



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# **Abschlussbericht**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses über  
eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie  
(HeilM-RL): Diagnoseliste zum langfristigen Heil-  
mittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie  
– sowie Überarbeitung des Heilmittelkatalogs –  
Besondere Verordnungsbedarfe und weitere Än-  
derungen**

Stand: 16.06.2021

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](http://www.g-ba.de)

**Inhaltsverzeichnis**

<b>A</b>	<b>Tragende Gründe und Beschluss</b> .....	<b>1</b>
	Rechtsgrundlage.....	1
	Eckpunkte der Entscheidung.....	1
	Bürokratiekostenermittlung .....	6
	Verfahrensablauf.....	7
	Beschluss.....	8
	Prüfung durch das BMG.....	11
<b>B</b>	<b>Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA</b> .....	<b>12</b>
	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen .....	12
	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens .....	12
	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer .....	12
	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....	13
	B-1.1  Beschlussentwurf .....	13
	B-1.2  Tragende Gründe .....	17
	<b>Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen</b> .....	<b>26</b>
	<b>Schriftliche Stellungnahmen</b> .....	<b>27</b>
	B-1.3  Eingereichte Stellungnahmen.....	27
	B-1.4  Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen .....	48
	B-1.4.1  Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen.....	48
	B-1.4.2  Stellungnahmen zu Anlage 2 der HeilM-RL.....	49
	B-1.4.2.1  Allgemeine Eingaben.....	49
	B-1.4.2.2  Zeile G91.2 Normaldruckhydrazephalus.....	50
	B-1.4.2.3  Stellungnahmen zu Verbrennungen und Verätzungen.....	51
	B-1.4.2.4  Weitere Erkrankungen.....	53
	B-1.4.3  Stellungnahmen zum Heilmittelkatalog.....	70
	B-1.4.3.1  Vorbemerkung/Allgemein .....	70
	B-1.4.3.2  Psychische Störungen – PS2 und PS3.....	70
	B-1.4.4  Weitere Eingaben, welche nicht Gegenstand SN-Verfahrens waren ...	72
	B-1.4.4.1  Heilmittel-Richtlinie (erster Teil; § 1; § 9; § 11; § 12; § 14; § 35; § 37)	72
	B-1.4.4.2  Anlage 3.....	77
	B-1.4.4.3  Heilmittelkatalog (SB3; EN2; EN3 und PS4).....	77
	<b>Mündliche Stellungnahmen</b> .....	<b>80</b>
	B-1.5  Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikte.....	80
	B-1.6  Mündliche Stellungnahmen .....	82
	B-1.6.1  Wortprotokoll.....	82
	B-1.7  Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	87

**Würdigung der Stellungnahmen..... 87**

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

## **A Tragende Gründe und Beschluss**

### **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 allgemein 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.

### **Eckpunkte der Entscheidung**

#### **2.1. Zu den Änderungen der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der HeilM-RL**

Aus den Stellungnahmen zum Beratungsverfahren „Änderung der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs“, Hinweisen aus der Versorgung und durch Selbsthilfeorganisationen gemeldeten Versorgungsproblemen ergeben sich Ergänzungen in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-RL.

Ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben. Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V auszugehen.

Die Eingaben wurden daraufhin überprüft und entsprechend in die Diagnoseliste aufgenommen.

##### **2.1.1 Ergänzungen der Diagnoseliste im Einzelnen**

###### **a) G61.0 Guillain-Barré-Syndrom**

Beim Guillain-Barré-Syndrom (GBS) handelt es sich um eine seltene, meist nach Infekten auftretende Erkrankung des peripheren Nervensystems. Es ist von aufsteigenden, symmetrischen Lähmungen gekennzeichnet, denen pathologisch eine durch Autoantikörper verursachte, akute, entzündliche und primär demyelinisierende Polyneuropathie zugrunde liegt. Symptome können sein: Schmerzen im Rücken und den Gliedern, Parästhesien, schlaffe Paresen, Verlust oder starke Verminderung der Muskeleigenreflexe, Hirnnervenausfälle (insb. N. facialis, aber auch N. glossopharyngeus und N. vagus), Autonome Störungen der Herz- und Kreislaufregulation, Blasen- und Darmfunktion. Zur Verhinderung von Kontrakturen und zur Wiederherstellung der Gelenk- und Muskelfunktion und der Mobilität ist eine kontinuierliche Physiotherapie indiziert.

b) G91.2- Normaldruckhydrozephalus

Die Therapie der Wahl des Hydrozephalus ist grundsätzlich operativ mit Anlage eines Shunt-Systems. Dies gilt auch für den primären/idiopathischen und sekundären Normaldruckhydrozephalus<sup>1</sup>.

Die Differenzialdiagnose des idiopathischen Normaldruckhydrozephalus mit der typischen Symptomtrias Gangstörung, dementielle Entwicklung und Blasenstörung kann schwierig sein. Die Verdachtsdiagnose wird anhand klinischer Kriterien gestellt und muss durch zusätzliche Untersuchungen bestätigt werden. Differentialdiagnostisch ist insbesondere eine vaskuläre Demenz, eine Alzheimer-Demenz sowie ein Morbus Parkinson abzugrenzen.

Bei der Mehrzahl der Patienten mit Normaldruckhydrozephalus liegt eine Gangstörung vor, die auch isoliert auftreten kann. Diese ist gekennzeichnet durch ein unsicheres, verlangsamtes Gangbild mit verkürzter Schrittlänge. Auch Gleichgewichtsstörungen können auftreten. Bei fortgeschrittener Erkrankung können die Betroffenen gehunfähig werden. Wenn eine klinisch relevante Gangstörung nach einer Shuntimplantation bestehen bleibt oder eine operative Therapie nicht möglich ist, kann ein langfristiger Bedarf an Physiotherapie gegeben sein.

c) M36.2 Arthropathia haemophilica

Die Hämophilie A und B (ICD 10; D66 und D67) sind vererbare Erkrankungen der plasmatischen Gerinnung und zeichnen sich durch eine Reduktion der Aktivität von Faktor VIII bzw. Faktor IX aus.

Patienten mit schwerer Hämophilie haben eine Neigung zu spontan auftretenden Gelenkeinblutungen, vor allem in Knie-, Ellenbogen- und Sprunggelenken. Bei mittelschwerer Hämophilie ist die Blutungsneigung etwas geringer ausgeprägt, allerdings treten auch hier spontan oder, z.B. bei Bagatellverletzungen Gelenkblutungen auf.

Wiederholte Blutungen ins Gelenk bewirken eine chronische Synovitis in deren Verlauf als typische Langzeitkomplikation eine Arthropathia haemophilica resultiert.

Trotz inzwischen deutlich verbesserter prophylaktischer oder begleitender Substitutionstherapie, die individuell an den Schweregrad angepasst und ggf. bereits frühzeitig erfolgt (z. B. bei Kindern mit schwerer Hämophilie möglichst vor erster Gelenkblutung), lässt sich im Langfristverlauf der Erkrankung bei vielen Patienten das Auftreten einer oder mehrerer Arthropathien nicht verhindern.

Auch bei einer von Willebrand Erkrankung Typ 3, hier liegt ein komplettes Fehlen des von Willebrand Faktors, begleitet von einem Mangel an Faktor VIII vor, sowie bei schweren hereditären Mängeln an sonstigen Gerinnungsfaktoren, die mit Gelenkeinblutungen einhergehen (ICD 10; D68), kann es zu Hämophilie-typischen Symptomen und langfristig auch zu einer Arthropathia haemophilica kommen.

Eine langfristige begleitende Physiotherapie stellt daher, neben der Substitutionstherapie, bei einer Arthropathia haemophilica eine wichtige und unverzichtbare Säule der Behandlung dar. Wesentliche Ziele sind die Wiederherstellung, Verbesserung und Erhalt der Gelenkbeweglichkeit, Schmerzlinderung, Steigerung von Kraft und Ausdauer und langfristig der Erhalt der Mobilität, der Selbständigkeit im Alltag und der aktiven Teilhabe am Beruf- und

---

<sup>1</sup> Paulus W., Krauss JK et al. S1-Leitlinie Normaldruckhydrozephalus.2018. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien) (abgerufen am 01.10.2020).

sozialen Aktivitäten. Physiotherapie kann außerdem durch Ergotherapie ergänzt und unterstützt werden.

d) Q79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom

Das Ehlers-Danlos-Syndrom umfasst eine Gruppe klinisch und genetisch heterogener, vererbbarer Erkrankungen des Bindegewebes. Verschiedene Defekte in der Kollagensynthese führen zu einer erhöhten Elastizität in unterschiedlichen Bindegeweben (Haut, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Blutgefäße und viszerale Organe). In Abhängigkeit vom jeweiligen Subtyp sowie individuellen Faktoren können die Gewebedefekte milde bis lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Die Villefranche Klassifikation von 1998 umfasst sechs genetische Haupttypen.

Der klassische Typ des EDS (früher EDS-Typen I und II) ist vor allem durch folgende klinisch-diagnostischen Kriterien charakterisiert: Überdehnbare Haut, atrophische Hautnarben als Folge der Brüchigkeit der Gewebe und überstreckbare Gelenke. Nachrangige diagnostische Zeichen sind molluskoide Tumoren, subkutane Sphäroide, Gelenkluxationen und -subluxationen, Muskelhypotonie. Seltener sind der hypermobile und der kyphoskoliotische Typ.

Die Behandlung ist rein symptomatisch und schließt neben Analgetika eine dem jeweiligen Schädigungsbild angepasste langfristige Physiotherapie ein.

e) Q78.0 Osteogenesis imperfecta

Die Osteogenesis imperfecta (OI) (sog. „Glasknochenkrankheit“) umfasst eine heterogene Gruppe genetischer Erkrankungen mit erhöhter Knochenbrüchigkeit, geringer Knochenmasse und Neigung zu Knochenbrüchen unterschiedlichen Schweregrades. Die Erkrankung ist sehr selten (geschätzt ca. 6000 Betroffene in Deutschland).

