeborenen Fehlbildungen (z.B. Dysmelie) - Sympathische Reflexdystrophie Stadium II und III	a) Schädigung der Wirbelsäulen- und Gelenkfunktion z.B. - der discoligamentären Strukturen (z. B. Instabilität, Hypermobilität) - Haltung und Haltungskontrolle - der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität b) Schädigung der Muskelfunktion z.B. - der Muskelkraft, -ausdauer, -tonus und -koordination - Schmerz c) Schädigung der Sinnes- und Bewegungsfunktionen z.B. - Körperwahrnehmung/Sensibilität - Koordination - Grob- und Feinmotorik x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel - Motorisch-funktionelle Behandlung - Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Motorisch-funktionelle Behandlung Gruppe - Sensorisch-perzeptive Behandlung - Sensorisch-perzeptive Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Sensorisch-perzeptive Behandlung Gruppe Ergänzende Heilmittel - Thermische Anwendungen	Höchstmengen je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe	Heilmittel	Verordnungsmengen je Diagnose ----- weitere Hinweise
SB 3 System- und Autoimmunerkrankungen mit Bindegewebe-, der Muskel- und Gefäßbeteiligung (mit motorisch-funktionellen/ sensorisch-perzeptiven Schädigungen) z.B. - Sklerodermie - Systemischer Lupus erythematodes - Polymyositis - Mischkollagenosen (Sharp-Syndrom) - Myasthenie - Myotonie - Muskeldystrophie	a) Schädigung der Gelenkfunktionen z.B. - der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität b) Schädigung der Muskelfunktion z.B. - der Muskelkraft, -ausdauer, -tonus und -koordination - Schmerz c) Schädigung der Sinnes- und Bewegungsfunktionen z.B. - Körperwahrnehmung/Sensibilität - Koordination - Grob- und Feinmotorik x) [patientenindividuelle Symptomatik]	Vorrangige Heilmittel - Motorisch-funktionelle Behandlung - Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Motorisch-funktionelle Behandlung Gruppe - Sensorisch-perzeptive Behandlung - Sensorisch-perzeptive Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Sensorisch-perzeptive Behandlung Gruppe	Höchstmengen je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i> Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

2. Erkrankungen des Nervensystems

Diagnosegruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe	Heilmittel	Verordnungsmengen je Diagnose weitere Hinweise	
EN1 ZNS-Erkrankungen (Gehirn) Entwicklungsstörungen z. B. - prä-, peri-, postnatale Schädigungen (z. B. infantile Cerebralparese) - Fehlbildungssyndrome (z. B. Hydrozephalus) - Genetische Syndrome (z. B. Trisomie 21) - zerebrale Ischämie, Blutung, Hypoxie, Tumor - Schädel-Hirn-Trauma - Meningoencephalitis - M. Parkinson - Multiple Sklerose - Amyotrophe Lateralsklerose	a) Schädigung der Bewegungsfunktionen - unwillkürliche Bewegungsreaktion (z. B. Gleichgewicht), - Kontrolle von Willkürbewegungen (z. B. Grob- und Feinmotorik, Koordination) - Funktion der Muskelkraft, -tonus, (z. B. Hemiparesse, Spastik) b) Schädigung der Sinnesfunktionen - Gesichtsfeld, Körperwahrnehmung - Sensibilität, Propriozeption c) Schädigung der mentalen Funktionen - Aufmerksamkeit, Gedächtnis - Psychomotorik, Wahrnehmung - Höhere kognitive Funktionen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	vorrangige Heilmittel - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung Gruppe* - Motorisch-funktionelle Behandlung - Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Motorisch-funktionelle Behandlung Gruppe* - Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Behandlung - Hirnleistungstraining Gruppe - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlung Gruppe ergänzendes Heilmittel - Thermische Anwendungen	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 40 Einheiten - bis zu 60 Einheiten, längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszus schöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

Diagnosegruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe	Heilmittel	Verordnungsmengen je Diagnose weitere Hinweise	
EN2 ZNS-Erkrankungen (Rückenmark)/ Neuromuskuläre Erkrankungen z. B. - Fehlbildungssyndrome (z. B. Spina bifida) - Querschnittssyndrome, komplett/inkomplett - Vorderhornschädigungen (z. B. Poliomyelitis, spinale Muskelatrophie) - Amyotrophe Lateralsklerose - Multiple Sklerose - spinale Muskelatrophie	a) Schädigung der Bewegungsfunktionen - Funktion der Muskelkraft, -tonus (z.B. Paraparesse, Tetraparesse, Muskelhypertonie/ -hypotonie) - Kontrolle von Willkürbewegungen (z. B. Koordination) b) Schädigung der Sinnesfunktionen - Sensibilität, Propriozeption (z. B. Temperatur, Tiefensensibilität) c) Schädigung der mentalen Funktionen - psychosoziale und emotionale Funktionen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	vorrangige Heilmittel - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung Gruppe - Motorisch-funktionelle Behandlung - Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Motorisch-funktionelle Behandlung Gruppe - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlung Gruppe	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 40 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszus schöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2	

Diagnosegruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe		Heilmittel	Verordnungsmengen je Diagnose weitere Hinweise
EN3 Periphere Nervenläsionen/Muskelerkrankungen z. B. - periphere Paresen - Plexusparesen - Polyneuropathien - Myopathien (z. B. metabolische, entzündliche Myopathien)	a) Schädigung der Bewegungsfunktionen - Funktion der Muskelkraft, -tonus (z. B. Para-, Tetraparese, Muskelhypotonie, Muskelatrophie) - Kontrolle von Willkürbewegungen (z. B. Grob- und Feinmotorik) b) Schädigung der Sinnesfunktionen - Sensibilität (z. B. Temperatur, Druck) x) [patientenindividuelle Symptomatik]		vorrangige Heilmittel - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung Gruppe - Motorisch-funktionelle Behandlung - Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene - Motorisch-funktionelle Behandlung Gruppe*	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 20 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

3. Psychische Störungen

Diagnosegruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe		Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
PS1 Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend z. B. - ADS/ADHS - frühkindlicher Autismus - Störung des Sozialverhaltens - Essstörung (z.B. Anorexie, Bulimie) - Emotionale Störung im Kindesalter	a) Schädigung der globalen mentalen Funktionen z. B. - Psychosoziale Funktionen - Temperament und Persönlichkeit - Antrieb b) Schädigung der spezifischen mentalen Funktionen z. B. - Aufmerksamkeit, Gedächtnis - Psychomotorik, Verhalten - emotionale Funktionen, Selbstwahrnehmung - Denken, höhere kognitive Funktionen x) [patientenindividuelle Symptomatik]		vorrangige Heilmittel - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlung Gruppe - Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Behandlung - Hirnleistungstraining Gruppe - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung - Sensomotorisch-perzeptive Behandlung Gruppe	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 40 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Verordnung nur aufgrund einer kinder- und jugendpsychiatrischen/neuropädiatrischen Eingangsdagnostik Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen. Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V siehe Anlage 2

Diagnosegruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe		Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
PS2 Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen z. B. - Angststörungen - Zwangsstörungen - Essstörungen - Borderline-Störung	a) Schädigung der globalen mentalen Funktionen z. B. - Psychische Stabilität, Selbstvertrauen, Impulskontrolle - Temperament und Persönlichkeit b) Schädigung der spezifischen mentalen Funktionen z. B. - emotionale Funktionen - Selbstwahrnehmung - Körperschema x) [patientenindividuelle Symptomatik]	vorrangige Heilmittel - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlungsgruppe	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 40 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i> Verordnung nur aufgrund einer psychiatrischen/neurologischen Eingangsdiagnostik	

Diagnosegruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe		Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
PS3 Wahnhaft und affektive Störungen/Abhängigkeits-erkrankungen Schizophrenie, schizotype, und wahnhaft Störungen z. B. - Schizophrenes Residuum - Sonstige Schizophrenie Affektive Störungen z. B. - depressive Störungen Psychische und Verhaltensstörungen durch psychothope Substanzen z. B. - Abhängigkeitssyndrom	a) Schädigung der globalen mentalen Funktionen z. B. - Qualität des Bewusstseins - Psychosoziale Funktionen - Antrieb - Temperament und Persönlichkeit b) Schädigung der spezifischen mentalen Funktionen z. B. - Aufmerksamkeit, Gedächtnis - Psychomotorik, Verhalten - emotionale Funktionen, Selbstwahrnehmung - höhere kognitive Funktionen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	vorrangige Heilmittel - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlungsgruppe - Hirnleistungstraining/ neuro-psychologisch orientierte Behandlung - Hirnleistungstraining Gruppe	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 40 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich Verordnung nur aufgrund einer psychiatrischen/neurologischen Eingangsdiagnostik <i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i>	

Diagnosegruppe	Indikation		Heilmittelverordnung	
	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe		Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
PS4 Dementielle Syndrome z. B. - Morbus Alzheimer, insbesondere im Stadium der leichten Demenz (Clinical Dementia Rating [CDR] 0,5 und 1,0)	a) Schädigung der globalen mentalen Funktionen z. B. - Orientierung - Antrieb b) Schädigung der spezifischen mentalen Funktionen z. B. - Aufmerksamkeit, Gedächtnis - Schlaf - Psychomotorik, Verhalten - emotionale Funktionen - höhere kognitive Funktionen x) [patientenindividuelle Symptomatik]	vorrangige Heilmittel - Hirnleistungstraining/ neuro-psychologisch orientierte Behandlung - Hirnleistungstraining Gruppe - Psychisch-funktionelle Behandlung - Psychisch-funktionelle Behandlung Gruppe	Höchstmenge je VO: - bis zu 10x/VO Orientierende Behandlungsmenge: - bis zu 40 Einheiten Frequenzempfehlung: - 1-3x wöchentlich <i>Verordnung nur aufgrund einer psychiatrischen/neurologischen Eingangsdagnostik</i> Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.	

v. Maßnahmen der Ernährungstherapie

1. Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen	45
2. Mukoviszidose	47

1. Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<p>SAS Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> wenn Ernährungstherapie als medizinische Maßnahme (gegebenenfalls in Kombination mit anderen Maßnahmen) alternativlos ist, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen <p>Angeborene Enzymdefekte des</p> <p>Eiweißstoffwechsels, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> Phenylketonurie (PKU) Tyrosinämie Ahornsirupkrankheit Ornithinämie Propionazidurie Methylmalonylazidurie Isovalerianazidurie Homocystinurie Harnstoffzyklusdefekte Glutarazidurie I <p>Kohlenhydratstoffwechsels, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> Glykogenose I Glykogenose III Glykogenose VI / IX Hereditäre Fructoseintoleranz Galaktosämie Glucose-Galactose-Malabsorption Pyruvatdehydrogenase-Mangel GLUT 1 Defekt <p>Fett- und Energiestoffwechselstörungen, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> Glutarazidurie II MCAD-Mangel 	<p>a) Störungen des Eiweißstoffwechsels</p> <p>b) Störung des Kohlenhydratstoffwechsels</p> <p>c) Störung des Fett-/Energiestoffwechsels</p>	Ernährungstherapie	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> je nach Bedarf für maximal 12 Wochen <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> nach Bedarf <p>In der Ernährungstherapie sind keine orientierenden Behandlungsmengen gemäß § 7 Absatz 1 festgelegt.</p>

Seite 45

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungsmengen weitere Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> VLCAD-Mangel LCAD-Mangel MTP-Mangel CPT I CPT II Carnitintransportdefekt Abetalipoproteinämie 			

Seite 46

2. Mukoviszidose

Diagnosegruppe	Indikation Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittelverordnung	
		Heilmittel	Verordnungsmengen ----- weitere Hinweise
CF Mukoviszidose (Cystische Fibrose)	a) kompensierter normaler Ernährungszustand b) (drohende) Gedeihstörung oder (drohender) Gewichtsverlust c) Gedeihstörung oder Gewichtsverlust im Zusammenhang mit sonstigen Organmanifestationen/ -Komplikationen Pankreas Leber und Gallenwege Organtransplantation	Ernährungstherapie	Höchstmenge je VO: - je nach Bedarf für maximal 12 Wochen Frequenzempfehlung: - nach Bedarf In der Ernährungstherapie sind keine orientierenden Behandlungsmengen gemäß § 7 Absatz 1 festgelegt.

Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V

Inhaltsverzeichnis

Erkrankungen des Nervensystems	2
Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien	7
Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem	8
Erkrankungen des Lymphsystems	10
Störungen der Sprache	12
Entwicklungsstörungen	13
Chromosomenanomalien	14
Störungen der Atmung	16
Stoffwechselstörungen	17

Erkrankungen des Nervensystems

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Erkrankungen des Nervensystems					
Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome					
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]				
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie				
G12.2	Motoneuron-Krankheit		ZN / AT	EN2 / SB3	SC / SP6
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome				
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet				
G14	Postpoliosyndrom		ZN / PN / AT	EN1/EN2 / EN3	SC/SP6
G20.2	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn und Yahr)		ZN	EN1	SC / SP6 / ST1
G24.3	Torticollis spasticus	nur bei gleichzeitiger leitliniengerechter medikamentöser Therapie	ZN		
Länger bestehende chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIPD)					
G61.8	Sonstige Polyneuritiden	nur chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIPD)	PN	EN3	
G71.0	Muskeldystrophie		ZN / AT	EN2 / SB3	SC / SP6

2

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
infantile Zerebralparese					
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese				
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese				
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese				
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese		ZN	EN1	SP1 / SP2 / SP6 / SC
G80.4	Ataktische Zerebralparese				
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese				
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet				
Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie					
G82.0	Schlaffe Paraparese und Paraplegie				
G82.1	Spastische Paraparese und Paraplegie				
G82.2	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet		ZN	EN1 / EN2	
G82.3	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie				
G82.4	Spastische Tetraparese und Tetraplegie				
G82.5	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet				
G93.1 G93.80	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert Apallisches Syndrom	Wachkoma (apallisches Syndrom, auch infolge Hypoxie)	ZN	EN1	SC
G95.0	Syringomyelie und Syringobulbie		ZN	EN1 / EN2	

3

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Q01.0	Enzephalozele Frontale Enzephalozele		ZN / AT / SO1 / SO3	EN1	SC / SP1 / SP5 / SP6
Q01.1	Nasofrontale Enzephalozele				
Q01.2	Okzipitale Enzephalozele				
Q01.8	Enzephalozele sonstiger Lokalisationen				
Q01.9	Enzephalozele, nicht näher bezeichnet				
Q03.0	Angeborener Hydrozephalus Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri		ZN / AT / SO1 / SO3	EN1	SC / SP1 / SP5 / SP6
Q03.1	Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturæ laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels				
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus				
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet				
Q04.0	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum		ZN / AT / SO1 / SO3	EN1	SC / SP1 / SP5 / SP6
Q04.1	Arrhinenzephalie				
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom				
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns				
Q04.4	Septooptische Dysplasie				
Q04.5	Megalenzephalie				
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten				
Q04.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns				
Q04.9	Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet				

4

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Q05.0	Spina bifida Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus		ZN / AT / SO1 / SO3	EN1 / EN2	SC / SP1 / SP5 / SP6
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus;				
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus.				
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
Q05.9	Spina bifida, nicht näher bezeichnet				
Q06.0	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks Amyelie		ZN / AT / SO1 / SO3	EN2	SC / SP1 / SP6
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks				
Q06.2	Diastematomyelie				
Q06.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina				
Q06.4	Hydromyelie				
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks				
Q06.9	Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet				

5

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
T90.5	Folgen einer intrakraniellen Verletzung	Folgen einer Verletzung, die unter S06.- klassifizierbar ist nicht umfasst: S06.0 Gehirnerschütterung umfasst: S06.1 bis S06.9 Hinweis: Folgen oder Spätfolgen, die ein Jahr oder länger nach der akuten Verletzung bestehen	ZN / AT / SO3	EN1	SC / SP5 / SP6

6

Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien					
M05.0-	Seropositive chronische Polyarthritis Felty-Syndrom		WS / EX / AT	SB1	
M07.1-	Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten Arthritis mutilans		WS / EX	SB1	
M08.1- M08.2-	Juvenile Arthritis Juvenile Spondylitis ankylosans Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form		WS / EX	SB1	
M32.1 M32.8	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes		EX / WS / AT	SB1 / SB3	
M34.0 M34.1	Systemische Sklerose Progressive systemische Sklerose CR(E)ST-Syndrom		WS / EX / AT	SB1 / SB3	
M45.0-	Spondylitis ankylosans Spondylitis ankylosans		WS / EX	SB1	
Q87.4	Marfan-Syndrom		WS / EX / AT	SB1 / SB3	

7

Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem					
M41.0- M41.1-	Idiopathische Skoliose beim Kind Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen	Skoliose über 20° nach Cobb bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	WS/ EX	SB1	
Q71.0 Q71.1 Q71.2 Q71.3 Q71.4 Q71.5 Q71.6 Q71.8 Q71.9	Reduktionsdefekte der oberen Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Angeborenes vollständiges Fehlen der oberen Extremität(en) Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterarmes bei vorhandener Hand Angeborenes Fehlen sowohl des Unterarmes als auch der Hand Angeborenes Fehlen der Hand oder eines oder mehrerer Finger Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna Spalthand Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en) Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet		CS / AT / PN / WS / EX / ZN / GE / LY / SO1 / SO2 / SO3 / SO4	SB2	

8

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Q72.0 Q72.1 Q72.2 Q72.3 Q72.4 Q72.5 Q72.6 Q72.7 Q72.8 Q72.9	Reduktionsdefekte der unteren Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Angeborenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en) Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß Angeborenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes Angeborenes Fehlen des Fußes oder einer oder mehrerer Zehen Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs Longitudinaler Reduktionsdefekt der Tibia Longitudinaler Reduktionsdefekt der Fibula Spaltfuß Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en) Reduktionsdefekt der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet		CS / AT / PN / WS / EX / ZN / GE / LY / SO1 / SO2 / SO3 / SO4	SB2	
Q73.0 Q73.1 Q73.8	Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Angeborenes Fehlen nicht näher bezeichneter Extremität(en) Phokomelie nicht näher bezeichneter Extremität(en) Sonstige Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)				
Q74.3	Arthrogyposis multiplex congenita		EX	SB1	
Q 86.80	Thalidomid-Embryopathie				SP3 / SP4 / SP8
Q87.0	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes		WS/ EX	SB2	SP3 / SF / SC

9

Erkrankungen des Lymphsystems

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Erkrankungen des Lymphsystems					
I89.01	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II		LY		
I89.02	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III				
I89.04	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II				
I89.05	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III				
I97.21	Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium II		LY		
I97.22	Lymphödem nach (partieller) Mastektomie (mit Lymphadenektomie), Stadium III				
I97.82	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium II				
I97.83	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am axillären Lymphabflussgebiet, Stadium III				
I97.85	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium II				
I97.86	Lymphödem nach medizinischen Maßnahmen am inguinalen Lymphabflussgebiet, Stadium III				
C00-C97	Bösartige Neubildungen	Bösartige Neubildungen nach OP / Radiatio, insbesondere bei <ul style="list-style-type: none"> • Bösartigem Melanom • Mammakarzinom • Malignome Kopf / Hals • Malignome des kleinen Beckens (weibliche, männliche Genitalorgane, Hamorgane) 	LY		

10

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Q82.01	Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium II		LY		
Q82.02	Hereditäres Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III				
Q82.04	Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II				
Q82.05	Hereditäres Lymphödem, sonstige Lokalisationen, Stadium III				

11

Störungen der Sprache

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Störungen der Sprache					
	Gaumenspalte mit Lippenspalte				
Q37.0	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte				SP3 / SF
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte				
Q37.2	Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte				
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte				
Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte				
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte				
Q37.8	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit beidseitiger Lippenspalte				
Q37.9	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit einseitiger Lippenspalte				

12

Entwicklungsstörungen

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Entwicklungsstörungen					
	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen				
F84.0	Frühkindlicher Autismus				SP1
F84.1	Atypischer Autismus				
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters		ZN	EN1 / PS1	
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien				
F84.5	Asperger-Syndrom				
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen				
F84.2	Rett-Syndrom		ZN / WS / EX / AT	PS1 / EN1 / SB1 / SB3	SP1 / SC

13

Chromosomenanomalien

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Chromosomenanomalien					
	Down-Syndrom				
Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction		ZN	EN1	SP1 / SP3 / RE1 / SC
Q90.1	Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction)				
Q90.2	Trisomie 21, Translokation				
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet				
	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom				
Q91.0	Trisomie 18, meiotische Non-disjunction		ZN	EN1	SP1
Q91.1	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)				
Q91.2	Trisomie 18, Translokation				
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet				
Q91.4	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction				
Q91.5	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)				
Q91.6	Trisomie 13, Translokation				
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet				
Q93.4	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 5		WS/ EX / ZN	EN1	SP1

14

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
	Turner Syndrom				
Q96.0	Karyotyp 45,X		ZN	EN1	SP1
Q96.1	Karyotyp 46,X iso (Xq)				
Q96.2	Karyotyp 46,X mit Gonosomenanomalie, ausgenommen iso (Xq)				
Q96.3	Mosaik, 45,X/46,XX oder 45,X/46,XY				
Q96.4	Mosaik, 45,X/sonstige Zelllinie(n) mit Gonosomenanomalie				
Q96.8	Sonstige Varianten des Turner-Syndroms				
Q96.9	Turner-Syndrom, nicht näher bezeichnet				
Q99.2	Fragiles-X Chromosom		ZN / SO2	EN1 / SB3 / PS1 / PS2	SP1 / SP3 / SP5 / SF / RE1 / RE2

15

Störungen der Atmung

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Störungen der Atmung					
Chronisch obstruktive Lungenkrankheiten					
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes		AT		
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes				
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes				
J44.90	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes				

16

Stoffwechselstörungen

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Stoffwechselstörungen					
E74.0	Glykogenspeicherkrankheiten [Glykogenose]		ZN / PN / AT / WS / EX / CS / SO1	EN1 / SB1 / SB3	SC
E75.0	GM2-Gangliosidose				
E76.0	Mukopolysaccharidose, Typ I				

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel	
			Physiotherapie	Ernährungstherapie
	Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen	nur verordnungsfähig, wenn Ernährungstherapie alternativlos ist, da ansonsten Tod oder Behinderung drohen (gemäß § 42 HeiM-RL i.V.m. dem HeiM-Katalog)		SAS
E84.-	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)		AT	CF

17

Anhang 3 zum Beschlussentwurf

Anlage 3 zur HeiM-RL: Prüfpflicht der Therapeutinnen und der Therapeuten bzgl. Angaben auf der Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie

Diese Anlage bildet im Zusammenhang mit §§ 13 und 16 dieser Richtlinie die Grundlage für die formale Überprüfung der vom Arzt oder der Ärztin ausgestellten Verordnung durch die Therapeutin oder den Therapeuten.

In der Tabelle ist geregelt, in welchen Fällen von unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf der Verordnung eine Änderung notwendig ist und in welcher Form diese Änderung erfolgen muss. Sofern Änderungen eine neue Unterschrift durch die Ärztin oder den Arzt erfordern, so sind diese mit Datumsangabe auf der Vorderseite der Verordnung vorzunehmen. Alle anderen Änderungen sind entweder in den auf der Rückseite der Verordnung vorgesehenen Feldern oder auf der Vorderseite mit Datum und Handzeichen der Therapeutin oder des Therapeuten zu dokumentieren.

Angabe auf der Verordnung unvollständig oder fehlerhaft	Änderung nur mit erneuter Arztunterschrift	Änderung nur im Einvernehmen mit Arzt ohne erneute Arztunterschrift	Änderung nach Information an Arzt ohne erneute Arztunterschrift	Änderung nicht erforderlich
a. Personalfeld (fehlt oder unvollständig)	X			
b. Heilmittelbereich				X
c. Hausbesuch (ja oder nein)	X (nur bei Änderung auf „ja“)			X
d. Therapiebericht				X
e. Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs	GKV-SVKBV: X	PatV: X		
f. Anzahl der Behandlungseinheiten			X (nur bei Absenkung im Fall eines Überschreitens der zulässigen Höchstmenge je VO)	
g. Heilmittel gemäß dem Katalog	X		X (nur bei Änderung Gruppe ↔ Einzel)	
h. gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel		X		
i. Therapiefrequenz (Angabe auch als Frequenzspanne möglich)		X		
j. Diagnosegruppe	X			
k. konkrete(n) behandlungsrelevante(n) [...] Diagnose(n)	X			
l. Leitsymptomatik nach HeiM-Katalog (buchstabencodiert oder Klartext) [...] fehlt		X (wenn Angabe Leitsymptomatik fehlt)		
m. spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde				X

C-5.2 Tragende Gründe

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Vom

Stand: 30.04.2019

Inhalt

Tragende Gründe	1
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie	1
1. Rechtsgrundlage	4
2. Eckpunkte der Entscheidung	4
2.1 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)	4
A. Allgemeine Grundsätze	4
2.1.1 § 1 Grundlagen, Absatz 2	4
2.1.2 § 1 Absatz 5 und Absatz 6	5
2.1.3 § 1 Absatz 7	5
2.1.4 § 2 Heilmittel.....	5
B. Grundsätze der Heilmittelverordnung	6
2.1.5 § 3 zu Voraussetzungen der Verordnung.....	6
2.1.6 § 4 zum Heilmittelkatalog.....	6
2.1.7 § 6 Verordnungsausschlüsse.....	7
2.1.8 Neuer § 6a Ärztliche Diagnostik.....	7
2.1.9 Neufassung des § 7 HeiM-RL	7
2.1.10 Streichung § 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls	9
2.1.11 § 8a Langfristiger Heilmittelbedarf	9
2.1.12 § 9 Wirtschaftlichkeit.....	10
2.1.13 § 11 Ort der Leistungserbringung	10
2.1.14 § 12 Auswahl der Heilmittel	10
2.1.15 § 13 Verordnungsvordruck.....	13
2.1.16 Neu § 13a HeiM-RL	16
C. Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern	18
2.1.17 § 15 Beginn der Heilmittelbehandlung	18
2.1.18 § 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung.....	18

2.1.19	§ 16a Entlassmanagement	19
D.	Maßnahmen der Physiotherapie	19
2.1.20	§ 17 Grundlagen	19
2.1.21	§ 18 Massagetherapie	20
2.1.22	§ 19 Bewegungstherapie	20
2.1.23	§ 21 Maßnahmen der Elektrotherapie	21
2.1.24	Bisheriger § 26 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie“	21
E.	Maßnahmen der Podologischen Therapie	21
2.1.25	§ 29 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Fußschädigungen durch Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom)	21
F.	Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	21
2.1.26	§§ 30 ff. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Teil F)	21
2.1.27	Neuer § 33a Schlucktherapie	21
2.1.28	§ 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	23
G.	Maßnahmen der Ergotherapie	23
2.1.29	§ 35 Grundlagen Maßnahmen der Ergotherapie	23
2.1.30	§ 36 Motorisch-funktionelle Behandlung	24
2.1.31	§ 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung	24
2.1.32	§ 38 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung	25
2.1.33	§ 39 Psychisch-funktionelle Behandlung	26
2.1.34	§ 40 Therapieergänzende Maßnahmen sowie Heilmittelkatalog EN1	27
2.1.35	Bisheriger § 41 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Ergotherapie“	27
H.	Ernährungstherapie	27
2.1.36	§ 42 „Grundlagen“	27
2.2	Neufassung des zweiten Teils der Richtlinie (Heilmittelkatalog)	28
2.2.1	Überarbeitung der Spalte Diagnosegruppen	28
2.2.2	Anpassung Spalte Leitsymptomatik	29
2.2.3	Überführung der Therapieziele in den Richtlinientext	29
2.2.4	Anpassung Spalte Heilmittelverordnung	29
I. A	Maßnahmen der Physiotherapie	30
2.2.5	Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsorgane	30
2.2.6	Erkrankungen des Nervensystems	31
2.2.7	Erkrankungen der Inneren Organe	32
2.2.8	Sonstige Erkrankungen	34
I.B	Maßnahmen der Podologischen Therapie	35
II.	Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	37
2.2.9	Störungen der Stimme	37
2.2.10	Störungen der Sprache und des Sprechens	37
2.2.11	Störungen des Redeflusses	37
2.2.12	Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	38
2.2.13	Störungen des Schluckaktes	38
III.	Maßnahmen der Ergotherapie	39
2.2.14	Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane (SB1 bis SB3)	39

2.2.15	Erkrankungen des Nervensystems (EN1 bis EN3).....	40
2.2.16	Psychische Störungen (PS1 bis PS3).....	40
	IV. Ernährungstherapie.....	41
2.3	Änderungen in der Anlage 2 zur Heilm-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V.....	41
2.4	Aufnahme Anlage 3.....	42
2.5	Inkrafttreten.....	47
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	48
4.	Verfahrensablauf.....	49
	Anlage: Fragen-/Antworten-katalog zur Heilmittel-Richtlinie.....	50

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). 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 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nr. 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Der G-BA soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, die eine Anpassung seiner Richtlinien erfordern (siehe 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) und die Neufassung des Heilmittelkataloges (HMK) dient der Reduzierung der Regelungskomplexität; auch im Hinblick auf eine Entbürokratisierung im Versorgungsalltag (vgl. hierzu auch Kapitel 3). Die Folge sind u. a. Änderungen an der Struktur und Darstellungsform des Heilmittelkataloges, aber auch eine Neuordnung der Verordnungssystematik. Durch die Anpassungen soll die Anwendbarkeit und die Akzeptanz der HeilM-RL verbessert werden und die Änderungen des Gesetzgebers durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice und Versorgungsgesetz - TSVG) berücksichtigt werden.

Ebenfalls erfolgte eine weitere Anlehnung an das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell und an die Begrifflichkeiten der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). Neben diesen Anpassungen wurde die HeilM-RL im Rahmen der Überarbeitung begrifflich harmonisiert. So wurde beispielweise in § 3 Absatz 3 der Richtlinie der bisherige Begriff des „Kranken“ durch den Begriff des „Versicherten“ ersetzt.

2.1 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)

A. Allgemeine Grundsätze

2.1.1 § 1 Grundlagen, Absatz 2

PatV	GKV-SV/KBV <i>[für das Stellungnahmeverfahren]</i>
Die Ergänzung ist sinnvoll, damit der gesetzlichen Vorschrift nach § 43 SGB IX Rechnung getragen wird. Eine Leistungsausweitung ist damit nicht verbunden. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Regelung in § 43 SGB IX sicherstellen, dass auch innerhalb der Krankenbehandlung Ziele verwirklicht	Die vorgeschlagene Regelung ist nicht sachgerecht. Über § 43 SGB IX werden die in § 42 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele keine explizite Voraussetzung für Leistungen der Krankenbehandlung. Die Regelung in § 43 SGB IX ist so zu verstehen, dass bereits im Rahmen der Krankenbehandlung die Rehabilitationsziele aus § 42 Abs. 1 SGB IX mit in

PatV	GKV-SV/KBV <i>[für das Stellungnahmeverfahren]</i>
<p>werden, die der Vermeidung und Verminderung von Behinderung dienen. Damit konkretisiert er u.a. den allgemeinen Grundsatz nach § 2a SGB V. Ein Hinweis liegt auch deshalb nahe, da bei der Änderung der HeilM-RL die ICF konsequent berücksichtigt wurde. Auch wenn damit keine eigene oder gar neue Anspruchsgrundlage geschaffen wird, wird damit deutlich, welche Ziele mit der Heilmittelversorgung verfolgt werden sollen. Damit ist insbesondere die Aufforderung an die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt und die Heilmittelerbringer verbunden, darüber nachzudenken, wie mit Heilmitteln als rein therapeutischen Maßnahmen auch Behinderungen vermindert werden können.</p>	<p>den Blick genommen werden und mit geprüft wird, ob frühzeitig mit der Rehabilitationskette bzw. einzelnen rehabilitativen Elementen während der Krankenbehandlung begonnen werden sollte.</p> <p>Die Zielsetzung aus §§ 43 i.V.m. mit § 42 Abs. 1 SGB IX ist zudem auch nicht neu, bereits schon der alte § 27 SGB IX enthielt eine gleichlautende Formulierung.</p>

2.1.2 § 1 Absatz 5 und Absatz 6

Aufgrund der gesetzlichen Neuordnung bezüglich der Zulassung von Heilmittelerbringern (§ 124 SGB V) und der Ausgestaltung der Verträge zur Heilmittelversorgung (§125 SGB V) durch das TSVG bedarf es Anpassungen des § 1 Absatz 5 und 6. Es wird der Hinweis auf die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gestrichen. Die Streichung in Absatz 5 Satz 2 erfolgt, da die bisher geregelte Bereitstellung eines Verzeichnisses von zugelassenen Leistungserbringern auf Anforderung der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Praxis bislang keine Rolle gespielt hat und ein gesetzlicher Auftrag zur Datenbereitstellung fehlt. Des Weiteren werden im Bereich der Heilmittelversorgung die bisherigen Rahmenempfehlungen auf Bundesebene und Verträge auf Kassenarten- bzw. Landesebene abgelöst durch einheitliche Verträge zur Heilmittelversorgung auf Bundesebene. Daher kann der Bezug zu den Rahmenempfehlungen in Absatz 6 gestrichen werden.

2.1.3 § 1 Absatz 7

Die Bereitstellung der gemäß § 125 Absatz 1 Satz 4 (neu) SGB V vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichenden Preise ermöglicht eine Einbindung von Preisinformationen in die ärztliche Praxisverwaltungssoftware.

2.1.4 § 2 Heilmittel

Zu Absatz 1 Satz 2, 1. Spiegelstrich

Die bisherige Bezeichnung „Physikalische Therapie“ wird in „Physiotherapie“ geändert. Die Verwendung der Begriffe „Physiotherapie“ und „Physikalische Therapie“ folgt der Begrifflichkeit des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26.05.1994; danach ist Physiotherapie der Oberbegriff, der die Krankengymnastik und die physikalische Therapie umfasst. Weitere Ausführungen erfolgen unter § 17. Eine entsprechende Anpassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte wird zeitnah angestrebt.

Die Ergänzung der Schlucktherapie in § 2 Absatz 1, dritter Spiegelstrich ist eine Folgeveränderung. Zur Begründung siehe § 33a.

Zu Absatz 2 Satz 2

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass Heilmittel, die im Rahmen von Maßnahmen der stationären und ambulanten medizinischen Vorsorge und Rehabilitation erbracht werden, nicht unter den Anwendungsbereich der Heilmittel-Richtlinie fallen.

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

2.1.5 § 3 zu Voraussetzungen der Verordnung

Zu Absatz 3

Für die Versorgung mit Heilmitteln ist es vor allem im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplanes von Bedeutung, Informationen über person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu erlangen.

Neu aufgenommen wird, dass sich die Ärztin oder der Arzt über bisherige Heilmittelbehandlungen informiert. Ziel ist es, beispielsweise parallele Behandlungen derselben Erkrankungen mit Heilmitteln, die durch mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte verordnet wurden, zu vermeiden. Der Patient soll den Arzt im Rahmen seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren.

PatV
Die Verordnung darf jedoch nicht mit Hinweis auf eine fehlende Information verweigert werden.

Hat der Arzt oder die Ärztin keine verbindliche Information, ist bei indizierter Heilmittelbehandlung von einem neuen Verordnungsfall auszugehen, um den Behandlungserfolg nicht zu gefährden (§ 7 Abs. 3).

Zu Absatz 4

Die Verwendung der Formulierung „nach pflichtgemäßem Ermessen“ ist verzichtbar und wird daher gestrichen. Es wird als Selbstverständnis angesehen, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt innerhalb des gesetzlichen Rahmens über die Verordnung von Heilmitteln entscheidet. Dies bedarf keiner gesonderten Formulierung. Die Auflistung der Inhalte des § 92 Absatz 6 SGB V wird gestrichen, da es sich hierbei um eine Wiederholung des gesetzlichen Wortlautes handelt, die verzichtbar ist. Ziel der Streichungen ist es, die Richtlinie damit einfacher lesbar zu machen. Zudem werden weitere redaktionelle Folgeänderungen vollzogen.

Absatz 5

Absatz 5 wurde sprachlich angepasst.