Viele der Betroffenen weisen neben der erhöhten Neigung zu Knochenbrüchen außerdem mehr oder weniger ausgeprägte Verbiegungen der Knochen, meist der langen Röhrenknochen (Arme und Beine) auf. Zu den Symptomen können außerdem eine Skoliose sowie Muskelhypotonie, Schwerhörigkeit, überdehnbare Gelenke und Minderwuchs gehören.

Eine kausale Therapie oder Heilung der Erkrankung ist bis heute nicht möglich.

Um stützendes Muskelgewebe aufzubauen und Fehlhaltungen und Skelettveränderungen vorzubeugen, gehört für die Betroffenen Bewegung in Form von regelmäßiger Physiotherapie, ggf. ergänzt durch Ergotherapie, zur Therapie und ist auch deren wichtigstes Element.

f) Q 87.2 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten

Bisher finden sich Q71.0 – Q71.9 Reduktionsdefekte der oberen Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Q72.0 – Q72.9 Reduktionsdefekte der unteren Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) und Q73.0 – Q73.8 Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) auf Anlage 2. Mit dem ICD-10-Code Q87.2 „Angeborene



Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten“ werden seltene angeborene Fehlbildungssyndrome kodiert, die der Schwere und Langfristigkeit ihrer funktionellen/strukturellen Schädigungen vergleichbar mit den oben genannten Diagnosen sind.

#### g) Verbrennungen oder Verätzungen

Unter dem Begriff der Verbrennung versteht man eine thermische Verletzung, die zu einer Gewebsschädigung führt. Diese kann durch Flammen, heiße Flüssigkeiten, Dampf, Gase, Strahlung (Sonne, iatrogen), heiße Stoffe oder Kontaktflächen, Explosionen, Reibung sowie durch die Exposition gegenüber elektrischem Strom ausgelöst werden. Auch die Einwirkung chemischer Substanzen wie Säuren oder Laugen können zu vergleichbaren Gewebsreaktionen und -schädigungen führen, so dass deren Behandlung ebenso Teil der Verbrennungsmedizin ist<sup>2</sup>

Ab Verbrennungen dritten Grades ist das Risiko für die Entwicklung einer hypertrophen Narbe, Narbenkeloide und Narbenkontrakturen erhöht. Narbenstränge können Muskel- und Gelenkkontrakturen zur Folge haben. Weiterhin sind Skoliose, Ankylosen, Wachstumsveränderungen und die Ausbildung von heterotopen Knochenkernen möglich. Zur Behandlung der Narben werden Narbenmassagen, Lymphdrainagen und Kompression eingesetzt. Langfristig sind spezielle Bewegungs- und Dehnungsübungen, die gezielt eine Narbenbildung und die Ausbildung von Gelenkkontrakturen verhindern sollen, erforderlich, ergänzt durch ein Ausdauer- und Krafttraining. Verbrennungen und Verätzungen dritten Grades können im Kopf- und Halsbereich zu persistierenden Schädigungen des Larynx, Pharynx und der oberen Artikulationsorgane (Lippen/Zunge) führen. Hieraus können sich schwere Beeinträchtigungen der Phonation, Artikulation und des Schluckens ergeben. Von besonderer Relevanz im Bereich der Stimm-, Sprech- und Schlucktherapie sind adaptive und kompensatorische Maßnahmen zur Erreichung eines größtmöglichen Aktivitäts- und Partizipationsniveaus.

Bei allen aufgeführten Diagnosen ist die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen vergleichbar mit den bereits gelisteten Diagnosen auf der Anlage 2 der Heilmittel-RL. Nach sorgfältiger Prüfung der Krankheitsverläufe sowie deren körperlicher Auswirkungen wird davon ausgegangen, dass bei diesen Diagnosen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht und eine Unterbrechung der Heilmitteltherapie zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der betroffenen Patienten führen würde.

Darüber hinaus erfolgte für eine bessere Übersichtlichkeit eine Anpassung der Gliederungsebene: Im Kapitel Erkrankungen des Nervensystems wurde die Zwischenüberschrift zu den polyneuropathischen Erkrankungen konkretisiert. Des Weiteren erhalten die Diagnosen „Ehlers-Danlos-Syndrom“ und „Marfan Syndrom“ ein eigenes Kapitel, da es sich hier um angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelettsystems oder mit Beteiligung mehrerer Systeme handelt. Sie können nicht den entzündlich rheumatischen Erkrankungen zugeordnet werden.

## **2.2. Zu den Änderungen im Heilmittelkatalog (PS2 und PS3)**

Versicherte mit chronischen psychischen Erkrankungen haben häufig Schwierigkeiten ihre Arztbesuche und Termine im Rahmen der Heilmittelbehandlung zu organisieren. Sie schaffen es oft nur mit Mühe, mit Begleitung oder durch äußeren Anstoß, Arzttermine wahrzunehmen,

---

<sup>2</sup> S2k-Leitlinie Behandlung thermischer Verletzungen des Erwachsenen; AWMF-Registernummer: 044-001; Stand: 1. August 2018

die ausschließlich dazu dienen die Heilmittelbehandlung weiterzuführen und eine weitere Heilmittelverordnung ausstellen zu lassen. Bislang konnten bei entsprechendem Bedarf Verordnungen außerhalb des Regelfalles für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen ausgestellt werden. Nach der neuen Fassung ist dies nach § 7 Abs. 6 nur noch bei den Diagnosen der Fall, die einen langfristigen Heilmittelbedarf i.S. des § 8 HeilM-RL oder einen besonderen Versorgungsbedarf nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V begründen. Bei allen anderen Diagnosen ist es in der Regel nicht möglich mit einer Verordnung einen Zeitraum von 12 Wochen abzudecken. Da auf einer Verordnung somit maximal 10 Einheiten (Ergotherapie) verordnet werden können, sind ggf. mehrere Arztbesuche und Rezepte notwendig um eine kontinuierliche Heilmittelversorgung der Patienten für einen Zeitraum für 12 Wochen zu gewährleisten.

Es könnten daher erhebliche Versorgungsprobleme auf Grund der Schwierigkeiten der Alltags- und Selbstorganisation dieser Patientengruppe auftreten, wenn zum 01.01.2021 die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie in Kraft tritt.

Bei Versicherten mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen, bei denen eine längerfristige, regelmäßige und mehrmals wöchentliche ergotherapeutische Behandlung zentraler Bestandteil des Behandlungskonzeptes ist, wird davon ausgegangen, dass die Neuregelung eine Verschlechterung der Versorgung darstellen kann, da erheblich Schwierigkeiten bestehen können zusätzlich mehrmals im Quartal eine Arztpraxis aufzusuchen, um die Weiterführung der ergotherapeutischen Behandlung mit Hilfe einer Heilmittelverordnung sicher zu stellen.

Dass diese Patientengruppe Schwierigkeiten mit mehreren Arztbesuchen im Quartal hat, kann verschiedene Gründe haben, z.B.:

- Die Patienten sind nicht oder nur mit maximaler Anstrengung oder nur in Begleitung in der Lage, die Wohnung zu verlassen,
- Sie sind nicht in der Lage, ihren Alltag zu planen und zu gestalten
- Sie entwickeln Widerstände gegenüber geregelten Terminen
- Sie können die notwendigen Planungsleistungen bei der Terminvergabe, die zudem häufig bei den Fachärzten schwierig ist, nicht erbringen
- Arztkontakte sind angstbesetzt oder hochgradig ambivalent
- Der Psychiater ist nur mit hohem Aufwand zu erreichen, insbesondere, wenn dieser in einer anderen Stadt niedergelassen ist und dazu Fahrten mittels ÖPNV erforderlich sind

Diese Beeinträchtigungen finden sich insbesondere bei folgenden Erkrankungen:

- Schwere Angststörung
- Schwere Zwangsstörung
- Schwere Belastungsstörung
- Schwere Dissoziative Störung
- Ausgeprägte Depression und Manie
- Schwere Persönlichkeitsstörung
- Schwere Folgezustände im Rahmen schizophrener Erkrankungen
- Mittelgradige und schwere Intelligenzminderung

- Verhaltens- und emotionale Störung
- Schwere oder komplexe neuropsychologische Beeinträchtigung wie ausgeprägte exekutive Störung oder Wahrnehmungsstörung, z.B. nach Schädel-Hirntrauma oder anderen erworbenen Hirnschädigungen

Um eine Verschlechterung für die dargestellten Patientengruppen zu vermeiden, wird der Zweite Teil der Heilmittel-Richtlinie (Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog) in Abschnitt „IV Maßnahmen der Ergotherapie“ in Ziffer „3. Psychische Störungen“ geändert. Für die Diagnosegruppe PS2 und PS3 wird die Höchstmenge je Verordnung von 10 auf 20 Einheiten erhöht. Unter PS2 und PS3 lassen sich die genannten Patientengruppen weitgehend einordnen. Durch diese Anpassung wird sichergestellt, dass bei entsprechendem Bedarf eine Verordnung über einen Zeitraum von bis zu 10-12 Wochen ausgestellt werden kann. Es wird dadurch sichergestellt, dass diese Patienten bei einem erhöhten Heilmittelbedarf mit einem Arztkontakt pro Quartal auskommen und ihre Heilmittelversorgung nicht unterbrochen wird.

Kann das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge (40) nicht erreicht werden, sind weitere darüberhinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive oder neue Erkrankungsphasen handelt.

### **2.3. Redaktionelle Änderungen**

Des Weiteren erfolgten redaktionelle Anpassungen an der HeilM-RL. Unter anderem wird in § 8 die sich aus dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) ergebende Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Medizinischer Dienst (MD) umgesetzt.

### **2.4. Inkrafttreten**

Die Richtlinienänderungen treten am 1. Juli 2021 in Kraft. Sollte eine Veröffentlichung im Bundesanzeiger erst nach dem 1. Juli 2021 erfolgen, ist das Inkrafttreten am 1. Juli 2021 auch in diesem Fall erforderlich, um Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Änderungen in der Praxisverwaltungssoftware während des laufenden Quartals zu vermeiden und ein zeitnahes Inkrafttreten zu ermöglichen.

### **2.5. Würdigung der Stellungnahmen**

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumenten (ZD) in den Abschnitten B-5 und B-6 dokumentiert.

Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Ziffer B-5.2.2.3 und B-5.2.2.4 ZD).

### **Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

## Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
25.11.2020	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der HeilM-RL
10.02.2021	UA VL	Mündliche Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
18.03.2021	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Beschlussfassung
19.05.2021		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
10.06.2021		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
01.07.2021		Inkrafttreten der Änderung der Richtlinie



**Bundesministerium für Gesundheit**

**Bekanntmachung  
eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:  
Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf  
– Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie –  
sowie Überarbeitung des Heilmittelkatalogs –  
Besondere Verordnungsbedarfe und weitere Änderungen**

Vom 18. März 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18.03.2021 beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie (HeiM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011 (BAnz. S. 2247), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 18. März 2021 (BAnz AT 15.04.2021 B3) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I.

Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 wird im Klammerzusatz das Wort „dem“ durch das Wort „den“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 wird das Wort „den“ gestrichen.

2. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 werden im dritten Spiegelstrich die Wörter „der Krankenversicherung (MDK)“ durch die Angabe „(MD)“ ersetzt.
- b) In Absatz 5 Satz 5 wird die Angabe „MDK“ durch die Angabe „MD“ ersetzt.

II.

Die Anlage 2 der HeiM-RL wird wie folgt geändert:

1. In allen Tabellen werden in der jeweils letzten Spalte die Wörter „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ durch die Wörter „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ersetzt.

2. Der Abschnitt Erkrankungen des Nervensystems wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift nach der Zeile G24.3 wird wie folgt gefasst: „Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems“.

b) Der Zeile G61.8 wird folgende Zeile vorangestellt:

„G61.0	Guillain-Barré-Syndrom		PN	EN3“	
--------	------------------------	--	----	------	--

c) Nach der Zeile G82.5 wird folgende Zeile eingefügt:

„G91.2-	Normaldruckhydrozephalus		ZN	EN1“	
---------	--------------------------	--	----	------	--

3. Der Abschnitt Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien wird wie folgt geändert:

a) Nach der Zeile M34.1- werden folgende Zeilen eingefügt:

	„Systemkrankheiten des Bindegewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten				
M36.2	Arthropathia haemopholica		EX/CS	SB1“	

b) Vor der Zeile Q87.4 wird ein neuer Abschnitt eingefügt und wie folgt gefasst:

**„Angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelettsystems oder mit Beteiligung mehrerer Systeme**

ICD-10	Diagnose	Hinweis/Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
Q79.6	Ehlers-Danlos-Syndrom		WS/EX/CS	SB1/SB2“	

Die PDF-Datei der amtlichen Veröffentlichung ist mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen. Siehe dazu Hinweis auf Infoseite.



4. Der Abschnitt Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem wird wie folgt geändert:

a) Nach der Zeile Q74.3 wird folgende Zeile eingefügt:

„Q78.0	Osteogenesis imperfecta		EX/WS	SB1“	
--------	-------------------------	--	-------	------	--

b) Nach Zeile Q87.0 wird folgende Zeile eingefügt:

„Q87.2	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten		EX/CS/LY	SB1/SB2“	
--------	---	--	----------	----------	--

5. Nach dem Abschnitt Stoffwechselstörungen wird folgender Abschnitt angefügt:

**„Verbrennungen oder Verätzungen**

ICD-10	Diagnose	Hinweis/Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprach und Schlucktherapie
T20.3	Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses				
T20.7	Verätzung 3. Grades des Kopfes und des Halses		LY/CS/EX/WS	SB2	ST1/SP6/SC
T21.3- T21.7-	Verbrennung 3. Grades des Rumpfes Verätzung 3. Grades des Rumpfes				
T22.3-	Verbrennung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand				
T22.7-	Verätzung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand				
T23.3	Verbrennung 3. Grades des Handgelenkes und der Hand				
T23.7	Verätzung 3. Grades des Handgelenkes und der Hand				
T24.3	Verbrennung 3. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß		LY/CS/EX/WS	SB2“	
T24.7	Verätzung 3. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß				
T25.3	Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes				
T25.7	Verätzung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes				
T29.3	Verbrennungen mehrerer Körperregionen, wobei mindestens eine Verbrennung 3. Grades angegeben ist				
T29.7	Verätzungen mehrerer Körperregionen, wobei mindestens eine Verätzung 3. Grades angegeben ist				

III.

Der Zweite Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt III – Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 2.3 – Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit wird wie folgt geändert:

aa) In der Spalte SP4 wird im ersten Spiegelstrich das Wort „angeborene“ durch das Wort „angeborenen“ ersetzt.

bb) In der Spalte SP5 wird im ersten Spiegelstrich das Wort „zerebrale“ durch das Wort „zerebraler“ ersetzt.

b) In Abschnitt 5 – Störungen des Schluckaktes wird in der Spalte SC im zweiten Spiegelstrich das Wort „post-natalen“ durch das Wort „postnatale“ ersetzt.



2. Abschnitt IV – Maßnahmen der Ergotherapie wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 – Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane wird wie folgt geändert:

aa) In Spalte SB1 werden im vierten Spiegelstrich die Wörter „Entzündlich-rheumatische“ durch die Wörter „Entzündlich-rheumatischen“ ersetzt.

bb) In Spalte SB2 wird im achten Spiegelstrich das Wort „Sympathische“ durch das Wort „Sympathischer“ ersetzt.

b) Nummer 3 – Psychische Störungen wird wie folgt geändert:

In den Zeilen PS2 und PS3 wird jeweils die Angabe „10“ durch die Angabe „20“ ersetzt.

IV.

Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 18. März 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende  
Prof. Hecken

---

## Prüfung durch das BMG



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"

HAUŠANSCHRIFT	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, 19. Mai 2021

AZ 213 - 21432 - 02

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 18. März 2021**

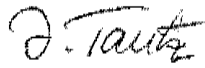
hier: **Änderung der Heilmittel-Richtlinie:  
Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf  
- Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie - sowie Überarbeitung des Heilmittelkatalogs -  
Besondere Verordnungsbedarfe und weitere Änderungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 18. März 2021 über eine  
Änderung der Heilmittel-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

  
Dr. Josephine Tautz

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

Oranienburger Tor  
Friedrichstraße



## **B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA**

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

### **Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens**

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen beschloss in seiner Sitzung am 25. November 2020 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 25. November 2020 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen der Unterlagen bis zum 31. Dezember 2020 gegeben.

### **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.

Stand: 25.11.2020



# Beschlussentwurf

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie – sowie Überarbeitung des Heilmittelkatalogs – Besondere Verordnungsbedarfe und weitere Änderungen**

Vom TT.M.JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT.M.JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/ 19. Mai 2011 (BAnz. S. 2247), zuletzt geändert am XX.XX 2020 (BAnz AT XX.XXX BX), wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
  1. § 6 wird wie folgt geändert:
    - a) In Absatz 2 Satz 3 wird im Klammerzusatz das Wort „dem“ durch das Wort „den“ ersetzt.
    - b) In Absatz 3 wird das Wort „den“ gestrichen.
  2. § 8 wird wie folgt geändert:
    - a) In Absatz 4 werden im dritten Spiegelstrich die Wörter „der Krankenversicherung (MDK)“ durch die Angabe „(MD)“ ersetzt.
    - b) In Absatz 5 Satz 5 wird die Angabe „MDK“ durch die Angabe „MD“ ersetzt.
- II. Die Anlage 2 der HeilM-RL wird wie folgt geändert:

Stand: 04.11.2020 nach AG Sitzung

1. In allen Tabellen werden in der jeweils letzten Spalte die Wörter „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ durch die Wörter „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ersetzt.

2. Der Abschnitt Erkrankungen des Nervensystems wird wie folgt geändert:

a) Der Zeile G61.8 wird folgende Zeile vorangestellt:

“

G61.0	Guillain-Barré-Syndrom		PN	EN3	
-------	------------------------	--	----	-----	--

“

b) Nach der Zeile G82.5 wird folgende Zeile eingefügt:

“

G91.2	Normaldruckhydrozephalus		ZN	EN1	
-------	--------------------------	--	----	-----	--

“

3. Der Abschnitt Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien wird wie folgt geändert:

a) Nach der Zeile M34.1- werden folgende Zeilen eingefügt:

“

	<b>Systemkrankheiten des Bindegewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</b>				
M36.2	Arthropathia haemophilica		EX/ CS	SB1	

“

2

b) Nach der Zeile M45.0- wird folgende Zeile eingefügt:

“

Q79.6	Ehlers-Danlos-Syndrom		WS/ EX/ CS	SB1 / SB2	
-------	-----------------------	--	------------	-----------	--

“

4. In dem Abschnitt Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem wird nach der Zeile Q74.3 folgende Zeile eingefügt:

“

Q78.0	Osteogenesis imperfecta		EX/ WS	SB1	
-------	-------------------------	--	--------	-----	--

“

3

5. Nach dem Abschnitt Stoffwechselstörungen wird folgender Abschnitt angefügt:

**„Verbrennungen oder Verätzungen**

ICD-10	Diagnose	Hinweis/Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprach und Schlucktherapie
T20.3	Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses				
T20.7	Verätzung 3. Grades des Kopfes und des Halses				
T21.3-	Verbrennung 3. Grades des Rumpfes				
T21.7-	Verätzung 3. Grades des Rumpfes				
T22.3-	Verbrennung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand				
T22.7-	Verätzung 3. Grades der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand				
T23.3	Verbrennung 3. Grades des Handgelenkes und der Hand		LY/CS/EX/MS	SB2	
T23.7	Verätzung 3. Grades des Handgelenkes und der Hand				
T24.3	Verbrennung 3. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß				
T24.7	Verätzung 3. Grades der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß				
T25.3	Verbrennung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes				
T25.7	Verätzung 3. Grades der Knöchelregion und des Fußes				
T29.3	Verbrennungen mehrerer Körperregionen, wobei mindestens eine Verbrennung 3. Grades angegeben ist				
T29.7	Verätzungen mehrerer Körperregionen, wobei mindestens eine Verätzung 3. Grades angegeben ist				

Stand: 04.11.2020 nach AG Sitzung

III. Der Zweite Teil Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt III Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach und Schlucktherapie wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 2.3 Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit wird wie folgt geändert:

- In der Spalte SP4 wird im ersten Spiegelstrich das Wort „angeborene“ durch das Wort „angeborenen“ ersetzt.
- In der Spalte SP5 wird im ersten Spiegelstrich das Wort „zerebrale“ durch das Wort „zerebraler“ ersetzt.

b) In Abschnitt 5. Störungen des Schluckaktes wird in der Spalte SC im zweiten Spiegelstrich das Wort „postnatalen“ durch das Wort „postnatale“ ersetzt.