2.1.6 § 4 zum Heilmittelkatalog

Absatz 2

Diese Änderung dient der Klarstellung, dass die mit „z. B.“ gekennzeichneten Aufzählungen von Diagnosen unter der Spalte „Diagnosegruppe“ auch in der Neufassung des Heilmittelkatalogs nur beispielhaft ist und damit keinen Anspruch auf Vollständigkeit besitzt. Es ist daher möglich, auch für hier nicht benannte Krankheitsbilder mit entsprechender funktioneller oder struktureller Schädigung, die der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden können, eine

Heilmittelbehandlung zu veranlassen. Die weiteren redaktionellen Anpassungen begründen sich mit der Neufassung des Heilmittelkatalogs, da dieser keine Therapieziele mehr enthält. Zudem werden weitere redaktionelle Folgeänderungen vollzogen.

2.1.7 § 6 Verordnungsausschlüsse

In Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 erfolgt an eine Anpassung an geänderte Normen im SGB IX.

2.1.8 Neuer § 6a Ärztliche Diagnostik

In diesem neuen Paragraphen werden die bislang an unterschiedlichen Stellen aufgeführten, nahezu identischen Regelungen aus den §§ 26, 34 und 41 a. F. zusammengefasst. Spezifische Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik in den Heilmittelbereichen bleiben – soweit erforderlich – in den entsprechenden Abschnitten erhalten. Damit werden die Informationen zur erforderlichen ärztlichen Diagnostik an einer Stelle der Richtlinie gebündelt, was zur besseren Handhabung beitragen soll. Bei den in § 6a Abs. 2 benannten Fremdbefunden kann es sich, neben ärztlichen Befunden, auch um Befunde von Heilmittelleistungserbringern handeln.

2.1.9 Neufassung des § 7 HeiM-RL

Auf Grund der gesetzlichen Änderungen in § 32 Absatz 1b und 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V im Rahmen des TSVG gemäß BT-Drs. 19/8351 und der damit verbundenen Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen und der Einführung von orientierenden Behandlungsmengen, wurde der § 7 der Heilmittel-Richtlinie neu gefasst.

Absatz 1

Durch den Wegfall des Genehmigungsverhaltes entfällt künftig die Notwendigkeit, zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalles zu unterscheiden. Vor dem Hintergrund der Änderung der grundlegenden Systematik wird auch die Begrifflichkeit des „Regelfalls“ ersetzt. In Absatz 1 erfolgt eine Definition des „Verordnungsfalls“, die klarstellen soll, wann eine Verordnung demselben Verordnungsfall zuzuordnen ist und wann es sich um einen neuen Verordnungsfall handelt. Des Weiteren wird das behandlungsfreie Intervall durch die Definition eines verordnungsfreien Zeitraums abgelöst. Damit ist zukünftig nicht mehr das letzte Behandlungsdatum beim Therapeuten, sondern das letzte Verordnungsdatum maßgeblich für die Bemessung des Zeitpunkts, ab dem ein neuer Verordnungsfall beginnt. Verordnungen, die innerhalb des Zeitraums von 6 Monaten nach der letzten Verordnung auf Grund derselben Diagnose und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog ausgestellt werden, sind demselben Verordnungsfall zuzurechnen, unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive oder neue Erkrankungsphasen handelt. Die Regelung dient der Klarstellung, dass für die Fortsetzung der Heilmitteltherapie, über die orientierende Behandlungsmenge hinaus, keine Behandlungspausen einzuhalten sind, sofern diese nicht medizinisch indiziert sind. Die Abgrenzung von Verordnungsfällen mittels 6-Monatsfrist ist ausschließlich für die Einordnung der verordnenden Ärztin / des verordnenden Arztes notwendig, zu welchem Zeitpunkt sie oder er von einem neuen Verordnungsfall und somit von einer neuen orientieren Behandlungsmenge gemäß Absatz 2 ausgehen kann.

Absatz 2

Absatz 2 definiert die Begrifflichkeit „orientierende Behandlungsmenge“. Es handelt sich hierbei um die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Der Umfang der orientierenden Behandlungsmengen ist mit dem

der Gesamtverordnungsmengen des Regelfalls identisch. Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass das angestrebte Therapieziel mit den der Indikation zugeordneten Heilmitteln im Rahmen der orientierenden Behandlungsmenge erreicht werden kann. Für die Heilmittelbereiche Podologische Therapie und Ernährungstherapie sind keine orientierenden Behandlungsmengen festgelegt.

Absatz 3

Bei der Verordnungsentscheidung sind Verordnungen anderer Ärzte gemäß § 3 Absatz 3 zu berücksichtigen und beim Patienten zu erfragen. Mit dem letzten Satz wird jedoch klargestellt, dass die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge arztbezogen erfolgt und Behandlungseinheiten anderer Ärztinnen und Ärzte für dieselbe Patientin oder denselben Patienten nicht in die Berechnung der orientierenden Behandlungsmenge einbezogen werden müssen.

Absatz 3 (alt)

Der Absatz 3 (alt) wurde entsprechend der Neustrukturierung (orientierende Behandlungsmenge) überarbeitet und in § 9 überführt.

Absatz 4

Der bisherigen Systematik entsprechend, sind auch zukünftig Heilmittelbehandlungen über die im Heilmittelkatalog definierten orientierenden Behandlungsmengen hinaus möglich, sofern das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wurde und durch eine Fortsetzung der Behandlungen das Therapieziel voraussichtlich erreicht werden kann. Hierbei ist die im Heilmittelkatalog definierte Höchstmenge je Verordnung zu beachten. Patientinnen und Patienten mit einem hohen Heilmittelbedarf sind in der Regel über die Vorgaben zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8a HeiM-RL sowie die Liste der besonderen Verordnungsbedarfe gemäß § 10b Absatz 2 Satz 2 SGB V berücksichtigt. Für diese Patientinnen und Patienten können die notwendigen Heilmittel je Verordnung unmittelbar für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Die über die orientierende Behandlungsmenge hinausgehenden Verordnungen sind ebenfalls dem jeweiligen Verordnungsfall zuzurechnen. Die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt dokumentiert die medizinischen Gründe in der Patientendokumentation seiner Praxis, aus der das Erfordernis der Fortführung der Heilmittelbehandlung hervorgeht.

Absatz 5

Absatz 5 umfasst Regelungen zu den Einschränkungen der Verordnungsmengen je Verordnung. Es wird klargestellt, dass sich die Höchstverordnungsmenge für ergänzend verordnete Heilmittel in der Physio- und Ergotherapie nach der Anzahl der Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels richtet (z. B. 6 x Krankengymnastik als vorrangiges Heilmittel und 6 x ergänzende Wärmetherapie). Sofern die Verordnungsmenge auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde (vgl. § 12 Abs. 2), richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der vorrangig verordneten Heilmittel. Wurden beispielsweise 3 Einheiten Manuelle Therapie und 3 Einheiten Krankengymnastik als vorrangige Heilmittel verordnet, können maximal 6 Einheiten ergänzende Wärmetherapie verordnet werden.

Absatz 6

Für Indikationen, die einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 10b SGB V begründen war bisher der Regelfall zu durchlaufen, bevor die Behandlungsmenge je Verordnung unter Berücksichtigung des 12-Wochen-Turnus frei gewählt werden konnte. Da jedoch für Patientinnen und Patienten mit diesen Indikationen oftmals zu Beginn der Erkrankungen ein in der

Regel zeitlich begrenzter intensiver Versorgungsbedarf mit Heilmitteln besteht, werden die Regelungen zur Festlegung der Behandlungsmenge je Verordnung mit den bestehenden Regelungen für Indikationen, die einen langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V begründen, vereinheitlicht.

Die Verordnungsmenge muss dabei in Abhängigkeit der Therapiefrequenz so kalkuliert werden, dass ein Zeitraum von bis zu 12 Wochen nicht überschritten wird. Beispielsweise beträgt die maximale Verordnungsmenge pro Verordnung, bei einer Therapiefrequenz von 1-3-mal pro Woche, 36 Behandlungseinheiten. Es wurde in Absatz 6 klargestellt, dass im Fall der Angabe einer Frequenzspanne immer auf den höchsten Wert zur Berechnung der Höchstmenge je Verordnung zurückzugreifen ist.

2.1.10 Streichung § 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls

Auf Grundlage der Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen im Rahmen des TSVG erfolgt die Streichung des § 8. Die notwendigen Regelungen in Bezug auf Wiederholungsverordnungen werden in der Neufassung des § 7 getroffen.

Der Genehmigungsvorbehalt entfällt jedoch erst mit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zur orientierenden Behandlungsmenge. Dies ergibt sich aus dem Zusammenspiel von § 32 Absatz 1b SGB V und § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V in der Fassung des TSVG. In § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, indikationsbezogene orientierende Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu regeln. Etwaige Genehmigungsvorbehalte der Krankenkassen können somit erst dann entfallen, wenn der G-BA den Auftrag nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V erfüllt hat, was mit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie dann der Fall ist. Für bis zum Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie ausgestellte Verordnungen außerhalb des Regelfalls gemäß § 8 Absatz 4 HeilM-RL gilt ein ggf. ausgesprochener Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse fort.

2.1.11 § 8a Langfristiger Heilmittelbedarf

Mit der Streichung des § 8 (Verordnungen außerhalb des Regelfalls) wird § 8a zu §8.

Zu Absatz 3

Zur besseren Lesbarkeit erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 6

Auf Grund der Zusammenfassung von Diagnosegruppen im Heilmittelkatalog wird nicht mehr zwischen der prognostischen Dauer eines Behandlungsbedarfs (kurzfristig, längerfristig) unterschieden.

GKV-SV/KBV	PatV
<p>Dementsprechend werden diese Bezüge gestrichen.</p> <p>Die Anknüpfung zu Erkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf bei denen in der Regel keine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle oder strukturelle Schädigung vorliegt, wird beibehalten (z.B. akuter Rückenschmerz ohne Wurzel- oder Bandscheibenschädigung).</p>	<p>Die Art der Verordnung richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Eine allgemeingültige Aussage kann daher hier entfallen.</p>

Zu § 8a Absatz 8 (bisherige Fassung)

Die Regelung wurde verschoben in § 7 Absatz 6.

2.1.12 § 9 Wirtschaftlichkeit

Zur Streichung des Absatzes 2 (bisherige Fassung)

Die Streichung von Absatz 2 ergibt sich aufgrund der neu geschaffenen Möglichkeit in § 12 Absatz 2, die Verordnungsmenge je Verordnung auf unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufteilen zu können.

Zu Absatz 2 (neu)

Die Regelung war vorher in § 7 verortet. Eine inhaltliche Änderung erfolgte nicht.

2.1.13 § 11 Ort der Leistungserbringung

In § 11 Absatz 1 wird der Ort der Leistungserbringung weiter konkretisiert. Zur Klarstellung werden daher aus Absatz 2 die Sätze 1 und 2 in Absatz 1 überführt.

Satz 2 regelt, dass die ärztliche Verordnung eines Hausbesuches zur Durchführung der Heilmittelbehandlung in der häuslichen Umgebung der oder des Versicherten nur dann zulässig ist, wenn die Gründe hierfür ausschließlich in ihrer oder seiner Person liegen und medizinisch bedingt sind. Der Begriff „häusliche Umgebung“ umfasst dabei sowohl die Wohnung der Patientin oder des Patienten, als auch z. B. das Senioren- oder Pflegeheim oder die vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe, sofern die Patientin oder der Patient dort im Sinne einer Wohnung lebt und dort ihren oder seinen Lebensmittelpunkt hat. Medizinische Gründe einer Heilmitteltherapie in der häuslichen Umgebung liegen insbesondere bei einer Immobilität der Patientin oder des Patienten vor. Dies ist dann der Fall, wenn sie oder er (noch) nicht in der Lage ist, die Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten aufzusuchen. Die Unterbringung der Patientin oder des Patienten in einer Einrichtung (z.B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) ist für sich genommen nicht bereits eine ausreichende medizinische Begründung für die Verordnung eines Hausbesuches.

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen aller Schweregrade besuchen heute nicht nur Fördereinrichtungen, sondern zunehmend Regelschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten, in denen sie ganztägig betreut sind und speziell gefördert werden. Die Organisation der Förderung wird je nach Behinderungsbild, Schulform und Landesrecht unterschiedlich gestaltet. Kinder und Jugendliche mit Behinderungen weisen häufig einen besonderen Bedarf an Heilmitteln auf, dem nach dem Schul- oder Kindergartenbesuch/Kindertagesstättenbesuch am späten Nachmittag oder Abend, insbesondere bei Ganztagschulen, nicht mehr Rechnung getragen werden kann. Deshalb kann die Erbringung von Heilmitteln bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und einem Förderstatus, der je nach Landesrecht bestimmt wird, auch innerhalb der oben genannten Einrichtungen stattfinden, sofern die Voraussetzungen, z.B. ein geeigneter Raum für die Therapie, dort gegeben sind.

2.1.14 § 12 Auswahl der Heilmittel

Zu Absatz 1

Zu besseren Verständlichkeit wurde der Absatz 1 umformuliert. Zudem wurden die Sätze 3 und 4 ergänzt. Dies dient der Klarstellung, dass die im Heilmittelkatalog hinterlegten Frequenzempfehlungen auf Erfahrungswerten basieren und als Empfehlung an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt gelten. In medizinisch begründeten Fällen kann es jedoch erfor-

derlich sein, bei der Verordnung von der Frequenzempfehlung des Heilmittelkatalogs abzuweichen und eine höhere oder niedrigere Behandlungsfrequenz anzugeben (z.B. vorübergehender erhöhter Therapiebedarf nach operativen Schultereingriffen oder zeitweise Frequenzverminderung bei Kindern zum Ende einer Behandlungsserie). Es ist davon auszugehen, dass die Begründung aus der Patientendokumentation hervorgeht.

Zur Streichung Absatz 2

Die Regelung im bisherigen Absatz 2 ist nun in Absatz 1 integriert. Absatz 2 ist daher redundant und wurde gestrichen.

Zu Absatz 2 (neu)

Die Änderung sieht vor, dass neben der Ergotherapie künftig auch im Bereich der Physiotherapie und Stimm-, -Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie mehrere unterschiedliche (vorrangige) Heilmittel verordnet werden können. Die neue Regelung soll u.a. der Flexibilisierung der Therapie dienen und dem verordnenden Arzt/ der verordnenden Ärztin mehr Therapieoptionen eröffnen. So können z.B. künftig schon während der Laufzeit einer Verordnung bedarfsbezogen und zielgerichtet passive Maßnahmen und aktive Maßnahmen zur Anwendung kommen. Für den Bereich der Stimm-, -Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie besteht damit die Möglichkeit verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander zu kombinieren. In der Ergotherapie hat sich diese Möglichkeit, gleichzeitig unterschiedliche (vorrangige) Heilmittel zu verordnen, bei verschiedenen Erkrankungsbildern (insbesondere aus dem Bereich der Neurologie) bewährt. Darüber hinaus ergeben sich auch aus Leitlinien Hinweise darauf, dass die kombinierte Verordnung verschiedener Heilmittel bei einer Erkrankung insbesondere auch abhängig vom Verlauf medizinisch sinnvoll sein kann (z.B. Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz zur Kombination von passiven und aktivierenden Maßnahmen).

Zu Absatz 3

Es wurden die optionalen Heilmittel in die vorrangigen Heilmittel integriert. Der verordnende Arzt/ die verordnende Ärztin kann mehrere unterschiedliche, vorrangige Heilmittel verordnen (siehe § 12 Absatz 2). Die Streichung von Satz 4 („Auf dem Verordnungsvordruck ist das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen.“) hat zum Ziel, das Missverständnis, dass nur das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen ist, zu vermeiden. Nach § 13 Absatz 2 ist jedes Heilmittel eindeutig zu bezeichnen. Auf Grund der Überführung der Therapieziele aus dem Heilmittelkatalog in den Richtlinientext und weiteren Ergänzungen bzw. Spezifizierung dieser, ist eine Unterscheidung bzw. Priorisierung in optionale und vorrangige Heilmittel verzichtbar. Die Auswahl der Heilmittel erfolgt gemäß den Vorgaben in § 12.

Zu Absatz 4

Satz 2 wird zur Vermeidung von Dopplungen gestrichen, da im Absatz 7 (neu) u.a. die Verordnungsmenge der standardisierten Heilmittelkombination reguliert wird.

Zu Absatz 5 und 8

Bei den Änderungen handelt es sich um Folgeänderungen aus § 2.

Zu Absatz 7

Mit der Neufassung des § 12 Absatz 7 wird die orientierende Behandlungsmenge der standardisierten Heilmittelkombination und der Maßnahmen der Massagetherapie je Verordnungsfall auf insgesamt höchstens 12 Einheiten einheitlich festgelegt. Die Regelung bezieht sich hierbei auf eine zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffene Auslegung im konsentierten Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Fragen Nr. 32 und 33) ([siehe Anlage](#)) und trägt damit zur Regelungsklarheit und Entbürokratisierung bei. Mit der Anpassung der maximalen Verordnungsmenge von 10 auf 12 Einheiten ist keine Ausweitung der Verordnungsmenge verbunden. Mit der bisherigen Begrenzung auf 10 Einheiten war eine Fehlerquelle insbesondere im Zusammenhang mit Folgeverordnungen verbunden. Mit der Vereinheitlichung auf ein Vielfaches von sechs wird eine einfache Bemessung von Verordnungsmengen ermöglicht. Einer solchen Vereinfachung stehen keine medizinischen Erkenntnisse entgegen. Die Anhebung von 10 auf 12 Einheiten stellt vor diesem Hintergrund keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar. Bei der absoluten Begrenzung auf 12 Einheiten ist zu berücksichtigen, dass in § 19 Absatz 3 Nummer 3 klargestellt wurde, dass auch Massagetechniken als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung zur lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet zur Anwendung kommen können. Für die im Heilmittelkatalog gelisteten Indikationen „Störung der Atmung (AT)“, „Störung der Dickdarmfunktion (SO1)“, „Sekundäre periphere trophische Störungen bei Erkrankungen (SO4)“ sowie „chronische Adnexitis oder chronische Prostatitis (SO5)“ gilt die Begrenzung auf 12 Massageeinheiten je Verordnungsfall nicht. Bei diesen Erkrankungen kann aus medizinischen Gründen auch darüber hinaus eine Verordnung von Massagetherapie notwendig sein.

Zu Absatz 9

In § 12 Absatz 9 wurde eine Regelung aufgenommen, wonach ein vorrangiges Heilmittel in medizinisch begründeten Ausnahmefällen auch als Doppelbehandlung verordnet und erbracht werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um dasselbe vorrangige Heilmittel handelt. Sofern Doppelbehandlungen verordnet wurden, sind die beiden Behandlungseinheiten zusammenhängend abzugeben. Bei der Verordnung darf die im Heilmittelkatalog definierte Höchstverordnungsmenge je Verordnung nicht überschritten werden. Auch bei der Erbringung dürfen die auf der Verordnung angegebenen Behandlungseinheiten nicht überschritten werden. Wenn also 6 Behandlungseinheiten verordnet wurden, dürfen 3 Doppelbehandlungen à 2 Behandlungseinheiten abgegeben werden.

Die Regelung greift eine zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffene Auslegung im konsentierten Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Frage Nr. 11) ([siehe Anlage](#)) auf und trägt damit zur Regelungsklarheit und Entbürokratisierung bei.

Fallgestaltungen für eine Doppelbehandlung können sich insbesondere dort ergeben, wo aufgrund multipler struktureller oder funktioneller Schädigungen und Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten mit der normalen Zeiteinheit eine effektive Therapie nicht oder kaum durchführbar ist, da bspw. das Ausmaß der Schmerzen in Verbindung mit den ausgeprägten Funktionsstörungen oder ausgeprägte Tonusstörungen oder Spastiken zunächst eine Detonisierung der beteiligten Muskulatur sowie die Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster erforderlich machen, bevor der Patient mit einer aktiven Heilmitteltherapie behandelt werden kann. Zur Erreichung des Behandlungsziels, kann in diesen Fallgestaltungen daher eine längere Therapiezeit pro Behandlungseinheit angezeigt sein.

2.1.15 § 13 Verordnungsvordruck

Zu Absatz 1

Absatz 1 wurde zur besseren Lesbarkeit umstrukturiert.

Zudem erfolgt ein Verweis auf eine neue Anlage 3 zur Prüfpflicht der Therapeutinnen und der Therapeuten bzgl. Angaben auf der Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie.

Aufgrund von Hinweisen der Stellungnehmer zu vereinzelt Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der der Prüfpflicht der Therapeutinnen und Therapeuten bei unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllten Verordnungen werden die Änderungs- und Korrekturmöglichkeiten nunmehr in einer einheitlichen Übersicht, die Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie ist, dargestellt. Dies soll zu gleichgerichteten Informationen der Beteiligten beitragen und den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte sowie der Therapeutinnen und Therapeuten vereinfachen.

In der Übersicht ist zusammengefasst, in welchen Fällen von unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf der Verordnung eine Änderung notwendig ist und welche Änderungen eine erneute Arztunterschrift mit Datumsangabe erfordern bzw. in welchen Fällen ein Einvernehmen mit der – oder eine Information an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt ausreichend ist. Ferner wird einheitlich geregelt, in welcher Form und an welcher Stelle der Verordnung Änderungen erfolgen bzw. Rücksprachen dokumentiert werden sollen.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe a.

Die bisherigen „Angaben zur Verordnung nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks“ werden zur besseren Verständlichkeit als „Personalienfeld“ bezeichnet, da es sich hierbei um die Felder handelt, die einheitlich auf allen Verordnungsvordrucken der vertragsärztlichen Versorgung vorhanden sind und in der Regel mit den Angaben der elektronischen Gesundheitskarte befüllt werden.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe b.

Unter der Maßgabe, dass die Regelungen zum TSVG in der für die Anhörung des Gesundheitsausschusses vom 16.01.2019 vorgelegten Fassung der Änderungsanträge für Heilmittel (hier Ausschussdrucksache 19(14)51.4 vom 4.01.2019 zu § 32 SGB V) in Kraft treten, wird vorgesehen, die Angabe „Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung, Verordnung außerhalb des Regelfalls“) entfallen zu lassen, da eine Unterscheidung der Verordnungen nicht mehr erforderlich ist. Da die Bundesmantelvertragspartner beabsichtigen, die bisherigen Verordnungsvordrucke Muster 13 (Physiotherapie), Muster 14 (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) sowie Muster 18 (Ergotherapie) zu einem neuen Muster 13 zusammenzulegen, soll die Angabe des Heilmittelbereiches künftig über ein Ankreuzfeld erfolgen.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe d.

Zukünftig wird die Angabe, ob ein Therapiebericht benötigt wird, vereinfacht abgebildet.

Zu Absatz 2 Satz 3 Streichung Buchstabe e. (bisherige Fassung)

Die Angabe, ob die Therapie in Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden soll, erfolgt zukünftig über die Bezeichnung des Heilmittels.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe f. (alt) / e. (neu)

Es handelt sich um eine Folgeanpassung zu § 15, wonach die Ärztin oder der Arzt einen dringlichen Behandlungsbedarf, bei dem die Behandlung innerhalb von 14 Tagen aufgenommen werden soll, auf der Verordnung kenntlich macht.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe g. (alt) / f. (neu)

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung, da der Begriff „Verordnungsmenge“ in der Praxis teilweise unterschiedlich verstanden wurde.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe i. (alt) / h. (neu)

Die Beispiele für „ergänzende Angaben zum Heilmittel“ wurden angepasst. Die Angabe „KG oder Übungsbehandlung im Bewegungsbad“ erfolgt künftig über die Bezeichnung des Heilmittels (siehe Auflistung im Heilmittelkatalog) und war daher als Beispiel zu streichen. Weitere Beispiele für ergänzende Angaben zum Heilmitteln können „Doppelbehandlung“ oder bei „KG-ZNS“ die Angabe „Bobath“ sein.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe j. (alt) / i. (neu)

Es erfolgte eine begriffliche Anpassung aufgrund der Änderung von § 12 Absatz 1 und § 16 Absatz 2. Darüber hinaus wurde ergänzt, dass die Angabe auch als Frequenzspanne möglich ist.

Zu Absatz 2 Satz 3 Streichung Buchstabe k. (bisherige Fassung)

Die Angabe der Therapiedauer für Heilmittel der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie für Manuelle Lymphdrainage erfolgt künftig über die Bezeichnung des Heilmittels (siehe Auflistung im Heilmittelkatalog) und war daher als gesonderte Angabe zu streichen.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe l. (alt) / j. (neu)

Da der Diagnoseschlüssel (die Verknüpfung von Diagnosegruppe und Leitsymptomatik) weggefallen ist, ist künftig nur noch die Diagnosegruppe anzugeben (z. B. WS oder EX).

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m. (alt) / k. (neu)

Es wird klargestellt, dass die konkrete(n) therapierelevante(n) Diagnose(n) im Format ICD-10 und als Klartext anzugeben sind. Der Klartext kann verändert und um einen Freitext ergänzt werden. In Einzelfällen, z.B. im Falle von Hausbesuchen, ist es zulässig die Diagnose ausschließlich als Freitext zu formulieren und keinen ICD-10 Code anzugeben.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe n. (alt) / l. (neu):

Die Regelungen zur Angabe der Leitsymptomatik werden angepasst. Demnach besteht unverändert die Möglichkeit eine buchstabenkodierte Leitsymptomatik und/oder den entsprechenden Klartext aus dem Katalog auf die Verordnung zu übernehmen. Die Ärztin oder der Arzt kann auch gleichzeitig mehrere Leitsymptomatiken angeben. Darüber hinaus besteht künftig die Möglichkeit, eine oder mehrere patientenindividuelle Leitsymptomatik(en) als Freitext anzugeben, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin oder des Patienten handlungsleitend ist/sind. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann und mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen a), b) oder c) vergleichbar ist. Damit soll die Angabe spezifischer individueller Informationen zu den Schädigungen der Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, ohne dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt auf die definierten Leitsymptomatiken nach HMK zurückgreifen muss.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe o. (alt)

Unter der Maßgabe, dass die Regelungen zum TSVG in der für die Anhörung des Gesundheitsausschusses vom 16. Januar 2019 vorgelegten Fassung der Änderungsanträge für Heilmittel (hier Ausschussdrucksache 19(14)51.4 vom 4.01.2019 zu § 32 SGB V) in Kraft treten, ist vorgesehen, das Feld für die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls entfallen zu lassen, da die bisher vorgesehenen Genehmigungsverfahren gemäß § 8 Absatz 4 nicht mehr stattfinden.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe p. (alt) / n. (neu)

Hier wurde der Zusatz „insbesondere bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie und bei „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ gestrichen, da wesentliche Befunde bei allen Heilmittelverordnungen wichtig sein können.

2.1.16 Neu § 13a HeiM-RL

Mit der Einführung der „Blanko-Verordnung“ in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Änderungen aufgrund des TSVG (vgl. § 125a SGB V i.V.m. § 73 Absatz 11 SGB V) bedarf es auch einer entsprechenden Ergänzung in der HeiM-RL. Das TSVG sieht in § 92 Absatz 6 Satz 1 Nr. 5 und 6 eine Ergänzung vor, wonach der G-BA regeln soll, auf welche Angaben auf der Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1 (Blankoverordnung) verzichtet werden kann sowie die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1 (Blankoverordnung).

Zu Absatz 1

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben zur Blankoverordnung trifft der Leistungserbringer bei Verordnungen auf Grund einer Diagnose nach § 125a SGB V bei bestimmten Indikationen selbst die Entscheidung über Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten. Mit dem neuen § 13a Absatz 1 wird klargestellt, auf welche Angaben die Ärztin oder der Arzt auf der Verordnung verzichten kann, wenn eine Diagnose vorliegt, für die eine Blankoverordnung ausgestellt werden kann.

Zu Absatz 2

Der G-BA geht davon aus, dass mit dem Begriff „Gültigkeit“ nicht (nur) die Gültigkeit einer Verordnung im Sinne von § 15 HeiM-RL gemeint sein kann, welche den Behandlungsbeginn innerhalb von 14 bzw. 28 Tagen vorsieht.

Der Gesetzgeber führt in der Gesetzesbegründung vielmehr aus, dass „der Gemeinsame Bundesausschuss die Gültigkeitsdauer der ‚Blankoverordnung‘ festzulegen [habe], damit nicht über diesen Umweg die Diagnosen für einen langfristigen Heilmittelbedarf ausgeweitet werden“. Gemeint ist wohl, dass die Blankoverordnung nicht dazu führen soll, dass auf unbestimmte Zeit die Möglichkeit besteht, eine Heilmittelbehandlung in Anspruch zu nehmen, ohne erneuten Arztkontakt.

Die Festlegung der Gültigkeit von Blankoverordnungen bei Maßnahmen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie der Ernährungstherapie erfolgt deshalb zum einen in Anlehnung an die bisherigen Vorgaben für Verordnungen außerhalb des Regelfalls sowie unter Berücksichtigung der zukünftigen Regelungen für Verordnungen nach § 7 Abs. 6 (neu) der Richtlinie, in der die Behandlungsdauer für Verordnungen aufgrund eines langfristigen Heilmittelbedarfs und aufgrund besonderer Verordnungsbedarfe auf 12 Wochen festgelegt wurde. Zum anderen soll der Zeitraum bis zum Beginn einer Heilmittelbehandlung berücksichtigt werden, weshalb Blankoverordnungen bei Maßnahmen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie der Ernährungstherapie 18 Wochen ab Verordnungsdatum gültig sind. Bei Maßnahmen der Podologie zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms empfiehlt der Heilmittelkatalog

eine Höchstmenge von 8 Einheiten je Verordnung bei einer Behandlungsfrequenz alle vier bis sechs Wochen, weshalb hier ein Gültigkeits-Zeitraum von 40 Wochen sachgerecht erscheint.

Die Festlegung der Gültigkeit einer Blankoverordnung auf längstens 16 bzw. 40 Wochen ab Verordnungsdatum gewährleistet, dass der Therapeutin oder dem Therapeuten ausreichend Zeit für die Heilmittelbehandlung zur Verfügung steht. Zudem ist sichergestellt, dass auch bei der Blankoverordnung in vertretbaren Abständen ein erneuter Arztkontakt stattfindet, um die medizinische Indikation für eine Heilmitteltherapie zu überprüfen.

Darüber hinaus wird in Satz 1 der Vorschrift klargestellt, dass auch für die Blankoverordnung die Grundsätze zum Beginn der Behandlung nach § 15 Absatz 1 gelten. Werden die vorgesehenen Zeiträume nicht eingehalten, so verliert die Blankoverordnung ihre Gültigkeit.

Zu Absatz 3

Gleichzeitig wurde klargestellt, dass bei wichtigen medizinischen Gründen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel, der Dauer und Frequenz der Therapie durch die Therapeutin oder den Therapeuten sprechen, der Arzt oder die Ärztin auf eine Blankoverordnung verzichten kann. Dann sind auch bei Indikationen nach § 125a SGB V alle Angaben nach § 13 Absatz 2 durch den Arzt oder durch die Ärztin zu machen.

Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung waren die Verträge nach § 125a SGB V (Blanko-Verordnung) noch nicht geschlossen, weshalb eine Überprüfung der Regelungen zu § 13a, insbesondere im Hinblick auf die Gültigkeitsdauer einer Verordnung nach Bekanntgabe der Verträge nach § 125a SGB V geplant ist.

C. Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern

2.1.17 § 15 Beginn der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

Für alle Heilmittelbereiche wird einheitlich der späteste Behandlungsbeginn auf 28 Tage festgelegt. Neu wird geregelt, dass bei Vorliegen eines dringlichen Behandlungsbedarfs die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen hat. Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.

Zu Absatz 2

Entsprechend der neu getroffenen Regelung wird die Gültigkeit der Verordnung gemäß Absatz 1 angepasst

2.1.18 § 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

Es erfolgt einer Klarstellung, dass die Regelungen des § 16 nur in eingeschränkter Form für eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern (Blankoverordnung) gemäß § 13a gilt. Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe in § 73 Absatz 11 SGB V, wonach Heilmittelerbringer bei den in den Verträgen nach § 125a Absatz 1 SGB V vereinbarten Indikationen selbst die Auswahl und die Dauer der Heilmitteltherapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten festlegen, sind § 16 Absätze 3 bis 6 der Heilmittel-Richtlinie für die Blankoverordnung nicht einschlägig. Die Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, ob und in wieweit bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie abgewichen werden kann, werden in den Verträgen nach § 125a SGB V geregelt.

Zu Absatz 2 (neu)

Absatz 2 stellt die Verbindung zu einer neuen Anlage 3 zur Prüfpflicht der Therapeutinnen und der Therapeuten bzgl. Angaben auf der Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie her.

Zu Absatz 3 (neu)

Mit Satz 1 wird klargestellt, dass die Frequenzangabe auf der Verordnung für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend ist. Durch die Möglichkeit der Übernahme einer Frequenzspanne auf den Verordnungsvordruck (Bsp. 1-3-mal pro Woche) können in dem damit vorgegebenen Rahmen Änderungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten, die bislang einer obligaten Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bedürfen, vermieden werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich damit sowohl auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte, der Heilmittelerbringer als auch der Krankenkassen der bürokratische Aufwand verringert.

Bei der Verordnung von Ernährungstherapie ist die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht verpflichtet, eine Frequenz anzugeben, da sich die Therapie nach dem individuellen Bedarf der Patientin oder des Patienten richtet und in enger Abstimmung mit der Ernährungstherapeutin oder dem Ernährungstherapeuten bestimmt wird. Daher ist bei einer Abweichung von der ärztlichen Angabe keine Abstimmung mit der Ärztin oder dem Arzt erforderlich.

Zu Absatz 4(neu)

Wird in der Physiotherapie, Ergotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprach- und Schlucktherapie die Behandlung ohne angemessene Begründung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die verbleibenden Therapieeinheiten grundsätzlich ihre Gültigkeit; mit der Folge, dass die Behandlung abgebrochen werden muss. Im Interesse der Patientinnen und Patienten sehen die Rahmenempfehlungen und -verträge nach § 125 SGB V schon heute vor, dass die Heilmitteltherapie z. B. krankheits-, ferien-, oder urlaubsbedingt unterbrochen werden oder eine Unterbrechung therapeutisch indiziert sein kann. Solche begründeten Unterbrechungen stellen dann auch keine Abweichung von der Frequenz dar.

Mit der Änderung in Absatz 3 erfolgt eine Aufnahme dieser Praxis in die Regelung. Mit der Formulierung „angemessen“ wird deutlich gemacht, dass nicht jede beliebige Behandlungsunterbrechung von der Ausnahmeregelung umfasst ist. Der Heilmittelerbringer hat auch in den Fällen der begründeten Unterbrechung zu gewährleisten, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird. Das Nähere, wie bspw. die Gründe und Voraussetzungen einer angemessenen Begründung sowie deren Dokumentation regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.

Zu Absatz 5 (neu)

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung.

Zu Absatz 6 (neu)

Die Heilmittel-Richtlinie sieht vor, dass vorrangig Gruppentherapie zu verordnen ist, sofern eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist (vgl. § 10 Heilm-RL). Grund hierfür sind zum einen gruppendynamisch gewünschte Effekte, die erfahrungsgemäß zu besseren Behandlungsergebnissen führen können. Zum anderen entspricht der Grundsatz „Gruppentherapie“ auch dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot. In Zeiten steigender Zahlen von Patientinnen und Patienten und begrenzten Zahlen von Therapeutinnen und Therapeuten kann Gruppentherapie zudem dazu beitragen, dass Kapazitäten für Heilmittelbehandlungen in den Praxen besser genutzt werden können und die Behandlung der Patientinnen und Patienten sichergestellt wird. Mit der Änderung wird die Entscheidungskompetenz der Heilmittelerbringer erhöht, indem bei Erkrankungen, bei denen sich im Verlauf der Therapie zeigt, dass eine Einzeltherapie nicht mehr zwingend medizinisch geboten ist, die Möglichkeiten zur Organisation von Gruppentherapien ermöglicht werden. Hierfür ist die Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten nötig und das Einvernehmen mit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt herzustellen.

2.1.19 § 16a Entlassmanagement

Zu Absatz 5

Es handelt sich hier um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung der orientierenden Behandlungsmenge gemäß § 7.