2. Abschnitt IV Maßnahmen der Ergotherapie wird wie folgt geändert:

a) Ziffer 1 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane wird wie folgt geändert:

- In Spalte SB1 werden im vierten Spiegelstrich die Wörter „Entzündlich-rheumatische“ durch die Wörter „Entzündlich-rheumatischen“ ersetzt.
- In Spalte SB2 wird im achten Spiegelstrich das Wort „Sympathische“ durch das Wort „Sympathischer“ ersetzt.

b) Ziffer 3. Psychische Störungen wird wie folgt geändert:

In den Zeilen PS2 und PS3 wird jeweils die Angabe „10“ durch die Angabe „20“ ersetzt.

IV. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den TT.M.JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Stand: 25.11.2020



# Tragende Gründe

**zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:**

**Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie – sowie Überarbeitung des Heilmittelkatalogs – Besondere Verordnungsbedarfe und weitere Änderungen**

Vom TT. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage .....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Zu den Änderungen der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der HeilM-RL .....	2
2.1.1	Ergänzungen der Diagnoseliste im Einzelnen.....	2
2.2	Zu den Änderungen im Heilmittelkatalog (PS2 und PS3).....	5
2.3	Redaktionelle Änderungen.....	6
2.4	Inkrafttreten.....	7
2.5	Würdigung der Stellungnahmen.....	7
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	8
4.	Verfahrensablauf .....	9

## **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 allgemein 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.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Zu den Änderungen der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der HeilM-RL**

Aus den Stellungnahmen zum Beratungsverfahren „Änderung der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs“, Hinweisen aus der Versorgung und durch Selbsthilfeorganisationen gemeldeten Versorgungsproblemen ergeben sich Ergänzungen in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-RL.

Ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben. Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V auszugehen.

Die Eingaben wurden daraufhin überprüft und entsprechend in die Diagnoseliste aufgenommen.

#### **2.1.1 Ergänzungen der Diagnoseliste im Einzelnen**

##### **a) G61.0 Guillain-Barré-Syndrom**

Beim Guillain-Barré-Syndrom (GBS) handelt es sich um eine seltene, meist nach Infekten auftretende Erkrankung des peripheren Nervensystems. Es ist von aufsteigenden, symmetrischen Lähmungen gekennzeichnet, denen pathologisch eine durch Autoantikörper verursachte, akute, entzündliche und primär demyelinisierende Polyneuropathie zugrunde liegt. Symptome können sein: Schmerzen im Rücken und den Gliedern, Parästhesien, schlaffe Paresen, Verlust oder starke Verminderung der Muskeleigenreflexe, Hirnnervenausfälle (insb. N. facialis, aber auch N. glossopharyngeus und N. vagus), Autonome Störungen der Herz- und Kreislaufregulation, Blasen- und Darmfunktion. Zur Verhinderung von Kontrakturen und zur Wiederherstellung der Gelenk- und Muskelfunktion und der Mobilität ist eine kontinuierliche Physiotherapie indiziert.

b) G91.2- Normaldruckhydrozephalus

Die Therapie der Wahl des Hydrozephalus ist grundsätzlich operativ mit Anlage eines Shunt-Systems. Dies gilt auch für den primären/idiopathischen und sekundären Normaldruckhydrozephalus<sup>1</sup>.

Die Differenzialdiagnose des idiopathischen Normaldruckhydrozephalus mit der typischen Symptomtrias Gangstörung, dementielle Entwicklung und Blasenstörung kann schwierig sein. Die Verdachtsdiagnose wird anhand klinischer Kriterien gestellt und muss durch zusätzliche Untersuchungen bestätigt werden. Differentialdiagnostisch ist insbesondere eine vaskuläre Demenz, eine Alzheimer-Demenz sowie ein Morbus Parkinson abzugrenzen.

Bei der Mehrzahl der Patienten mit Normaldruckhydrozephalus liegt eine Gangstörung vor, die auch isoliert auftreten kann. Diese ist gekennzeichnet durch ein unsicheres, verlangsamtes Gangbild mit verkürzter Schrittlänge. Auch Gleichgewichtsstörungen können auftreten. Bei fortgeschrittener Erkrankung können die Betroffenen gehunfähig werden. Wenn eine klinisch relevante Gangstörung nach einer Shuntimplantation bestehen bleibt oder eine operative Therapie nicht möglich ist, kann ein langfristiger Bedarf an Physiotherapie gegeben sein.

c) M36.2 Arthropathia haemophilica

Die Hämophilie A und B (ICD 10; D66 und D67) sind vererbte Erkrankungen der plasmatischen Gerinnung und zeichnen sich durch eine Reduktion der Aktivität von Faktor VIII bzw. Faktor IX aus.

Patienten mit schwerer Hämophilie haben eine Neigung zu spontan auftretenden Gelenkeblutungen, vor allem in Knie-, Ellenbogen- und Sprunggelenken. Bei mittelschwerer Hämophilie ist die Blutungsneigung etwas geringer ausgeprägt, allerdings treten auch hier spontan oder, z.B. bei Bagatellverletzungen Gelenkeblutungen auf.

Wiederholte Blutungen ins Gelenk bewirken eine chronische Synovitis in deren Verlauf als typische Langzeitkomplikation eine Arthropathia haemophilica resultiert.

Trotz inzwischen deutlich verbesserter prophylaktischer oder begleitender Substitutionstherapie, die individuell an den Schweregrad angepasst und ggf. bereits frühzeitig erfolgt (z. B. bei Kindern mit schwerer Hämophilie möglichst vor erster Gelenkeblutung), lässt sich im Langfristverlauf der Erkrankung bei vielen Patienten das Auftreten einer oder mehrerer Arthropathien nicht verhindern.

Auch bei einer von Willebrand Erkrankung Typ 3, hier liegt ein komplettes Fehlen des von Willebrand Faktors, begleitet von einem Mangel an Faktor VIII vor, sowie bei schweren hereditären Mängeln an sonstigen Gerinnungsfaktoren, die mit Gelenkeblutungen einhergehen (ICD 10; D68), kann es zu Hämophilie-typischen Symptomen und langfristig auch zu einer Arthropathia haemophilica kommen.

Eine langfristige begleitende Physiotherapie stellt daher, neben der Substitutionstherapie, bei einer Arthropathia haemophilica eine wichtige und unverzichtbare Behandlungssäule dar. Wesentliche Ziele sind die Wiederherstellung, Verbesserung und Erhalt der Gelenkbeweglichkeit, Schmerzlinderung, Steigerung von Kraft und Ausdauer und langfristig der Erhalt der Mobilität, der Selbständigkeit im Alltag und der aktiven Teilhabe am Beruf- und

---

<sup>1</sup> Paulus W., Krauss JK et al. S1-Leitlinie Normaldruckhydrozephalus 2018. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien) (abgerufen am 01.10.2020).



sozialen Aktivitäten. Physiotherapie kann außerdem durch Ergotherapie ergänzt und unterstützt werden.

d) Q79.6 Ehlers-Danlos-Syndrom

Das Ehlers-Danlos-Syndrom umfasst eine Gruppe klinisch und genetisch heterogener, vererbbarer Erkrankungen des Bindegewebes. Verschiedene Defekte in der Kollagensynthese führen zu einer erhöhten Elastizität in unterschiedlichen Bindegeweben (Haut, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Blutgefäße und viszerale Organe). In Abhängigkeit vom jeweiligen Subtyp sowie individuellen Faktoren können die Gewebedefekte milde bis lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Die Villefranche Klassifikation von 1998 umfasst sechs genetische Haupttypen.

Der klassische Typ des EDS (früher EDS-Typen I und II) ist vor allem durch folgende klinisch-diagnostischen Kriterien charakterisiert: Überdehnbare Haut, atrophische Hautnarben als Folge der Brüchigkeit der Gewebe und überstreckbare Gelenke. Nachrangige diagnostische Zeichen sind molluskoide Tumoren, subkutane Sphäroide, Gelenkluxationen und -subluxationen, Muskelhypotonie. Seltener sind der hypermobile und der kyphoskoliotische Typ.

Die Behandlung ist rein symptomatisch und schließt neben Analgetika eine dem jeweiligen Schädigungsbild angepasste langfristige Physiotherapie ein.

e) Q78.0 Osteogenesis imperfecta

Die Osteogenesis imperfecta (OI) (sog. „Glasknochenkrankheit“) umfasst eine heterogene Gruppe genetischer Erkrankungen mit erhöhter Knochenbrüchigkeit, geringer Knochenmasse und Neigung zu Knochenbrüchen unterschiedlichen Schweregrades. Die Erkrankung ist sehr selten (geschätzt ca. 6000 Betroffene in Deutschland).

Viele der Betroffenen weisen neben der erhöhten Neigung zu Knochenbrüchen außerdem mehr oder weniger ausgeprägte Verbiegungen der Knochen, meist der langen Röhrenknochen (Arme und Beine) auf. Zu den Symptomen können außerdem eine Skoliose sowie Muskelhypotonie, Schwerhörigkeit, überdehnbare Gelenke und Minderwuchs gehören.

Eine kausale Therapie oder Heilung der Erkrankung ist bis heute nicht möglich.

Um stützendes Muskelgewebe aufzubauen und Fehlhaltungen und Skelettveränderungen vorzubeugen, gehört für die Betroffenen Bewegung in Form von regelmäßiger Physiotherapie, ggf. ergänzt durch Ergotherapie, zur Therapie und ist auch deren wichtigstes Element.

f) Verbrennungen oder Verätzungen

Unter dem Begriff der Verbrennung versteht man eine thermische Verletzung, die zu einer Gewebsschädigung führt. Diese kann durch Flammen, heiße Flüssigkeiten, Dampf, Gase, Strahlung (Sonne, iatrogen), heiße Stoffe oder Kontaktflächen, Explosionen, Reibung sowie durch die Exposition gegenüber elektrischem Strom ausgelöst werden. Auch die Einwirkung chemischer Substanzen wie Säuren oder Laugen können zu vergleichbaren Gewebsreaktionen und -schädigungen führen, so dass deren Behandlung ebenso Teil der Verbrennungsmedizin ist<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> S2k-Leitlinie Behandlung thermischer Verletzungen des Erwachsenen; AWMF-Registernummer: 044-001; Stand: 1. August 2018

Ab Verbrennungen dritten Grades ist das Risiko für die Entwicklung einer hypertrophen Narbe, Narbenkeloide und Narbenkontrakturen erhöht. Narbenstränge können Muskel- und Gelenkkontrakturen zur Folge haben. Weiterhin sind Skoliose, Ankylosen, Wachstumsveränderungen und die Ausbildung von heterotopen Knochenkernen möglich. Zur Behandlung der Narben werden Narbenmassagen, Lymphdrainagen und Kompression eingesetzt. Langfristig sind spezielle Bewegungs- und Dehnungsübungen, die gezielt eine Narbenbildung und die Ausbildung von Gelenkkontrakturen verhindern sollen, erforderlich, ergänzt durch ein Ausdauer- und Krafttraining.

Bei allen aufgeführten Diagnosen ist die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen vergleichbar mit den bereits gelisteten Diagnosen auf der Anlage 2 der Heilmittel-RL. Nach sorgfältiger Prüfung der Krankheitsverläufe sowie deren körperlicher Auswirkungen wird davon ausgegangen, dass bei diesen Diagnosen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht und eine Unterbrechung der Heilmitteltherapie zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der betroffenen Patienten führen würde.

## **2.2 Zu den Änderungen im Heilmittelkatalog (PS2 und PS3)**

Versicherte mit chronischen psychischen Erkrankungen haben häufig Schwierigkeiten ihre Arztbesuche und Termine im Rahmen der Heilmittelbehandlung zu organisieren. Sie schaffen es oft nur mit Mühe, mit Begleitung oder durch äußeren Anstoß, Arzttermine wahrzunehmen, die ausschließlich dazu dienen die Heilmittelbehandlung weiterzuführen und eine weitere Heilmittelverordnung ausstellen zu lassen. Bislang konnten bei entsprechendem Bedarf Verordnungen außerhalb des Regelfalles für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen ausgestellt werden. Nach der neuen Fassung ist dies nach § 7 Abs. 6 nur noch bei den Diagnosen der Fall, die einen langfristigen Heilmittelbedarf i.S. des § 8 HeilM-RL oder einen besonderen Versorgungsbedarf nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V begründen. Bei allen anderen Diagnosen ist es in der Regel nicht möglich mit einer Verordnung einen Zeitraum von 12 Wochen abzudecken. Da auf einer Verordnung somit maximal 10 Einheiten (Ergotherapie) verordnet werden können, sind ggf. mehrere Arztbesuche und Rezepte notwendig um eine kontinuierliche Heilmittelversorgung der Patienten für einen Zeitraum für 12 Wochen zu gewährleisten.

Es könnten daher erhebliche Versorgungsprobleme auf Grund der Schwierigkeiten der Alltags- und Selbstorganisation dieser Patientengruppe auftreten, wenn zum 01.01.2021 die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie in Kraft tritt.

Bei Versicherten mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen, bei denen eine längerfristige, regelmäßige und mehrmals wöchentliche ergotherapeutische Behandlung zentraler Bestandteil des Behandlungskonzeptes ist, wird davon ausgegangen, dass die Neuregelung eine Verschlechterung der Versorgung darstellen kann, da erheblich Schwierigkeiten bestehen können zusätzlich mehrmals im Quartal eine Arztpraxis aufzusuchen, um die Weiterführung der ergotherapeutischen Behandlung mit Hilfe einer Heilmittelverordnung sicher zu stellen.

Dass diese Patientengruppe Schwierigkeiten mit mehreren Arztbesuchen im Quartal hat, kann verschiedene Gründe haben, z.B.:

- Die Patienten sind nicht oder nur mit maximaler Anstrengung oder nur in Begleitung in der Lage, die Wohnung zu verlassen,
- Sie sind nicht in der Lage, ihren Alltag zu planen und zu gestalten
- Sie entwickeln Widerstände gegenüber geregelten Terminen

- Sie können die notwendigen Planungsleistungen bei der Terminvergabe, die zudem häufig bei den Fachärzten schwierig ist, nicht erbringen
- Arztkontakte sind angstbesetzt oder hochgradig ambivalent
- Der Psychiater ist nur mit hohem Aufwand zu erreichen, insbesondere, wenn dieser in einer anderen Stadt niedergelassen ist und dazu Fahrten mittels ÖPNV erforderlich sind

Diese Beeinträchtigungen finden sich insbesondere bei folgenden Erkrankungen:

- Schwere Angststörung
- Schwere Zwangsstörung
- Schwere Belastungsstörung
- Schwere Dissoziative Störung
- Ausgeprägte Depression und Manie
- Schwere Persönlichkeitsstörung
- Schwere Folgezustände im Rahmen schizophrener Erkrankungen
- Mittelgradige und schwere Intelligenzminderung
- Verhaltens- und emotionale Störung
- Schwere oder komplexe neuropsychologische Beeinträchtigung wie ausgeprägte exekutive Störung oder Wahrnehmungsstörung, z.B. nach Schädel-Hirntrauma oder anderen erworbenen Hirnschädigungen

Um eine Verschlechterung für die dargestellten Patientengruppen zu vermeiden, wird der Zweite Teil der Heilmittel-Richtlinie (Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog) in Abschnitt „IV Maßnahmen der Ergotherapie“ in Ziffer „3. Psychische Störungen“ geändert. Für die Diagnosegruppe PS2 und PS3 wird die Höchstmenge je Verordnung von 10 auf 20 Einheiten erhöht. Unter PS2 und PS3 lassen sich die genannten Patientengruppen weitgehend einordnen. Durch diese Anpassung wird sichergestellt, dass bei entsprechendem Bedarf eine Verordnung über einen Zeitraum von bis zu 10-12 Wochen ausgestellt werden kann. Es wird dadurch sichergestellt, dass diese Patienten bei einem erhöhten Heilmittelbedarf mit einem Arztkontakt pro Quartal auskommen und ihre Heilmittelversorgung nicht unterbrochen wird.

Kann das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge (40) nicht erreicht werden, sind weitere darüberhinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive oder neue Erkrankungsphasen handelt.

### **2.3 Redaktionelle Änderungen**

Des Weiteren erfolgten redaktionelle Anpassungen an der HeilM-RL. Unter anderem wird in § 8 die sich aus dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) ergebende Umbenennung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Medizinischer Dienst (MD) umgesetzt.

## **2.4 Inkrafttreten**

Die Richtlinienänderungen treten am 1. Juli 2021 in Kraft. Sollte eine Veröffentlichung im Bundesanzeiger erst nach dem 1. Juli 2021 erfolgen, ist das Inkrafttreten am 1. Juli 2021 auch in diesem Fall erforderlich, um Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Änderungen in der Praxisverwaltungssoftware während des laufenden Quartals zu vermeiden und ein zeitnahes Inkrafttreten zu ermöglichen.

## **2.5 Würdigung der Stellungnahmen**

[folgt]

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

#### 4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
25.11.2020	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der HeilM-RL
TT.MM.JJJJ	UA VL	Mündliche Anhörung
TT.MM.JJJJ	UA VL	Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen und abschließende Beratung
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der HeilM-RL
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende  
Prof. Hecken

## Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen



### Eingegangene Stellungnahmen (Sammeldokument)

#### Stellungnahmeverfahren zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL): Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie – sowie Überarbeitung des Heilmittelkatalogs – Besondere Verordnungsbedarfe und weitere Änderungen

Stand: 5. Januar 2021

Organisation	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK)	07.12.2020	Verzicht auf SN
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)	23.12.2020	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafforst-Andersen e.V. (dba), Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) und Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs) (gemeinsame Stellungnahme)	17.12.2020	
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	30.12.2020	sep. Anlage zu SN
Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.	31.12.2020	sep. Anlage zu SN

## Schriftliche Stellungnahmen

### B-1.3 Eingereichte Stellungnahmen

---



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

#### per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung und  
veranlasste Leistungen  
Frau Stephanie Iwansky  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

Berlin, 07.12.2020

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
www.baek.de

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456-430  
Fax +49 30 400 456-455  
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd  
Aktenzeichen: 872.10

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL): Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie – sowie Überarbeitung des Heilmittelkatalogs – Besondere Verordnungsbedarfe und weitere Änderungen**

*Ihr Schreiben vom 25.11.2020*

Sehr geehrte Frau Iwansky,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 25.11.2020, in welchem der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie – sowie zur Überarbeitung des Heilmittelkatalogs – Besondere Verordnungsbedarfe und weitere Änderungen“ (Heilm-RL) gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn; MPH  
Leiter Dezernat 3



**Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:  
Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-  
Richtlinie – sowie Überarbeitung des Heilmittelkatalogs – Besondere Verord-  
nungsbedarfe und weitere Änderungen**

 <p>Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.</p>	 <p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.</p>	 <p>Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie</p>
<p>Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. Holstenwall 12 20355 Hamburg www.dba-ev.de</p>	<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. Augustinusstraße 11a 50226 Frechen www.dbi-ev.de</p>	<p>Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. Goethestraße 16 47441 Moers www.dbs-ev.de</p>