D. Maßnahmen der Physiotherapie

2.1.20 § 17 Grundlagen

Zu Absatz 1

Die Beschreibung der Grundlagen wurde an den aktuellen Stand angepasst. Die bisher verwendete Bezeichnung „Physikalische Therapie“ wird durch den Begriff „Physiotherapie“ ersetzt und folgt damit der Nomenklatur des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie

(Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Physiotherapie (PhysTH-AprV), vgl. Ausführungen zu § 2 Absatz 1). Der Begriff „Physiotherapie“ umfasst dabei alle aktiven, assistiv-therapeutisch unterstützen und passiven Therapieformen. Darunter findet sich einerseits die Krankengymnastik als Maßnahme der Bewegungstherapie, die der Physiotherapeutin oder dem Physiotherapeuten vorbehalten ist sowie andererseits die physikalische Therapie, in der Physiotherapeuten und Masseur gleichberechtigt nebeneinander tätig werden. Die physikalische Therapie als Unterform der Physiotherapie untergliedert sich in die Bereiche Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie sowie Thermotherapie. Mit der Umformulierung ist keine inhaltliche Änderung der bisher unter der Bezeichnung „Physikalische Therapie“ geführten Maßnahmen verbunden. Darüber hinaus wurde klargestellt, dass auch im Bereich der Physiotherapie die Zielsetzung mit Blick auf die ICF erfolgt.

Zu Absatz 3

Die Streichung erfolgt zur Vermeidung von Doppelungen. Der Hinweis auf die gemäß Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie nicht verordnungsfähigen Heilmittel und Indikationen ist bereits in § 5 für alle Heilmittelbereich übergreifend geregelt und kann daher in den heilmittelbereichsspezifischen Abschnitten entfallen.

2.1.21 § 18 Massagetherapie

Zum neuen Absatz 2

Die übergreifenden Therapieziele der Massagetherapie werden in diesem Paragraphen ergänzt. Damit kann die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog entfallen.

Zu Absatz 3 Nummer 7

Die Beschreibung der Manuellen Lymphdrainage und deren grundsätzlicher therapeutischer Ziele wurde gemäß Formulierungen in der AWMF S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Lymphödeme“ (AWMF Reg.-Nr. 058-001, Mai 2017) aktualisiert.

Die Ergänzung „zusätzlich“ soll betonen, dass eine mögliche Kompressionsbandagierung einer expliziten Verordnung bedarf und nicht Bestandteil der Maßnahmen der manuellen Lymphdrainage ist. Eine Kompressionsbandagierung muss gesondert auf demselben Verordnungsvordruck verordnet werden (Bsp. „MLD-30 + anschließender Kompressionsbandagierung“). Damit wird die bisherige Auslegung der Heilmittel-Richtlinie klargestellt, auf die sich der GKV-Spitzenverband und die KBV bereits im Rahmen des konsentierten Fragen-Antworten-Katalogs vom 22.11.2005 (Frage Nr. 27) ([siehe Anlage](#)) verständigt hatten. Weitere Begründung siehe auch Diagnosegruppe „LY“ im Heilmittelkatalog.

Darüber hinaus erfolgte eine begriffliche Anpassung in Buchstabe b.

2.1.22 § 19 Bewegungstherapie

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung gemäß der ICF-Klassifikation.

Zu Absatz 3 Nummer 3 Buchstabe a.

An dieser Stelle wird klargestellt, dass innerhalb der Maßnahmen der Physiotherapie auch Massagetechniken als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung zur lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet zur Anwendung kommen können.

Zu Absatz 3 Nummer 3 Buchstabe c.

Es erfolgte eine sprachliche Anpassung.

2.1.23 § 21 Maßnahmen der Elektrotherapie

Der Zusatz „Maßnahmen“ ist notwendig, um den übergeordneten Begriff der „Maßnahmen der Elektrotherapie“ von der spezifischen Maßnahme Elektrotherapie zu unterscheiden.

2.1.24 Bisheriger § 26 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie“

Es erfolgt eine Streichung des bisherigen § 26 und die Integration in Teil B „Grundsätze der Heilmittelverordnung“ (siehe 2.1.6).

E. Maßnahmen der Podologischen Therapie

2.1.25 § 29 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Fußschädigungen durch Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom)

Mit dieser neuen Überschrift zum Paragraphen erfolgt eine redaktionelle Vereinheitlichung der Formulierungen, da in Folge dieser Änderungen nur Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik gelistet werden.

F. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

2.1.26 §§ 30 ff. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Teil F)

Es wird klargestellt, dass die Schlucktherapie zukünftig neben den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verordnet werden kann. Bislang waren Maßnahmen der Schlucktherapie unter den Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie subsummiert.

Zu § 30 Absatz 2

Bei der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie kann die Einbeziehung des sozialen Umfelds ein Bestandteil des Therapiekonzeptes sein, weshalb eine übergeordnete Regelung hierzu sachgerecht ist. Des Weiteren wird klargestellt, dass Gruppentherapie als 45- und 90-minütige Behandlung möglich ist.

Zu § 30 Absatz 3

Die Streichung erfolgt zur Vermeidung von Doppelungen. Die Bestimmungen zu den nichtverordnungs-fähigen Heilmitteln sind bereits in § 5 umfassend ausgeführt.

2.1.27 Neuer § 33a Schlucktherapie

Die Schlucktherapie ist nach bisheriger Richtlinienfassung Bestandteil der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und unter den Diagnosengruppen „SC1 krankhafte Störung des Schluckaktes – Dysphagie“ und „SC2 Schädigung im Kopf-Hals-Bereich“ verordnungsfähig. Mit der Überarbeitung der Richtlinie kann die Schlucktherapie künftig explizit verordnet werden, da diese eine eigenständige Therapie ist, die von der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie abzugrenzen ist. Sie wird von Logopäden und speziell ausgebildeten Sprachtherapeuten erbracht. Daher stellt dies keine wesentliche Änderung der Richtlinie im Sinne des 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar.

Schluckstörungen betreffen sowohl Kinder als auch Erwachsene. Sie können auf organische und/oder funktionelle Ursachen zurückgeführt werden.

Das übergreifende Ziel einer Schlucktherapie ist die Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckaktes, um eine orale Nahrungsaufnahme zu ermöglichen.

2.1.28 § 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen

Zu Absatz 1 bis 3 (bisherige Fassung)

Es erfolgt eine Streichung der Absätze 1 bis 3 und deren Integration in Teil B „Grundsätze der Heilmittelverordnung“ (siehe 2.1.6)

Zu Absatz 1 (neu)

Der Absatz 1 (neu) entspricht dem bisherigen Absatz 4 und wird geringfügig geändert. Mit der Änderung soll verdeutlicht werden, dass nicht alle aufgelisteten diagnostischen Maßnahmen vor jeder Verordnung notwendig sind. Damit wird die bisherige Auslegung der Heilmittel-Richtlinie aufgegriffen, zu der sich der GKV-Spitzenverband und die KBV bereits im Rahmen des konsentierten Fragen-Antworten-Katalogs vom 22.11.2005 (Frage Nr. 48) ([siehe Anlage](#)) verständigt hatten.

Punkt 5 „Schlucktherapie“

Darüber hinaus wird unter den Punkten 1.-4. der jeweilige Abschnitt „bei begleitenden Schluckstörungen“ gestrichen, da die Schlucktherapie als eigenständiger Bereich aufgenommen wird. Dafür wird ein neuer Punkt 5 „Schlucktherapie“ eingeführt, in dem nun unter 5.a die Eingangsdiagnostik und unter 5.b die weiterführende Diagnostik bei Maßnahmen der Schlucktherapie aufgeführt werden.

Videofluoroskopie

Die Schlucktherapie war bisher Teil der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

In der Richtlinie (§ 34) waren als Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik bei begleitenden Schluckstörungen

- bildgebende Verfahren
- endoskopische Untersuchung
- neurologische Untersuchung

geregelt. Bei der zum diagnostischen Standard gehörenden Videofluoroskopie wird der Schluckakt zum Einschätzen des Schweregrades der Schluckstörungen und Planung/Überwachung der Therapie mittels Durchleuchtung gefilmt.

Die Videofluoroskopie zählt somit zu den bildgebenden Verfahren und soll in der neuen Richtlinie wegen ihrer weiten Verbreitung explizit benannt werden.

G. Maßnahmen der Ergotherapie

2.1.29 § 35 Grundlagen Maßnahmen der Ergotherapie

Zu Absatz 1

Die vorgenommene Umformulierung trägt der einheitlichen sprachlichen Überarbeitung und Anpassungen des Heilmittelkatalogs an das bio-psycho-soziale Modell der ICF Rechnung und bildet den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand ab.

Es erfolgt eine umfassende Beschreibung die sowohl die Schädigungsebene als auch die Aktivitätsebene miteinschließt. Die Spalte „Beeinträchtigung der Aktivität (Fähigkeitsstörungen)“ wurde im HMK gestrichen und in den Titel der Spalte „Leitsymptomatik“ überführt. Im Gegenzug werden die wesentlichen Therapieziele auf Aktivitätsebene für die jeweilige Behandlung, die sich aus den Beeinträchtigungen ableiten, beschrieben. Somit handelt es sich um keine wesentliche Änderung gemäß 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerO des G-BA.

Zu Absatz 4

Die Streichung ab Satz 2 erfolgt zur Vermeidung von Doppelungen. Die Bestimmungen zu den nichtverordnungsfähigen Heilmitteln sind bereits in § 5 umfassend ausgeführt.

2.1.30 § 36 Motorisch-funktionelle Behandlung

Die Beschreibung der motorisch-funktionellen Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientieren sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO sowie den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Unter § 36 Absatz 2 sind die Maßnahmen in Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt.

Auf die Nennung der Maßnahme (alte Fassung): „Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen“ wurde bewusst verzichtet, da der Begriff „eigenständige Lebensführung“ weder in der Klassifikation der Körperfunktionen und-Strukturen noch in der Klassifikation der Aktivitäten der ICF ein eigenes Kapitel darstellt bzw. keinem Kapitel zuzuordnen ist. Vielmehr ergibt sich die Verbesserung einer eigenständigen Lebensführung aus der Verbesserung verschiedener Aktivitäten, wie Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung. Diese sind unter therapeutischen Zielen aufgeführt.

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt dagegen schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Daher findet sich beispielsweise die Schmerzlinderung/ Minderung schmerzbedingter Reaktionen unter Absatz 2 und nicht unter Absatz 3, da es sich bei Schmerz um eine Körperfunktion handelt.

Wesentliche Ziele für den Bereich der motorisch-funktionellen Behandlung auf Aktivitätsebene sind die Wiederherstellung und Erhalt der Mobilität im Alltag (z. B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel) oder die Wiederherstellung und Erhalt der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen) und der Haushaltsführung (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten). Die ICF sieht in der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation für die Selbstversorgung und das häusliche Leben eigene Kapitel vor (Kapitel 5 und 6), daher wurden die Ziele getrennt dargestellt. In der alten Fassung fanden sich diese in der Formulierung „Selbständigkeit in der Selbstversorgung (z.B. Ankleiden, Hygiene, Haushalt)“.

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

2.1.31 § 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

Die Beschreibung der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO sowie den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Unter § 37 Absatz 2 werden die Maßnahmen mit Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt. Die dargestellten Schädigungen der Körperfunktionen- und Strukturen sind in Anlehnung der Struktur der ICF neu sortiert,

inhaltlich im Wesentlichen unverändert. Die in der alten Fassung stehende Formulierung „Erlangung der Grundarbeitsfähigkeit“ wurde gestrichen. Eine sogenannte „Grundarbeitsfähigkeit“ setzt sich aus der Wiederherstellung und dem Erhalt verschiedenster Aktivitäten zusammen und findet sich beispielsweise in den therapeutischen Zielen wie Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen, Erlangen von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaption des Lebensumfelds.

Außerdem wurde die Maßnahme (alte Fassung): „Verbesserung der eigenständigen Lebensführung, auch unter Einbeziehung technischer Hilfen“ gestrichen, da der Begriff „eigenständige Lebensführung“ weder in der Klassifikation der Körperfunktionen und-Strukturen noch in der Klassifikation der Aktivitäten der ICF ein eigenes Kapitel darstellt bzw. keinem Kapitel zuzuordnen ist. Vielmehr ergibt sich die Verbesserung einer eigenständigen Lebensführung aus der Verbesserung verschiedener Aktivitäten, wie Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung oder Erlangen von Alltags- und Handlungskompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln, technischen Produkten und Adaption des Lebensumfelds.

Diese sind nun unter therapeutischen Zielen aufgeführt.

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Für den Bereich der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung sind dies beispielsweise die Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten aus dem Bereich allgemeiner Aufgaben (z. B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben), von Aktivitäten der Mobilität und Geschicklichkeit im Alltag (z. B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, Fortbewegen im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel) und dem Erlernen von Kompensationsstrategien.

Es handelt sich nicht um neue Ziele, sondern um eine ICF-konforme Zuordnung und Formulierung, die den typischen therapeutischen Ansatz der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung widerspiegeln soll.

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

2.1.32 § 38 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

Die Beschreibung des Hirnleistungstrainings/ der neuropsychologisch orientierten Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO und den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Die in der alten Fassung stehende Formulierung „Erlangung der Grundarbeitsfähigkeit“ wurde gestrichen. Eine sogenannte „Grundarbeitsfähigkeit“ setzt sich aus der Wiederherstellung und dem Erhalt verschiedenster Aktivitäten zusammen und findet sich bezogen auf das Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Behandlung beispielsweise in den therapeutischen Zielen (Absatz 3) wie Planung und Durchführung täglicher Routinen, einfache und komplexe Aufgaben übernehmen, situationsgerechtes Verhalten wieder.

Unter § 38 Absatz 2 werden die Maßnahmen mit Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt. Gemäß Klassifikation der Körperfunktionen in der ICF erfolgt eine Neusortierung nach globalen und spezifischen mentalen Funktionen.

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Für den Bereich des Hirnleistungstrainings/ neuropsychologisch orientierter Behandlung sind dies insbesondere die Entwicklung/ Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten im Bereich Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. Planung und Durchführung täglicher Routinen, einfache und komplexe Aufgaben übernehmen), interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z.B. situationsgerechtes Verhalten, Familienbeziehungen), aber auch der Mobilität im Alltag (z. B. Tragen von Gegenständen, Benutzung von Transportmitteln), der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen) und dem Erlernen von Kompensationsstrategien.

Es handelt sich nicht um neue Ziele, sondern um eine ICF-konforme Zuordnung und Formulierung, die den typischen therapeutischen Ansatz des Hirnleistungstrainings / der neuropsychologisch orientierten Behandlung abbilden soll.

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

2.1.33 § 39 Psychisch-funktionelle Behandlung

Die Beschreibung der psychisch-funktionellen Behandlung (Absatz 1) deren Maßnahmen (Absatz 2) und therapeutischen Ziele (Absatz 3) wurden neu formuliert und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell der WHO und den Begrifflichkeiten und der Struktur der ICF.

Unter § 39 Absatz 2 werden die Maßnahmen mit Bezug auf die Beeinflussung der Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen- und Strukturen dargestellt. Gemäß Klassifikation der Körperfunktionen in der ICF erfolgt eine Neusortierung nach globalen und spezifischen mentalen Funktionen.

Die unter Maßnahmen aufgeführte Formulierung (alte Fassung) „Verbesserung der eigenständigen Lebensführung und der Grundarbeitsfähigkeit“ wurde gestrichen. Eine sogenannte „Grundarbeitsfähigkeit“ und auch eine „eigenständige Lebensführung“ wird durch die Wiederherstellung und dem Erhalt verschiedenster Aktivitäten erreicht. Zudem lassen sich beide Formulierungen nicht den Kapiteln der ICF (Körperfunktionen-Strukturen und Aktivitäten und Partizipation) eindeutig zuordnen.

Bezogen auf die psychisch-funktionelle Behandlungen werden unter den therapeutischen Zielen entsprechende Aktivitäten genannt, z. B. tägliche Routine in richtiger Reihenfolge durchführen, Tagesstrukturierung, bewusste sinnliche Wahrnehmung, Aufmerksamkeit fokussieren.

Die Formulierung der therapeutischen Ziele (Absatz 3) erfolgt schwerpunktmäßig in Bezug auf die Beseitigung oder Minderung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, ggf. der Teilhabe. Für den Bereich der psychisch-funktionellen Behandlung sind dies insbesondere die Entwicklung/ Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten aus dem Bereich allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. tägliche Routine in richtiger Reihenfolge durchführen, Tagesstrukturierung), aus dem Bereich Lernen und Wissensanwendung (z.B. bewusste sinnliche Wahrnehmung,

Aufmerksamkeit fokussieren), aus dem Bereich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (soziale Interaktion, Aufbau und Erhalt von Beziehungen) oder die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit, des Selbstvertrauens und Entscheidungsfähigkeit.

Es handelt sich nicht um neue Ziele, sondern um eine ICF-konforme Zuordnung und Formulierung, die den typischen therapeutischen Ansatz der psychisch-funktionellen Behandlung abbilden soll. Beispielsweise findet sich das Ziel (a.F.) „Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit“ in dem neu formulierten Ziel: Entwicklung/Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten aus dem Bereich interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (soziale Interaktion, Aufbau und Erhalt von Beziehungen)

Die unter Absatz 2 und Absatz 3 gemachten Ausführungen stellen typische Beispiele dar und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Auf die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog wird für eine bessere Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit verzichtet.

2.1.34 § 40 Therapieergänzende Maßnahmen sowie Heilmittelkatalog EN1

Eine ggf. erforderliche ergotherapeutische Schiene kann auf dem Heilmittelverordnungsformular zusammen mit dem erforderlichen Heilmittel verordnet werden, z. B. Motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene. Hintergrund ist, dass die ergotherapeutische Schiene als Sachaufwendung des Heilmittelerbringers weder ein Hilfsmittel noch ein Heilmittel darstellt. Mit der Änderung wird sichergestellt, dass im Abrechnungsverfahren der Heilmittelerbringer kein anderer Vordruck zur Abrechnung kommt. Durch die feststehende Abrechnungspositionsnummer für die ergotherapeutische Schiene ist sichergestellt, dass diese Leistungen bei der arztbezogenen Erfassung nicht als Heilmittelausgaben berücksichtigt werden.

2.1.35 Bisheriger § 41 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Ergotherapie“

Es erfolgt eine Streichung und die Integration in Teil B „Grundsätze der Heilmittelverordnung“ (siehe 2.1.6).

H. Ernährungstherapie

2.1.36 § 42 „Grundlagen“

Zu den Absätzen 4 und 5

Die übergreifenden Therapieziele der Ernährungstherapie werden in diesen Paragraphen ergänzt. Damit kann die Angabe der Therapieziele im Heilmittelkatalog entfallen.

2.2 Neufassung des zweiten Teils der Richtlinie (Heilmittelkatalog)

Die mit der Überarbeitung des Heilmittelkatalogs vorgenommenen Änderungen, insbesondere die Zusammenlegung von Diagnosegruppen, die Vereinheitlichung der Leitsymptomatiken und die Eingliederung der optionalen Heilmittel in die vorrangigen Heilmittel sollen zu einer Vereinfachung und Entbürokratisierung des Verordnungsvorgangs führen. Gleichzeitig sind damit keine wesentlichen Änderungen i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerO des G-BA oder Erweiterungen der jeweiligen Indikationsbereiche der verordnungsfähigen Heilmittel oder der Art der Erbringung verbunden. So ergeben sich die mit den jeweiligen Maßnahmen der Heilmitteltherapie verbundenen Ziele und Indikationsbereiche nach wie vor aus den Definitionen gemäß §§17 – 45 der Richtlinie. Die dort hinterlegten Inhalte der einzelnen Heilmittelmaßnahmen wurden bei Bedarf noch ergänzt und auf den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse gebracht.

Mit der Einführung der Begrifflichkeit „orientierende Behandlungsmenge“ durch das TSVG und den damit verbundenen Änderungen des § 7 ergeben sich auch Folgeänderungen in der Bezeichnung der Spaltenüberschriften des Heilmittelkatalogs. Es wird hier nur noch von „Heilmittelverordnung“ gesprochen. Ebenso verändert sich der Begriff „Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles“ in „orientierende Behandlungsmenge“.

Die Beratungen zur Überarbeitung des HeilM-Kataloges waren im August 2018 weitestgehend abgeschlossen, so dass der Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL Ende August 2018 ins Stellungnahmeverfahren gegeben wurde. Zu diesem Zeitpunkt war der neue gesetzliche Auftrag, Vorgaben zu indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und zur Zahl der Behandlungseinheiten zu treffen, noch nicht bekannt. Die Begründungen zu den Änderungen im Heilmittelkatalog beziehen sich daher noch auf die zu diesem Zeitpunkt gültige Regelfallsystematik. Sie sind aber auf die neue Systematik der orientierenden Behandlungsmengen vollständig übertragbar. Da der bisherige Regelfall mit der neu eingeführten orientierenden Behandlungsmenge vergleichbar ist (vgl. hierzu auch Begründung zur Ausschussdrucksache 19(14)51.4 vom 4.01.2019 zu § 92 Absatz 6 SGB V), bedarf es auch keiner weiteren inhaltlichen Änderungen zur Festlegung der Behandlungseinheiten.

2.2.1 Überarbeitung der Spalte Diagnosegruppen

Zusammenfassung von Diagnosegruppen

Die Zusammenfassung der Diagnosegruppen dient der Reduzierung der Komplexität des Heilmittelkataloges und trägt somit zu einer Entbürokratisierung in dessen Anwendung bei. Bei der Auswahl der Diagnosegruppe wird künftig nicht mehr unterschieden, ob es sich um einen kurzmittel- oder längerfristigen Behandlungsbedarf handelt. Damit entfällt der Aufwand für die Ärztin oder den Arzt, bei einem Wechsel der Diagnosegruppen innerhalb eines Regelfalles die bisher ausgestellten Verordnungsmengen auf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles anzurechnen. Der damit bisher verbundene Dokumentationsaufwand, insbesondere auch bei einem Arztwechsel, kann damit entfallen. Die Vorgabe zur Anrechnung von verordneten Mengen der Vorverordnungen von „verwandten Diagnosegruppen“ war zudem eine potentielle Fehlerquelle, die mit der Zusammenlegung wegfällt. Im Zuge der Zusammenlegung der Diagnosegruppen mit kurz-, mittel-, oder längerfristigen Behandlungsbedarf wurde in der Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ der Hinweis aufgenommen, dass sich die Verordnungsmenge stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles bedarf. Damit wird klargestellt, dass

bspw. bei funktionellen/ strukturellen Schädigungen mit einem kurzzeitigem Behandlungsbedarf die im Heilmittelkatalog vorgesehenen Höchstverordnungsmengen mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht regelhaft auszuschöpfen sind.

Überarbeitung der Beispieldiagnosen

Die Änderungen, Zusammenführungen und Ergänzungen der Beispieldiagnosen erfolgen mit dem Ziel, medizinisch relevante Diagnosen zu benennen und die verwendeten Begrifflichkeiten an die aktuelle medizinische Terminologie anzupassen. Die Liste der Beispieldiagnosen ist nach wie vor nicht abschließend.

2.2.2 Anpassung Spalte Leitsymptomatik

Ziel der Neufassung der Leitsymptomatik ist es, die Vorgaben für die verordnenden Vertragsärzte zu flexibilisieren und zu individualisieren. Die bisher im Katalog enthaltenen Leitsymptomatiken wurden neu strukturiert und zusammengefasst und, soweit möglich, an die Begrifflichkeiten der ICF angepasst. Mit der zusätzlichen Möglichkeit zur Angabe einer patientenindividuellen Leitsymptomatik soll es ermöglicht werden, für den jeweiligen Patienten individuelle Angaben zu den Leitsymptomen zu machen. Die Angabe der vorgegebenen Leitsymptomatiken nach Heilmittelkatalog ist bei Angabe einer patientenindividuellen Leitsymptomatik verzichtbar. Es können auch gleichzeitig mehrere Leitsymptomatiken angegeben werden.

2.2.3 Überführung der Therapieziele in den Richtlinientext

Die Therapieziele waren in der Regel bereits im Richtlinientext in den §§17 – 45 der Richtlinie abgebildet und wurden jetzt einheitlich in den Richtlinientext überführt. Zudem besteht in der Regel ein direkter (kausaler) Zusammenhang zwischen der Leitsymptomatik, dem verordneten Heilmittel und der Zielstellung der Heilmitteltherapie. Die Therapieziele müssen nach wie vor nicht auf der Heilmittelverordnung angegeben werden. Sofern die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt es für sinnvoll hält, Therapieziele auf der Verordnung anzugeben, kann dies optional erfolgen (siehe § 13 Absatz 2 Buchstabe I.). Die Überführung der Ziele in den Richtlinientext dient ebenfalls dazu, die Komplexität des Heilmittelkatalogs zu reduzieren.

2.2.4 Anpassung Spalte Heilmittelverordnung

Integration optionale in die vorrangigen Heilmittel

Die Unterscheidung zwischen optionalen und vorrangigen Heilmitteln wurde gestrichen und die optionalen Heilmittel in die vorrangigen Heilmittel eingegliedert (siehe auch Begründung zu § 12 Absatz 3).

Benennung der Heilmittel

Unter der Spalte Heilmittel wurde die Bezeichnung und Auswahl der verordnungsfähigen Heilmittel konkretisiert. Durch die Konkretisierung erfolgt keine Aufnahme neuer Heilmittel, sondern lediglich eine Harmonisierung der bisher gültigen Regelung der Heilm-RL im HMK. Bei Heilmitteln, für die im Heilmittelkatalog eine Behandlungszeit vorgegeben wird, wurde die Heilmittelbezeichnung analog der bestehenden Formulierung der MLD um den entsprechenden Minutenwert ergänzt (z.B. „Sprech- und Sprachtherapie-30“). Bei Heilmitteln, die sowohl als Einzeltherapie als auch als Gruppentherapie abgegeben werden können, wurde der Zusatz „Gruppe“ ergänzt und als eigenständiges Heilmittel aufgeführt (z.B. „KG Gruppe“). Bei der Manuellen Lymphdrainage wurden die Heilmittelbezeichnungen um den Zusatz „+ Kompressionsbandagierung“ erweitert und separat aufgeführt (z.B. MLD-60 + Kompressionsbandagie-

erung“). In der Ergotherapie wurden die vorrangigen Heilmittel, bei denen ergänzend eine ergotherapeutische Schiene verordnet werden kann, ebenfalls gesondert mit dem entsprechenden Zusatz aufgeführt (z. B. „motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene“). Die Anpassungen dienen der besseren Abbildung der verordnungsfähigen Heilmittel in der ärztlichen Praxisverwaltungssoftware und sollen Fehler im Zusammenhang mit der Heilmittelauswahl vermeiden.

Umbenennung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls in orientierende Behandlungsmenge

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund von § 7.

Frequenzempfehlung als Frequenzspanne

Es wird klargestellt, dass die Behandlungsfrequenz als Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben werden kann. Dadurch können Änderungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten, die einer Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt bedürfen, vermindert werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich damit sowohl auf Seiten der Ärzte, der Leistungserbringer als auch der Krankenkassen der bürokratische Aufwand verringert (siehe auch Begründung zu § 16 Absatz 3).

Hinweis zum Langfristigen Heilmittelbedarf

Bei den Diagnosegruppen, die auf der „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V“ enthalten sind, wurde aus Transparenzgründen im Heilmittelkatalog ein Hinweis auf die Anlage 2 eingefügt.

Insgesamt stellen die Anpassungen in der Spalte „Heilmittelverordnung“ keine wesentlichen Änderungen i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar.

Im Folgenden werden nur noch die Änderungen erläutert, die über die vorgenannten Punkte hinausgehen.

I. A Maßnahmen der Physiotherapie

Unter der Spalte Heilmittel wurde die „Übungsbehandlung im Bewegungsbad“ sowie „KG im Bewegungsbad“ ergänzt. Diese waren bisher unter dem jeweiligen Heilmittel „Übungsbehandlung“ oder „KG“ subsumiert (vgl. § 19 Absatz 3 Nr. 1b und § 19 Absatz 3 Nr. 2b) und werden nun explizit benannt. Es handelt sich daher hierbei nicht um neue Heilmittel.

2.2.5 Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsorgane

Zur Diagnosegruppe WS

Bei der Zusammenlegung von WS1 a.F. und WS2 a.F. zu WS (neu) wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 18 Behandlungseinheiten im Regelfall vereinheitlicht. Damit erhöht sich die Verordnungsmenge für die Diagnosegruppe WS1 a.F. von 6 auf 18 Einheiten. Die Verordnungsmenge richtet sich jedoch auch weiterhin stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.

Bisher war es außerdem für den verordnenden Arzt oder die verordnende Ärztin möglich, von der Diagnosegruppe WS1 a.F. auf WS2 a.F. zu wechseln, sofern das Therapieziel nicht erreicht wurde. Dann stand insgesamt ebenfalls eine Gesamtverordnungsmenge von 18 Behandlungseinheiten zur Verfügung.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar.

Zur Diagnosegruppe EX

Bei der Zusammenlegung der Diagnosegruppen EX1, EX2, EX3 und EX4 zu EX (neu) wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 18 Behandlungseinheiten vereinheitlicht. Eine Ausnahme sind Kinder- und Jugendliche, hier sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 50 Behandlungseinheiten möglich, wodurch der Status Quo erhalten bleibt. Mit der Zusammenlegung und Vereinheitlichung wird der individuelle Leistungsanspruch der oder des Versicherten nicht berührt. Mit der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls wird davon ausgegangen, dass damit für den Großteil der unter der jeweiligen Diagnosegruppe zusammengefassten Erkrankungen das Therapieziel erreicht werden kann. Der tatsächliche medizinische Bedarf richtet sich jedoch nach dem individuellen medizinischen Erfordernis des Einzelfalls (siehe § 7 Absatz 3 HeilM-RL). Insbesondere bei schwerwiegenden Erkrankungen kann der Bedarf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls übersteigen. Lässt sich die Behandlung mit der im Heilmittelkatalog bestimmten Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht abschließen, besteht auch weiterhin die Möglichkeit zur Verordnung außerhalb des Regelfalls (vgl. § 8).

Darüber hinaus sind der Großteil der unter EX3 a.F. und EX4 a.F. beispielhaft aufgeführten Krankheitsbilder in den Diagnoselisten zu besonderen Verordnungsbedarfen (§ 108b SGB V) und zum langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V) berücksichtigt (bspw. Klumpfuß, angeborener Tortikollis, Reduktionsdefekte der oberen und unteren Extremitäten, Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheiten des Bindegewebes oder Spondylopathien), so dass dadurch eine krankheitsadäquate Versorgung ebenfalls sichergestellt wird.

Patienten haben zudem die Möglichkeit, bei schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, einen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen, um feststellen zu lassen, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können (siehe § 8a Absatz 3 HeilM-RL).

2.2.6 Erkrankungen des Nervensystems

Zur Diagnosegruppe ZN

Mit der Zusammenlegung der Diagnosegruppen ZN1 a.F. und ZN2 a.F. zu ZN ist bei der Auswahl der Diagnosegruppe künftig nicht mehr zwischen Kindern und Erwachsenen zu unterscheiden. Mit der Klarstellung, dass die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bei Kindern- und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 50 Behandlungseinheiten beträgt, ist ebenfalls keine Veränderung des Status Quo verbunden. Unverändert bleiben die Muskeldystrophien, und Muskelatrophien der Diagnosegruppe ZN zugeordnet. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Neuromuskuläre Erkrankung“ differenzierter dargestellt.

Zur Diagnosegruppe PN

Die Diagnosegruppe PN erhält die neue Bezeichnung **Periphere Nervenläsionen/ Muskelerkrankungen**. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Muskelerkrankungen“ differenzierter dargestellt und die Beispieldiagnosen um rein muskuläre Krankheitsgruppen (z. B. metabolische Muskelerkrankungen) ergänzt. Diese Diagnosen fanden vorher keine explizite Erwähnung, wurden aber von der Leitsymptomatik der

vormaligen Diagnosegruppe PN umfasst. Die begriffliche Anpassung stellt somit keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar, sondern dient lediglich der Klarstellung.

2.2.7 Erkrankungen der inneren Organe

Zur Diagnosegruppe AT

Bei der Zusammenlegung der Diagnosegruppen AT1 a.F., AT2 a.F. und AT3 a.F. zu AT (neu) wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 18 Behandlungseinheiten vereinheitlicht. Damit erhöht sich die Verordnungsmenge für die Diagnosegruppe AT1 a.F. von 6 auf 18 Einheiten. Die Verordnungsmenge richtet sich jedoch auch weiterhin stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls

Bisher war es für den verordnenden Arzt oder verordnende Ärztin möglich, von der Diagnosegruppe AT1 a.F. auf AT2 a.F. zu wechseln, sofern das Therapieziel nicht erreicht wurde. Damit stand insgesamt ebenfalls eine Gesamtverordnungsmenge von 18 Behandlungseinheiten zur Verfügung.

Mit der Zusammenlegung und Vereinheitlichung wird der individuelle Leistungsanspruch der oder des Versicherten nicht berührt. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls gilt als Orientierungsgröße, die von der Vorstellung ausgeht, dass damit für den Großteil der unter der jeweiligen Diagnosegruppe zusammengefassten Erkrankungen das Therapieziel erreicht werden kann. Der tatsächliche medizinische Bedarf richtet sich jedoch nach dem individuellen medizinischen Erfordernis des Einzelfalls (siehe § 7 Absatz 3 HeilM-RL). Insbesondere bei schwerwiegenderen Erkrankungen kann der Bedarf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls übersteigen. Lässt sich die Behandlung mit der im Heilmittelkatalog bestimmten Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht abschließen, besteht auch weiterhin die Möglichkeit zur Verordnung außerhalb des Regelfalls (vgl. § 8).

Für „Mukoviszidose“ sowie der „Mukoviszidose vergleichbare pulmonale Erkrankungen“ wurde die [Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls / die orientierende Behandlungsmenge] bei „bis zu 50 Einheiten“ belassen, da es sich hierbei um Erkrankungen mit schweren Störungen der Atmung handelt, bei denen 18 Einheiten regelhaft nicht ausreichen. Der Mukoviszidose im Hinblick auf den Behandlungsbedarf vergleichbare pulmonale Erkrankungen sind insbesondere:

- J47 Bronchiektasen
- Q33.4 angeborene Bronchiektasen
- Q34.8 primäre ciliäre Dyskinesie

sowie kongenitale Malformationen der Atemwege und Lunge, wie

- Q33.2 Lungensequestration (angeboren)
- Q33.3 Agenesie der Lunge
- Q33.6 Hypoplasie und Dysplasie der Lunge
- Q33.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge
- Q33.9 Angeborene Fehlbildung der Lunge, nicht näher bezeichnet
- Q34.0 Anomalie der Pleura
- Q34.1 Angeborene Mediastinalzyste

- Q34.9 Angeborene Fehlbildung des Atmungssystems, nicht näher bezeichnet

Darüber hinaus ist die Mukoviszidose (Cystische Fibrose) in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V) berücksichtigt. Damit wird eine krankheitsadäquate Versorgung dieser besonders schweren und dauerhaft bestehenden Erkrankung sichergestellt.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar.

Zur Diagnosegruppe GE

Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall wurde von 12 Behandlungseinheiten a.F. auf 18 Behandlungseinheiten erhöht. Dies trägt zu einer Vereinheitlichung von Verordnungsmengen von Maßnahmen der Physiotherapie und damit zu einer Minderung der Komplexität des Heilmittelkatalogs bei. Auch hier gilt, dass die Verordnungsmenge sich stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar.

Zur Diagnosegruppe LY

Indikation, Dauer und Frequenz der Manuellen Lymphdrainage sind vom Stadium eines Lymphödems abhängig.

Ziel der konservativen Behandlung und damit der MLD und einer ggf. erforderlichen Kompressionsbehandlung ist die Erkrankung in einen ödemfreien Zustand oder in ein niedrigeres Lymphödem Stadium zurückzuführen.

Im Heilmittelkatalog werden in der Diagnosegruppe LY-Lymphabflussstörungen daher folgerichtig die Stadien des Lymphödems aufgeführt, nach dem auch eine ICD-10-Kodierung erfolgt.

Dabei folgt die Stadien-Einteilung dem aktuellen Konsens der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Lymphödeme“ AWMF Reg.-Nr. 058-001 Mai 2017).

Der Hinweis im Stadium I „Hochlagern reduziert die Schwellung“ dient der Feststellung und Beschreibung dieses Stadiums und bedeutet somit nicht, dass eine Verordnung von MLD hier nicht indiziert ist.

Durch die Verknüpfung der Manuellen Lymphdrainage mit der Kompressionsbandagierung (MLD-30 + Kompressionsbandagierung etc.) wird der aktuellen Handhabung im Rahmen der Verordnung mittels Heilmittel-Verordnungssoftware Rechnung getragen. Auch bisher war von der Ärztin oder vom Arzt schon zu entscheiden, ob der Therapeut im Nachgang zur manuellen Lymphdrainage eine Kompressionsbandagierung durchführen soll.