**Gern nehmen wir zu den geplanten Änderungen wie folgt Stellung:**

Stellungnahme dba, dbi, dbs		17.12.2020
Anlage 2 Heilm-RL	Begründung	
<p><b>Ergänzungen in Anlage 2</b></p>	<p>Die Ergänzung der Anlage 2 durch weitere Diagnosen wird begrüßt.</p> <p>Die dort ergänzten Diagnosen berücksichtigen jedoch nicht die Diagnosegruppen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, die ebenfalls erforderlich sind.</p> <p>Wir bitten daher um Ergänzung der folgenden Diagnosegruppen:</p>	
<p><b>ICD-10-Code G91.2</b></p>	<p>Normaldruckhydrozephalus</p> <p>Hier sind die Diagnosegruppen SP5/SP6 und SC zu ergänzen.</p> <p>Normaldruckhydrozephalus kann zu dauerhaften Störungen führen: Reduzierung der Hirnleistung, Abrufstörungen und Einschränkungen im Bereich der Sprache, des Sprechens und Schluckens. In diesen Fällen muss ggf. auch sprach-, sprech- und schlucktherapeutisch behandelt werden.</p>	
<p><b>ICD-10-Codes T20.3 T20.7</b></p>	<p>Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses Verätzung 3. Grades des Kopfes und des Halses</p> <p>Hier sind die Diagnosegruppen ST1, ST3, SP6 und SC zu ergänzen.</p> <p>Verbrennungen und Verätzungen im Kopf/Halsbereich können zu dauerhaften Störungen führen, die vielfältige Auswirkungen</p>	

Stellungnahme dba, dbl, dbs	17.12.2020
	auf Lippen- und Zungenbewegung und damit auf Artikulation, Stimmgebung und das Schlucken haben und damit Stimm-, Sprech- und Schlucktherapie erforderlich machen.
Fehlende Diagnosen, die im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie relevant sind.	<p>Die folgenden Diagnosen sollten ergänzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- G20.1</li> </ul> <p>Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr). Hier sollten unbedingt auch frühere Stadien des Primären Parkinson-Syndroms aufgeführt werden. Für die Stimm- und Sprechtherapie hat sich gezeigt, dass die Erfolge besonders bei Patienten und Patientinnen mit leichten bis mittelschweren Symptomen erzielt werden. Eine langfristige Behandlung sollte daher so früh wie möglich beginnen.</p> <p>Des Weiteren können folgende Diagnosen zu dauerhaften Störungen führen und sollten deshalb in Anlage 2 mit den dazugehörigen Diagnoseschlüsseln sowie den entsprechenden Indikationsschlüsseln der Stimm-, Sprech-, Sprech- und Schlucktherapie ergänzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- F00-F03 Demenzen</li> <li>- F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache</li> <li>- F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</li> <li>- G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)</li> <li>- G30-G32 Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems</li> <li>- G40 Epilepsien</li> <li>- G81.9 Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet</li> <li>- H54.0 Blindheit und hochgradige Sehbehinderung</li> <li>- H90 Hörstörungen</li> <li>- M45.09 Spondylitis ankylosans (Morbus von Bechterew)</li> <li>- P00-P04 Schädigung des Fötus und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung</li> <li>- Q16 Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen</li> <li>- Q39 Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus</li> </ul>

Stellungnahme dba, dbf, dbs		17.12.2020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Q87 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme</li> <li>- Q93 Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert</li> <li>- Q99 Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert</li> <li>- R13 Dysphagie</li> <li>- R49 Störungen der Stimme in Verbindung mit             <ul style="list-style-type: none"> <li>- C00-97 Malignome Kopf/Hals, Atmungsorgane, Magen/Darm</li> <li>- J38.3 Rekurrensparese, Spasmodische Dysphonie</li> <li>- G35 Multiple Sklerose</li> <li>- G58.8 Störungen des Nervus phrenicus</li> <li>- G62.9 Polyneuropathie</li> <li>- M45.09 Morbus Bechterew</li> <li>- R06.88 Vocal cord dysfunction (VCD)</li> <li>- R06.88 Dyspnoe</li> <li>- T07 Polytrauma</li> </ul> </li> <li>- Z90 Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie</li> <li>- Z96.2 Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan</li> </ul>	
Hinweis	<p>Die Begründungen basieren auf umfangreichen Erfahrungswerten aus der Praxis, in der immer wieder Patient*innen mit den o.g. Indikationen vorgestellt und erfolgreich behandelt werden.</p> <p>Um die praxisbasierte Evidenz wissenschaftlich belegen zu können, bedarf es Studien im Bereich des Heilmittels Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.</p> <p>Detaillierte Informationen zum Thema Vollakademisierung können beim „Arbeitskreis Berufsgesetz“ abgerufen werden:  <a href="http://www.arbeitskreis-berufsgesetz.de">www.arbeitskreis-berufsgesetz.de</a>.</p>	

*Marion Malzahn*

**dba**  
Marion Malzahn  
1. Vorsitzende

*Kern*

**dbf**  
Frauke Kern  
Mitglied im Bundesvorstand, Interessenvertretung Freiberufler

*V. Gerrlich*

**dbs**  
Volker Gerrlich  
Geschäftsführer

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL):**

**Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie – sowie  
Überarbeitung des Heilmittelkatalogs – Besondere Verordnungsbedarfe und weitere  
Änderungen**

<b>Bundespsychotherapeutenkammer</b>	
<b>23.12.2020</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Zur III. Änderung des Heilmittelkatalogs 2. Abschnitt IV Maßnahmen der Ergotherapie wird wie folgt geändert: b) Ziffer 3. Psychische Störungen wird wie folgt geändert: In den Zeilen PS2 und PS3 wird jeweils die Angabe „10“ durch die Angabe „20“ ersetzt.</p>	<p>Die Bundespsychotherapeutenkammer befürwortet die im Abschnitt IV „Maßnahmen der Ergotherapie“ in Ziffer 3. „Psychische Störungen“ vorgesehene Erhöhung der Höchstmenge je Verordnung von 10 auf 20 Einheiten für die Diagnosegruppen PS2 und PS3. Bei längerfristigen, höherfrequenten ergotherapeutischen Behandlungen, die insbesondere bei Patient*innen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen mit erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen indiziert sein können, kann die ab dem 1. Januar 2021 gültige Höchstmenge von 10 Einheiten innerhalb eines Quartals schnell ausgeschöpft sein. Insbesondere bei diesen Diagnosegruppen sind Konstellationen denkbar, in denen das rechtzeitige Aufsuchen der verordnenden Psychiater*in bzw. der Psychotherapeut*in für eine Folgeverordnung und eine nahtlose ergotherapeutische Weiterbehandlung für die Patient*in erschwert oder nicht möglich ist. Eine entsprechende Erhöhung der Höchstverordnungsmenge auf 20 Einheiten bei diesen Diagnosegruppen erscheint insoweit sachgerecht.</p>

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL):**

**Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie – sowie  
Überarbeitung des Heilmittelkatalogs – Besondere Verordnungsbedarfe und weitere  
Änderungen**

<b>Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)</b>	
<b>29.12.2020</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>II. Die Anlage 2 der HeilM-RL wird wie folgt geändert:</p> <p>2. Der Abschnitt Erkrankungen des Nervensystems wird wie folgt geändert: (...) ff</p> <p>3. Der Abschnitt Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien wird wie folgt geändert: (...) ff</p> <p>4. In dem Abschnitt Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem wird nach der Zeile Q74.3 folgende Zeile eingefügt: (...) ff</p> <p>5. Nach dem Abschnitt Stoffwechselstörungen wird folgender Abschnitt angefügt: (...) ff</p>	<p>Der SHV begrüßt ausdrücklich die Erweiterung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um die im Beschlussentwurf angegebenen Diagnosen und die jeweilige Zuordnung der Diagnosegruppen der Physiotherapie und der Ergotherapie.</p>
<p>2. Abschnitt IV Maßnahmen der Ergotherapie wird wie folgt geändert: b) Ziffer 3. Psychische Störungen wird wie folgt geändert: In den Zeilen PS2 und PS3 wird jeweils die Angabe „10“ durch die Angabe „20“ ersetzt.</p>	<p>Der SHV unterstützt das Ziel des G-BA dahingehend, dass bei Versicherten mit chronisch psychischen Erkrankungen eine Heilmittelbehandlung möglichst stringent und ohne Unterbrechungen durchgeführt werden muss, um die Therapieziele erreichen zu können. Die Unterbrechungen entstehen häufig durch die notwendige Einholung einer erneuten Heilmittelverordnung für die Ergotherapie nach jeweils 10 Einheiten. Hier ist es für den Betroffenen aufgrund seiner Erkrankung eine hohe Hürde, die Arztbesuche entsprechend rechtzeitig zu terminieren und auch diese Termine einzuhalten. Die Versicherten mit Erkrankungen aus den Diagnosegruppen PS2 und PS3 sind dabei häufig auf sich allein gestellt, im Gegensatz zu den Versicherten aus den Gruppen PS1 und PS4, die entweder durch Erziehungsberechtigte oder auch Pflegende / Betreuer unterstützt werden.</p> <p>Die Erweiterung der Höchstverordnungsmenge auf der Verordnung von 10 auf 20 Therapieeinheiten ist eine mögliche</p>