Bei der Zusammenlegung der Diagnosegruppen LY1 a.F., LY2 a.F. und LY 3 a.F. zu LY wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 30 Behandlungseinheiten vereinheitlicht. Mit der Zusammenlegung und Vereinheitlichung wird der individuelle Leistungsanspruch der/des Versicherten nicht berührt. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls gilt als Orientierungsgröße, die von der Vorstellung ausgeht, dass damit für den Großteil der unter der jeweiligen Diagnosegruppe zusammengefassten Erkrankungen das Therapieziel erreicht werden kann. Der tatsächliche medizinische Bedarf richtet sich jedoch nach dem individuellen medizinischen Erfordernis des Einzelfalls (siehe § 7 Abs. 3 HeilM-RL). Insbesondere bei schwerwiegenden Erkrankungen kann der Bedarf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls übersteigen. Lässt sich die Behandlung mit der im Heilmittelkatalog bestimmten Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht abschließend, besteht auch weiterhin die Möglichkeit zur Verordnung außerhalb des Regelfalls (vgl. § 8).

Darüber hinaus sind alle unter LY3 a.F. beispielhaft aufgeführten Krankheitsbilder in der Diagnosenliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (§ 32 Absatz 1a SGB V) berücksichtigt, so dass dadurch eine krankheitsadäquate Versorgung ebenfalls sichergestellt wird.

2.2.8 Sonstige Erkrankungen**Zu den Diagnosegruppen SO1–SO5 (insgesamt)**

Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall wurde von 12 Behandlungseinheiten a.F. auf 18 Behandlungseinheiten für diese Diagnosegruppen erhöht. Dies trägt zu einer Vereinheitlichung von Verordnungsmengen von Maßnahmen der Physiotherapie und damit eine Minderung der Komplexität des Heilmittelkatalogs bei. Auch hier gilt, dass die Verordnungsmenge

sich stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA dar.

Diagnosegruppenspezifische Änderungen:

Zur Diagnosegruppe SO1

Für diese Diagnosegruppe gilt die Begrenzung der Gesamtverordnungsmengen für Massage-therapie (§ 12 Absatz 7 HeilM-RL) nicht, da hier ausschließlich Massagetherapien in Form der Colon-oder Bindegewebsmassage als vorrangiges Heilmittel zur Anwendung kommen, die gemäß der gemeinsamen Auslegung der KBV und des GKV-Spitzenverbandes im Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Fragen Nr. 32 und 33) ([siehe Anlage](#)) nicht begrenzt waren.

Zur Diagnosegruppe SO4

Die Bezeichnung der Diagnosegruppe SO4 a.F. „periphere trophische Störungen“ wird ergänzt um den Begriff „sekundäre“ periphere trophische Störungen. Bei Erkrankungen der des Nervensystems wird der Begriff „peripher“ ergänzt.

Der bisherige Begriff des peripheren Nervensystems ist zu unpräzise. Gemeint sind hier nur die Anteile des vegetativen Nervensystems mit peripheren Auswirkungen, ICF-Konform sympathisches und parasympathisches Nervensystem bezeichnet.

Eine direkte Wirkung auf die peripheren Blutgefäße entfaltet nur der Sympathikus. Er wirkt auf diese vasokonstriktiv und tonisierend. An den Schweißdrüsen bewirkt der Sympathikus eine vermehrte Sekretion. Bei einer Schädigung des Sympathikus, wie beispielsweise bei einer Neuropathie mit autonomer Beteiligung, kann es daher zu trophischen Störungen der betroffene Hautgebiete kommen.

Die begriffliche Anpassung stellt keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA.

Diagnosegruppe SO5

Es erfolgte die Ergänzung des Begriffs „chronisch“ bei den benannten Diagnosen.

Wärmetherapie darf nur bei chronischer Prostatitis und Adnexitis durchgeführt werden. Akute Entzündungen stellen eine relative Kontraindikation für eine Wärmebehandlung dar, weil hierdurch der Entzündungsprozess verstärkt werden kann. Akute Entzündungen der Prostata und der Adnexen werden vorrangig antibiotisch behandelt.

I.B Maßnahmen der Podologischen Therapie

Im Kapitel „Diabetisches Fußsyndrom“ wurden keine inhaltlichen, sondern lediglich strukturelle Änderungen umgesetzt. Dabei wurde die Leitsymptomatik unter c) so benannt, wie sie auf der Verordnung anzugeben ist. Die bisherige Darstellung war zwar inhaltsgleich, hätte als Textangabe auf der Verordnung jedoch so keinen Sinn ergeben („gleichzeitige Schädigung a und b“).

Das zu verordnende Heilmittel richtet sich nach wie vor nach der angegebenen Leitsymptomatik. So kann eine Hornhautabtragung nur bei Hyperkeratose, die Nagelbearbeitung nur bei

pathologischem Nagelwachstum und die Podologische Komplexbehandlung nur bei Hyperkeratose und pathologischem Nagelwachstum verordnet werden. Die Beibehaltung dieser strikten Zuordnung dient der Fehlervermeidung.

Durch die Aufhebung der Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung ist auch keine Unterscheidung mehr hinsichtlich der Verordnungsmenge je Verordnung zu machen. Daher sind künftig bei der ersten Verordnung sechs Behandlungseinheiten verordnungsfähig. Da jedoch auch bisher keine Begrenzung der Gesamtverordnungsmenge bestand, entsteht keine Ausweitung des Leistungsumfangs.

Die Vereinheitlichung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung stellt keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar.

II. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Regelungen zur Diagnostik wurden in § 6a zusammengefasst. Differenzierte Vorgaben die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie betreffend sind nach wie vor in § 34 der Richtlinie definiert. Daher wird künftig in der Spalte „Verordnungsmenge je Diagnose/ weitere Hinweise“ darauf verzichtet, gesonderte Vorgaben für bestimmte Testungen und Diagnostiken zu machen.

2.2.9 Störungen der Stimme

Zur Diagnosegruppe ST3

Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls wurde auf 10 Einheiten erhöht, da die einer psychisch bedingten akut einsetzenden Stimmlosigkeit zugrundeliegenden Krankheitsmechanismen mit maximal 5 Behandlungseinheiten medizinisch nicht sachgerecht behandelt werden können. Dies betrifft auch die ärztliche Beurteilung, ob weiterführende psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich sind.

2.2.10 Störungen der Sprache und des Sprechens

Diagnosegruppe SP4

Bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit liegt nicht nur eine Störung der Sprache, sondern insbesondere auch eine Störung des Sprechens vor. Deshalb wird die Bezeichnung der Diagnosegruppe SP4 um die Störung des Sprechens und die Bezeichnung des verordnungsfähigen Heilmittels um „Sprechtherapie“ ergänzt. Dies entspricht der aktuell angewandten Therapie und stellt somit keine Änderung in der Art der Erbringung des Heilmittels dar.

Diagnosegruppe SP5

Eine Aphasie kann das einzige Symptom einer zerebralen Erkrankung wie Schlaganfall oder Hirnblutung sein, sodass diese zwingende Verknüpfung mit einer neurologischen, psychischen oder neuropsychologischen Störung medizinisch nicht korrekt ist. Daher wurde die Formulierung „in Begleitung von neurologischen, psychischen und neuropsychologischen Störungen“ gestrichen.

Die erforderlichen Testungen, deren Durchführung weiterhin erforderlich ist, werden in § 6a und § 34 der Heilmittelrichtlinie geregelt und nicht mehr unter den Hinweisen aufgeführt. Daher wurde die Formulierung „geeignete standardisierte Tests (z. B. AAT) zu Beginn und im Verlauf der Therapie erforderlich [...]“ gestrichen.

2.2.11 Störungen des Redeflusses

Leitsymptomatik RE1

Analog zum Sprachgebrauch der gültigen S3 Leitlinie „Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen“ wird die für das Stottern typische Leitsymptomatik im Heilmittelkatalog aufgeführt: „Störungen des Redeflusses in Form von unfreiwilligen Wiederholungen von Lauten und Silben, Dehnungen und Blockierungen“

Diagnosegruppe RE2

In die Leitsymptomatik wurden unter „c“ die Störungen des Redeflusses „mit ausgeprägtem Störungsbewusstsein, Vermeidungsverhalten“ aufgenommen, da diese Begleitsymptome, ähnlich wie beim Stottern, zu einer Verstärkung des Polterns führen können und sich hieraus ein spezifischer Therapiebedarf ergeben kann.

2.2.12 Störungen der Stimm- und Sprechfunktion

Diagnosegruppe SF

Die unter c) beschriebene Leitsymptomatik umfasst auch Stimmveränderungen und Atemstörungen.

2.2.13 Störungen des Schluckaktes

Diagnosegruppe SC

Die bisherigen Diagnosengruppen SC1 und SC2 werden zu der neuen Diagnosegruppe SC: Krankhafte Störungen des Schluckaktes Dysphagie (Schluckstörung) zusammengeführt. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen Diagnosengruppen SC1 und SC2 werden zusammengefasst, z. T. übergeordneten Krankheitsgruppen zugeordnet (z. B. prä-, peri-, postnatale Hirnschädigungen), differenzierter aufgeführt (z. B. neurodegenerative und neuromuskuläre Erkrankungen) und ergänzt (z. B. genetisch bedingte Erkrankungen). Als vorrangiges Heilmittel ist die mit Überarbeitung der Richtlinie eigenständig ausgewiesene Schlucktherapie zu verordnen. Die Dauer der Therapieeinheiten beträgt unverändert zu den vormaligen Diagnosengruppen 30/45 oder 60 Minuten. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt für die gesamte Diagnosegruppe SC 60 Behandlungseinheiten, da diese Verordnungsmenge auch zur Therapie der aus der vormaligen Diagnosengruppe SC2 übernommenen Beispieldiagnose Operationsfolgen medizinisch geboten sein kann. Es gilt auch hier, dass die Verordnungsmenge sich stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf. Bei funktionellen oder strukturellen Schädigungen mit einem kurzzeitigem Behandlungsbedarf sind die im Heilmittelkatalog vorgesehenen Höchstverordnungsmengen mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht regelhaft auszuschöpfen.

III. Maßnahmen der Ergotherapie

2.2.14 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane (SB1 bis SB3)

Die bisherigen **Diagnosegruppen SB1, SB4 und SB5** a.F. wurden in der **neuen Diagnosegruppe SB1**: Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen) zusammengeführt. Entsprechend sind die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen drei Diagnosegruppen zusammengefasst worden. Hinsichtlich des verordnungsfähigen vorrangigen Heilmittels – motorisch-funktionelle Behandlung – erfolgt keine Änderung. Die Gesamtverordnungsmenge beträgt für diese Diagnosegruppe 20 Einheiten im Regelfall. Damit ergibt sich für die ehemalige Diagnosegruppe SB4 ein Anstieg der VO-Menge von vormaligen 8 auf nun 20 Einheiten.

Die Verordnungsmenge richtet sich jedoch auch weiterhin stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung bedarf einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls.

Bisher war es außerdem für den verordnenden Arzt/ verordnende Ärztin möglich, von der Diagnosegruppe SB4 a.F. auf SB5 a.F. zu wechseln, sofern das Therapieziel nicht erreicht wurde. Dann stand insgesamt ebenfalls eine Gesamtverordnungsmenge von 20 Behandlungseinheiten zur Verfügung. Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA dar.

Die bisherigen **Diagnosegruppen SB2, SB3 und SB6** a.F. werden zu der **neuen Diagnosegruppe SB2**: Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen und sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen) zusammengefasst. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen drei Diagnosegruppen wurden zusammengeführt. Durch diese Zusammenlegung wird die Sympathische Reflekdystrophie Stadium II und III bei den Beispieldiagnosen aufgeführt und stellt keine eigene Diagnosegruppe (vormals SB6) mehr dar. Es ergibt daraus keine Erweiterung für diese Indikation, durch die konkrete Benennung der in Frage kommenden Schweregrade. Im Stadium I steht eine Entlastung durch Ruhigstellung in Funktionsstellung und Hochlagerung sowie medikamentöse Therapie im Vordergrund, ergotherapeutische Maßnahmen sind hier noch nicht angezeigt. Als vorrangige Heilmittel stehen wie vormalig auch bei SB2, SB3 und SB6 motorisch-funktionelle und sensomotorische-perzeptive Behandlungen zur Verfügung. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt 30 Behandlungseinheiten.

Damit ergibt sich für die ehemalige Diagnosegruppe SB2 a.F. ein Anstieg der VO-Menge von 20 auf 30 Einheiten. Auch hier gilt, dass sich die Verordnungsmenge stets nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richtet und nicht jede funktionelle/strukturelle Schädigung einer Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bedarf.

Die Anpassung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls stellt insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA dar.

Die **Diagnosegruppe SB7** a.F. wird durch die Zusammenlegung der o.g. Gruppen zu **Diagnosegruppe SB3**: System- und Autoimmunerkrankungen mit Bindegewebe-, Muskel- und Gefäßbeteiligung (mit motorisch-funktionellen Schädigungen und sensomotorisch-perzeptiven Schädigungen). Die Bezeichnung der Diagnosegruppe wurde an die beispielhaft genannten Erkrankungen fachlich angepasst.

2.2.15 Erkrankungen des Nervensystems (EN1 bis EN3)

Die bisherigen Diagnosegruppen EN1 und EN2 werden zu der neuen Diagnosegruppe EN1 ZNS-Erkrankungen - Gehirn / Entwicklungsstörungen zusammengeführt. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen Diagnosengruppen EN1 und EN2 wurden zusammengefasst, z. T. übergeordneten Krankheitsgruppen zugeordnet (z. B. Trisomie 21 unter genetische Syndrome) und differenzierter aufgeführt (z. B. Fehlbildungssyndrome). Als vorrangige Heilmittel können weiterhin sensomotorisch-perzeptive, motorisch-funktionelle, Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte und psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Der Hinweis zur Verordnung von thermischen Anwendungen wurde gestrichen und ist bereits im Richtlinienentwurf a.F. in § 40 Absatz 1 formuliert. Der bisherige Hinweis unter EN2 a.F., wonach eine störungsbildabhängige Zwischendiagnostik nach 20 Behandlungen erforderlich war, wurde gestrichen. Regelungen zur ärztlichen Diagnostik sind übergreifend in § 6a gefasst. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert für ZNS-Erkrankungen und Entwicklungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 60 Behandlungseinheiten, für ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres 40 Behandlungseinheiten, sowie für Entwicklungsstörungen mit Auswirkungen über das 18. Lebensjahr hinaus ebenfalls 40 Behandlungseinheiten.

Dass thermische Anwendungen auf motorisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Behandlungen begrenzt sind, gilt weiterhin, wird jedoch nicht mehr im Katalog, sondern in der Richtlinie (§ 40) aufgeführt.

Die bisherige Diagnosegruppe EN3 wird zu der neuen Diagnosegruppe EN2 ZNS-Erkrankungen – Rückenmark/ Neuromuskuläre Erkrankungen. Die in der vormaligen Diagnosengruppen EN3 aufgeführten Beispieldiagnosen wurden übernommen und um einige Beispieldiagnosen (z. B. spinale Muskelatrophie) sowie die explizite Nennung der Fehlbildungssyndrome ergänzt. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin sensomotorisch-perzeptive, motorisch-funktionelle und psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten. Unverändert bleiben die Muskelatrophien der Diagnosegruppe EN2 zugeordnet. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Neuromuskuläre Erkrankung“ differenzierter dargestellt.

Aus der bisherigen Diagnosegruppe EN4 wird die neue Diagnosegruppe EN3 Periphere Nervenläsionen / Muskelerkrankungen. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Muskelerkrankungen“ differenzierter dargestellt und die Beispieldiagnosen um rein muskuläre Krankheitsgruppen (z. B. entzündliche Muskelerkrankungen) ergänzt. Diese Diagnosen fanden vorher keine explizite Erwähnung, wurden aber von der Leit-symptomatik der vormaligen Diagnosengruppe EN4 umfasst. Die begriffliche Anpassung stellt somit keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerO des G-BA dar, sondern dient lediglich der Klarstellung. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin sensomotorisch-perzeptive und motorisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 20 Behandlungseinheiten.

2.2.16 Psychische Störungen (PS1 bis PS3)

Die bisherige Diagnosegruppe PS1 wird zu der neuen Diagnosegruppe PS1 Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus der vormaligen Diagnosengruppen PS1 wurden übernommen und um die Nennung weiterer Beispieldiagnosen ergänzt (z. B. ADS/ADHS). Als vorrangige Heilmittel können weiterhin psychisch-funktionelle, Hirnleistungstraining / neuropsychologisch

orientierte und sensomotorisch-perzeptive Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

Aus der **vormaligen Diagnosegruppe PS2** wird die **neue Diagnosegruppe PS2** Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus der vormaligen Diagnosegruppe PS2 wurden übernommen und um die explizite Nennung der diesem Formenkreis zuordenbaren Zwangsstörungen ergänzt. Als vorrangiges Heilmittel kann weiterhin psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

Die **bisherigen Diagnosegruppen PS3 und PS4** werden zu der **neuen Diagnosegruppe PS3** Wahnhafte und affektive Störungen / Abhängigkeitserkrankungen zusammengeführt. Die beispielhaft genannten Erkrankungen aus den vormaligen Diagnosegruppen PS3 und PS4 wurden übernommen und entsprechend gängiger psychiatrischer Nomenklaturen um die Nennung weiterer Beispielsdiagnosen (z. B. schizophreses Residuum) ergänzt. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin psychisch-funktionelle und Hirnleistungstraining / neuropsychologisch orientierte Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

Die **bisherige Diagnosegruppe PS5** wird zu der **neuen Diagnosegruppe PS4** dementielle Syndrome. Die beispielhaft genannte Erkrankung aus der vormaligen Diagnosegruppe PS5 wurde übernommen. Als vorrangige Heilmittel können weiterhin Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte und psychisch-funktionelle Behandlungen verordnet werden. Die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall beträgt unverändert 40 Behandlungseinheiten.

IV. Ernährungstherapie

Im Kapitel „Ernährungstherapie“ wurden unter den Diagnosegruppe SAS und CF Leitsymptommatiken zusammengefasst.

Unter SAS wurden die Leitsymptommatiken „Störung des Fettstoffwechsels“ und „Störung des Energiestoffwechsels“ zu „Störung des Fett-/ Energiestoffwechsels“ zusammengefasst. Unter CF wurden die Leitsymptommatiken „drohende Gedeihstörung oder drohender Gewichtsverlust“ und „Gedeihstörung oder Gewichtsverlust“ zu „(drohende) Gedeihstörung oder (drohender) Gewichtsverlust“ zusammengefasst. Die Zusammenfassungen sind lediglich strukturell und stellen keine inhaltliche Änderung und insofern keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO dar.

2.3 Änderungen in der Anlage 2 zur HeilM-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V

Auf der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf werden die bisherigen Diagnosegruppen durch die geänderten Diagnosegruppen gemäß HMK ersetzt und ggf. fachlich aktualisiert.

Dabei handelt es sich nicht um inhaltliche Änderungen, sondern um korrekte Zuordnungen der jeweiligen Heilmittel zu den neu benannten Diagnosegruppen und Berücksichtigung der Symptomatik. Diese Anpassungen stellen somit keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA dar.

2.4 Aufnahme Anlage 3

Aufgrund von Hinweisen der Stellungnehmer zu vereinzelt Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Prüfpflicht der Therapeutinnen und Therapeuten bei unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllten Verordnungen werden die Änderungs- und Korrekturmöglichkeiten nunmehr in einer einheitlichen Übersicht, die Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie ist, dargestellt. Dies soll zu gleichgerichteten Informationen der Beteiligten beitragen und den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte sowie der Therapeutinnen und Therapeuten vereinfachen.

In der Übersicht ist zusammengefasst, in welchen Fällen von unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf der Verordnung eine Änderung notwendig ist und welche Änderungen eine erneute Arztunterschrift mit Datumsangabe erfordern bzw. in welchen Fällen ein Einvernehmen mit der – oder eine Information an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt ausreichend ist. Ferner wird einheitlich geregelt, in welcher Form und an welcher Stelle der Verordnung Änderungen erfolgen bzw. Rücksprachen dokumentiert werden sollen.

zu Anlage 3 Buchstabe e: (Bei Änderung der Verordnung bei Nichterfüllung der Dringlichkeitsvorschrift):

PatV	GKV-SV und KBV
<p>Kann eine Verordnung mit der Angabe „dringlich“ nicht innerhalb von 14 Tagen begonnen werden, ist eine Änderung durch den Therapeuten im Einvernehmen mit dem Arzt ausreichend. Das Einholen einer Arztunterschrift entfaltet praktisch keine Wirkung im Hinblick auf den rechtzeitigen Beginn, da damit kein Handlungsdruck seitens der Therapeuten, die sehr häufig keine Kapazitäten haben, verbunden ist und belastet nur den ohnehin dringend behandlungsbedürftigen Patienten. Eine entsprechende Regelung in den Rahmenverträgen nach § 125 SGB V erscheint hier wesentlich wirkungsvoller.</p>	<p>Kann eine Verordnung mit der Angabe "dringlicher Behandlungsbeginn" nicht innerhalb von 14 Tagen begonnen werden, ist eine Änderung mit erneuter Arztunterschrift notwendig. Dies entspricht der bisherigen Verfahrensweise der Heilmittel-Richtlinie.</p> <p>Mit der Änderung in § 15 Absatz 2 wird der Beginn der Behandlung für solche Fälle, in denen eine Behandlung nicht unverzüglich erfolgen muss, auf 28 Tage erweitert und damit eine deutliche Entbürokratisierung erreicht. In den Fällen, in denen ärztlicherseits ein dringender Behandlungsbedarf gesehen wird, muss die Behandlung auch weiterhin in 14 Tagen begonnen werden. Mit dieser - bisher regelhaft geltenden - Frist werden sowohl die Belange der Patientinnen und Patienten, kurzfristig einen Termin zu erhalten, als auch die Terminsituation der Heilmittelpraxen, angemessen berücksichtigt.</p> <p>Um das Ziel einer kurzfristigen Terminvergabe nicht zu gefährden, ist es sinnvoll, eine Abweichung von der ärztlichen Dringlichkeitsvorgabe durch eine erneute Arztunterschrift bestätigen zu lassen. Anderenfalls wäre das Anliegen der Patientinnen und Patienten, vorrangig bei der dringlichen Terminvergabe berücksichtigt zu werden, von vornherein geschwächt und sich die Terminvergabe einseitig an den Bedürfnissen der Therapeuten orientieren. Ferner würden die Möglichkeiten, ggf. freie Kapazitäten anderer Praxen zu nutzen, unterbunden, da die</p>

	Dringlichkeit ohne weitere formale Anforderungen mit einem Anruf beim Arzt aufgehoben werden kann, was auch hinsichtlich der Nachweisbarkeit problematisch sein kann.
--	---

Im Einzelnen erfolgten folgende neue Zuordnungen:

Heilmittel	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel	
	neu	alt
Physiotherapie	WS	WS1+WS2
	EX	EX1+EX2+EX3+EX4
	CS	CS
	ZN	ZN1+ZN2
	AT	AT1+AT2+AT3
	GE	GE
	LY	LY1+LY2+LY3
	SO1 bis SO5	SO1 bis SO5
Ergotherapie	SB1	SB1+SB4+SB5
	SB2	SB2+SB3+SB6
	SB3	SB7
	EN1	EN1+EN2
	EN2	EN3
	EN3	EN4
	PS1	PS1
	PS2	PS2
	PS3	PS3+PS4
	PS4	PS5
Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	ST1-ST4	ST1-ST4
	SP1-SP6	SP1-SP6
	SC	SC1+SC2+SC3
	RE1+RE2	RE1+RE2

Erläuterungen der Änderungen im Einzelnen: **Erkrankungen des Nervensystems:**

- G12.0 bis G12.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN2, SB3 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu SP5, da es bei spinalen Erkrankungen keine Aphasien/Dysphasien gibt. Diese werden ausschließlich durch zerebrale Schädigungen hervorgerufen.
- G14: Neuordnung zu ZN, PN, AT, EN1, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Zusätzlich Zuordnung zu EN3, da regelhaft Symptome aufgrund der peripheren Nervenschädigungen vorkommen (z. B. Muskelatrophien)
- G20.2-: Neuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen
- G24.3: Neuordnung zu ZN bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.
- G81.8: Neuordnung zu PN und EN3 bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei der CIPD nicht um eine Erkrankung des Rückenmarks oder eine neuromuskuläre Erkrankung handelt.
- G71.0: Neuordnung zu ZN, AT, EN2, SB3 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- G80.0 bis G80.9: Neuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- G82.0 bis G82.9: Neuordnung zu ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppe. Fachlich gebotene Zuordnung zu EN2, da die aufgeführten Paresen sowohl durch Schädigungen des Gehirns als auch durch Schädigungen des Rückenmarks verursacht werden können.
- G93.1 bis G93.80: Neuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- G95.0: Neuordnung zu ZN, EN1, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q01.0 bis Q01.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei Enzephalozelen nicht um Erkrankungen des Rückenmarks handelt.
- Q03.0 bis Q03.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei einem Hydrozephalus nicht um eine Erkrankung des Rückenmarks handelt.
- Q04.0 bis Q04.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN2, da es sich bei angeborenen Erkrankungen des Gehirns nicht um Erkrankungen des Rückenmarks handelt.
- Q05.0 bis Q05.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN1, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q06.0 bis Q06.9: Neuordnung zu ZN, AT, EN2 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen. Keine Zuordnung zu EN1, da es sich bei angeborenen Fehlbildungen des Rückenmarks nicht um eine Erkrankung des Gehirns handelt. Keine Zuordnung zu SP5, da es bei spinalen Erkrankungen keine Aphasien/Dysphasien gibt. Diese werden ausschließlich durch zerebrale Schädigungen hervorgerufen.
- T90.5: Neuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.

Entzündliche Polyarthropathie, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien

- M05.0-: Neuordnung zu WS, EX, AT und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.
- M 07.1-, M08.1-, M08.2-: Neuordnung zu WS, EX und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung /Änderungen der Diagnosegruppen.
- M32.1, M32.8: Neuordnung zu EX, WS, AT, SB1 und SB3 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen.
- M34.0, M34.1 und Q87.4: Neuordnung zu WS, EX, AT, SB1 und SB3 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.
- M45.0-: Neuordnung zu WS, EX und SB1 SB3 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.

Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem

- M41.0-, M41.1- : Neuordnung zu WS, EX und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung/Änderungen der Diagnosegruppen.
- Reduktionsdefekte der oberen, der unteren und nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)
- Q71.0 bis Q71.9: Neuordnung zu CS, AT, PN, WS, EX, ZN, GE, LY, und SB2 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen, SO1-SO4 sind unverändert
- Q72.0 bis Q72.9, Q73.0, Q73.1, Q73.8: Neuordnung zu CS, AT, PN, WS, EX, ZN, GE, LY, und SB2 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen, SO1-SO4 sind unverändert
- Q74.3: Neuordnung zu EX und SB1 bedingt durch die Zusammenlegung/ Änderungen der Diagnosegruppen
- Q87.0: Neuordnung zu WS, EX, SB2, SC bedingt durch die Zusammenlegung Änderungen der Diagnosegruppen, SP3 und SF sind unverändert

Erkrankungen des Lymphsystems

- I89.01,-02,-04,-05; I97.21,-22,-82,-83,-85,-86; C00-C97; Q82.01,-02,-04,-05: Neuordnung zu LY bedingt durch Änderungen bzw. Zusammenlegung der Diagnosegruppen

Entwicklungsstörungen

- F84.0 bis F84.1 und F84.3 bis F84.8: Neuordnung zu ZN, EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- F84.2: Neuordnung zu ZN, WS, EX, AT, EN1, SB3 und SC bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q90.0 bis Q90.9: Neuordnung zu ZN, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q91.0 bis Q91.7: Neuordnung zu ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q93.4: Neuordnung zu WS, EX4, ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q96.0 bis Q96.9: Neuordnung zu ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.

- Q99.2: Neuordnung zu ZN, EN1 und SB3 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.

Störungen der Atmung

- J44.00 bis J44.90: Neuordnung zu AT bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.
- P27.1 und P27.8: Neuordnung zu AT bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen.

Stoffwechselstörungen

- E74.0, E75.0 und E76.0: Neuordnung zu ZN, PN, AT, WS, EX, CS und SB3 bedingt durch die Änderungen der Diagnosegruppen, SO1, EN1, EN2, SB1 ist unverändert.

2.5 Inkrafttreten

Die Änderungen treten voraussichtlich zum 1. Oktober 2020 in Kraft. Die Stichtagsregelung wird aufgrund der erforderlichen Vorlaufzeit für die Zertifizierung der Heilmittelverordnungs-Software gemäß § 73 Absatz 10 SGB V vorgesehen.

3. Bürokratiekostenermittlung

[folgt]

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
21.09.2017	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens
29.08.2018	UA VL	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
25.10.2018	UA VL	Anhörung
27.02.2019	UA VL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)
21.03.2019	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	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ 1		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ 2		Inkrafttreten

Berlin, den

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

1Die 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.
2 s. Fußnote 1

Anlage: Fragen-/Antworten-katalog zur Heilmittel-Richtlinie

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004
 Nr. 3 (Stand: 22.11.2006)

Fragen	Antworten
Richtlinientext	
1) Wie ist hinsichtlich der Klassifizierung der Verordnungen ab dem 1. Juli 2004 bei bestehenden Heilmittelversorgungen zu verfahren?	Bestehende Heilmittelversorgungen werden fortgeführt, sofern die kontinuierliche Fortsetzung der Behandlung erforderlich ist. Ist die jetzt gültige Gesamtverordnungsmenge noch nicht erreicht, wird eine Folgeverordnung im Regelfall ausgestellt. Ist die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles bereits erreicht, erfolgt eine Verordnung außerhalb des Regelfalles. Ein neuer Regelfall ist gegeben, wenn bei bestehenden Erkrankungen nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungstheoretisches Intervall von 12 Wochen abgelaufen ist.
2) Können die alten Verordnungslieferanten aufgebraucht werden?	Es gilt die vereinbarte Übergangslösung (Schreiben der KBV an die KVn vom 30.06.2004 und Schreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen an die Bundesverbände vom 25. Juni 2004).
3) Sind bei zwei Regelfällen, die im zeitlichen Zusammenhang entstehen, zwei separate Verordnungen auszustellen? Gilt dies sowohl bei unabhängigen Erkrankungen einer Diagnosengruppe als auch bei Erkrankungen aus unterschiedlichen Diagnosengruppen?	Ja Es gilt stets die vom Vertragsarzt verordnete Menge.
4) Wie ist mit verordneten aber nicht in Anspruch genommenen Behandlungen bezogen auf die Gesamtverordnungsmenge zu verfahren? Gilt stets die vom Vertragsarzt verordnete Menge, da nur diese für den Arzt nachprüfbar ist?	Verordnete, aber nicht in Anspruch genommene Mengen verbuchen, es sei denn, es wird nachgewiesen, dass die Verordnung nicht begonnen wurde (Rückgabe der Verordnung).

1

Konsentierter Fragen-/Antworten-katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004
 Nr. 3 (Stand: 22.11.2006)

Fragen	Antworten
5) Ist die Frequenz (Anzahl je Woche) stets anzugeben?	Ja. Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles ist die Angabe entscheidend für die maximale Verordnungsmenge. Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von zwölf Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.
6) Es werden bei einer Erstverordnung (z. B. WS 1 a mit bis zu sechs Einheiten) nur 4 Einheiten verordnet. Können die restlichen 2 Verordnungen bis zum Erreichen der Gesamtverordnungsmenge später im Rahmen des Regelfalles noch nachgeholt werden?	Ja.
7) Muss vor einer Verordnung außerhalb des Regelfalles stets das Verfahren über Erst- und Folgeverordnungen) durchlaufen werden?	Ja. Eine Verordnung außerhalb des Regelfalles kann erst ausgestellt werden, wenn die Verordnungen im Regelfall bis zur Gesamtverordnungsmenge durchlaufen wurden. Allerdings ist es möglich, eine Verordnung außerhalb des Regelfalles schon dann auszustellen, wenn aus der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles weniger als drei Einheiten verfügbar sind und die verordnete Menge die verfügbaren Behandlungseinheiten aus der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles überschreitet (z. B. Verordnungsmenge des Regelfalles 24, davon sind 22 Einheiten verbraucht; es werden mehr als die im Regelfall noch verfügbaren 2 Einheiten benötigt; in diesen Fällen kann eine Verordnung außerhalb des Regelfalles mit z. B. 6 Einheiten ausgestellt werden). Diese Regelung gilt auch für chronisch kranke Patienten.

2

50

Konsentierter Fragen-Antwortenkatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenzürliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
8) Ist eine Begrenzung der Verordnung auerhalb des Regelfalls hinsichtlich der Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung erforderlich?	Ja. Eine Begrenzung der Anzahl ist erforderlich. Eine ausschließlich zeitliche Befristung (z. B. 3 Monate oder bis 31. Oktober 2004) ist nicht mglich. Die Anzahl ist maximal so zu bemessen, dass abhngig von der Behandlungsfrequenz spptestens nach 12 Wochen die Behandlung endet und eine rzliche Kontrolle erfolgt.
9) Der Katalog sieht Verordnungen auerhalb des Regelfalls vor. Wie hngig sind solche Verordnungen mglich?	Die Anzahl der mglichen Wiederholungsverordnungen auerhalb des Regelfalls ist nicht begrenzt. Sie richtet sich zwingend nach der medizinischen Notwendigkeit. Jede dieser Verordnungen muss begrndet und der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden, sofern die Krankenkasse nicht darauf verzichtet.
10) Liegt eine Verordnung auerhalb des Regelfalls auch dann vor, wenn die Diagnose und ggf. Funktionsstrngung im Katalog nicht aufgefuhrt ist?	Der Katalog enthlt sowohl Diagnosegruppen mit einer abschließenden Aufzhlung von Diagnosen als auch Diagnosegruppen mit beispielhafter Aufzhlung von Diagnosen. Falls eine Diagnose allerdings nicht einer Diagnosegruppe mit beispielhafter Aufzhlung zugeordnet werden kann und in den abschließend geregelten Diagnosegruppen nicht aufgefuhrt ist, ist fr diese Diagnose keine Heilmittelverordnung mglich, auch nicht auerhalb des Regelfalles. Solche Diagnosen sollten dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Überprüfung mitgeteilt werden.

3

Konsentierter Fragen-Antwortenkatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenzürliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
11) Können Doppel-Behandlungseinheiten verordnet werden (z. B. 6 verordnete Einheiten werden als 3 Doppelseinheiten angegeben)?	Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag maximal nur einmal verordnet bzw. abgegeben werden, in seltenen medizinischen Fällen kann der Arzt auch eine Doppelbehandlung verordnen. Die vom Arzt im Feld „Verordnungsmenge“ angegebene Anzahl gilt als Höchstmenge. Soweit der Vertragsarzt die Abgabe in Form einer Doppelbehandlung wünscht, kann er im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ dies deutlich machen (z. B. KG als Doppelbehandlung). Sind im Feld „Verordnungsmenge“ 6 Einheiten angegeben, können 3 Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhht sich die im Katalog genannte diagnosebezogene „Verordnungsmenge im Regelfall“ nicht.
12) Können ergänzende Heilmittel alleine ohne ein vorrangiges oder optionales Heilmittel verordnet werden?	Ja. Allerdings nur Maßnahmen der Elektrotherapie/-stimulation sowie Ultraschall-Wärmeherapie, sofern der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.
13) Können auf einem Verordnungsbilatt bei gleicher Indikation zwei ergänzende Heilmittel verordnet werden (z. B. bei WS2 Traktionsbehandlung und Wärmeherapie)?	Nein. Gemäß der Richtlinien Punkt 24 können nur Maßnahmen der Elektrotherapie oder Ultraschall-Wärmeherapie isoliert als ergänzende Heilmittel verordnet werden, soweit der Katalog dieses ergänzende Heilmittel vorsieht. Dennoch gilt, dass maximal ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden kann. Folglich kann die Traktionsbehandlung als ergänzendes Heilmittel in den Diagnosegruppen WS1 und WS2 nicht mit anderen ergänzenden Heilmitteln (wie der Wärmeherapie), sondern ausschließlich mit einem vorrangigen Heilmittel verordnet werden.