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	
29.12.2020	
	<p>Lösung, um diesen Versicherten eine unterbrechungsfreie Ergotherapie zu ermöglichen. Deshalb wird dieser Vorschlag des G-BA vom SHV begrüßt und unterstützt.</p> <p>Zusätzlich schlagen wir vor, zwei Diagnosen aus der Diagnosegruppe PS3 in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf aufzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- F20.- Schizophrenie</li> <li>- F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome</li> </ul> <p>Die Versicherten mit den genannten Erkrankungen leiden in besonderem Maße darunter, sich regelmäßig neue Heilmittel-Verordnungen beim Arzt einholen zu müssen. Da auch beide Krankheitsbilder unstrittig mit einem zeitlich langen Verlauf einhergehen sowie besonders schwer die Aktivitäten der Betroffenen beeinträchtigen, haben wir eine ausführliche Begründung zur Aufnahme dieser Diagnosen der Stellungnahme beigefügt (<b>Anlage</b>).</p>
2.1.1 Zu den Änderungen im Heilmittelkatalog	<p>Zusätzlich schlagen wir vor, weitere Diagnosen für den physiotherapeutischen Bereich mit aufzunehmen:</p> <p><b>M75.3 Tendinitis calcarea im Schulterbereich</b> Bei einem konservativen Behandlungsansatz stehen multimodale Therapiemaßnahmen über einen Behandlungszeitraum von 3-6 Monaten im Vordergrund. Die Empfehlungen sehen hier im Frühstadium schmerzlindernde und bewegungserweiternde Übungen und im weiteren Verlauf die Kräftigung der Schulter und später folgend die Eingliederung in Sport/Hobby und den Arbeitsalltag vor. Die physiologische Umstrukturierung im Gewebe geht mit einer langwierigen Heilungsphase einher, die durch angeleitete Übungen begleitet werden sollte.</p> <p><b>J45.- Asthma bronchiale</b> Bei vielen von Asthma bronchiale betroffenen Patienten geht die Angst vor anstrengungsinduzierten Symptomen mit einer Angst vor körperlicher Aktivität einher. Dass die körperliche Aktivität einen unmittelbaren Baustein der Therapie darstellt, ist den Betroffenen meist nicht klar. Diese Ängste können in einem begleiteten Setting jedoch zurückgefahren werden. So befürwortet die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma eine regelmäßige nicht-medikamentöse Begleittherapie: <i>Die medikamentöse Therapie des Asthmas soll regelmäßig durch nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen ergänzt werden.</i> Des Weiteren empfiehlt die Leitlinie bei vorhandenen Koinzidenzen wie etwa dysfunktionaler Atmung das Angebot von Atemphysiotherapie. Auch wenn die Prävalenzdaten in Deutschland unterschiedlich ausfallen, zeigt sich mit mindestens 5% Erkrankten in der Bevölkerung eine klare Versorgungsrelevanz. Der Deutsche Verband für Physiotherapie hat aus diesem Grund einen Flyer über Asthma in die Evidence goes practice Serie mit aufgenommen, um den</p>

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	
29.12.2020	
	<p>Physiotherapeuten den Weg zur evidenzbasierten Asthmatherapie zu vereinfachen.</p> <p><b>I70.- Atherosklerose inkl. pAVK</b></p> <p>Ab dem 70. Lebensjahr steigt die Prävalenz der pAVK Betroffenen auf 15-20%. Als Grunderkrankung liegt fast ausschließlich die Atherosklerose vor.</p> <p>Ein strukturiertes Gehtraining wird als die wichtigste nicht-medikamentöse Therapieform angesehen. Folgende Aussagen aus der S3-Leitlinie pAVK zeigen, wieso die Therapie langfristig geplant werden muss und warum eine angeleitete Therapie nötig ist.:</p> <p>In prospektiven Studien unter Aufsicht bzw. Trainingsanleitung über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten konnte eine signifikante Zunahme der Gehleistung auf dem Laufband und eine Abnahme der Claudicatio beobachtet werden.</p> <p>Die Wirksamkeit eines täglichen nicht überwachten Gehtrainings ist deutlich schlechter als die Wirksamkeit eines strukturierten überwachten Trainingsprogrammes. Kontrollierte Studien zeigen bei Patienten mit Claudicatio eine Steigerung der Gehstrecke um ca. 200 Prozent nach 12 Wochen.</p> <p>Die Wirksamkeit eines täglichen nicht überwachten Gehtrainings ist deutlich schlechter als die Wirksamkeit eines strukturierten überwachten Trainingsprogrammes.</p> <p><b>Im Abschnitt Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems wird um eine weitere Diagnose erweitert: Q87.2 „Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten“:</b></p> <p>Bereits als Diagnose zum langfristigen Heilmittelbedarf gelistet ist Q87.0 „Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes“. Da bei der bisherig gelisteten Diagnose bereits ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht, so besteht dies auch bei Patienten mit angeborenen Fehlbildungssyndromen mit Beteiligung der Extremitäten.</p> <p>Die Extremitäten eines Menschen sind essentiell von Bedeutung und werden bei allen Bewegungen eingesetzt. Für Menschen mit angeborenen Fehlbildungssyndromen ist es daher wichtig, regelmäßige und langfristige Physiotherapie zu erhalten, um Aktivitäten des täglichen Lebens durchführen zu können und um sekundäre Schädigungen durch die angeborenen Fehlbildungssyndrome entgegen zu steuern.</p>

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	
29.12.2020	
	<p><b>Im Abschnitt Krankheiten und Verletzungen des Nervensystems wird unter T90.5 „Folgen einer intrakraniellen Verletzung“ eine Spezifikation angegeben. Die einzelnen Diagnosen sollen einzeln aufgenommen werden:</b></p> <p><b>S06.1 bis S06.9:</b></p> <p>Die Diagnose T90.5 „Folgen einer intrakraniellen Verletzung“ ist bereits unter dem langfristigen Heilmittelbedarf gelistet. Zur Vervollständigung können die einzelnen Diagnosen, die als Spezifikation bei T90.5 genannt werden, einzeln in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf mit aufgenommen werden.</p> <p>Diese Diagnosen, die unten aufgelistet sind, sind die Ursachen für Folgen einer intrakraniellen Verletzung. Ob Ursache oder Folge, die nötige langfristige Therapie bei dieser Patientengruppe bleibt dieselbe.</p> <p>Erweitert um die einzelnen Diagnosen:</p> <p>S06.1 „Traumatisches Hirnödem“  S06.2- „Diffuse Hirnverletzung“  S06.3- „Umschriebene Hirnverletzung“  S06.4 „Epidurale Blutung“  S06.5 „Traumatische subdurale Blutung“  S06.6 „Traumatische subarachnoidale Blutung“  S06.7- „Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma“  S06.8 „Sonstige intrakranielle Verletzung“  S06.9 „Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet“</p> <p><b>Im Abschnitt Krankheiten und Verletzungen des Nervensystems wird gebeten, folgende Diagnosen (die unten aufgeführt werden) vom besonderen Verordnungsbedarf in den langfristigen Heilmittelbedarf aufzunehmen:</b></p> <p>Die Diagnosen Subarachnoidalblutung (I60.0-I60.9) Intrazerebrale Blutung (I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9), Hirninfarkt (I63.0-I64) und Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit (I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8) sind bereits als Diagnosen des besonderen Verordnungsbedarfs gelistet sind und sollten nun zum langfristigen Heilmittelbedarf gehören.</p> <p>Laut der Leitlinie der AWMF ist der Schlaganfall in Deutschland und auch weltweit die zweithäufigste Todesursache und eine der Hauptursachen von Behinderung im Erwachsenenalter.</p>



Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	
29.12.2020	
	<p>Die Folgen eines Schlaganfalles können von geringen Einschränkungen bis hin zu großen Einschränkungen bei Patienten führen. Dies betrifft zum Beispiel die motorischen Fähigkeiten. Schlaganfallpatienten mit zum Beispiel Paresen sollen spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Muskelkraft durchführen (Evidenzlevel 1a). Oder auch Gehtraining kann bei Geh- und Gangstörungen angeboten werden (Evidenzlevel 1a), um die Gehaktivität zu fördern, zu verbessern und um Stürzen vorzubeugen.</p> <p>Diese und weitere Störungen können durch regelmäßige und langfristige Therapie verbessert werden.</p> <p>Außerdem liegt die Reorganisationsphase des Gehirns bei etwa 2 Jahren.</p> <p>Als Anmerkung: Folgen einer intrakraniellen Verletzung (T90.5) ist bereits unter dem langfristigen Heilmittelbedarf gelistet. Ob eine Verletzung oder eine der oben genannten Diagnosen ursächlich ist, die Therapie bei dieser Patientengruppe begründet immer einen langfristigen Heilmittelbedarf.</p> <p><b>Zusätzliche Diagnosen sollen mit aufgenommen werden:</b></p> <p>T00.- Oberfläche Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen</p> <p>T02 Frakturen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen<sup>e</sup></p> <p>T04.- Zerquetschungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen</p> <p>T05.- Traumatische Amputationen mit Beteiligung mehrere Körperregionen</p> <p>T06.- Sonstige Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen, anderorts nicht klassifiziert</p> <p>T07.- Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen</p> <p>Aufgrund der Komplexität der Beschwerdebilder ist ein langfristiger Heilmittelbedarf begründet.</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 vor dem jeweiligen Lebenshintergrund (Kontextfaktoren).		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. Ergotherapie unterstützt die psychisch Erkrankten wesentlich dabei, ihre Selbstversorgung und/oder Berufstätigkeit entweder zu stabilisieren oder wieder zu erlangen.

Psychische Erkrankungen mit schweren und chronischen Verläufen haben auch ökonomische Folgen für das Gesundheitswesen und die gesamte Gesellschaft. In Deutschland sind jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Im Jahr 2018 wurden 16 % der Arbeitsunfähigkeitstage durch eine psychische Erkrankung verursacht. Die Dauer von Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen liegt durchschnittlich bei 42 Tagen. Psychische Erkrankungen sind heute mit 42 % auch der häufigste Grund für Frühverrentungen. Die Gesamtkosten aufgrund psychischer Erkrankungen inklusive direkter Kosten für die medizinische Versorgung und Sozialleistungen sowie indirekter Kosten, z. B. durch Produktivitätseinbußen, werden für Deutschland auf rund 147 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt. Das entspricht einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 4,8 %.

Wir verweisen zusätzlich auf die aktuelle S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (2018)<sup>1</sup> 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)<sup>2</sup>**

Auch wenn die Evidenz zu Ergotherapie bei der Überarbeitung der S3-LL nicht de novo recherchiert und systematisch bewertet wurde, unterstreicht der Empfehlungsgrad B die Notwendigkeit der ergotherapeutischen Leistung für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen.

In der Zwischenzeit wurden zudem zahlreiche neuere Studien publiziert, die die damalige Evidenzbasis erweitert haben und ihrerseits<sup>3</sup> wiederum die Basis der ergotherapeutischen Practice Guideline „Adults with serious mental illness“ (AOTA 2019) bilden.