4

51

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenz ärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004 Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
14) Können - bezogen auf eine Indikation - auch andere als die zugeordneten Heilmittel aus den Heilmittel-Richtlinien außerhalb des Regelalles verordnet werden, soweit dies vom Arzt medizinisch gesondert begründet wird?	Nein. Dies ist auch nicht außerhalb des Regelalles möglich. Hinweise: Hinweise aus der Praxis hinsichtlich fehlender Indikationen bzw. fehlender Zuordnung von Heilmitteln bei bestimmten Indikationen können nur an den Gemeinsamen Bundesausschuss herangetragen werden; diese werden dort bei der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinien geprüft.
15) Ist bezüglich des Hausbesuchs bei jeder Verordnung zwischen Ja und Nein mit einem Kreuz in den dafür vorgesehenen Kästchen zu entscheiden?	Ja
16) In den Heilmittel-Richtlinien ist unter Punkt II, 6.3 ausgeführt, dass die Verordnung kurortspezifischer Heilmittel nicht Gegenstand der Richtlinien ist. Wie sind kurortspezifische Heilmittel zu verordnen?	Die Verordnung kurortspezifischer Heilmittel kann nur auf der „Verordnung des Kurarztes“ erfolgen (Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V).
17) Ist bezüglich des Therapieberichts bei jeder Verordnung zwischen Ja und Nein mit einem Kreuz in den dafür vorgesehenen Kästchen zu entscheiden?	Ja

5

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenz ärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004 Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
10) Ist neben dem Indikationsschlüssel stets die Diagnose, die Leitsymptomatik und das Therapieziel anzugeben?	Neben dem Indikationsschlüssel ist die Diagnose + Leitsymptomatik immer anzugeben. „Z.n. Bandscheiben-OP“ allein reicht für eine Verordnung nicht aus. Wenn die Diagnose - z. B. Zustand nach Bandscheiben-OP mit Fußheberchwäche - die Leitsymptomatik - wie in diesem Beispiel schon erfüllt (hier: Fußheberparese), muss sie nicht noch einmal wiederholt werden. Das Therapieziel muss nur dann angegeben werden, wenn es nicht aus der Diagnose bzw. Leitsymptomatik/Funktionsstörung hervorgeht. Hier kann beispielsweise die Spezifizierung erfolgen: „Verbesserung der Wirbelsäulen-/Gelenkstabilität“. Eine solche Therapiezieldefinition steht der Katalog nur indirekt vor, wenn beispielsweise die Leitsymptomatik „Muskeldysbalance“, -insuffizienz und -verkrüpfung“ angegeben wird.
19) Es wird z. T. von Therapeuten darauf hingewiesen, dass bei Patienten (meist Behinderte), die eine Tageseinrichtung besuchen, eine Behandlung am Abend in der Praxis des Therapeuten nicht effizient ist, da die Konzentrationsfähigkeit der Patienten vielfach nicht mehr gegeben ist. Ist in diesen Fällen ein Hausbesuch zu verordnen? Wie ist zu verfahren?	Therapeutenfähigkeit außerhalb der Praxis in z.B. Betreuungseinrichtungen, Sonderschulen etc. wird unter anderem auch als auslagerter Praxisort des Therapeuten gesehen und erfüllt nicht die Kriterien eines Hausbesuchs. Die Notwendigkeit eines Hausbesuchs richtet sich nicht nach „Wunschvorstellungen“. Die Regelung zur Verordnung eines Hausbesuchs richtet sich ausschließlich nach der Regelung in 10.2 der Richtlinien; das heißt, der Hausbesuch ist nur dann ausnahmsweise zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn der Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist. Liegen medizinische Gründe vor, kann der Arzt auch einen Hausbesuch in einer Tageseinrichtung verordnen. Dies sollte in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden. Allerdings sollen solche Gründe im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot sehr gut dokumentiert werden, da ein solches Vorgehen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Bedeutung sein könnte.

6

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenzürliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2006)	
Fragen	Antworten
20) Verordnung von Heilmitteln 1. In Altenheimen – unter welchen Bedingungen (Hausbesuch)? 2. In sonderpädagogischen Einrichtungen – unter welchen Bedingungen? 3. In Sonderschulen unter der Trägerschaft beispielsweise des LVR? 4. In integrativen Kindergärten – unter welchen Bedingungen?	Die Fragen 1. – 4. unterscheiden sich vor allem durch die Tatsache, dass Menschen, die in Altenheimen leben, dort auch ihren häuslichen Lebensmittelpunkt haben. Hausbesuche sind in den jeweiligen Einrichtungen nur dann möglich, wenn medizinische Gründe für die Verordnung eines Hausbesuches vorliegen (siehe 16.2 der Heilmittel-Richtlinien). Generell ist darauf zu achten, dass eine Verordnung auf der Basis der Heilmittel-Richtlinien durch den Arzt - insbesondere in Altenheimen - nicht als Ersatz für die aktivierende Pflege zur allgemeinen Mobilisation erfolgen darf. Dieser Bereich fällt in den Aufgabenbereich des Pflegepersonals. Bei Alterspflegeheimenwechsellern ist die aktivierende Pflege zur Mobilisation Aufgabe des Pflegepersonals und zSHH zum Leistungsspektrum des Pflegeheimes; die Vergütung erfolgt über den Pflegezuz.
21) Der Arzt verordnet eine Gruppentherapie. Der Leistungserbringer kann keine Gruppe zusammenstellen und verlangt vom Arzt die Umwandlung der Verordnung in eine Einzeltherapie.	Die Regelungen in Ziffer 29.4 der Richtlinien schließen eine Änderung der Gruppen- in eine Einzeltherapie im Einzelfall nicht aus. Hierbei ist der Arzt zu informieren. Soweit der Arzt z. B. auf Grund gruppendynamischer Effekte oder aus wirtschaftlichen Gründen eine Gruppenbehandlung für unabdingbar hält, der Leistungserbringer aber keine Gruppenbehandlung sicherstellen kann, muss die Gruppenbehandlung durch einen anderen Therapeuten, der diese anbieten kann, erfolgen. Eine generelle Weigerung des Heilmittelbringens zur Durchführung von Gruppentherapie ist nicht möglich.
22) Wird bei einem Wechsel bei gleichbleibendem Krankheitsbild von einer Diagnosegruppe mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf in eine Diagnosegruppe mit länger andauerndem Behandlungsbedarf (z. B. von LY1 zu LY2) ein neuer Rezzettal ausgelöst?	Nein. Es ist eine Folgeverordnung anzustellen und die vorherigen Behandlungseinheiten gemäß Heilmittelkatalog anzurechnen (z. B. LY2: 30 Einheiten – LY1 12 Einheiten = es verbleiben in der Regel bei unter LY2 noch 18 verordnungsfähige Einheiten).

7

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenzürliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2006)	
Fragen	Antworten
23) Dürfen Kinder neben der Versorgung in einer Frühförderstelle mit Maßnahmen aus dem Bereich der Heilmittel-Richtlinien versorgt werden?	Grundsätzlich ist die Heilmittelbringung laut Frühförderverordnung Aufgabe der Frühförderinstitution. Sollte diese die Heilmittelbringung nicht leisten können, ist ausnahmsweise eine ambulante Heilmittelbringung möglich. Dieser Ausnahmefall ist jedoch von der Frühförderstelle zu begründen.
24) Welche Behandlungsmengen sind auf die Gesamt-Verordnung anzurechnen?	Die Verordnungsmenge des vorangigen Heilmittels ist entscheidend, soweit in Kombination verordnet wird.

8

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004
 Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
Physikalische Therapie	
25) Unter welcher Diagnosengruppe kann die Faszialisparese heilmitteltherapeutisch behandelt werden?	Unter der Diagnosengruppe: PN (Periphere Nerven)
26) Muss der Arzt die Wärmetherapie näher spezifizieren?	Der Arzt ist mit Ausnahme der Bestimmungen zu DT (17, A 8) gehalten, die Art der zu erbringenden Wärmetherapie aus medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu spezifizieren. Gleiches gilt für die Kälte-therapie.
27) Ist die Kompressionsbandagierung nach MLD zusätzlich zu verordnen?	Ja. Die Kompressionsbandagierung ist im individuellen Einzelfall - sofern erforderlich - auf Muster 13 zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage in der gleichen Zeile zu verordnen. Sie stellt kein eigenes Heilmittel dar. Z. B.: 6 x MLD-45 + Kompressionsbandagierung.
28) Ist die Iontophorese zu Lasten der GKV verordnungsfähig?	Iontophorese ist eine besondere Form der Elektrotherapie und fällt unter die Sonderregelung für die ostdeutschen Bundesländer, soweit dies vertraglich vereinbart ist. Auf der Verordnung ist Elektrotherapie zu verordnen.
29) Können bei Mukoviszidose Inhalation und Krankengymnastik gleichzeitig verordnet werden?	Nach den HMR (einschließlich Heilmittel-Katalog) ist diese Kombination von zwei vorangigen Heilmitteln nicht möglich. Sie kann aber medizinisch sinnvoll sein. Daher soll bei dem Diagnoseschlüssel AT3 die Inhalation zukünftig als ergänzendes Heilmittel in die HMR aufgenommen werden. Bis zu einer Änderung der Richtlinien akzeptieren die Krankenkassen bei diesem Krankheitsbild die gleichzeitige Verordnung von Krankengymnastik und Inhalation.

9

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004
 Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
30) Lässt sich die Zentrifugal-Massage in die Massage-therapie nach Punkt 17.1 der Richtlinien einordnen?	Nein. Diese Art der Massage kann nicht unter Punkt 17.1 der Richtlinien subsumiert werden. In diesem Falle wäre ein Antrag nach den Vorgaben des Punktes 33 der Richtlinien i. V. mit den BÜB-Richtlinien an den Gemeinsamen Bundeszweckzuschuss zur Anerkennung als Heilmittel notwendig.
31) Muss bei der Verordnung von standardisierten Heilmittel-Kombinationen immer die im Katalog angegebene komplette Kombination verordnet werden?	Es ist möglich, DT ohne nähere Angaben zu verordnen. Dann entscheidet der Therapeut, auch abhängig vom Behandlungsverlauf, über die einzusetzenden Heilmittelmaßnahmen der standardisierten Heilmittelkombination. Eine Spezifizierung durch den Arzt kann aber erfolgen, soweit dies aus medizinischen Gründen sinnvoll ist.
32) Können Massagen außerhalb des Regelfalls verordnet werden?	Ja. Wenn diese im Regelfall möglich waren, jedoch für alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls zusammen insgesamt bis zu der im Regelfall genannten Anzahl für Massagen. Soweit auch dies nicht ausreicht, ist zu prüfen, ob ggf. Rehabilitationsleistungen oder andere Maßnahmen notwendig sind.
33) Kann die standardisierte Heilmittelkombination außerhalb des Regelfalls verordnet werden?	Ja. Wenn diese im Regelfall möglich war, jedoch für alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls zusammen insgesamt bis zu der im Regelfall genannten Anzahl für diese Kombination. Soweit auch dies nicht ausreicht, ist zu prüfen, ob ggf. Rehabilitationsleistungen oder andere Maßnahmen notwendig sind.

10

Konsentierter Fragen-/Antwortenkatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
34) Bei akutem/ subakutem radikulären Schmerz konnte nach den alten HMR neben der Traktion auch eine Wärmetherapie verordnet werden. Warum wurde diese Kombination von Heilmitteln gestrichen?	Die Indikationsbezeichnung „akuter/subakuter radikulärer Schmerz“ gibt es nach den neuen HMR nicht mehr. Ist die Durchführung einer Traktion mit Wärmetherapie in diesem Stadium erforderlich, kann dies wegen des akuten Schädigungsgebildes und möglicher Gefährdungen des Patienten nur in der ärztlichen Praxis erfolgen. Bei den in den geänderten HMR genannten Indikationen wird die Traktion in der Kombination mit KG als sinnvoll und ausreichend angesehen.
35) Bei den Indikationen zu GP, wie z. B. Tetraplegie, finden sich sehr häufig Betonungen auf 2 Extremitäten (meist die Beine). Im Vordergrund der Behandlung im Erwachsenenalter steht neben der KG die Massage zwecks Erhaltung der selbständigen Fortbewegung. Warum kann nach den HMR bei ZN1 und ZN2 keine KMT verordnet werden?	Die isoliert durchgeführte KMT gilt nicht als Behandlungsstandard bei der genannten Indikation und kann hier aus diesem Grunde auch nicht verordnet werden. Die Erhaltung der Mobilität ist Kernaufgabe der KG bzw. KG-ZMS. Zum Leistungsinhalt der KG gehört beispielsweise auch die Anwendung von Massagetechniken. Wenn der Physiotherapeut also vor den aktiven Übungen eine verspannte Muskulatur lockern will, ist dies in der Leistung KG enthalten.
36) Warum lassen die HMR in der Diagnosegruppe ZN2 keine Verordnung von Elektrotherapie zu?	Die Elektrotherapie gehört bei ZN2 derzeit nicht zum Behandlungsstandard. Unterlagen, vor allem aussagefähige Studien über neuere Erkenntnisse sollten dem G-BA zur Prüfung zugeleitet werden.
37) a. Ist die Indikation „Lipoedem“ nach den HMR behandelbar? Wenn ja, unter welcher Diagnosegruppe konnte es eingeordnet werden (denn es handelt sich nicht um eine Lymphabflussstörung)?	Das Lipoedem wird synonym auch Lipolymphoedem genannt; demnach ist eine Einordnung unter LY1 oder LY2 möglich und könnte mit einer MLD behandelt werden.

11

Konsentierter Fragen-/Antwortenkatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
37) b. Im Richtlinienentwurf zu MLD-45 und MLD-60 ist die Mitbehandlung des Kopfes nicht erwähnt. Nach welchen Vorgaben ist hier für die Mitbehandlung des Kopfes zu verfahren?	Bei einer ausschließlichen Behandlung des Kopfes besteht die Möglichkeit, MLD-30 zu verordnen. Sind Bereiche des Halses oder auch des Gesichtes neben beispielsweise dem Handgelenk beider Arme in die MLD einzubeziehen (z. B. nach OP eines Mammakarzinoms), so ist dies – wie bisher auch in der Praxis geschehen – im Rahmen der MLD-45 und MLD-60 möglich.
38) Wie kann der Begriff „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ konkretisiert werden?	Das „chronifizierte Schmerzsyndrom“ definiert den chronischen und/oder chronisch-rezidivierenden Schmerz selbst als eigenständige Krankheit.
39) Wenn im Katalog der Begriff „Massagetechniken“ verwendet wird, sind damit sämtliche Massageformen (KMT, UWM, SM, FM und BOM) gemeint?	-Ja. In Bezug auf die Degrenzung „davon für Massagetechniken bis zu 10 Einheiten“, sind alle Techniken gemeint, die in der jeweiligen Diagnosegruppe aufgeführt sind.
40) In der Diagnosegruppe EX2 werden für die Behandlung der Leitsymptomatik unter b keine Wärme-/Kalttherapien als ergänzende Heilmittel genannt. Diese gehören jedoch auch hier zum Behandlungsstandard.	Der Katalog trennt explizit Muskeldysbalance, -insuffizienz, -verkürzung (EX2b) von der (schmerzhaften) Muskelspannungsstörung (EX2c). Sofern im Zentrum der Leitsymptomatik die (schmerzhaften) Verkürzung von Muskelfasern behandelt werden soll, sollte auf die Leitsymptomatik unter EX2c ausgewichen werden.
41) Mit welchem Alter endet das unter EX4 genannte Kindesalter?	Diese Frage ist weder in den Richtlinien noch im Katalog abschließend geklärt. Damit ist aber auch eine flexible Anwendung der Diagnosegruppe EX4 gemeint.

12

55

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenz ärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
42) Unter welche Diagnosengruppe sind Muskelerkrankungen einzuordnen? Mit welchen HMR-Vorgaben könnte beispielsweise ein Behandlungsbedarf der Rumpfmuskulatur erfolgen?	<p>Muskelerkrankungen (z.B. primäre und sekundäre Muskeldystrophien) sind im Heilmittel-Katalog nicht explizit als Diagnosenbeispiele berücksichtigt, sie können aber unter Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und/oder Bindegewebsbeteiligung subsumiert werden.</p> <p>Erkrankungen mit Muskelbeteiligungen (z. B. Muskeldystrophien) können je nach Lokalisation und Behandlungsbedürftigkeit den Diagnosengruppen WKJ oder EKJ bzw. EKJ zugeordnet werden.</p> <p>Bei Muskelerkrankungen bzw. neuromuskulären Erkrankungen mit Beteiligung des ZNS und/oder des Rückenmarks und der Notwendigkeit, auch gezielt neurophysiologische Techniken, wie PNF, anwenden zu müssen, können Heilmittelverordnungen auch über die Diagnosengruppen ZN1 oder ZN2 erfolgen. Dies gilt dann, wenn die dort erwähnten Leitsymptomatik vorliegen und einer gezielten Behandlung bedürfen.</p>
43) Wie ist die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall zu ermitteln, wenn die Kombination von KMT und Elektrotherapie nach den im Regelfall max. möglichen 10 KMT-Behandlungen mit Elektrotherapie werden soll?	Die Elektrotherapie kann unter Berücksichtigung der vorherigen KMT-Behandlungen bis zur Gesamtverordnungsmenge fortgesetzt werden (Beispiel: Gesamtverordnungsmenge 15, Erstverordnung 6x KMT und Elektrotherapie, 1. Folgeverordnung 4x KMT und 5x Elektrotherapie, danach könnten noch bis zu 6 Einheiten Elektrotherapie im Regelfall verordnet werden).

13

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenz ärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)	
Fragen	Antworten
Podologische Therapie	
44) Erfolgen alle Folgeverordnungen über Podologische Therapie innerhalb des Regelfalls?	Ja, da keine Gesamtverordnungsmenge festgelegt ist, erfolgen alle Verordnungen zur kontinuierlichen Behandlung als Folgeverordnungen im Regelfall. Bei einer Therapiepause von 12 Wochen wird ein neuer Regelfall mit einer Einverordnung ausgelöst.
45) Darf der Podologe einen Fuß mit Schädigungen, klassifiziert nach Wagner-Stadium 1 bis Wagner-Stadium 5, behandeln?	Ja, wenn sich eine geschlossene Feribeschwielung (Wagner-Stadium U) an einem anderen Ort am gleichen Fuß befindet und der Behandlung mit podologischen Maßnahmen bedarf. Die Stellen mit Wagner-Stadium 1 bis 5 dürfen nicht durch den Podologen behandelt werden.

14

58

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2008)	
Fragen	Antworten
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
46) Muss der Arzt bei der Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie die notwendige weiterführende Diagnostik auch auf dem Verordnungsbogen dokumentieren und wenn ja – wo?	Die nicht gesondert abgebildete Diagnostik muss unter „ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z. B. psychointellektueller Befund)“ auf den Verordnungsvordruck oder in einer beigefügten Anlage angegeben werden.
47) Ist eine separat zu verordnende, ergänzende, sprachtherapeutische Befundung durch den Sprachtherapeuten gewünscht?	Nein. Die stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Befunderhebung ist integraler Bestandteil der Heilmittelabrechnung.
48) Im Katalog ist die weiterführende Diagnostik nach einer festgelegten Anzahl von Einheiten vorgesehen. <ul style="list-style-type: none"> • Können Folgeverordnungen nur nach erfolgter weiterführender Diagnostik ausgestellt werden? • Müssen alle aufgezeigten diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden? • Wo kann diese Diagnostik vorgenommen werden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein. Der Arzt entscheidet abhängig vom Störungsbild, welche Diagnostik durchzuführen ist. • Die Diagnostik kann nur von dem Arzt vorgenommen werden, der aufgrund seiner Aus- bzw. Weiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer berechtigt und in der Lage ist, diese durchzuführen.

15

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004	
Nr. 3 (Stand: 22.11.2008)	
Fragen	Antworten
49) Welche Diagnostik ist gemeint mit neuropsychologischer Diagnostik bzw. mit entsprechenden Tests?	<p>Die neuropsychologischen Untersuchungen können sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen sinnvoll sein. Hierbei kommen, abhängig vom Störungsbild und der konkreten Fragestellung, unterschiedliche Tests zur Anwendung.</p> <p>Bei Kindern wird diese Diagnostik z.B. von Neuropädiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern, Sozialpädiatrischen Zentren (z.B. durch angestellte Klinische Psychologen) und Phonetikern und Pädaudiologen (auch in entsprechenden Zentren) durchgeführt. Das Test-Instrumentarium umfasst dabei ein breites Spektrum, wie z.B. Intelligenz, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Kognition und auch diverse Teilleistungen.</p> <p>Bei Erwachsenen stehen für diese spezifische Diagnostik Neurologen, Psychiater, Psychologen, Nervenärzte, Phonetiker und entsprechende Einrichtungen zur Verfügung. Diese spezifische Diagnostik wird oftmals bei entsprechender Indikation bereits im Rahmen der neurologischen Rehabilitation durchgeführt.</p>

16

57

Konsentierter Fragen-/Antworten-Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V mit Inkraftsetzung zum 1. Juli 2004 Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
Ergotherapie	
50) Wie wird die ggf. erforderliche ergotherapeutische Schiene verordnet?	Die Verordnung erfolgt, da der Ergotherapeut diese abgibt, auf der Heilmittelverordnung Master 18. Da die ergotherapeutische Schiene kein Heilmittel darstellt, erfolgt die Angabe der Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Schiene unter "ggf. neurologische/psychiatrische orthopädische Besonderheiten". Damit wird sichergestellt, dass im Abrechnungsverfahren der Heilmittelbeleger kein anderer Vordruck zur Abrechnung kommt. Durch die feststehende Abrechnungspositionennummer für die ergotherapeutische Schiene ist sichergestellt, dass diese Leistungen bei der arztbezogenen Erfassung nicht zu Lasten des Arztes als Heilmittel berücksichtigt werden.
51) Bei einigen Erkrankungen ist innerhalb einer Diagnosegruppe die Verordnung verschiedener vorrangiger ergotherapeutischer Behandlungen nebeneinander sinnvoll. Ist dies möglich?	Soweit in Einzelfällen notwendig, kann abweichend von Abschnitt 26 der HMR in der Ergotherapie die Verordnungsmenge je Verordnungsblatt bzw. die Gesamtverordnungsmenge bezogen auf eine Erkrankung einer Diagnosegruppe auch auf zwei vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden. Dabei darf insgesamt die maximale Verordnungsmenge je Verordnungsblatt und die Gesamtverordnungsmenge insgesamt nicht überschritten werden. Daneben kann ein ergänzendes Heilmittel zusätzlich verordnet werden. In diesen Fällen erfolgt die Verordnung der vorrangigen Ergotherapiemaßnahmen in einer Zeile. Die Verordnungsmenge ist in diesen Fällen jeweils unmittelbar vor das vorrangige Heilmittel zu schreiben, z. B.: 1x ergoth. Einzelbehandlung bei mot. Störungen und 4x Hirnleistungstraining.

17

C-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Kapitel C-9 abgebildet.

Die Tabelle zur Auswertung des zweiten Stellungnahmeverfahrens findet sich in der **Anlage II** der Zusammenfassenden Dokumentation (Abschlussbericht).

C-7 Mündliche Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V, 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Das Wortprotokoll zur Anhörung ist in Kapitel C 9.2 abgebildet.

C-7.1 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).

Im Folgenden sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung am 10. Juli 2019 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
Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V:							
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)	Frau Marion Malzahn	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Frau Frauke Kern	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)	Frau Katrin Schubert	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Frau Kirsten Weiffen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
VDB-Physiotherapie e.V.	Frau Daniela Driefert	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	nein
	Herr Marcus Troidl	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein

Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. VDD	Frau Uta Köpcke	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	Frau Andrea Rädlein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Frau Bettina Kuhner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	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?

C-8 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in den Abschnitten C-6 und C-7 dokumentiert.

Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Kapitel Anlage III ZD).

C-9 Anhang: Stellungnahmen

C-9.1 Schriftliche Stellungnahmen



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Absatz 5 SGB V:

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der
vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) vom
30.04.2019

Berlin, 24.05.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie vom 30.04.2019

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 30.04.2019 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zu der vorgesehenen Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) aufgefordert.

Hintergrund der Änderung

Aufgrund der mit dem „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) verbundenen Änderungen im Bereich der Heilmittelversorgung sind Änderungen an dem Beschlussentwurf des G-BA vom 29.08.2018 zur Heilmittel-Richtlinie erforderlich und ein zweites Stellungnahmeverfahren hierzu notwendig.

Nachstehend werden ausschließlich die Neuregelungen laut G-BA-Beschlussentwurf vom 30.04.2019 kommentiert, die sich aus dem TSVG ergeben und somit über die Änderungen im genannten ersten Stellungnahmeverfahren hinausgehen. Auf die erste Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 27.09.2018 zum Beschlussentwurf des G-BA vom 29.08.2018 über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

Insbesondere sind folgende Änderungen in der Heilmittel-Richtlinie vorgesehen:

- § 7 der HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung) wird vollständig neu gefasst. Durch den Wegfall des Genehmigungsvorbehalts soll künftig die Notwendigkeit, zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalles unterscheiden zu müssen, entfallen. Der Begriff „Regelfall“ soll durch den Begriff „Verordnungsfall“ ersetzt werden. Zudem wird die „orientierende Behandlungsmenge“ bestimmt. Diese soll die Summe der Behandlungseinheiten umfassen, mit der ein Therapieziel i. d. R. erreicht werden kann. Einzig für die Podologische Therapie und Maßnahmen der Ernährungstherapie sind keine orientierenden Behandlungsmengen festgelegt. Für Patientinnen und Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf oder einem langfristigen Heilmittelbedarf können die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden.
- Mit Änderung des § 12 Absatz 9 HeilM-RL soll geregelt werden, dass in medizinisch begründeten Ausnahmen dasselbe vorrangige Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden kann. Dies soll nicht für ergänzende Heilmittel, standardisierte Heilmittelkombinationen und Podologie gelten.
- Mit Änderung des § 13 und der Einfügung des § 13a HeilM-RL wird die durch das TSVG eingeführte Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern in der Heilmittel-Richtlinie umgesetzt („Blankoverordnung“).
- Im Zuge des TSVG sind zudem weitere Änderungen erforderlich, die u. a. begriffliche Anpassungen, Angabe der Diagnosegruppe sowie die Anpassung der Regelung zur Angabe der Leitsymptomatik betreffen.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie vom 30.04.2019

**Die Bundesärztekammer nimmt zu der Änderung der Heilmittel-Richtlinie wie folgt
Stellung:**

Die Bundesärztekammer hat keine Änderungshinweise zu der geplanten Änderung der
Heilmittel-Richtlinie. Aus Sicht der Bundesärztekammer wird insbesondere mit der
Neufassung des § 7 Heilm-RL für eine größere Klarheit bei der Verordnung von Heilmitteln
gesorgt.



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

⇒ 2. Stellungnahmeverfahren; Mai 2019

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.	 Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	 Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V. Holstenwall 12 20355 Hamburg www.dba-ev.de	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. Augustinusstraße 11a 50226 Frechen www.dbl-ev.de	Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. Goethestraße 16 47441 Moers www.dbs-ev.de

Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
	Begründung	
Zu den Eckpunkten der Entscheidung/ Tragende Gründe Nr. 2	Die mit den ergänzenden Änderungen bezweckte weitere Hinwirkung auf eine Reduzierung der Regelungskomplexität und eine Entbürokratisierung im Versorgungsalltag unterstützen wir ausdrücklich. Gerne nehmen wir zu den geplanten Änderungen wie folgt Stellung:	
Heilmittel-Richtlinie § 1 Abs. 5 und 6	Die Anpassungen bilden die Neuregulungen durch das TSVG ab und werden befürwortet.	
§ 1 Abs. 7	Der GKV Spitzenverband muss die Preise bereits nach § 125 Abs. 1 S. 4 (n.F.) zur Verfügung stellen; daher ist die Ergänzung hier überflüssig.	
§ 2 Abs. 1	Die Ergänzung der Maßnahmen der Schlucktherapie als Heilmittel wird ausdrücklich begrüßt.	
§ 3 Abs. 3	Es ist richtig und wichtig, dass sich der verordnende Arzt über bisherige Heilmittelverordnungen informiert. Der in den tragenden Gründen aufgeführte Hinweis <i>„Hat der Arzt oder die Ärztin keine verbindliche Information, ist bei indizierter Heilmittelbehandlung von einem neuen Verordnungsfall auszugehen, um den Behandlungserfolg nicht zu gefährden (§ 7 Abs. 3).“</i> sollte gestrichen werden, um Irritationen zu vermeiden, denn nach der erneuten Überarbeitung des § 7 Abs. 3 löst jeder Arztwechsel einen neuen Verordnungsfall aus.	

Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
	Eine solche eindeutige Regelung im neuen § 7 Abs. 3 ist auch erforderlich, damit für den behandelnden Therapeuten nachvollziehbar ist, wann ein neuer Verordnungsfall gegeben ist.	
§ 7 Abs. 1 i.V.m Abs. 2 Neue Verordnungssystematik	Der Wegfall der Unterscheidung zwischen „im Regelfall“ und „außerhalb des Regelfalls“ wird ausdrücklich begrüßt. Die Unterscheidung hat zu vielen falsch ausgestellten Verordnungen geführt. Die Korrekturen erschweren den Praxisalltag unnötig. Auch der Wegfall des Genehmigungsverfahrens wird begrüßt, da auch dieses den Versorgungsalltag massiv erschwert.	
6-Monatsfrist	Bisher ist es für die Therapeutinnen und Therapeuten nicht nachvollziehbar gewesen, ob der verordnende Arzt eine rezidive oder neue Erkrankungsphase festgestellt hat und eine neue Verordnung entsprechend korrekt ausgefüllt hat. Es wird daher begrüßt, dass diese Unterscheidungskriterien entfallen und nunmehr auf eine rein formale Betrachtung abgestellt wird.	
§ 7 Abs. 5 i.V.m. Abs. 6	Durch die einheitliche Festlegung von Höchstmengen je Verordnung auf meist 10 Einheiten im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie entfällt die bisherige Verordnungsmöglichkeit von 20 Einheiten (bei Folgeverordnungen von SP4, SP5, SP8). Die Ergänzung, dass gelistete Diagnosen unmittelbar für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können, fängt diesen Wegfall nur zum Teil auf, denn zahlreiche Diagnosen, die eine hochfrequente Therapie für einen gewissen Zeitraum erfordern, sind in die Listen zum langfristigen Heilmittelbedarf und zum besonderen Verordnungsbedarf nicht enthalten. Wir bitten daher um Beibehaltung der Verordnungsmengen von bis zu 20 Einheiten bei SP4-8. Aktuelle Studien belegen, dass gerade in diesen Bereich eine höhere Therapiefrequenz größeren Behandlungserfolg bringen kann. Auch sind diese Patienten auf Grund von Schlaganfällen oder anderen Behinderungen oder Mehrfachbehinderungen (SP4) oft nicht so mobil, so dass häufige Arztbesuche zusätzlich belasten würden.	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
	<p>Die Vereinheitlichung der Verordnungsbesonderheiten bei Verordnungen mit langfristigem Heilmittelbedarf und besonderem Verordnungsbedarf wird begrüßt.</p> <p>Dies führt zu einer erheblichen Vereinfachung im Praxisalltag.</p> <p>Wir möchten hierzu erneut eine Zusammenführung in eine Liste anregen. Siehe dazu unsere Ausführungen zu HeiM-RL, Anlage 2.</p>	
§ 7 Abs. 6 12-Wochen	<p>Nach § 7 Abs. 6 können Heilmittel je Verordnung auch für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Damit wird die Regelung der bisherigen Verordnung außerhalb des Regelfalls aufgegriffen.</p> <p>Durch die von § 8 (a.F.) abweichende Formulierung und die Verwendung des Begriffs „Behandlungsdauer“ kommt es jedoch zu einer unnötigen Verschärfung, die der gewünschten Entbürokratisierung entgegensteht.</p> <p>So muss unter der aktuell gültigen HeiM-RL die Verordnungsmenge bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls in Abhängigkeit von der Frequenz rechnerisch in 12 Wochen durchführbar sein. Kommt es jedoch zu</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer Therapiedurchführung mit geringerer Frequenz oder - krankheitsbedingten Unterbrechungen etc., berührt dies nicht die Gültigkeit der verordneten Einheiten. <p>Mit der Verwendung des Begriffs Behandlungsdauer kann dies dahingehend missverstanden werden, dass eine Behandlung nach 12 Wochen abubrechen wäre, auch wenn die verordneten Einheiten nicht durchgeführt wurden.</p> <p>Hierbei wäre unklar, ab wann diese Behandlungsdauer zu zählen wäre.</p> <p>Um Missverständnisse und Interpretationsspielräume zu vermeiden, bitten wir um Formulierung entsprechend des bisherigen § 8 Abs. 1 S. 4.</p>	
§ 9 Abs. 2 i.V.m. den Regelungen im Heilmittelkatalog	<p>Es ist selbstverständlich, dass sich die Verordnungsmenge nach dem medizinischen Erfordernis im Einzelfall richtet.</p> <p>Es ist aber ausreichend, wenn dies an dieser Stelle der HeiM-RL ausgeführt wird.</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
	Eine nochmalige Aufführung bei jeder Diagnosegruppe im Heilmittelkatalog ist entbehrlich, führt nicht zur angestrebten Reduzierung der Regelungskomplexität und erweckt den Eindruck, als müsste immer wieder zu einem restriktiven Ordnungsverhalten angehalten werden.	
§ 10 Einzel-/Gruppenbehandlung	Auf eine Regelung in § 10 sollte verzichtet werden. Vielmehr reicht die in § 16 aufgenommene Ergänzung, dass die Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie oder auch als Kombination durchgeführt werden kann. Wir verweisen hierzu auf unsere Ausführungen zu § 12 Abs. 6.	
§ 11 Ergänzung in Abs. 2 S. 3	<p>Die ergänzende Klarstellung, dass auch Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen in Regeleinrichtungen von § 11 Abs. 1 mit umfasst sind, wird grundsätzlich begrüßt.</p> <p>Diese Personengruppen wurden jedoch auch von der bisherigen Fassung mit umfasst, da auch Regeleinrichtungen auf die Förderung ausgerichtet sind, wenn sie inklusiv beschulen/versorgen.</p> <p>Mit der Neufassung käme es jedoch zu einer unnötigen Verschärfung, denn es wird darauf abgestellt, dass nur Kinder- und Jugendliche mit Behinderung und einem Förderstatus erfasst sind.</p> <p>Gerade während der oft sehr langwierigen Verfahren zur Feststellung eines Förderstatus könnten diese Kinder nicht in der Einrichtung versorgt werden, obwohl eine Behinderung unzweifelhaft gegeben ist.</p> <p>Auch würden Menschen, die entsprechend der Definition des § 2 Abs. 1 SGB IX von Behinderung bedroht sind, nicht mehr von der Regelung umfasst.</p> <p>Wir bitten daher auch hier um Verwendung der bisherigen Formulierung, die nicht auf den Status, sondern auf die besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen abstellt.</p>	
§ 11 Altersbeschränkung	<p>Wir bitten auch um Wegfall der Altersbeschränkung</p> <p>„bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung“</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
	denn diese ist nicht kompatibel mit der Versorgung von erwachsenen behinderten Menschen in Tageseinrichtungen, wie z.B. Tagesförderstätten oder Werkstätten für behinderte Menschen.	
§ 11 Erweiterung des Personenkreises	<p>Die Neufassung erkennt weiterhin den Beschluss der 91. Gesundheitsministerkonferenz 2018, die zu TOP 10.11 den Beschluss gefasst hat, dass mit Sorge betrachtet wird, „dass der Zugang zu einer logopädischen Therapie für viele Kinder, die eine ganztägige Bildung und Betreuung in Schulen und Horteinrichtungen erhalten, erheblich erschwert oder nicht möglich ist.“</p> <p>Aufgrund der veränderten Aufenthaltszeiten am Lernort Schule und Horteinrichtung wird von der GMK dargelegt, dass für Kinder ohne besondere Schädigungen die Erbringung von Heilmitteln in Einrichtungen nicht mehr sachgerecht ist und die Gefahr besteht, dass notwendige Therapien unterbleiben oder nicht konsequent durchgeführt werden können.</p> <p>Die Begründung des Beschlusses führt weiter aus, dass durch den Ausbau der Ganztagsbetreuung eine Therapiedurchführung erst am späten Nachmittag oder frühen Abend möglich ist, was für die Familien zu erheblichen organisatorischen Schwierigkeiten führt, aber auch die Praxen dort nicht ausreichend Kapazitäten haben und insbesondere es an der für eine Therapie erforderlichen Aufnahmefähigkeit des Kindes fehlt.</p> <p>Wir fordern daher, die Forderung der Gesundheitsministerkonferenz mit der aktuellen Überarbeitung der HeilM-RL umzusetzen und § 11 entsprechend um den Therapieort „tagestrukturierenden Fördereinrichtung“ zu ergänzen.</p>	
§ 12 Abs. 1 Auswahl des Heilmittels	<p>Es wird begrüßt, dass die Behandlungsziele in die Richtlinie überführt worden sind.</p> <p>Ebenso wie die Behandlungsziele könnte die Frequenzempfehlung in die Richtlinie überführt werden, denn im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ist fast immer eine Frequenzspanne von 1-3X/Woche vorgesehen.</p> <p>Die Klarstellung, dass Abweichungen von der Frequenz zulässig sind, wird ausdrücklich begrüßt, denn ein Abweichen ist erforderlich, um z.B. die durch aktuelle Studien belegten hochfrequenten Therapieintervalle zu ermöglichen.</p> <p>Zu den weiteren Auswahlpunkten (Art, Menge, Frequenz) verweisen wir auf unsere Ausführungen unter § 13.</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
§ 12 Abs. 2 neu	<p>Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Heilmittel-Richtlinie in § 12 Abs. 2 (neu) klarstellt, dass für den Bereich der Stimm-, -Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie die Möglichkeit besteht verschiedene Behandlungszeiten oder Einzel- und Gruppenbehandlungen miteinander zu kombinieren.</p> <p>Unklar bleibt dabei, wie und von wem die Aufteilung der Einheiten auf dem Vordruck zu spezifizieren ist.</p> <p>Wir regen dazu die Verordnungsmöglichkeit von Einzel-Gruppentherapie-Kombination an und verweisen hierzu auf unsere Ausführungen zum Heilmittel-Katalog.</p>	
§ 12 Abs. 6	Regelung ist bereits unter § 9 Abs. 2 getroffen und kann hier entfallen.	
§ 12 Abs. 9	<p>Die Formulierung ist weiterhin missverständlich.</p> <p>Es wird um Klarstellung gebeten, dass Doppelbehandlungen ebenfalls im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie möglich sind.</p> <p>90 Minuten sind nicht nur in der Gruppentherapie, sondern auch in der Einzeltherapie medizinisch zweckmäßig z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - in vivo-Therapie - in der Stimmtherapie (z.B. Steigerung von Leistungsfähigkeit und Ausdauer) - in der Schlucktherapie (z.B. Anregung des Schluckens bei Wachkomapatienten in senkrechter Position im Stehtrainer) <p>Die Möglichkeit einer Doppelbehandlung sollte sich auch im Verordnungsmuster eindeutig wiederfinden.</p> <p>Eine bloße Eingabemöglichkeit als ggf. ergänzenden Angabe zum Heilmittel (siehe § 13 Abs. 2h) wird als nicht ausreichend erachtet.</p>	
§ 13 Verordnungsvordruck	<p>Nach Abs. 1 muss der Vordruck nach Maßgabe des Absatzes 2 vollständig ausgefüllt sein.</p> <p>Der Hinweis auf die Prüfpflicht und die Anlage 3 ist zu streichen. Weitere Erläuterungen unter Anlage 3.</p> <p>Wir bitten bei der Neugestaltung der Verordnungsvordrucke bzw. des Verordnungsvordrucks durch die Bundesmantelvertragspartner um Einbeziehung der Verbände der Therapeuten, um eine für alle Beteiligten praktikable Umsetzung und tatsächliche Entbürokratisierung zu erreichen.</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
Abs. 2 S. 3 Buchstabe a Personalienfeld	Die Umformulierung ist nicht zu beanstanden, jedoch sollte klar- gestellt werden, dass die Angaben im Personalienfeld für die Therapeuten nicht kontrollierbar sind, da diese die Angaben der elektronischen Gesundheitskarte selbst nicht auslesen können.	
Abs. 2 S. 3 Buchstaben c und d i.V.m. § 18 Abs. 7	Es ist nicht schlüssig, konsequent und transparent, dass für ei- nen Hausbesuch immer eine Auswahl zwischen JA oder NEIN erfolgen muss, beim Therapiebericht das Kästchen aber allein für ein JA steht. Um Missverständnisse zu vermeiden bitten wir in beiden Fällen auf ein Ankreuzfeld für JA zu reduzieren.	
Abs. 2 Buchstabe e (a.F.) i.V.m. Abs. 2 Buchstabe g (n.F.)	<p>Die Zusammenlegung der Auswahl zwischen Einzel- und Grup- pentherapie <u>und</u> dem Heilmittel mit inkludierter Minutenangabe führt zu unnötigem bürokratischem Aufwand und zu einem er- höhten Fehlerpotenzial.</p> <p>Darüber hinaus ist nicht klar, wie die in § 12 Abs. 2 genannte Kombination von Einzel- und Gruppentherapie über die Verord- nung abgebildet werden kann.</p> <p>Die Angabe des Heilmittels (Stimmtherapie/ Sprechthera- pie/Sprachtherapie/Schlucktherapie oder einer Mischform) muss im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckthe- rapie gänzlich entfallen, da die Zuordnung zur Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schluck bereits durch die Wahl der Diagnose- gruppe/des Indikationsschlüssels getroffen ist.</p> <p>Die zusätzliche Angabe an dieser Stelle liefert keinen inhaltli- chen Mehrwert, ist aber eine erhebliche Fehlerquelle und muss entfallen, um eine tatsächliche Entbürokratisierung zu erreichen und keine neue zu schaffen.</p> <p>Es ist ausreichend, wenn allein die Therapiedauer auf der Ver- ordnung angegeben wird, siehe dazu auch unsere Anmerkun- gen und Vorschläge zum Heilmittelkatalog</p> <p>Es ist ausreichend, wenn die verordnungsfähigen Heilmittel in § 3 Abs. 1 genannt sind, im Katalog aber nur die Therapie mit wahlweise 30/45/60 Minuten oder als Gruppentherapie aufge- führt ist und eine Zuordnung zu einem oder zu mehreren Berei- chen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie entfällt.</p> <p>Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass auch Atem-, Hör- und kommunikationsunterstützende Therapien in den Bereich des Heilmittels fallen.</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
Abs. 2 Buchstabe i	<p>Die ausdrückliche Nennung der Möglichkeit einer Frequenzspanne wird begrüßt, denn eine solche hat sich im Versorgungsalltag bewährt.</p> <p>Allerdings sollten ärztliche Frequenzempfehlungen gänzlich entfallen, da fundierte Empfehlungen in dieser pauschalen Form nicht möglich sind. Die Frequenzwahl hängt u.a. ab von Therapiedosis,-methode, Inter-Therapie-Intervall; Alter und Compliance des Patienten; Ausprägung und Schweregrad der Störung; Begleitenden Störungsbilder und Therapien etc., die der Therapeut festlegt.</p> <p>Bereits jetzt kann der Therapeut die Therapiefrequenz in Absprache mit dem Arzt ändern und diese Änderung dokumentieren. Der Wegfall der Frequenzempfehlung würde dieses Vorgehen erleichtern.</p>	
Abs. 2 j und k	<p>Es muss klargestellt sein, dass der Therapeut allenfalls das Vorhandensein prüfen kann, nicht jedoch, ob der gewählte ICD-10-Code zur gewählten Diagnosegruppe passt.</p> <p>Dies muss die zertifizierte Arztsoftware leisten und der Therapeut muss auf die Richtigkeit dieser Angaben vertrauen dürfen.</p> <p>Darüber hinaus ist in den tragenden Gründen zu § 13 Abs. 2 k zu korrigieren, dass allein der ICD-10 Code ausreicht, ein Klar-text jedoch keine zwingende Angabe darstellt. Dies ist in der Richtlinie angepasst worden, nicht jedoch in den tragenden Gründen.</p>	
Abs. 2l	<p>Problematisch wird weiterhin gesehen, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zuzuordnen und vergleichbar sein muss, was – bei unzutreffender Angabe durch den Arzt – immer noch zu Korrekturläufen führt.</p> <p>Daher sollte klargestellt werden, dass allenfalls das Vorhandensein einer patientenindividuellen Leitsymptomatik geprüft werden muss, wenn es an einer buchstabenkodierten Leitsymptomatik fehlt. Die Eintragungen müssen durch die zertifizierte Arztsoftware geleistet werden und passend sein und der Therapeut muss auf die Richtigkeit dieser Angaben vertrauen dürfen.</p> <p>Um eine optimale Entbürokratisierung zu erreichen schlagen wir vor, dass die Angabe einer Leitsymptomatik gänzlich entfallen sollte, denn sie ist weder formal noch inhaltlich erforderlich, führt aber gleichzeitig zu vielen fehlerhaft ausgestellten Verordnungen.</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
<p>§ 13a Blankverordnung Abs. 2</p>	<p>Die Festlegung zur Gültigkeit der Blankverordnung geht über den Gesetzeszweck hinaus.</p> <p>So legt das TSVG lediglich fest, dass die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung in der HeilM-RL festzulegen ist, macht jedoch keine Vorgaben zur festzulegenden Dauer.</p> <p>Die geplante Festlegung auf 16 Wochen führt dazu, dass Beginnfristen und Unterbrechungstatbestände nicht abgebildet werden und die Blanko-Verordnung dadurch eine Schlechterstellung des Patienten bedeuten kann.</p> <p>So kann z.B. eine Verordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 Wochen nach Ausstellungsdatum begonnen werden - 10 je 1X die Woche stattfinden und durch einen Urlaub, eine Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt um mehrere Wochen unterbrochen sein <p>und dadurch schnell länger als 16 Wochen andauern. Eine „normale“ Verordnung würde dabei ihre Gültigkeit behalten, eine Blankoverordnung hingegen nicht. Dies ist nicht sachgerecht und widerspricht dem Entbürokratisierungsgedanken.</p> <p>Die Frist ist daher deutlich zu erhöhen oder gänzlich zu streichen, denn die Gültigkeitsdauer kann sich auch nach einem langen Zeitraum bemessen oder kann an inhaltliche Aspekte (z.B. Verschlechterung des Zustandes) geknüpft werden.</p>	
<p>§ 13a Abs. 3</p>	<p>Die in Abs. 3 gewählte Formulierung führt den Gesetzeszweck ad absurdum.</p> <p>Allein durch die Angabe von Auswahl, Dauer und Frequenz soll deutlich werden, dass der Arzt auf eine Blankoverordnung verzichtet und wichtige medizinische Gründe als gegeben sieht.</p> <p>Somit würde eine - auch versehentlich - vollständig ausgefüllte Verordnung zur Aufhebung der Blankoverordnung führen.</p> <p>Um den Gesetzeszweck des TSVG und auch den Wortlaut des § 13a Abs. 3 abbilden zu können, ist zwingend erforderlich, dass die wichtigen medizinischen Gründe auch dokumentiert sind und auf die Blankoverordnung ausdrücklich und nicht bloß versehentlich verzichtet wird.</p> <p>Eine entsprechende Dokumentation und Kenntlichmachung muss das neue Verordnungsmuster zwingend abbilden.</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
§ 15 Beginn der Heilmittelbehandlung	<p>Die Möglichkeit, einen spätesten Behandlungsbeginn bis ... einzutragen bzw. den angegebenen dringlichen Behandlungsbedarf aufzuheben, muss jedoch erhalten bleiben, um besonderen Versorgungsformen weiter gerecht werden zu können.</p> <p>Dies ist in Anlage 3 unter Buchstabe e) zumindest als Aufhebung des dringlichen Behandlungsbedarfs vorgesehen, muss sich dann jedoch auch im Richtlinien-text wiederfinden, um eine Auffindbarkeit zu gewährleisten.</p> <p>So wird von der Möglichkeit eines vorgegebenen spätesten Behandlungsbeginns im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie insbesondere dann Gebrauch gemacht, wenn eine Heilmittelbehandlung auf der laufenden Verordnung noch nicht abgeschlossen ist, der Arzt aber auf Grund des eigenen Urlaubs bereits vorher die Therapiefortsetzung in seinem Urlaub ermöglichen möchte, ohne dass ein Vertretungsarzt die Verordnung übernehmen muss. Auch bei der ärztlichen und therapeutischen Versorgung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen, bei denen die Hausbesuche durch den Arzt nicht immer stattfinden können, ist die individuelle Festlegung des Behandlungsbeginns wichtig im Versorgungsalltag.</p>	
§ 16 Abs. 1	Die Vollständigkeit der Verordnung muss bereits durch die zertifizierte Arztsoftware gewährleistet sein, so dass die Durchführung der Behandlung nicht daran geknüpft werden kann.	
§ 16 Abs. 2	Der Hinweis auf Anlage 3 kann entfallen; weiteres bei Anlage 3.	
§ 16 Abs. 5	<p>Die Methodenwahl liegt beim Therapeuten, so dass er selbst über die Änderungen oder Ergänzung des therapeutischen Therapieplans entscheiden kann/muss. Eine Unterbrechung der Behandlung ist daher nicht erforderlich.</p> <p>Wir bitten auch um Klarstellung, dass es sich in Satz 2 um den ärztlichen Therapieplan handelt.</p>	
§ 30 Abs. 2 neu	Die Zeitvorgaben für die Gruppentherapie von 45 bzw. 90 Minuten entsprechenden aktuellen rahmenvertraglichen Vereinbarungen zur Vergütung. Die Anpassung wird daher befürwortet.	
<p>Einführung eines § 33b</p> <p>UK-Therapie (Unterstützte Kommunikation)</p> <p>1) Die UK-Therapie dient der Anbahnung, Erreichen, Erweiterung und Erhalt aktiver Sprache mittels unterstützender</p>	<p>Auch non-verbale Störungen zählen zu den Kommunikationsstörungen und bedürfen ebenso wie verbale Störungen der Therapie.</p> <p>Da Sprachverständnis und passiver Wortschatz durchaus vorhanden sein, aber die lautsprachliche Kommunikation gestört oder nicht vorhanden sein können, wirft die nicht direkte Darstel-</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
<p>Kommunikation (z.B. durch Gebärden, Symbolsystemen, leichter Sprache mit oder ohne elektronischem Kommunikationsgerät)</p> <p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung, Verbesserung bzw. Normalisierung der Kommunikation mit Hilfe elektronischer und/oder nichtelektronischer Kommunikationshilfen - Aufbau und Erweiterung kommunikativer Kompetenz - Verbesserung der Lebensqualität und der Partizipation im Alltag <p>ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.</p>	<p>lung dieser Störung im Katalog in der Praxis immer wieder Fragen und Unklarheiten auf und führt zu uneinheitlichen Verordnungen.</p> <p>Im Interesse von Klarheit und Eindeutigkeit sollte diese Störung mit einer eigenen Diagnosegruppe dargestellt werden. Menschen ohne verbale Sprache benötigen Unterstützung, alternative Kommunikationsmöglichkeiten zu erwerben und zu nutzen.</p> <p>Eine Verständigung mittels Lautsprache ist ihnen nicht ausreichend möglich, so dass alternative bzw. ergänzende Kommunikationsformen ausgewählt sowie deren Gebrauch im Alltag mit dem sozialen Umfeld erprobt, abgestimmt und eingeübt werden müssen.</p> <p>Die Verordnung mit Unterstützter Kommunikation betrifft Menschen aller Altersgruppen und mit unterschiedlich gestörten Funktionsbereichen Sprache-Kommunikation-Sprechen-Stimme.</p> <p>Diese Therapie bedarf der Zuordnung zu einer Indikation: Unterstützte Kommunikation (UK)</p> <p>Literatur: Wagner, S./Garimski, K (2012): Früher Gebärden- und Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom. Die Sprachheilarbeit 57, 184-191 Preißler, Paula (2017): Inwiefern sind moderierte Runde Tische (MoRTI) qualitätssichernde Elemente der Sprachtherapie im Rahmen der Unterstützte-Kommunikation-Versorgung von Erwachsenen mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Bachelorarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät Urbic, H. (2016): Inwiefern sind runde Tische ein qualitätssicherndes Element in der Sprach- und Kommunikationsförderung von Kindern mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Abschlussarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät</p>	
§ 34 Nr. 3a/b, 4b	Die Angabe des Aachener Aphasietests (AAT) sollte entfallen, da in der HeiM- RL allein ärztliche Diagnostiken aufgeführt werden, nicht konkrete Testverfahren. Auch ist der AAT kein ärztliches, sondern ein sprachtherapeutisches Testverfahren. Die Erhebung eines allgemeinen Sprachstatus ist im Rahmen der ärztlichen Diagnostik ausreichend.	
Heilmittel-Katalog		
- Vorbemerkung	<p>Der Zusatz</p> <p><i>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</i></p> <p>bei jeder Diagnosegruppe muss entfallen. Dies ergibt sich bereits aus § 9 Abs. 2 HeiM-RL.</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
	Eine nochmalige Aufführung bei jeder Diagnosegruppe im Heilmittelkatalog führt nicht zur angestrebten Reduzierung der Regelungskomplexität und erweckt den Eindruck, als müsste immer wieder zu einem restriktiven Ordnungsverhalten angehalten werden.	
- Auswahl des Heilmittels	<p>Die Zusammenlegung der Auswahl zwischen Einzel- und Gruppentherapie <u>und</u> dem Heilmittel mit inkludierter Minutenangabe führt zu unnötigem bürokratischem Aufwand und zu einem erhöhten Fehlerpotenzial.</p> <p>Die Angabe des Heilmittels (Stimmtherapie, Sprechtherapie, Sprachtherapie, Schlucktherapie oder einer Mischform) kann im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gänzlich entfallen, da die Zuordnung zur Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schluck bereits durch die Wahl der Diagnosegruppe/des Indikationsschlüssels getroffen ist.</p> <p>Die zusätzliche Auswahl an dieser Stelle liefert daher keinen inhaltlichen Mehrwert, ist aber eine erhebliche Fehlerquelle und sollte daher <u>dringend</u> entfallen, um eine tatsächliche Entbürokratisierung zu erreichen und keine neue zu schaffen.</p> <p>Es ist ausreichend, wenn allein die Therapiedauer auf der Verordnung angegeben wird.</p> <p>Wir schlagen daher folgende Heilmittelauswahlmöglichkeiten vor:</p> <p>Einzeltherapie-30 (oder gekürzt Einzel-30) Einzeltherapie-45 Einzeltherapie-60 Gruppe-45 (entsprechend den aktuellen Rahmenverträgen) Gruppe-90 (entsprechend den aktuellen Rahmenverträgen) Kombination Einzel-/Gruppe</p> <p>Da es sich um Einzeltherapien aus dem Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach und Schlucktherapie handelt, ergibt sich bereits aus der Angabe des Heilmittelbereichs und der Diagnosegruppe (vormals des Indikationsschlüssels).</p>	
- Frequenzempfehlung	<p>Die Angabe der Frequenzempfehlung mit einer vorgegebenen Unter- und Obergrenze lässt den Eindruck entstehen, dass andere Frequenzen nicht zulässig seien!</p> <p>Dies könnte durch die Beibehaltung der bisherigen Formulierung „mindestens“ klargestellt werden, um auch hochfrequente Therapieintervalle zu ermöglichen, wenn diese angezeigt sind.</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs		27. Mai 2019
	<p>Auch kann, wenn eine Frequenzempfehlung beibehalten werden sollte, eine Angabe im Katalog entfallen, da die einmalige Regelung an zentraler Stelle in der Richtlinie ausreichend wäre und so eine weitere Reduzierung der Regelungskomplexität erreicht werden könnte.</p>	
Zu ergänzende Diagnosegruppe: UK	<p>Unter Diagnosegruppe sollte aufgeführt werden:</p> <p>Störungen der sprachlichen Verständigung z.B. wenn Lautverständnis vorhanden ist, aber</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Sprechen unverständlich ist - durch motorische Einschränkungen Sprechen nicht möglich ist - Sprachverständnis und Sprechen auf Grund zusätzlicher geistiger Einschränkung begrenzt sind <p>bei nicht Sprechenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kindern und Jugendlichen <p>z.B. infolge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autismus - frühkindlicher Hirnschädigungen - peripherer Anomalien der Sprechorgane - genetisch bedingter Krankheiten - Mehrfachbehinderungen und Syndromen - peripherer und zentraler Hörstörungen - unklarer Genese <p>bei nicht Sprechenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erwachsenen <p>z.B. infolge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schlaganfall - Schädel-Hirn-Trauma - Zustand nach Laryngektomie - genetisch bedingter Krankheiten - Mehrfachbehinderungen und Syndromen - Progrediente Erkrankungen (ALS) 	
Anlage 2: Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf	<p>Um eine weitere Entbürokratisierung zu erreichen sollte überlegt werden, ob die Anlage 2 Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf und die Liste der besonderen Verordnungsbedarfe nach § 106b Abs. 2 SGB V vereinheitlicht werden könnte.</p> <p>Uns sind die unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen bekannt, fachlich/inhaltlich ist eine Zuordnung der gelisteten Diagnosen zu der einen oder anderen Liste oft nicht nachvollziehbar, siehe dazu unten.</p>	



Stellungnahme dba, dbl, dbs	27. Mai 2019
	<p>Aktuell müssen alle Beteiligten die ICD-10 Codes bereits in zwei Listen prüfen; zukünftig kommt noch die Liste der Diagnosen für eine Blankoverordnung hinzu, um die abweichenden Verordnungserfordernisse berücksichtigen zu können.</p> <p><u>Zur grundsätzlichen Unterscheidung von Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf und Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf:</u></p> <p>Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf erfordern Heilmitteltherapien, die in der Regel für einen begrenzten Zeitraum (< 1 Jahr), 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 komplettär 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>Auch ist die derzeitige Zuordnung inhaltlich nicht begründet und daher nicht nachvollziehbar. So gelten beispielsweise Subarachnoidalblutungen (I60), intrazerebrale Blutungen (I61) und Hirninfarkte (I63) als Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf und 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> <p>Es würde daher sehr begrüßt, wenn die Diagnosen zukünftig in einer einzigen Liste aufgeführt würden. Ausgehend von der Verordnungsdauer (bis zu einem Jahr vs. länger als 1 Jahr) könnte die Zuordnung zu Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf oder zu Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf erfolgen.</p>



Stellungnahme dba, dbl, dbs	27. Mai 2019
Anlage 3	<p>Anlage 3 ist zu streichen.</p> <p><u>Fehlende Regelungskompetenz</u></p> <p>Gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.</p> <p>Konkretisiert wird dies in Abs. 6:</p> <p>In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel, 2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen, 3. die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und 4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer. <p>Die Inhalte der Anlage 3 sind dabei nicht von § 92 SGB V gedeckt, so dass der G-BA keine Regelungskompetenz für die Inhalte der Anlage 3 hat.</p> <p>Regelungsinhalte wie in Anlage 3 sind vielmehr in den Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V geregelt bzw. zu regeln.</p> <p><u>Fehlende Regelungsnotwendigkeit</u></p> <p>Aktuell sind trotz Verwendung der zertifizierten Praxisverwaltungssoftware für Ärzte sehr viele Verordnungen nicht heilmittelrichtlinienkonform ausgestellt.</p> <p>Die gewünschte enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Therapeut wird durch den erforderlichen Korrekturbedarf beeinträchtigt, da die Formalien oft den Inhaltsaustausch überlagern.</p> <p>Daher sollte anstelle neuer Prüfkataloge festgelegt werden, dass sich die Therapeuten auf die Vollständigkeit und die Korrektheit, der mittels zertifizierter Praxissoftware ausgestellten Heilmittelverordnungen, verlassen können.</p> <p>Anpassungen sind allenfalls in dem der Software zu Grunde liegenden Anforderungskatalog nach § 73 Abs. 8 SGB V für die Verordnung von Heilmitteln (Anlage 29 zu § 30 Bundesmantelvertrag – Ärzte) vorzunehmen.</p>



Stellungnahme dba, dbi, dbs		27. Mai 2019
Inkrafttreten	Um den Versorgungsalltag nicht erst in 1 ½ Jahren zu entlasten, wäre ein deutlich früheres Inkrafttreten dringend zu veranlassen.	

Marion Malzahn

dba
Marion Malzahn
1. Vorsitzende

Frauke Kern

dbi
Frauke Kern
Mitglied im Bundesvorstand,
Interessenvertretung
Freiberufler

V. Gerrlich

dfs
Volker Gerrlich
Geschäftsführer



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

QUETHEB- Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V.	
Laufen und München, 23.05.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	<p>Vielen Dank für die Möglichkeit, zur Heilmittel-Richtlinie Stellung nehmen zu können.</p> <p>QUETHEB e.V. hat gegen die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL) in der vorliegenden aktuellen Fassung vom 30.04.2019 <u>keine Einwände</u>.</p>


 Prof. Dr. med. Johannes Erdmann
 Vorsitzender des Vorstands

QUETHEB Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V.

Schloßplatz 1

83410 Laufen

info@quetheb.de



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Spitzenverband der Heilmittelverbände	
28.05.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 7 Abs. 1 Satz 1</p> <p>Ein Verordnungsfall umfasst alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Diagnose (d. h. desselben oder derselben dreistelligen ICD-10-GM-Codes <u>bzw. der ersten drei Stellen des/der ICD-10-GM-Codes</u>) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog.</p>	<p>Zur Klarstellung sollte ergänzt werden: (d.h. desselben oder derselben dreistelligen ICD-10-GM-Codes bzw. der ersten drei Stellen des/der ICD-10-GM-Codes) ..."</p>
<p>§ 7 Abs. 1 Satz 4</p> <p>Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten <u>Verordnungsausstellung</u> ein Zeitraum von <u>6 Monaten 18 Wochen</u> vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.</p>	<p>Die Verlängerung des behandlungsfreien Intervalls von 3 Monaten (gerechnet ab dem letzten Tag der Behandlung) auf 6 Monate (gerechnet ab dem Tag der Ausstellung der Verordnung) führt bei der angedachten Änderung insbesondere bei Patienten, bei denen die Vertragsärztin/ der Vertragsarzt mit Blick auf die Höchstverordnungsmenge pro Verordnung eine eher geringere Anzahl von Behandlungseinheiten (z.B. 6 Behandlungen/2x wöchentlich) verordnet, zu deutlich längeren behandlungsfreien Intervallen, als das im Rahmen der aktuellen Regelung der Fall ist.</p> <p>Da derzeit viele Vertragsärztinnen/Vertragsärzte ihr Ordnungsverhalten bei vielen Patienten unzulässigerweise ausschließlich am Regelfall ausrichten (sprich dem Patienten erst nach Ablauf eines 12-Wochen-Zeitraumes weitere Heilmittelbehandlungen verordnen) besteht die große Sorge unsererseits, dass dieser Teil der Patienten zukünftig noch später mit dringend notwendigen Heilmitteln versorgt wird, als das bereits heute der Fall ist. Unter Hinweis auf die Entwurfsfassung der überarbeiteten Heilmittelrichtlinie Stand 29.08.18 wird deshalb gefordert, den Zeitraum auf 18 Wochen zu begrenzen.</p>



Spitzenverband der Heilmittelverbände	
28.05.2019	
	<p>Im letzten Satz wünschen wir zudem zur Klarstellung den Zusatz „Ausstellung“:</p> <p>Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten Verordnungsausstellung ein Zeitraum von 16 Wochen vergangen ist,(..)</p>
<p>§ 7 Abs. 2</p> <p>(2) Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann <u>der die angegebene Leitsymptomatik in ihrer Auswirkung verringert werden kann</u>. Die orientierende Behandlungsmenge ergibt sich indikationsbezogen aus dem Heilmittelkatalog. Abweichend hiervon sind für die Podologische Therapie und für Maßnahmen der Ernährungstherapie keine orientierenden Behandlungsmengen festgelegt.</p>	<p>Die Formulierung „mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann“ sehen wir kritisch. Das jeweilige Therapieziel wird individuell in der Therapie mit dem Versicherten erarbeitet. Deshalb haben nicht alle Versicherten mit der gleichen Diagnosegruppe/ Indikation das gleiche Ziel. Das ist nicht möglich, da die Leitsymptomatik, die Ausprägung der Erkrankung und die weiteren Kontextfaktoren bei den Versicherten völlig unterschiedlich sind.</p> <p>Wir schlagen folgende Formulierung vor:</p> <p>„mit der die angegebene Leitsymptomatik in ihrer Auswirkung verringert werden kann.“</p> <p>Oder:</p> <p>.... mit der die Ziele gem. § 3 Absatz 2 Heilm-RL erreicht werden können.“</p>
<p>§ 7 Abs. 4</p> <p>Könnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive oder neue Erkrankungsphasen handelt. In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation <u>des Arztes</u> zu übernehmen.</p>	<p>Die Formulierung zur Patientendokumentation sollte zur Klarstellung ergänzt werden:</p> <p>„In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation des Arztes zu übernehmen.“</p> <p>Ansonsten sehen wir hier die Gefahr, dass Heilmittelerbringer die Dokumentationspflicht auf sich beziehen.</p>
<p>§ 7 Abs. 6</p>	<p>Wir weisen mit Besorgnis darauf hin, dass nach dem Wegfall der Verordnung außerhalb des Regelfalles, ausschließlich Versicherte mit einer gelisteten Diagnose (besonderer Verordnungsbedarf, langfristiger Heilmittelbedarf) Behandlungen</p>



Spitzenverband der Heilmittelverbände	
28.05.2019	
	<p>außerhalb der orientierenden Behandlungsmenge erhalten werden. Das führt dazu, dass beispielsweise psychisch chronisch erkrankte Menschen durch die verordnungsfreie Zeit nach einer orientierenden Behandlungsmenge, die stabilisierende Ergotherapie für die Handlungsfähigkeit im Alltag nicht erhalten. Deshalb wiederholen wie an dieser Stelle unsere Forderung, psychische Erkrankungen entsprechend ihrer Chronifizierung und den erheblichen Auswirkungen in der Bewältigung des Alltags in der Anlage 2 zum langfristigen Heilmittelbedarf zu berücksichtigen. Gleiches gilt für einige chronisch, langwierige Krankheitszustände in der Physiotherapie, die über den gesamten Zeitraum physiotherapeutisch zu begleiten sind. Diese Zustände sollten zudem durch eine gewisse „Stabilität“ (auch graduelle, stetige Verbesserung) gekennzeichnet sein, so dass eine ärztliche Wiederkontrolle nicht zwingend nach 6 bzw. 10 Behandlungen erforderlich sein sollte. Bei den folgenden exemplarischen ICD-10-Codes/Kapiteln ist i.d.R. ein längerer Verordnungsbedarf absehbar, so dass sie ebenfalls in die Anlage 2 aufgenommen werden sollten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - M15, M16, M17, M18, M19: Alle Arthrose-Formen, bei denen es z. B. um die physiotherapeutische Vermeidung/Verzögerung einer OP geht (z. B. Polyarthrose) - M75.0: Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel („Frozen Shoulder“) - T84: Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate - R26.3: Immobilität - G81.0: Guillain-Barré-Syndrom: Form einer Polyneuritis mit langwierigem Verlauf, in dem Physiotherapie eine wichtige Rolle z. B. zur Vermeidung von Kontrakturen spielt.
<p>§ 9 Abs. 2</p> <p>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</p>	<p>Der Begriff „Höchstmenge“ drückt bereits eindeutig aus, dass auch geringere Behandlungsmengen verordnet werden dürfen, wenn der Arzt dies als medizinisch sinnvoll und ausreichend erachtet. Der 2. Satz dieses Absatzes beinhaltet daher eine Tautologie und sollte gestrichen werden. Die bisherige Praxis zeigt, dass den Ärzten die Möglichkeiten zur Verordnung sehr wohl bewusst sind. Nach unseren</p>



Spitzenverband der Heilmittelverbände	
28.05.2019	
	Erfahrungen wird nicht selten sogar aus vermeintlich wirtschaftlichen Erwägungen (Angst vor Regressen) das medizinisch sinnvolle Verordnungsmaß unterschritten, wodurch sich ggf. der Krankheitsverlauf des Patienten suboptimal gestaltet, was langfristig zu weit höheren Folgekosten führen kann. Dieses letztlich auch unwirtschaftliche Verhalten könnte durch die explizite Erwähnung in der Heilmittel-Richtlinie unnötig gefördert werden.
<p>§ 12 Abs. 6</p> <p>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht jede funktionelle oder strukturelle Gehädigung bedarf der Behandlung mit der Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise der Gesamtheit der orientierenden Behandlungsmenge.</p>	Die Formulierung findet sich deckungsgleich bereits unter § 9 Abs. 2.



<p>§ 12, Abs. 7</p> <p>Die Verordnungsmenge von einer „standardisierten Heilmittelkombination“ und Maßnahmen der Massagetherapie nach § 18 Absatz 3 Nummer 1 bis 6 sind auf jeweils 12 18 Einheiten je Verordnungsfall begrenzt, sofern im Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt ist. Das gilt auch für den Fall, dass das angestrebte Therapieziel gemäß § 7 Absatz 4 nicht erreicht werden konnte.</p>	<p>Wir halten eine Beschränkung auf 12 Einheiten je Verordnungsfall, insbesondere bei den Maßnahmen der Massagetherapie, nicht für zweckmäßig, da die patientenzentrierten Anforderungen des Einzelfalls sehr unterschiedlich sein können und daher flexibel berücksichtigt werden sollten.</p> <p>Die Massagetechniken stellen für bestimmte Störungsbilder wichtige Behandlungsansätze dar. Diese werden benötigt, um muskuläre Spannungen etc. zu lösen, um anschließend häufig zusätzlich damit einhergehende tieferliegende Strukturveränderungen behandeln zu können. Die strukturellen Veränderungen sind bei manchen Patienten bereits so schwerwiegend, dass dies mehr als 12 Einheiten im gesamten Verordnungsfall benötigt. Im Falle einer Begrenzung sollte diese daher in jedem Fall mindestens an den Vorgaben bei den Diagnosegruppen WS und EX orientiert sein und 18 Einheiten umfassen.</p> <p>In Verbindung mit § 7 Abs. 1 in der bisherigen Fassung würde es zudem sogar bedeuten, dass ein Patient im Jahr maximal 24 Einheiten Massagetherapie erhalten könnte, was in vielen Fällen eine unzureichende Versorgung implizieren würde.</p>
<p>§ 12 Abs. 9</p> <p>Es wird folgender Satz ergänzt:</p> <p><u>Die verordnete Anzahl der Behandlungseinheiten verdoppelt sich automatisch bei einer Verordnung von Doppelbehandlungen.</u></p>	<p>Der Begriff „Doppelbehandlung“ impliziert schon sprachlich, dass der Arzt i. d. R. eine doppelte Behandlungszeit wünscht. Eine Klarstellung, dass bei einer Verordnung von z. B. 3 Behandlungseinheiten automatisch 3x2, also insgesamt 6 Behandlungen durchgeführt werden sollen, wäre sinnvoll, um Unklarheiten zu vermeiden, die in der Vergangenheit zu vermeidbaren Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geführt haben.</p>
<p>§ 13 Abs. 1</p> <p>... Ausnahmen hiervon sind in § 16 Absatz 3 und Absatz 6, <u>sowie in der Anlage 3 dieser Richtlinie und ggf. in den Vereinbarungen der Vertragspartner nach § 125 SGB V</u> geregelt.</p>	<p>Die Beschreibung möglicher Änderungen bzw. Korrekturen der Verordnung durch die Therapeutin oder den Therapeuten fällt in die Zuständigkeit der Vereinbarung der Vertragspartner nach § 125 SGB V. Zudem existieren für einige Heilmittel, z.B. die Ergotherapie, bereits Rahmenempfehlungen</p>



	mit einer entsprechenden Anlage, so dass einander widersprechende Regelungen oder eine völlige Neugestaltung möglichst zu vermeiden sind.
§ 13, Abs. 2 Buchstabe c Klammerzusatz (ja oder nein) wird gestrichen.	Ähnlich wie beim Therapiebericht wird der Klammerzusatz hier nicht benötigt. Auf dem Verordnungsvordruck reicht so ein einziges Feld für den Hausbesuch. Wird dieses nicht angekreuzt, entspricht dies faktisch dem „nein“.
§ 13, Abs. 2 <u>Buchstabe l</u> ... Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann <u>und aus Sicht des verordnenden Arztes</u> mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen a), b) oder c) vergleichbar ist ...	Wir sehen hier großen Interpretationsspielraum, was als „vergleichbar“ anzusehen sein könnte. Um hier bei abweichenden Meinungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen potentielle Konfrontationen zu vermeiden, ist aus unserer Sicht eine Klarstellung erforderlich, dass allein der Arzt durch seine entsprechende Verordnung entscheidet, was aus seiner professionellen Sicht als vergleichbar anzusehen ist.
§ 13 Abs. 2 Buchstabe m	Unter Buchstabe m. „erforderlichenfalls spezifische für die Heilmittel-therapie relevante Befunde“ sollte eine beispielhafte Aufzählung erfolgen. Relevant kann therapeutisch-inhaltlich bedeuten, aber auch auf die Sicherheit der Leistungserbringer bzw. Patienten bezogen sein. Beispiele: - Infektionen - Implantate - Belastungsbeschränkungen - Zytostatika Die Versicherten selbst sind nicht immer in der Lage, den Leistungserbringer auf diese Befunde aufmerksam zu machen.
§ 13 a Abs. 1 (1) Bei Verordnungen aufgrund von Indikationen nach § 125a SGB V kann auf folgende Angaben nach § 13 Absatz 2 verzichtet werden: <u>c. Hausbesuch</u>	Nach § 11 Ort der Leistungserbringung (Heilmittel-Richtlinie) ist die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die



<p>f. Anzahl der Behandlungseinheiten,</p> <p>g. Heilmittel gemäß Katalog,</p> <p>h. gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z.B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“),</p> <p>i. die Therapiefrequenz oder Frequenzspanne.</p>	<p>Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die verordnende Ärztin trifft die Entscheidung nach dem Status des Patienten, wie er am Tag der Verordnung vorliegt oder auch in der Vergangenheit vorgelegen hat. Der Zustand und die Belastbarkeit von Patienten unterliegen dabei Schwankungen, so dass hier zeitweise ein Aufsuchen der Praxis möglich ist oder auch nicht. Dazu ergeben sich durch Veränderungen in den Fähigkeiten und den Lebensumständen des Patienten neue oder geänderte Zielsetzungen, die entweder in der Praxis oder im Wohnumfeld des Patienten besser erarbeitet und erreicht werden können. Mit dem Verzicht auf die Angabe Hausbesuch (ja oder nein) erhält die Therapeutin die Möglichkeit, flexibel auf die Situation und die Fähigkeiten des Patienten einzugehen. Die therapeutischen Ziele können effektiver bearbeitet werden und Therapieausfall wird vermieden.</p> <p>Beispiel: Chronisch psychisch Erkrankte unterliegen starken Schwankungen in ihrer Tagesform und in ihrer Mobilität. Auch wenn ein Patient grundsätzlich in der Lage ist, die Praxis aufzusuchen, können zeitweise verstärkte Ängste den Patienten daran hindern, die Wohnung zu verlassen oder öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Normalerweise würde die Therapie dann für den Patienten ausfallen, was sicherlich für seinen Allgemeinzustand zusätzlich negative Auswirkungen hat. Eine Weiterführung der Therapie durch die flexible Wahl des Therapieortes gewährleistet hier eine kontinuierliche Therapie.</p>
<p>§ 15 Abs. 1</p> <p>„(1) Die Behandlung hat innerhalb von 28 Kalendertagen, <u>in der Podologie innerhalb von 3 Monaten</u> nach Verordnung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen. Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.</p>	<p>Begründung: In der Podologie gibt es, anders als bei anderen Heilmittelerbringern, ständig fortlaufende Verordnungen. Diese Verordnungen werden zum großen Teil durch entsprechende Fachärzte ausgestellt. Oft nutzen, gerade gehbehinderte Patienten, die auf Fahrdienste angewiesen sind, die Gelegenheit und holen sich schon die nächste Verordnung, obwohl noch Behandlungen offen sind. Damit vermeiden sie, dass sie, z.B. bei Quartalswechsel, zuerst zum Hausarzt wegen einer Überweisung und dann wiederum zum</p>



	Facharzt müssen. Es wäre eine Erleichterung für die Patienten und eine Kostenersparnis für die Krankenkassen, wenn der späteste Behandlungstermin bei der Podologie entfallen bzw. auf 3 Monate festgelegt werden würde.
<p>§ 16 Abs. 2</p> <p>Die Anlage 3 dieser Richtlinie beschreibt, für welche Änderungen oder Korrekturen eine erneute Unterschrift der Ärztin oder des Arztes, eine Abstimmung mit oder Information der Ärztin oder des Arztes oder keine Korrektur durch die Therapeutin oder den Therapeuten erforderlich sind.</p>	Begründung siehe § 13 Abs. 1
<p>§ 16 Abs. 3</p> <p>(3) Die Angaben zur Therapiefrequenz auf der Verordnung sind für die Therapeutin oder den Therapeuten <u>nicht bindend, sondern sind eine Empfehlung der Ärztin oder des Arztes an die Therapeutin oder den Therapeuten.</u> Eine Abweichung davon ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Ordnungsdruck zu dokumentieren. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Verordnung von Maßnahmen der Ernährungstherapie.</p>	Therapiefrequenz sollte nicht bindend sein – akute Krankheitszustände können eine höhere oder niedrigere Therapiefrequenz erforderlich machen.
<p>Ziffer 52.</p> <p>Der Richtlinie wird eine Anlage 3 gemäß Anhang angefügt: [Anhang 3: Anlage 3 zur Heilm-RL: Prüfpflicht der Therapeutinnen und der Therapeuten Änderungs- und Korrekturpflichten der Ärztin oder des Arztes bezüglich Angaben auf der Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie]</p>	Begründung siehe § 13 Abs. 1
<p>Anlage 3</p> <p>Anlage 3 zur Heilm-RL: Prüfpflicht der Therapeutinnen und der Therapeuten Änderungs- und Korrekturpflichten der Ärztin oder des Arztes, bzgl. Angaben auf der Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie</p> <p>Diese Anlage bildet im Zusammenhang mit §§ 13 und 16 dieser Richtlinie die Grundlage für</p>	Begründung siehe § 13 Abs. 1



<p>die vom Arzt oder der Ärztin vorzunehmenden Änderungen/Korrekturen auf der Verordnung ausgestellt. Verordnung durch die Therapeutin oder den Therapeuten.</p> <p>In der Tabelle ist geregelt, in welchen Fällen von unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf der Verordnung eine Änderung notwendig ist und in welcher Form diese Änderung erfolgen muss. Sofern Änderungen eine neue Unterschrift durch die Ärztin oder den Arzt erfordern, so sind diese mit Datumsangabe auf der Vorderseite der Verordnung vorzunehmen. Alle anderen Änderungen sind entweder in den auf der Rückseite der Verordnung vorgesehenen Feldern oder auf der Vorderseite mit Datum und Handzeichen der Therapeutin oder des Therapeuten zu dokumentieren.</p>	
<p>Heilmittelkatalog (jeweils bei jeder Indikation)</p> <p>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.</p>	<p>Streichung zweiter Satz. Begründung siehe § 9 Abs. 2.</p>

Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

VDB Physiotherapieverband – Bundesverband e.V., Am Spreebord 9e, 10589 Berlin	
28.05.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>1. Punkt 8 § 7, Abs. 1, 2 und 4</p> <p>Verordnungsfall, verordnungsfreies Intervall</p>	<p>Im § 7 Abs. 1 wird neu geregelt, dass ein neuer Verordnungsfall eintritt, wenn seit der letzten Verordnung in einem Zeitraum von 6 Monaten keine weitere Verordnung ausgestellt wurde. Dies ist für die meisten Heilmittel praktikabel, da in medizinischen begründeten Fällen über die orientierende Behandlungsmenge hinaus therapiert werden kann. Für die Heilmittel der Massagetherapie ist diese Vorgehensweise nicht möglich, da die Verordnungsmenge für bestimmte Diagnosegruppen auf 12 Einheiten je Verordnungsfall begrenzt ist. Durch das verordnungsfreie Intervall von 6 Monaten ist es den reinen Massagepraxen also nicht möglich die Erkrankung des Patienten für 6 Monate weiter zu behandeln. Dies ist aus Patientensicht aber unbefriedigend, da sich unter Umständen die Beschwerden durch die lange Wartezeit verschlechtern.</p>
<p>2. Punkt 14 § 12, Buchstabe h</p> <p>Verordnungsmenge für Massagetechniken und standardisierte Heilmittelkombination je Verordnungsfall</p>	<p>Im § 12, Buchstabe h wird die Gesamtverordnungsmenge für Maßnahmen der Massagetherapie und der standardisierten Heilmittelkombination auf 12 Einheiten je Verordnungsfall begrenzt.</p> <p>Die Anhebung der Einheiten von bisher 10 auf 12 begrüßen wir, da die Verordnungsmenge von bisher 10 Einheiten in den Praxen immer wieder zu falsch ausgestellten Folgeverordnungen und somit zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand geführt hat.</p> <p>Allerdings war es bisher möglich, zusätzlich zu den 10 Einheiten im Regelfall auch 10 Einheiten außerhalb des Regelfalles zu verordnen. Somit standen den Leistungserbringern für den Verordnungsfall 20 Einheiten zur Verfügung (vgl. hierzu auch die Fragen 32 und 33 vom Fragen-Antworten-Katalog vom 22.11.2005).</p> <p>Somit reduziert sich die Gesamtverordnungsmenge von bisher 20 Einheiten auf nun 12 Einheiten. In Verbindung mit der nun längeren Unterbrechung für einen neuen Verordnungsfall sehen wir die Gefahr, dass Patienten bei bestimmten Erkrankungen nicht mehr adäquat mit Heilmitteln versorgt werden.</p> <p>Zusätzlich belastet das neue Vorgehen auch die Inhaber von Massagepraxen. Eine Reduzierung der Praxen steht zu befürchten. Vor dem Hintergrund des bereits eklatant vorhandenen Therapeutenmangels wird sich aus unserer Sicht die Versorgung der Patienten dadurch noch weiter verschlechtern.</p> <p>Unser Vorschlag hierzu wäre die Reduzierung des verordnungsfreien Intervalls auf 18 Wochen, sowie eine Ausweitung der Behandlungsmengen im Verordnungsfall auf 24 Einheiten.</p>



VDB Physiotherapieverband – Bundesverband e.V., Am Spreebord 9e, 10589 Berlin	
28.05.2019	
<p>3. Punkt 15 § 13, Abs. 1</p> <p>Möglichkeiten zur Korrektur von fehlerhaft ausgestellten Verordnungen</p>	<p>Im § 13, Abs. 1 wird geregelt, dass Korrekturen von fehlerhaft ausgestellten Verordnungen durch den Arzt vorzunehmen und zu dokumentieren sind.</p> <p>Aufgrund Verhandlungen mit den Kassen ist es den Leistungserbringern schon heute möglich, einzelne Korrekturen anzuwenden und diese selbst zu dokumentieren.</p> <p>Durch die neue Regelung würden diese Korrekturmöglichkeiten zukünftig ausgeschlossen, was zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand führen würde.</p> <p>Unser Vorschlag hierzu wäre, bei den Ausnahmen noch den folgenden Satz zu ergänzen: „Die Vertragspartner können im Rahmenvertrag nach § 125 SGB V weitere Ausnahmen definieren.“.</p>
<p>4. Punkt 19 § 16, Abs. 1</p> <p>Voraussetzungen zur Durchführung der Behandlung</p>	<p>Im § 16, Abs. 1 ist geregelt, dass zur Durchführung der Behandlung die Voraussetzungen des § 13, Abs. 1 und 2 erfüllt sein müssen.</p> <p>Hierzu können aber nicht alle Voraussetzungen nach § 13, Abs 2 die Behandlungsdurchführung verhindern. So kann z.B. die Behandlungsdurchführung nicht ausgeschlossen sein, wenn im Personalienfeld der Eintrag beim Status des Patienten fehlt.</p> <p>Unser Vorschlag hierzu ist die Ergänzung des Abs. 1 um folgenden Satz: „Die Rahmenvertragspartner können im Rahmenvertrag nach § 125 SGB V die Angaben des § 13, Abs. 2 weiter präzisieren und Ausnahmen definieren.“.</p>
<p>5. HMK Diagnosegruppe EX</p>	<p>In der Anlage 2 „Tragende Gründe“ ist im Punkt 2.1.9, Abs. 2 vermerkt, dass die orientierende Behandlungsmenge sich an der Gesamtverordnungsmenge des bisherigen Regelfalles orientiert.</p> <p>Im Falle der Diagnosegruppe EX ist dies allerdings nicht der Fall. Die Gesamtmenge im Regelfall beträgt derzeit 30 Einheiten, die orientierende Behandlungsmenge liegt allerdings nur bei 18 Einheiten.</p> <p>Hier wäre aus unserer Sicht die orientierende Behandlungsmenge ebenfalls wieder auf 30 Einheiten anzuheben.</p>



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V.	
24.05.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 44 Ärztliche Diagnostik, Zusammenarbeit und Qualitätssicherung (5) Die Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen wird von für die Behandlung und Therapie der Erkrankung qualifizierten Therapeutinnen oder Therapeuten erbracht, die neben den im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Qualifikationen, eine Therapieerfahrung in der Behandlung von seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen bei mindestens 75 behandelten Patientinnen oder Patienten im Rahmen einer mindestens einjährigen Berufserfahrung sowie folgende spezielle Kenntnisse nachweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fütterungsproblematik im Säuglings- und Kleinkindalter/ oder Essstörungen, - enterale Ernährung/ oder Sondenarten/ oder pädiatrische Produkte. 	<p>Therapeuten und Therapeutinnen müssen sich sowohl mit der Fütterungsproblematik als auch mit den Essstörungen auskennen, da die Patienten altersübergreifend betreut werden. Dies tangiert auch die enterale Ernährung (Oberbegriff). Innerhalb der Sondenernährung oder auch enteralen Ernährung müssen die Sondenarten bekannt sein. Da auch hier altersübergreifend gearbeitet/beraten wird, müssen dem Therapeuten die Produkte für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene bekannt sein. Statt oder muss es daher in beiden Fällen und heißen.</p>



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Deutscher Verband für Podologie (ZFD) e.V.	
10.05.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.</p>	<p>Wir verzichten in diesem konkreten Fall auf unser eigenes Stellungnahmerecht und nehmen diesmal in unserer Eigenschaft als Mitglied des SHV mit dem SHV Stellung.</p>



**Änderung der HeiM-RL: Überarbeitung des
Heilmittelkatalogs**

Volltexte eingegangener Stellungnahmen

- **Nicht-stellungnahmeberechtigte Organisationen**

Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

LOGO Deutschland	
28.05.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Neues Heilmittel Schlucktherapie</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u></p> <p>Die Einführung des Heilmittels "Schlucktherapie" ist grundsätzlich sachgerecht. Dennoch halten wir es für zielführend, wenn die einzelnen Heilmittel unter dem Oberbegriff Logopädie - oder berufsgruppenneutral Orthophonie - subsumiert werden.</p>	<p>In der Praxis ist das gesonderte Ankreuzen verschiedener Heilmittel im Bereich der Logopädie eine häufige Fehlerquelle: Kreuze sind falsch oder unvollständig gesetzt. Das führt zu einem hohen bürokratischen Aufwand, da entsprechende Änderungen veranlasst und dokumentiert werden müssen.</p> <p>Zudem sind neben den genannten Heilmitteln auch „Atem- und/oder Hörtherapie“ Gegenstand der Behandlung. Heilmittel in der Logopädie lassen sich nicht immer klar voneinander abgrenzen. Beispielsweise haben Patienten mit Aphasien nach Schlaganfall häufig eine begleitende Dysarthrophonie. Während der Heilmittelkatalog für die Aphasie lediglich das Heilmittel „Sprachtherapie“ vorsieht, wäre sachgerecht auch „Sprech- und Stimmtherapie“ angezeigt. Ähnliches gilt für Patienten mit Dysarthrophonie - diese werden oft von Schluckstörungen begleitet. Gerade in den genannten Fällen ist eine umfassende Behandlung der verschiedenen Symptome notwendig.</p>
<p>§ 11 Hausbesuche</p> <p><u>Ergänzungsvorschlag</u></p> <p>Der Begriff "häusliche Umgebung" beinhaltet die Umgebung, in der sich der Patient zu Praxisöffnungszeiten aufhält</p>	<p>Die ausdrückliche Einschränkung von Patientinnen und Patienten mit einem medizinischen Bedarf für einen Hausbesuch auf einen Besuch „in der häuslichen Umgebung“ verhindert eine adäquate Versorgung der Betroffenen.</p> <p>In der Praxis könnten beispielsweise folgende Fälle nicht versorgt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behinderte, die zu Hause betreut werden und sich in einer sogenannten Förder- und Betreuungseinrichtung aufhalten, - chronisch Kranke oder alte Menschen, die in einer Tagespflege betreut werden, - Menschen, die sich tagsüber z.B. bei Verwandten aufhalten.
<p>§ 13 Absatz 2 Dringlicher Behandlungsbedarf</p> <p>In § 13 Abs. 2 wird unter Punkt e) die Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfes eingefügt.</p>	<p>Es entsteht ein deutlicher, bürokratischer Mehraufwand, wenn diese Möglichkeit nicht besteht.</p> <p>Derzeit haben die meisten Praxen durch den immer dramatischer werdenden Fachkräftemangel Wartezeiten. Für dringend behandlungsbedürftige Patient*innen würde das bedeuten, dass sie, sofern sie erst nach Ablauf der vorgesehenen 14 Tage einen Therapieplatz erhalten können, erneut einen Arzt aufsuchen müssen, um eine neue, gültige</p>



LOGO Deutschland	
28.05.2019	
<u>Änderungsvorschlag</u>	Verordnung ausstellen zu lassen.
Verordnungen müssen, auch wenn ein dringlicher Behandlungsbedarf gekennzeichnet wird, dennoch innerhalb der Regelgültigkeit von 28 Tagen begonnen werden können.	Zudem besteht die Gefahr, dass in einer ohnehin angespannten Situation ein vermeidbarer Ausfall zu Lasten der Freien Praxen produziert wird: Wenn nämlich der erforderliche Therapiebeginn seitens der Patient*innen nicht ausreichend erkannt und/oder kommuniziert wird und diese dann mit ungültigen Verordnungen in der Praxis erscheinen.
§ 15 Verordnungskontrolle: Codierung der Leitsymptome	Sichergestellt werden muss, dass seitens der Leistungserbringer*innen tatsächlich ausschließlich eine <u>formale</u> Kontrolle der Verordnung auf Vollständigkeit ausreichend ist – dann ist die Einführung von buchstabenkodierten Leitsymptomen - bei gleichzeitiger Möglichkeit der Nutzung patientenindividueller Leitsymptome - eine entbürokratisierende Maßnahme, die bisherige Fehlerquellen beseitigt. Ist dies nicht gegeben, würde die Codierung einen zusätzlichen, bürokratischen Aufwand darstellen und Retaxierungen begünstigen.
Anlage 3 zur HeiM-RL: Prüfpflicht der Therapeutinnen und der Therapeuten bezüglich Angaben auf der Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie] § 16 Abs. 2 Änderungen/Ergänzungen und Korrekturen von Heilmittelverordnungen <u>Änderungserfordernis</u> Streichung der Anlage 3 zur Heilmittelrichtlinie, ebenso Streichung der Hinweise zur Anlage 3.	Die in Anlage 3 dargestellten Prozesse zur Ergänzung/Korrektur oder Veränderung einer Verordnung sind Sache der Vertragspartner nach § 125 SGB V und dort zu regeln. Einvernehmen herstellen: Beweispflicht! Im Zweifel ist bei Retaxierungen durch die Krankenkassen die/der behandelnde Therapeut*in in der Beweispflicht, dass dieses Einvernehmen auch hergestellt wurde. Defacto kann das aber nur durch das Einholen einer erneuten Arztunterschrift nachgewiesen werden. Von daher würde mit einer solchen Formulierung weder Rechtssicherheit noch Entbürokratisierung hergestellt.
§ 16 Abs. 3 Frequenzen <u>Änderungsvorschlag</u>	Auch hier kann, wie oben beschrieben, das Einvernehmen im Streitfall oder bei Retaxierungen nur durch eine erneute Arztunterschrift dokumentiert werden, die einen hohen bürokratischen Aufwand nach sich zieht.



LOGO Deutschland	
28.05.2019	
<p>(3) Die Angaben zur Therapiefrequenz auf der Verordnung sind für die Therapeutin oder den Therapeuten eine Empfehlung. Eine Abweichung davon ist aus therapeutischen Gründen zulässig, der Arzt ist darüber zu informieren. Die Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.</p>	<p>Der/die Therapeut*in kann im Therapieverlauf zuverlässig abschätzen, mit welcher Frequenz das vorgesehene Therapieziel am besten erreicht werden kann.</p>
<p>§ 16 Ab. 5 Behandlungsunterbrechung/ Behandlungsabbruch</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u></p> <p>Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel oder den verordneten Heilmitteln voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin oder der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat die Therapeutin oder der Therapeut darüber unverzüglich die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt, die oder der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren die Behandlung zu unterbrechen, und medizinisch-therapeutisch begründete Vorschläge zum weiteren Vorgehen zu unterbreiten. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt entscheidet unter Berücksichtigung dieser Vorschläge über eine</p>	<p>Die Änderung schlagen wir mit Blick auf ein kooperatives und interdisziplinäres Miteinander zwischen Ärzteschaft und Heilmittelerbringer*innen vor.</p> <p>Ob eine Weiterführung der Behandlung bzw. ob - und wenn ja - welche Änderung des Therapieplanes sinnvoll ist, kann in der Regel durch die behandelnden Therapeut*innen besser eingeschätzt werden als durch die/den verordnende/n Ärztin/Arzt.</p>



LOGO Deutschland	
28.05.2019	
Änderung oder Ergänzung des Therapieplans, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.	
<p>§ 16 Abs. 6 Gruppentherapie</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u></p> <p>Hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat die Therapeutin oder der Therapeut die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt davon zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsvordruck zu kennzeichnen.</p> <p>Kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Behandlungseinheiten in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist die Änderung von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Die verordnende Vertragsärztin oder der Vertragsarzt wird über die Änderung informiert.</p>	<p>Versicherte dürfen nach dem <u>Wirtschaftlichkeitsprinzip</u> keine teure Maßnahme verlangen, wenn eine geringerwertige ausreicht. Das Einverständnis der Betroffenen ist obsolet. Die Patient*innen als solche müssen mit dem Störungsbild "gruppenfähig" sein.</p> <p>Die Beurteilung darüber kann der/die behandelnde Therapeut*in am besten treffen.</p> <p>Wie soll das Einverständnis mit dem Arzt beispielsweise bei Retaxierungen durch die Krankenkassendokumentiert werden?</p> <p>Auch ein Arzt ist an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden und hat im Zweifelsfall das preiswertere Heilmittel zu verordnen. Sein Einverständnis kann also analog vorausgesetzt werden. Zudem ist in § 11 der Heilmittlerichtlinie bereits festgelegt, dass Einzelbehandlungen nur bei medizinischer Notwendigkeit verordnet werden dürfen und ansonsten der Gruppentherapie der Vorzug zu geben ist.</p>
Heilmittelkatalog	<p>Der Heilmittelkatalog mit Indikationen, Höchstmengen und Frequenzangaben ist historisch gewachsen, jedoch nicht (mehr) wissenschaftlich fundiert.</p> <p>- Erkenntnisse über die Wirksamkeit hochfrequenter Intervalltherapie sind immer noch nicht explizit integriert.</p>



LOGO Deutschland	
28.05.2019	
	<p>- Fehlende Möglichkeiten zur Gruppentherapie 60 Minuten und/oder Gruppentherapie bei Schluckstörungen - In der vorgeschriebenen ärztlichen Diagnostik sind noch veraltete Methoden und Verfahren benannt</p> <p>Um eine zukunftsweisende und hochwertige Versorgung mit Heilmitteln unter Beachtung wissenschaftlicher und wirtschaftlicher Standards zu ermöglichen, sollte baldmöglichst insbesondere der Heilmittelkatalog einer Überprüfung unter Mitwirkung von ausgewiesenen Experten aus dem Heilmittelbereich unterzogen werden.</p>
Digitalisierung	<p>Das DVG (digitale Versorgungsgesetz) sieht den Zugang von Patienten zu Teletherapie und Therapie-Apps vor. Im Bereich der Logopädie gibt es bereits erfolgreiche telemedizinische Ergänzungsangebote (z.B. Kasseler Stottertherapie oder LSVT). Diese neuen Entwicklungen sollen und müssen ebenfalls in die neue Heilmittelrichtlinie integriert werden.</p>



Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	
28.05.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.
§7 Verordnungsfall, orientierende Beh... Absatz 6 Korrigieren: § 8a ändern in § 8	Text bezieht sich auf §8a, den es aber dann nicht mehr gibt, gemeint ist §8
§7 Verordnungsfall, orientierende Beh... Absatz 6 Situation von Patienten, deren Diagnosen NICHT in einer der beiden Listen enthalten sind, berücksichtigen	Patienten mit höherfrequentem HMBedarf, deren Diagnosen NICHT in einer der beiden Listen enthalten sind, müssen dann auch mit einer höheren Frequenz zum Arzt (z.B. bei 3x/Wo Heilmittel -> alle drei Wochen zum Arzt) und sind mit höheren Zuzahlungskosten belastet. Letzterem könnte entgegen gewirkt werden, indem die Zuzahlungen grundsätzlich neu geregelt oder gänzlich abgeschafft werden.
§8 (alt) Anmerkung zum Fortbestehen des Genehmigungsvorbehaltes bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles in tragenden Gründen unzutreffend	Bezüglich der Neufassung der HMR besteht Einigkeit darüber, dass es keinen Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für Verordnungen jenseits der indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmenge gibt. Die Aussage, dass der Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes erst mit Inkrafttreten der überarbeiteten HMR greift, ist hingegen unzutreffend. Siehe separates Schreiben
§11 Ort der Leistungserbringung Absatz 1 Satz 3: „Die Behandlung in einer Einrichtung	Bei der Unterbringung von Erwachsenen in einer tagesstrukturierenden Einrichtung, Werkstatt für Behinderte, o.ä., die offenkundig aus medizinischen Gründen nicht in der Lage



Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	
28.05.2019	
(z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.“ streichen	sind, die Heilmittelpraxis selbständig aufzusuchen, muss entweder anderweitig dafür gesorgt werden, dass diese Betroffenen Hilfestellung erhalten, um die Praxis aufsuchen zu können oder ein Hausbesuch verordnet werden, sofern letzteres die einzige oder kostengünstigere Variante darstellt. Nicht hinnehmbar ist hingegen, dass der Heilmittelerbringer zwar den Weg auf sich nehmen, diesen aber aus eigener Tasche zahlen soll.
§11 Ort der Leistungserbringung Absatz 2 in Satz 1 „Ohne Verordnung eines Hausbesuchs“ streichen	Bei ganztägiger Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit besonderer Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass eine Behandlung zeitlich zusätzlich zur ganztägigen Unterbringung weder effektiv noch zumutbar ist. Insofern muss entweder dafür gesorgt werden, dass diese Betroffenen während der Unterbringungszeit die Praxis aufsuchen können oder ein Hausbesuch verordnet werden, sofern letzteres die einzige oder kostengünstigere Variante darstellt. Nicht hinnehmbar ist hingegen, dass der Heilmittelerbringer zwar den Weg auf sich nehmen, diesen aber aus eigener Tasche zahlen soll.
§11 Ort der Leistungserbringung Absatz 2 in Satz 1 "auf deren Förderung ausgerichteten" streichen	Dieser Passus ist zu streichen, da 1. im Zuge der Inklusion grundsätzlich davon ausgegangen werden muss, dass ALLE Schulen auf die Förderung ALL ihrer Schüler*innen ausgerichtet sind, 2. falls die Einrichtung tatsächlich <u>nicht</u> auf die Förderung all ihrer aufgenommenen Schüler*innen eingerichtet ist, eine



Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	
28.05.2019	
	<p>Heilmittelbehandlung für schwer und langfristig betroffene Patienten umso wichtiger und eine Behandlung zusätzlich zur ganztägigen Unterbringung weder effektiv noch zumutbar ist und</p> <p>3. weder dem Arzt noch dem Heilmittelerbringer zugemutet werden kann, dass er recherchiert und entscheidet, ob diese Bedingung an DIESER Schule bezogen auf DIESEN Patienten tatsächlich erfüllt ist oder nicht</p>
<p>§11 Ort der Leistungserbringung</p> <p>Absatz 2</p> <p>Satz 4:</p> <p>„Voraussetzung ist, dass die Regelschule die Vorgaben des Satz 2 erfüllt.“</p> <p>streichen</p>	<p>Dieser Passus ist zu streichen, da</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. im Zuge der Inklusion grundsätzlich davon ausgegangen werden muss, dass ALLE Schulen auf die Förderung ALL ihrer Schüler*innen ausgerichtet sind, 2. falls die Einrichtung tatsächlich <u>nicht</u> auf die Förderung aller ihrer aufgenommenen Schüler*innen eingerichtet ist, eine Heilmittelbehandlung für schwer und langfristig betroffene Patienten umso wichtiger und eine Behandlung zusätzlich zur ganztägigen Unterbringung weder effektiv noch zumutbar ist und 3. weder dem Arzt noch dem Heilmittelerbringer zugemutet werden kann, dass er recherchiert und entscheidet, ob diese Bedingung an DIESER Schule bezogen auf DIESEN Patienten tatsächlich erfüllt ist oder nicht
<p>§12 Auswahl der Heilmittel</p> <p>Absatz 9</p>	<p>Sofern nach §12 Absatz 2 bei Physio- oder Ergotherapie die Einheiten auf zwei oder drei vorrangige Heilmittel auf einer Verordnung</p>



Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	
28.05.2019	
zwei vorrangige Heilmittel an einem Tag in medizinisch begründeten Fällen ermöglichen	aufgeteilt werden, sollte in medizinisch begründeten Fällen der Arzt die Behandlung verschiedener vorrangiger Heilmittel an einem Tag verordnen können, z.B. über die Formulierung: am selben Tag.
§13 Verordnungsvordruck Absatz 1 Satz 4 ergänzen: ... Ausnahmen hiervon sind in §15 Absatz 1, ...	Notwendige Ergänzung aufgrund der Ergänzung/Änderung in §15 (s. dort)
§13 Verordnungsvordruck Absatz 2 Satz 3 k. konkrete behandlungsrelevante Diagnose <i>Diskrepanz zwischen Richtlinientext und tragenden Gründen</i>	In den tragenden Gründen wird ausgeführt, dass nun klar gestellt sei, dass die Diagnose als ICD-10-Code UND Text anzugeben sei. Das ist mit der gewählten Formulierung jedoch nicht der Fall, da der Freitext auch andere Informationen z.B. über weitere Diagnosen oder Befunde enthalten könnte. Der gewählte Richtlinientext sagt lediglich, dass die Diagnose grundsätzlich als ICD-10-Code anzugeben ist.
§15 Beginn der Heilmittelbehandlung Absatz 1: Ergänzung/Änderung: ... spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen, es sei denn in begründeten Ausnahmefällen wird einvernehmlich mit dem Arzt der Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Tagen vereinbart. Der Heilmittelerbringer dokumentiert dies entsprechend auf der Verordnung. Ein dringlicher Behandlungsbeginn ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.	Innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellungsdatum mit der Therapie zu beginnen ist in vielen Fällen sinnvoll und wünschenswert, im Praxisalltag jedoch häufig nicht möglich, weil der Patient sich zu spät meldet, die vorherige Verordnung noch abgearbeitet wird und/ oder auf Patienten- oder Praxisseite ein früherer Termin schlicht nicht möglich ist. In diesem Fall muss eine telefonische Rücksprache mit dem Arzt ausreichend sein, da anderenfalls die Gefahr besteht, dass der Behandlungsbeginn noch weiter hinaus verzögert wird oder der Therapeut Gefahr läuft, seine Behandlungen nicht vergütet zu bekommen. Siehe auch unsere Ausführungen zu Anlage 3
§16 Durchführung der Heilmittelbehandlung	Die Patientendaten, die therapierelevante Diagnose, das Heilmittel sowie Anzahl und



Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	
28.05.2019	
<p>Absatz 1 ergänzen: ... gemäß § 13 Absatz 2 a., f., g., i. und k. ...</p>	<p>Frequenz der Behandlungen sind die unerlässlichen Informationen für die effektive Therapie, aufgrund derer die Behandlung letztlich durchgeführt wird. Alle anderen Informationen und geforderten Angaben tangieren die Richtigkeit und Notwendigkeit der medizinisch indizierten Therapie <u>inhaltlich nicht</u>, zumal jeder Therapie eine entsprechende therapeutische Anamnese und Funktionsanalyse voraus geht. Insofern sind Korrekturen und Ergänzungen (sofern überhaupt notwendig) auch im Nachhinein zu akzeptieren.</p>
<p>G. Maßnahmen der Ergotherapie §35 Grundlagen Ergänzung/ Änderung: „Die Maßnahmen der Ergotherapie dienen der Wiederherstellung, Besserung, Erhaltung, Aufbau oder Stabilisierung oder Kompensation <u>oder der Verzögerung des Fortschreitens</u> krankheitsbedingter Schädigungen der motorischen, sensomotorischen, perzeptiven und mentalen Funktionen und daraus resultierender Beeinträchtigungen von Aktivitäten, der Teilhabe, insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, Mobilität, der Alltagsbewältigung, Interaktion und Kommunikation sowie des häuslichen Lebens.“</p>	<p>Ergotherapeutische Maßnahmen sind ebenfalls notwendig, um die Progredienz bei degenerativen Erkrankungen zu verlangsamen und die unausweichliche Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich hinauszuzögern bzw. gering zu halten. Dies ergibt sich einerseits aus §3 Absatz 2 und ist zudem auch wirtschaftlich sinnvoll.</p>
<p>Heilmittelkatalog Bereich Ergotherapie SB3 ergänzendes Heilmittel thermische Anwendung ergänzen</p>	<p>Bei Diagnosen dieser Diagnosegruppe kann die ergänzende thermische Anwendung die Behandlung im Sinne von §40 erleichtern, verbessern oder überhaupt erst möglich machen. z.B. bei Myotonien oder Erkrankungen, die mit Schmerzsymptomatiken einhergehen, etc.</p>
<p>Heilmittelkatalog Bereich Ergotherapie</p>	<p>da keine Erläuterung für Sternchen vorhanden</p>



Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	
28.05.2019	
EN1 Heilmittel Sternchenangabe (*) hinter "... Gruppe" entfernen	
Heilmittelkatalog Bereich Ergotherapie EN2 ergänzendes Heilmittel thermische Anwendung ergänzen	Bei Diagnosen dieser Diagnosegruppe kann die ergänzende thermische Anwendung die Behandlung im Sinne von §40 erleichtern, verbessern oder überhaupt erst möglich machen. z.B. bei Multipler Sklerose zur Senkung des Muskeltonus und Schmerzreduzierung
Heilmittelkatalog Bereich Ergotherapie EN3 Heilmittel Sternchenangabe (*) hinter "... Gruppe" entfernen	da keine Erläuterung für Sternchen vorhanden
Heilmittelkatalog Bereich Ergotherapie EN3 ergänzendes Heilmittel thermische Anwendung ergänzen	Bei Diagnosen dieser Diagnosegruppe kann die ergänzende thermische Anwendung die Behandlung im Sinne von §40 erleichtern, verbessern oder überhaupt erst möglich machen. z.B. bei Polyneuropathien zur Schmerzreduzierung und Vorbereitung auf die Behandlung
Heilmittelkatalog Bereich Ergotherapie PS4 Heilmittel sensomotorisch-perzeptive Behandlung ergänzen	Bei Demenzerkrankungen im fortgeschrittenen Stadium ist die Therapie von krankheitsbedingten Schädigungen der <u>sensomotorischen und perzeptiven Funktionen</u> (Förderung der Körperwahrnehmung, Reduzierung von Unruhe, Vorbeugung von Kontrakturen, Regulierung des Muskeltonus, Sturzprophylaxe...) zentraler Bestandteil der ergotherapeutischen Behandlung, daher sollte die sensomotorisch-perzeptive Behandlung unter PS4 im Heilmittelkatalog aufgeführt werden
Anlage 3 Prüfpflicht und Korrekturmöglichkeiten:	Die Patientendaten, die therapierelevante Diagnose, das Heilmittel sowie Anzahl und Frequenz der Behandlungen sind die



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	
28.05.2019	
<p>Vorangestellten Text ergänzen:</p> <p>Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung sind auch nachträglich, also nach Abrechnung, zulässig, sofern hierdurch die medizinisch notwendige und vom Arzt beabsichtigte Heilmittelbehandlung als solche nicht betroffen ist.</p>	<p>unerlässlichen Informationen für die effektive Therapie, aufgrund derer die Behandlung letztlich durchgeführt wird. Alle anderen Informationen und geforderten Angaben tangieren die Richtigkeit und Notwendigkeit der medizinisch indizierten Therapie <u>inhaltlich</u> NICHT, zumal jeder Therapie eine entsprechende therapeutische Anamnese und Funktionsanalyse voraus geht. Insofern sind Korrekturen und Ergänzungen (sofern überhaupt notwendig) auch im Nachhinein zu akzeptieren.</p>
<p>Anlage 3 Prüfpflicht und Korrekturmöglichkeiten:</p> <p>e. Kennzeichnung des dringlichen Behandlungsbedarfs</p> <p>Änderung nach Rücksprache mit dem Arzt durch den Therapeuten ohne erneute Arztunterschrift</p>	<p>Wir begrüßen ausdrücklich die Ausweitung des regulären Behandlungsbeginnes auf innerhalb 28 Tage nach Ausstellungsdatum.</p> <p>Im Praxisalltag wird jede therapeutische Praxis im Falle eines dringlichen Behandlungsbedarfes versuchen, einen ersten Termin innerhalb von 14 Tagen zu ermöglichen. Aufgrund des Fachkräftemangels, aber auch zum Teil wegen später Kontaktaufnahme oder geringer terminlicher Flexibilität auf Patientenseite, wird dieses Ziel jedoch nicht immer erreichbar sein. Wenn in einem solchen Fall eine erneute Arztunterschrift gefordert wird, bedeutet dies zusätzlichen bürokratischen Aufwand.</p> <p>Nicht selten wird beim Erstkontakt erst <u>beim ersten Termin</u> die Verordnung vorgelegt. Wenn dann festgestellt wird, dass ein dringlicher Behandlungsbedarf vom Arzt notiert und die 14 Tage bereits überschritten wurden, wird der Therapeut die Behandlung zunächst auf eigenes Risiko durchführen, statt den Patienten wieder zum Arzt zu schicken, um eine neue Unterschrift einzufordern. Sollte später der Arzt seine Zustimmung zum späteren Behandlungsbeginn verweigern oder der Therapeut die schriftliche Bestätigung einzuholen versäumen, ist das einzige Resultat dieser Regelung, dass der Therapeut</p>



Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	
28.05.2019	
	seine Leistung nicht vergütet erhält.
Anlage 3 Prüfpflicht und Korrekturmöglichkeiten: f. Anzahl der Behandlungseinheiten Änderung nicht erforderlich	Ausgehend davon, dass mit den neuen Regelungen bei Verwendung der zertifizierte Software eine zu hohe Einheitenmenge gar nicht mehr möglich sein dürfte, ist bei Auftreten dieses unwahrscheinlichen Falles eine Änderung nicht nötig -> der Heilmittelerbringer bricht die VO einfach nach der zulässigen Anzahl ab.
Anlage 3 Prüfpflicht und Korrekturmöglichkeiten: j. Diagnosegruppe Änderung durch Therapeut mit Information an Arzt	Im Falle einer erkennbar falschen oder fehlenden Diagnosegruppe ist es ausreichend, wenn der Therapeut die Änderung/Ergänzung vornimmt und den Arzt informiert, da dies keinerlei Auswirkungen auf die Therapie selbst hat, sofern das vom Arzt gewählte Heilmittel unter der korrekten Diagnosegruppe im HMKatalog als vorrangig aufgeführt wird. Diese Regelung ist ausreichend und im Sinne des Bürokratieabbaus vorzuziehen.

TSVG-Auswirkungen auf die Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Sehr geehrte Damen und Herren,

anlässlich Ihrer Ausführungen zum Genehmigungsvorbehalt bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls in den tragenden Gründen zur Neufassung der Heilmittelrichtlinie zu §8 (alt), weisen wir darauf hin, dass wir hier zu einer anderen Einschätzung kommen. Folgend finden Sie unsere diesbezügliche Argumentation:

Der G-BA war schon vor Inkrafttreten des TSVG über den §92 Absatz 6 mit dem Beschluss der Heilmittelrichtlinie (HMR) beauftragt und hat darin in der aktuell noch gültigen Fassung der HMR die Vorgaben des bisherigen §92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 mit der Einführung der Regelfallsystematik umgesetzt.

Die **Regelfallsystematik** enthält dabei **orientierende Behandlungsmengen**, welche bezeichnet werden als Gesamtverordnungsmenge je Regelfall. Sofern diese nicht ausreichend für die Behandlung ist, sind weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalles zulässig, welche bestimmten formalen Anforderungen

genügen müssen und in der Heilmittelrichtlinie einem Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen untergeordnet wurden.

Jens Spahn erklärte bereits am 17.09.2018 in seinem Eckpunktepapier, dass dieser **Genehmigungsvorbehalt kurzfristig als erster Schritt zum Bürokratieabbau aufgehoben** werden sollte.

Entsprechend hat die Bundesregierung mit dem TSVG diesen Genehmigungsvorbehalt abgeschafft.

Einerseits wurde klargestellt, dass die bisherige indikationsbezogene **Behandlungsmenge im Regelfall sprachlich ersetzt** wird durch die **orientierende Behandlungsmenge**.

Inhaltlich sind beide **identisch** bis auf den entscheidenden Unterschied, dass eine Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb dieser orientierenden Behandlungsmenge (bisher und derzeit noch genannt: Höchstverordnungsmenge im Regelfall) wegfallen kann. Siehe:

Änderung: SGB V §92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3

(6) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln

...

3. die indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung,

...

(alte Version:

...

3. die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und

...)

Gesetzesbegründung zu §92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3

"Durch diese Regelung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln Vorgaben zu indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und zur Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu machen. Die **orientierende Behandlungsmenge ersetzt die bisherige indikationsbezogene Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls**, jedoch resultiert aus der orientierenden Behandlungsmenge kein Erfordernis für eine Unterscheidung, wie es bisher für die Verordnungen innerhalb des Regelfalls und den Verordnungen außerhalb des Regelfalls erforderlich war. Die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung entspricht der bisherigen Verordnungsmenge je Diagnose."

Gleichzeitig wurde festgelegt, dass Heilmittelverordnungen, welche diese orientierende Behandlungsmenge (derzeit noch Behandlungsmenge im Regelfall genannt) überschreiten, keiner Genehmigung durch die Krankenkasse bedürfen. Siehe:

Ergänzung: SGB V §32 Absatz 1b

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

Gesetzesbegründung zu §32 Absatz 1b

"Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass ein Genehmigungsverfahren für Verordnungen von Heilmitteln, die die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 zu regelnde orientierende Behandlungsmenge überschreiten, nicht durchgeführt wird. Die in der Vergangenheit durchgeführten Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls waren mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden und wurden ohnehin nur noch von wenigen Krankenkassen durchgeführt."

Der GKV-Spitzenverband argumentiert nun in einem Rundschreiben an die Krankenkassen vom 12.04.2019, dass der Genehmigungsvorbehalt erst mit Inkrafttreten der überarbeiteten Heilmittelrichtlinie (voraussichtlich Oktober 2020) entfalle.

Angeblich seien die orientierenden Behandlungsmengen erst noch in der Zukunft durch den G-BA neu zu regeln. Dies ist offensichtlich nicht zutreffend, da bereits die bestehende Heilmittelrichtlinie in Form der Regelfallsystematik indikationsbezogene orientierende Behandlungsmengen vorgibt und in der Gesetzesbegründung eindeutig geklärt wird, dass die orientierenden Behandlungsmengen die Behandlungsmengen im Regelfall ersetzen und damit also bereits feststehen.

Es handelt sich hier lediglich um eine eindeutigere Formulierung bzw. Begriffsänderung bereits bestehender Größen, da letztlich auch die Höchstverordnungsmenge im Regelfall nur eine indikationsbezogene orientierende Behandlungsmenge darstellt, welche bei medizinischer Notwendigkeit überschritten werden kann. In Ihren tragenden Gründen zur Heilmittelrichtlinienüberarbeitung führen Sie dies selbst unter Punkt 2.1.9. aus.

Bisher galt für diese Überschreitung ein **Genehmigungsvorbehalt**, welcher mit **Inkrafttreten des TSVG nach ausdrücklichem Willen der Bundesregierung jedoch aufgehoben wurde**.

3

Wir bitten Sie daher, Ihre diesbezüglichen Ausführungen zu prüfen und zu korrigieren.

Den GKV-Spitzenverband haben wir bereits ebenfalls zwecks Klärung kontaktiert.

Ich freue mich auf Ihre Rückmeldung.

Herzliche Grüße



Andrea Hiller

BED e.V.
Assistenz der Geschäftsführung

C-9.2 Mündliche Stellungnahmen

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

Vom 10. Juli 2019

Vorsitzende:	Frau Dr. Leigemann
Beginn:	10:33 Uhr
Ende:	11:31 Uhr
Ort:	Geschäftsstelle des G-BA Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung
Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)
Frau Marion Malzahn

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)
Frau Frauke Kern

Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)
Frau Katrin Schubert
Frau Kirsten Weiffen

VDB-Physiotherapieverband e.V.
Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie
Frau Daniela Driefert
Herr Marcus Troidl

Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)
Frau Uta Köpcke

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
Frau Andrea Rädlein
Frau Bettina Kuhnert

Beginn der Anhörung: 10:33 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Herzlich willkommen! Ich hoffe, Sie finden alle Ihren Platz. Ich darf Sie im Namen des Gemeinsamen Bundesausschusses, Unterausschuss Veranlasste Leistungen, herzlich zur Anhörung zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, der Heilmittel-Richtlinie, begrüßen.

Ich habe einige Vorbemerkungen: Wir erstellen von dieser Anhörung ein Wortprotokoll. Hier zunächst die Frage: Sind Sie damit einverstanden? Ansonsten gäbe es hier die Chance, zu widersprechen. – Da das nicht der Fall ist, entnehme ich dem, dass Sie einverstanden sind. Daran knüpft sich eine zweite Bitte, nämlich, dass Sie immer, bevor Sie einen Beitrag leisten, Ihren Namen sagen; das erleichtert den Protokollantinnen und Protokollanten das Leben extrem. Und ich würde Sie heute noch einmal ganz besonders darum bitten, dass Sie alle das Mikrofon benutzen und so nah herangehen, dass auch Menschen, die es mit dem Hören schwerer haben, uns alle gut verstehen können.

Dann begrüße ich Sie zunächst der Reihenfolge und dem Namen nach für den Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/Innen Lehrervereinigung Schläffhorst-Andersen Frau Marlon Malzahn, für den Deutschen Bundesverband für Logopädie Frau Frauke Kern, für den Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten Frau Katrin Schubert und Frau Kirsten Weiffen, für den VDB-Physiotherapie Frau Daniela Driefert und Herrn Marcus Troidl. Herzlich willkommen! Für den Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) Frau Uta Köpcke und für den Spitzenverband der Heilmittelverbände Frau Andrea Rädlein und Frau Bettina Kuhnert. Auch Ihnen herzlich willkommen!

Nun meine weitere Vorbemerkung: Sie sehen es unter anderem an diesem dicken Ordner, in dem alles für mich sehr schön zusammengeführt ist: Wir haben alle Ihre Stellungnahmen, für die wir uns ganz herzlich bedanken, gelesen und umfassend gewürdigt, sodass meine erneute Bitte ist, damit wir hier konstruktiv voranschreiten können, dass Sie uns jetzt nicht noch einmal Ihre Stellungnahmen vortragen, sondern sich auf wenige Punkte fokussieren und sich vielleicht auch bisschen aufeinander beziehen, weil insbesondere aus dem Bereich der Sprachtherapie mehrere Vertreter hier sind. – Wer möchte beginnen? – Frau Rädlein.

Frau Rädlein (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. [SHV]): Guten Morgen! Ich hätte vom Verfahren her ungefähr sechs Punkte. Möchten Sie die chronologisch abarbeiten oder in der Diskussion?

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Meine bisherigen Versuche – unter anderem auch im Unterausschuss Methodenbewertung – der inhaltlichen Strukturierung von Anhörungen endeten relativ frustriert. Von daher würde ich sagen: Bringen Sie Ihre Punkte vor, und dann gucken wir.

Frau Rädlein (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. [SHV]): Wir würden es begrüßen, wenn für Punkt 1 die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um weitere sechs Diagnosen erweitert würde. Wir führen hier an die M75.3, Tendinitis calcarea im

Schulterbereich, die J45, Asthma bronchiale, die I70, Arteriosklerose inklusive PAVK, die G91, Hydrozephalus, die G44.0, Clusterkopfschmerz, und die G44.2 Spannungskopfschmerz. Das wären Diagnosen, die wir hier im langfristigen Heilmittelbedarf sehen, und wir würden es begrüßen, wenn die auf der Liste untergebracht werden könnten.

Dann komme ich zu einem Punkt, der vielleicht den einen oder anderen im Berufsverband ebenfalls interessiert: Das ist der Wegfall der Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Wir würden es begrüßen, wenn der Zeitpunkt des Inkrafttretens mit der neuen Heilmittel-Richtlinie einherginge und nicht erst mit der Umsetzung. Wir haben hier Probleme bei der Umsetzung dieses Verfahrens, gerade was die Genehmigungspflicht angeht. Wenn wir uns darauf einigen könnten, dass das mit Inkrafttreten der neuen Heilmittel-Richtlinie umgesetzt wird, käme uns das weitgehend entgegen.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. Das haben wir zur Kenntnis genommen, das ist ein größeres Thema.

Frau Rädlein (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. [SHV]): Dann zur kontinuierlichen Versorgung der Patienten im Verordnungsfall, und jetzt wird es ein bisschen komplizierter: Der Verordnungsfall fasst jetzt praktisch Regelverordnungen und Folgeverordnungen, also Erstverordnungen und Folgeverordnungen, zusammen. Wir haben in dem Entwurf eine geplante Pause zwischen den Verordnungsfällen von einem halben Jahr. Wir wissen aber auch, dass die gelebte Praxis - vor allem der niedergelassenen Ärzte - sich weiter an den orientierenden Behandlungsmengen orientieren wird, allein schon mit Hinblick auf das Budget. Wir würden uns freuen, wenn wir hier eine Verordnungspause von 16 Wochen unterbringen könnten. Das könnte eine Anschlussbehandlung oder dann irgendwann einen neuen Verordnungsfall bedingen, aber die Pause dazwischen wäre nicht so groß. Möglich wäre es ja nach der neuen Heilmittel-Richtlinie, auch den Verordnungsfall um weitere Rezepte beliebig zu erweitern. Aber das Budget, das im Heilmittelbereich für den niedergelassenen Arzt bindend ist, wird dazu führen, dass der Arzt sich an den bisherigen Praktiken orientiert und dann ein halbes Jahr Pause einlegt. Das halten wir für wirklich nicht gut. Es wird ja auch im Rahmen der Blanko-Verordnung von der 16-Wochen-Bindung gesprochen. Das wären also Regularien, mit denen wir ganz gut leben könnten.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank.

Frau Rädlein (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. [SHV]): Das andere ist die Umsetzung der Heilmittel-Richtlinie zum 01.01., wenn möglich, und alle Absetzungen, die bis dahin aufgrund der Tatsache, dass Genehmigungspflichten bisher eingehalten worden sind, zur Absetzung führen. Zum Beispiel bei der IKK classic haben wir enorme Probleme, was die Prüfung und rückwirkende Einzüge betrifft, weil Rezepte falsch ausgestellt worden sind. Der Arzt hat von der EX1 dann direkt auf den außerhalb des Regelfalls umgelenkt. Das ist nach Ansicht der IKK classic regelwidrig, und wir haben jetzt Kürzungen von rückwirkend zwei Jahren. Das ist für kleine Praxen wirtschaftlich fast nicht zu stemmen. Wenn wir hier gleichzeitig auf die Genehmigungspflicht verzichten, bedeutet das aber nicht, dass wir hier im Rahmen der Begründung der IKK classic vorankommen. Wir müssten also gucken, dass die aktuelle Lage der Herabsetzungen hier ausgesetzt wird und wir bei diesen Fällen tatsächlich die Umsetzung zum 01.01.2020 möglich machen. Das wäre schon sehr hilfreich, auch im Hinblick auf die Weiterversorgung.

Als Letztes würden wir es begrüßen, wenn die gesamten Regelungen, die wir jetzt in der Heilmittel-Richtlinie vornehmen, dann auch bei den Zahnärzten umgesetzt würden, denn das schließt sich an und ist ja ein analoges Verfahren, das sich dann vielleicht auch schnell anschließen könnte. – Danke.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. Das waren wichtige Punkte. Manche Punkte, kann ich Ihnen sagen, haben wir schon in der Bearbeitung.

Wer möchte als Nächstes, vielleicht auch bezugnehmend auf die Punkte, die Frau Rädlein ja sehr umfassend dargelegt hat? – Herr Troldl.

Herr Troldl (VDB-Physiotherapie e. V.): Ich möchte mich Frau Rädlein vollkommen anschließen - wir haben das gemeinsam gemacht - und kann das nur unterstützen. Ich möchte nur auf § 12 - das ist der Punkt 14 - eingehen, wo nach der neuen Regelung die Massagen komplett runterfallen - mit 12 pro Jahr. Man versteht überhaupt nicht, wie so etwas in der heutigen Leistungsgesellschaft passieren kann. Wir wissen alle von Verspannungen; der Druck wird immer höher. Ich bitte daher, das ganz genau zu überdenken.

Und speziell unter Punkt 5 - was Frau Rädlein angesprochen hat -, die Diagnosegruppe EX: Aus unserer Sicht brauchen wir hier nicht 18 Einheiten an Schulterbehandlungen und anderen Behandlungen. Bei der Festlegung auf genau 18 brauchen wir die Behandlung überhaupt nicht durchzuführen. Ich würde da wirklich vorschlagen, auf 30 Behandlungen anzuheben.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank, Herr Troldl. Wer möchte weiter kommentieren, ruhig darauf bezugnehmend? – Frau Weiffen.

Frau Weiffen (Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. [dba]): Ergänzend für uns würden wir gern den Sinn und Zweck der Überarbeitung der Entbürokratisierung noch einmal in den Vordergrund stellen. Da sehen wir die Schwierigkeit, dass das, was die Heilmittel-Richtlinie vorgibt, ja auch später auf dem Verordnungsmuster abgebildet sein muss. Gerade im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ist, was die Auswahl des Heilmittels und die Bezeichnung des Heilmittels betrifft, oft eine eindeutige Zuordenbarkeit zur Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie nicht immer gegeben und sind es oft Kombinationen oder Mischbereiche. Dafür wäre es wichtig, dass sich das sowohl von der Bezeichnung her als auch gerade in dem Verordnungsmuster entsprechend wiederfindet. Im bisherigen Entwurf sieht es so aus, dass das Heilmittel genau zu bezeichnen ist, dass ich also wirklich „Stimm-, Sprechtherapie 45 Minuten“ angeben muss, was eine sehr lange Formulierung ist, sehr aufwendig ist und sehr viel Fehlerpotenzial für alle Seiten - für den verordnenden Arzt, für den kontrollierenden Sprachtherapeuten und natürlich auch für die Krankenkassen - birgt. Da wünschen wir uns eine Vereinheitlichung und Vereinfachung, damit es dort kein unnötiges Fehlerpotenzial gibt, da es inhaltlich gar keiner Zuordnung bedarf.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. - Wer möchte ergänzen? – Frau Köpcke.

Frau Uta Köpcke (Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. [VDD]): In unserem Bereich - § 44 - geht es darum, welche Qualitätssicherung für die

Ernährungstherapie, Stoffwechselstörungen und Mukoviszidose nötig ist. Hier ist zu erwähnen, dass die Patienten vom Therapeuten über eine lange Lebensspanne gesehen werden, vom Säuglingsalter bis ins Alter; die Patienten werden immer älter. Bezüglich der nötigen Kompetenzen muss es daher nicht nur einen Kompetenzbereich Säuglingsernährung oder Erwachsenenernährung geben, sondern immer beides. Es müssen Säuglingsfütterungsstörungen bekannt sein, aber auch die Essstörungen, die im Erwachsenenalter auftreten. Daher gilt es, genauer zu differenzieren. Wir würden uns sehr wünschen, dass das auch in der Hellmittel-Richtlinie erwähnt wird.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Herzlichen Dank für diesen konkreten Hinweis. - Gibt es weitere Wortmeldungen? – Frau Rädlein.

Frau Rädlein (Spitzenverband der Hellmittelverbände e. V. [SHV]): Ich kann für die Podologen noch anführen, dass die Podologen die Zeiträume der Verordnungen, also vom Datum der Ausstellung bis hin zu 28 Tagen, als gesondertes Problem sehen, weil Patienten dort langfristig in Behandlung sind. Das heißt, sie kommen einmal im Monat zur Nagelbehandlung und würden dann gegebenenfalls schon beim nächstfolgenden Arztbesuch ein Anschlussrezept erhalten. Viele sind auch Immobill, sodass die Rezeptfolge nicht immer in den vorgegebenen Zeiträumen - Innerhalb dieser 28 Tage - umsetzbar ist. Die Podologen wünschen sich hier eine gesonderte Regelung. Inwiefern es umsetzbar ist, ein Rezept für die Dauer von drei Monaten oder Innerhalb von zwei Monaten auszustellen, weiß ich nicht. Nur ist das eine gelebte Praxis, die sich sehr von den anderen Hellmittelbereichen unterscheidet und die hier von den Podologen noch einmal angebracht wird.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. - Frau Weiffen und anschließend Frau Kuhnert.

Frau Weiffen (Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. [dba]): Das kann ich für die Stimm-, Sprech- und Schlucktherapie ergänzen: Das Problem mit der Wirksamkeit von 28 Tagen sehen auch wir gerade in der Behandlung von Patienten mit chronischem Therapiebedarf. Hier besteht gerade bei Patienten in Alten- und Pflegeheimen auch die Schwierigkeit, dass der Arzt, der zum Hausbesuch in die Einrichtung kommt, nur alle vier bis sechs Wochen dort ist und schon vor Ort die weitere Verordnung ausstellt, sodass man vielleicht noch drei, vier, fünf Einheiten per Verordnung hat, schon die Anschlussverordnung bekommt, die aber nach der geplanten neuen Regelung nach 28 Tagen nicht mehr wirksam wäre. Hier wäre, um gerade diese Klientel besser versorgen zu können und auch den Aufwand für alle Beteiligten zu reduzieren, eine Regelung wichtig, die besagt, dass man auch in diesen Fällen Verlängerungsmöglichkeiten über die 28 Tage hinaus hat, zum Beispiel mit einer vergleichbaren Regelung wie bisher, sodass man den spätesten Behandlungsbeginn auch nach hinten schieben kann. Das wäre sehr hilfreich.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. - Dann übergebe ich an Frau Kuhnert.

Frau Bettina Kuhnert (Spitzenverband der Hellmittelverbände e. V. [SHV]): Ich wollte gern noch einmal an das anknüpfen, was Frau Rädlein zum langfristigen Hellmittelbedarf gesagt hat. Da sehen wir die echte Notwendigkeit, zu prüfen, welche der psychischen Erkrankungen da aufgenommen werden sollten. Wir hatten bereits in der Stellungnahme zum Beispiel an eine schwere Depression oder an Schizophrenie gedacht, denn das sind

Patienten, die chronisch erkrankt sind, die eine Erkrankung haben, die nicht innerhalb von ein oder zwei Jahren geheilt ist. Da ist es natürlich fatal, wenn der niedergelassene Arzt nach 40 oder 60 Einheiten nicht mehr verordnen kann. Wir warnen davor, dass hier der Drehtüreffekt auftritt, dass die Klienten dann nämlich eher stationär aufgenommen werden müssen. Das wollen wir ja alle verhindern.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Okay. Vielen Dank. – Wer möchte weitere Punkte, neue Aspekte einbringen? – Frau Weiffen.

Frau Weiffen (Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. [dbs]): Eine Ergänzung: Und zwar haben wir nach wie vor Versorgungsschwierigkeiten, wenn es um Menschen mit Behinderungen geht. Die Heilmittel-Richtlinie sieht die Versorgung ja auch in Einrichtungen vor, macht hier aber den Cut mit dem 18. Lebensjahr oder in einer Ausbildungssituation. Es gibt auch immer wieder Situationen, wo Menschen auch in Einrichtungen betreut werden, in Behindertenwerkstätten, wo das 18. Lebensjahr gerade keine Rolle spielt, die Patienten dort aber ganztägig betreut werden und eine Therapie dann im häuslichen Wohnumfeld am späten Nachmittag, frühen Abend oft nicht die Erfolge erzielen kann, wie es in der Einrichtung möglich wäre. Wir wünschen uns auch da eine weitergehende Formulierung, dass Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen auch über das 18. Lebensjahr oder die Ausbildungssituation hinaus betreut werden können.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. – Wenn es jetzt seitens der Stellungnehmer keinen weiteren Bedarf gibt, eröffne ich die Runde für Nachfragen seitens der anwesenden Träger, Organisationen und der Patientenvertretung. – Die KBV.

KBV: Eine Frage an Frau Rädlein: Sie hatten die Diagnosen zur Erweiterung der L-Liste genannt. Aus ärztlicher Sicht ist das immer beratenswert. Sie hatten leider keinerlei Begründungen für die Diagnosen genannt. Können Sie das Indikationsbezogen nachreichen? Uns wurden schon sehr viele Diagnosen genannt. Ohne Begründung ist es verhältnismäßig schwierig, den GKV-Spitzenverband davon zu überzeugen. Daher wäre eine stichhaltige Begründung zwingend erforderlich.

Frau Rädlein (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. [SHV]): Das werden wir sicher machen, das bekommen Sie in der nächsten Woche schriftlich, wenn es möglich ist.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank, Frau Rädlein. – Gibt es weitere Anmerkungen, Fragen? – Die Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Eine Frage an Frau Rädlein und Frau Kuhnert. Sie haben jetzt Diagnosen genannt, bezüglich derer Sie denken, dass sie auf der Langfrist-Verordnung, dieser Liste, fehlen. Es gibt ja jetzt auch die neue Regelung, dass es nur die orientierende Behandlungsmenge gibt und keine Verordnung außerhalb des Regelfalls. Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls war es bisher so, dass man auch bis zu zwölf Wochen verschreiben durfte. Das fällt jetzt sozusagen weg, weil man jetzt immer an die Höchstmenge der Verordnung gebunden ist, die bei 6 oder 10 - immer unterschiedlich - liegt. Sehen Sie ein Problem darin, dass diese Möglichkeit wegfällt?

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Frau Rädlein.

Frau Rädlein (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. [SHV]): Das ist noch zu ergänzen. Der Verordnungsfall kann deutlich über die orientierende Behandlungsmenge hinausgehen. Der Arzt kann praktisch jedes Sechserrezept an ein Sechserrezept anhängen, solange er im Verordnungsfall ist. Die Fragestellung ist: Was ist der begrenzende Faktor dahinter? Es gibt eine orientierende Behandlungsmenge und daran wird sich sicherlich auch das Budget der niedergelassenen Ärzte orientieren. Die langfristigen Heilmittelbedarfe sind ja außerhalb des Budgets zu sehen und geben dem Arzt auch die Möglichkeit, langfristig immer in Behandlung zu gehen. Der Verordnungsfall an sich könnte das auch, aber die Budgetregelung dahinter wird es ja begrenzen. Insofern sehen wir hier im langfristigen Heilmittelbedarf natürlich mehr Möglichkeiten, zu einer besseren Versorgung zu kommen, auch außerhalb des Budgets, da, wo es notwendig ist, und der Arzt kann selbstverständlich auch bei anderen Erkrankungen wie Impingement oder auch andere Diagnosen, wenn er es für nötig hält, über die orientierenden Behandlungsmengen hinausgehen, solange es sein Budget zulässt.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Ist die Frage damit beantwortet? – Gibt es weitere Fragen? – Die Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Noch eine Nachfrage dazu, dass der Arzt immer weiter verschreiben darf. Diese Möglichkeit hat er, das ist uns bewusst. Aber das ist ja dann nur noch eingeschränkt möglich. Vorher war es ja so, dass man dem Patienten außerhalb des Regelfalles eine Verordnung für zwölf Wochen ausstellen konnte. Der Patient hat ein Rezept bekommen, auf dem meinetwegen auch 30 Einheiten standen, die diese zwölf Wochen abdecken. Er hatte also einen Arztkontakt und durfte dann für zwölf Wochen behandelt werden, musste erst danach wieder zum Arzt. Jetzt wäre es gegebenenfalls so: Der Arzt kann zwar weiter verschreiben, aber nur ein Rezept für sechs oder gegebenenfalls zehn Einheiten ausstellen. Danach muss der Patient wieder zurück zum Arzt, muss sich ein neues Rezept holen, was dann außerhalb der orientierenden Behandlungsmenge alles ist. Er muss sich also immer wieder Rezepte holen, muss einen erneuten Gang zum Arzt antreten und natürlich auch erneut Zuzahlungen leisten.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Frau Rädlein.

Frau Rädlein (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. [SHV]): Ja, Sie haben völlig recht, das ist so. Das ist in der neuen Heilmittelrichtlinie so geregelt. Deswegen versuchen wir zu begründen, warum die neuen Diagnosen, die wir jetzt hier auch aufgeführt haben, zu einer Erweiterung des langfristigen Kataloges führen sollen: eben damit der Patient nicht permanent nach sechs Behandlungen wieder zum Arzt gehen muss, um sich ein neues Rezept zu holen, und vor allen Dingen, damit auch die Budgetregelung außer Kraft gesetzt wird, denn der limitierende Faktor wird für uns das Heilmittelbudget des Arztes sein. Das ist im Hintergrund sicherlich das Format, an dem sich jeder Arzt orientieren wird. Deswegen sind wir auch auf diese 16-Wochen-Fristen gekommen, wo wir dann eine Weiterversorgung regeln wollen.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. Ist die Frage beantwortet? Der Sachverhalt ist ausreichend dargelegt? – Gut. Gibt es weitere Fragen oder Anmerkungen? – Die KBV.

KBV: Noch eine Nachfrage an Herrn Troldl: Sie sagten, dass bei Schultererkrankungen die Höchstverordnungsmenge, die orientierende Behandlungsmenge von 18 auf 30 erhöht werden müsste. Hierfür wurde ebenfalls noch keine Begründung beigebracht. Würden Sie das ebenfalls nachholen? Denn selbst das bedarf einer gewissen Evidenz und Nachvollziehbarkeit Ihres Anliegens.

Herr Troldl (VDB-Physiotherapie e. V.): Sie haben recht, wir haben hier noch nichts vorgelegt; das ist jetzt rein aus der Praxis als Physiotherapeut gesprochen. Ich mache das seit Jahrzehnten und weiß, dass ich, wenn ich einen Patienten mit akuter Schulterverletzung habe, mit 18 Behandlungen nicht zurechtkomme. Wir sind uns einig, dass es zunächst darum geht, zunächst einmal eine Schultersteifheit zu vermeiden und Verbesserungen zu erreichen. Bevor wir Patienten dann hinterher mit Extremitätsverletzungen „hinten runterfallen lassen“, ist es jetzt relativ einfach, das auf maximal 30 zu begrenzen und somit die Bürokratie etwas einzudämmen.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. - Ist die Frage beantwortet?

KBV: Die Frage dahingehend, dass es keine Evidenz, also keine verschriftlichte Evidenz gibt. Es war eine Expertenmeinung, richtig?

Herr Troldl (VDB-Physiotherapie e. V.): Ich werde das nachreichen.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Gut, vielen Dank. - Gibt es weitere Anmerkungen oder Fragen? – Die Patientenvertretung.

Patientenvertretung: Aus dem ersten Stellungnahmeverfahren hatten wir mitgenommen, dass sich die Therapeuten wünschten, dass es ein einheitliches Regelwerk gibt, das besagt, wie man Rezepte in Absprache mit dem Arzt ändert, also: Welche Vorschriften gelten, welche nicht, wann darf man das per Hand machen, wann muss ein Stempel drauf, wann muss der Patient mit dem Rezept zurück? So hatten wir das zumindest im ersten Stellungnahmeverfahren verstanden. Daraufhin wurde ja eine Anlage erarbeitet, in der aufgeführt ist, wer was machen darf, wenn etwas auf dem Rezept verkehrt ist. Im zweiten Stellungnahmeverfahren kam jetzt eher die Rückmeldung, dass Sie solch eine Anlage nicht wünschen, sondern das lieber in den Einzelverträgen geregelt haben möchten. Da war jetzt bei uns ein wenig die Frage: Was ist das Für und Wider einer solchen Liste? Ist es nicht geschickt, wenn es quasi ein Regelwerk gibt, wo die Hauptmerkmale festgeschrieben sind? Wir hatten es jetzt so verstanden: Sie wollen die Anlage doch lieber nicht haben. - Dafür hätten wir gern eine Begründung.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. Was lernen wir daraus? - Mache nicht so viele Stellungnahmeverfahren. Wer möchte sich äußern? - Frau Weiffen.

Frau Weiffen (Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. [dba]): Generell ist es natürlich immer wieder schwierig, dass viele Verordnungen nicht der Heilmittel-Richtlinie entsprechen; das ist ein großes Ärgernis in der Praxis für alle Beteiligten und kostet wahrscheinlich viel Zeit. Von daher ist es grundsätzlich wünschenswert, das einzudämmen. Allerdings halten wir die Anlage 3 für den falschen Weg. Zum einen ist die Heilmittel-Richtlinie unseres Erachtens der falsche Regelungsort, um dort Vorgaben für einen Prüfmechanismus festzulegen. Solche Regelungen können entsprechend in die neuen

Verträge aufgenommen werden, aber wir halten es für formaljuristisch falsch, es in der Heilmittel-Richtlinie unterzubringen. Auf der anderen Seite sehen wir nach wie vor die Schwierigkeit, dass diese Prüfpflichten auch durch die gerichtliche Entscheidung auch den Therapeuten auferlegt sind und auf der anderen Seite inzwischen eine Praxissoftware eingesetzt wird, die ja eine Plausibilitätsprüfung durchführt und am Ende eigentlich nur noch Verordnungen rausschmeißen müsste, die der Heilmittel-Richtlinie entsprechen. Und da sehen wir den Hauptansatzpunkt: dass es eigentlich viel wichtiger wäre, schon in der Stufe vorher anzusetzen, sodass möglichst wenig falsch herauskommt, dass man gar nicht diesen großen Prüfaufwand hat - sowohl eine enorme zeitliche Belastung für alle Beteiligten als auch bezüglich dessen, das Arzt-Therapeuten-Verhältnis immer wieder auf diese formale Ebene herunterzubringen und gar nicht auf die Inhalte, die eigentlich ausgetauscht werden sollten, wenn es um Patienten geht. Da würden wir uns also einen früheren Ansatz wünschen. Und: Die Prüfliste in der Heilmittel-Richtlinie halten wir für einen falschen Regelungsgrund.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Vielen Dank. Da muss man sich dann fragen, ob wir noch der richtige Ansprechpartner sind. - Frau Rädlein.

Frau Rädlein (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. [SHV]): Mit dem TSVG werden wir Bundesrahmenverträge bekommen, wo wir dies, glaube ich, im Bereich 125 mit den Seiten der Heilmittelerbringer und Kassen gut miteinander vereinbaren können. Dorthin gehört es auch aus unserer Sicht.

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Danke. – Gibt es weitere Fragen oder Anmerkungen? - Das ist nicht der Fall. Dann sehen Sie das Ergebnis einer doch jetzt schon lange währenden Beratung. Es ist das zweite Stellungnahmeverfahren.

Es bleibt mir nur, mich ganz herzlich bei Ihnen fürs Kommen zu bedanken und Ihnen einen guten Heimweg zu wünschen. Vielen Dank.

Schluss der Anhörung: 11:31 Uhr

Anlage I: Beschluss inklusive Anhänge

Die Anlage I findet sich im separaten Dokument „Anlagen zum Abschlussbericht“.

Anlage II: Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen des ersten Stellungnahmeverfahrens

Die Anlage II findet sich im separaten Dokument „Anlagen zum Abschlussbericht“.

Anlage III: Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen des zweiten Stellungnahmeverfahrens

Die Anlage III findet sich im separaten Dokument „Anlagen zum Abschlussbericht“.