---

<sup>1</sup> LL Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen:  
[https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-020l\\_S3\\_Psychosoziale\\_Therapien\\_bei\\_schweren\\_psychischen\\_Erkrankungen\\_2019-07.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf)

<sup>2</sup> „Hinweis [zur Empfehlung]: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen.“ (Quelle: S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen 2012; 2018)

<sup>3</sup> D'Amico ML, Jaffe LE, Gardner JA. Evidence for Interventions to Improve and Maintain Occupational Performance and Participation for People With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2018; 72: 7205190020p7205190021-7205190020p7205190011; Noyes S, Sokolow H, Arbesman M. Evidence for Occupational Therapy Intervention With Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2018; 72: 7205190010p7205190011-7205190010p7205190010

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL):**

**Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie – sowie  
Überarbeitung des Heilmittelkatalogs – Besondere Verordnungsbedarfe und weitere  
Änderungen**

 <p><i>Wir sind für Sie da!</i> Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p><b>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</b></p>	
31.12.2020	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Anlage 2 Diagnoseliste Langfristiger Heilmittelbedarf Ergänzung der Diagnoseliste</b>	Der BED e.V. begrüßt die Ergänzung der Diagnoseliste ausdrücklich, weil hierdurch die Versorgungssicherheit der betroffenen Patienten besser gewährleistet ist. Der BED e.V. bittet um Aufnahme der Diagnosen F10.2 - F10.9, siehe Änderungsvorschlag „ <b>Anlage 2 HMR Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf</b> “ Aufnahme der Diagnosen F10.2 - F10.9“
<b>Überarbeitung des Heilmittelkatalogs PS2 und PS3 Höchstmenge je VO auf 20 Einheiten</b>	Der BED e.V. begrüßt die Erhöhung der Höchstmenge je Verordnung auf je 20 Einheiten bei PS2 und PS3 ausdrücklich, weil hierdurch die Versorgungssicherheit der betroffenen Patienten besser gewährleistet ist.
<b>Inkrafttreten zum 01.04.2021</b>	Der BED e.V. bittet darum zu prüfen, ob das Inkrafttreten dieser sinnvollen Änderungen evtl. schon zum 01.04.2021 möglich ist, da der Aufwand der Umstellung für alle Beteiligten bei diesen minimalen Änderungen sehr überschaubar ist und innerhalb weniger Tage möglich sein müsste.
Die weiteren Verweise greifen andere Problemlagen mit der HeilM-RL auf:	
<b>§ 1 Grundlagen Absatz 4 sowie C § 14</b> Bedeutung und Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit ergänzen	Der BED e.V. bittet um Erwähnung der zunehmenden Bedeutung und der Notwendigkeit von interprofessioneller Zusammenarbeit in der Heilmittelrichtlinie, für eine bestmögliche Patientenversorgung.
<b>§ 9 Wirtschaftlichkeit</b> Gegenseitige Verweise auf möglicherweise kostengünstigere Heilmittel in Arzneimittel-	Der BED e.V. bittet um ausdrückliche Übertragung der Regelung nach § 9 HMR auf die Richtlinien: <ul style="list-style-type: none"> <li>┆ Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL</li> <li>┆ Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL</li> </ul>

<p>Richtlinie und Hilfsmittel-Richtlinie</p>	<p>„Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt (die Verordnerin oder der Verordner) prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ...</li> <li>- durch eine Hilfsmittelversorgung oder</li> <li>- durch Verordnung eines Arzneimittels</li> </ul> <p>unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann.“</p> <p>Das gilt im umgedrehten Fall daher zwingend auch bei der Verordnung eines Arzneimittels oder eines Hilfsmittels statt einer Heilmittelverordnung.</p> <p>Bislang wurden in der AM-RL jedoch nur sehr allgemeine Aussagen zur Wirtschaftlichkeit getroffen, in der Hilfsm-RL nur teilkonkrete Aussagen, die keinen Rückschluss auf die hier anschaulich benannten Voraussetzungen ermöglichen.</p>
<p><b>§ 11 Ort der Leistungserbringung Absatz 1</b> Aufnahme des sozialen Umfeldes als weiteren Ort der Leistungserbringung</p>	<p>Der BED e.V. bittet den G-BA um eine Ergänzung des § 11 Absatz 1.</p> <p>In der Ergotherapie ist die Schulung der Patientin bzw. des Patienten und/oder ihrer bzw. seiner Bezugspersonen unverzichtbarer Bestandteil der Maßnahmen der Ergotherapie. Hierzu gehören auch die ergotherapeutische Begleitung der eigenständigen Umsetzung von vereinbarten Veränderungen durch die Patientinnen und Patienten bzw. deren Bezugspersonen im häuslichen bzw. sozialen Umfeld. Siehe auch G §35 HMR.</p> <p>Die Behandlung in der Praxis oder die Behandlung in der häuslichen Umgebung bilden als Orte der Leistungserbringung die <b>ergotherapeutische Begleitung im sozialen Umfeld</b> nicht ausreichend ab.</p> <p>Wir bitten daher um Aufnahme des sozialen Umfeldes als weiteren Ort der Leistungserbringung nach Absatz 1.</p>
<p><b>§ 11 Ort der Leistungserbringung Absatz 2</b> Klarstellung in tragenden Gründen</p>	<p>Der BED e.V. bittet den G-BA um Klarstellung des § 11 Absatz 2 in seinen tragenden Gründen.</p> <p><i>“... Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ... ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. ...”</i></p>

	<p>Die Formulierung „ohne Verordnung eines Hausbesuches“ wird in der gelebten Vertragspraxis bislang dahingehend fehlinterpretiert, dass die zusätzlichen Aufwendungen des Leistungserbringers, die aus einer Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesen Einrichtungen resultieren, gänzlich unvergütet bleiben müssen.</p> <p>Wir bitten den G-BA in seinen tragenden Gründen daher auszuführen, dass die verwendete Formulierung „ohne Verordnung eines Hausbesuches“ keinen Eingriff in die Verhandlungen nach §125 SGB V darstellt, sondern in jenen Verhandlungen die Erstattung der Aufwendungen durch Leistungen nach § 11 Absatz 2 zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren ist.</p>
<p><b>§ 12 Auswahl der Heilmittel Absatz 8</b> Streichung des Wortes „Ausnahme“</p>	<p>Der BED e.V. bittet um den Wegfall des Wortes: „Ausnahme“:  <i>„In medizinisch begründeten <del>Ausnahmefällen</del> kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden.“</i></p> <p>Die Intensivierung der Therapie durch die Abgabe als Doppelbehandlung führt in medizinisch begründeten Fällen zu einem schnelleren Behandlungsergebnis, und so zu einer früheren Beendigung der therapeutischen Intervention. Dies entspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die möglichen Fälle stellen keine Ausnahmen dar, da sie in der Praxis häufiger vorkommen.</p>
<p><b>§ 35 Grundlagen Absatz 4 letzter Satz</b> Änderung 2x von „...Version 2020“ in „... in der jeweils zum <i>Verordnungsdatum</i> aktuellen Version“</p>	<p>Änderung 2x von „...Version 2020“ in „... in der jeweils zum <i>Verordnungsdatum</i> aktuellen Version“  weil die Verordner*innen ebenso wie die Therapeut*innen im Praxisalltag <b>mit der jeweils gültigen Fassung der ICD-10-GM</b> arbeiten.</p>
<p><b>§ 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung in Absatz 2 vorletzter Spiegelstrich</b> Ergänzung: insbesondere bei Schluckstörungen</p>	<p>Der BED e.V. bittet den G-BA um Ergänzung zur Abgrenzung:  - Aufbau oder Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen, z. B. der Grob-, Fein- und Willkürmotorik, Mund- und Essmotorik <u>insbesondere bei Schluckstörungen</u></p> <p>Bei Schluckstörungen ist häufig die Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie als auch von sensomotorisch-perzeptiver Behandlung im Rahmen der Ergotherapie notwendig. Die Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und</p>

	Schlucktherapie dienen zur <u>Anbahnung und Förderung des Schluckvorgangs</u> , die Maßnahmen der Ergotherapie dienen der <u>Verbesserung der Mund- und Essmotorik</u> . Siehe auch: Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL
<b>Anlage 2 HMR Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf</b> Aufnahme der Diagnosen F10.2 - F10.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol ab dem Stadium der Abhängigkeit umfassen neben demenziellen und epileptischen Leiden auch Angststörungen und Depressionen bis hin zum Suizid. Ebenso besteht die Gefahr von Delirzuständen in Entzugssituationen und psychotischen Zuständen, welche bereits nach sechsmonatigem Bestehen als irreversibel gelten. Um Progression und sehr wahrscheinliche Rezidive zu verhindern ist neben der psychotherapeutischen eine ergotherapeutische Begleitung des Entzugs und Rehabilitation induziert. Nähere Angaben siehe Anlage. Aufgrund der Langfristigkeit der Maßnahmen und der Schwere der möglichen Folgen ist die Aufnahme der Diagnosen in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf dringend zu empfehlen.
<b>Anlage 3 HMR Änderungen von VOen</b> Änderung der Diagnosegruppe <b>ohne</b> erneute Unterschrift der oder des Verordnenden ermöglichen	Im Sinne von Bürokratieabbau in den Praxen sowohl der Verordnenden als auch der Heilmittelerbringenden sollte eine Änderung der Diagnosegruppe nach Rücksprache mit der oder dem Verordnenden durch die oder den Leistungserbringenden selbst zulässig sein, zumal sich daraus häufig keine weiteren Änderungen bzgl. der Heilmittelbehandlung ergeben.
<b>Zum Heilmittelkatalog SB3</b> Ergänzung thermische Anwendung als mögliches ergänzendes Heilmittel	→ z.B beim Raynaud Syndrom oder Myotonien sinnvoll und teilweise notwendig. Einige Erkrankungen gehen mit Schmerzsymptomatik einher, auch dabei ist thermische Anwendung zu Beginn oder Ende der Behandlung indiziert
<b>Zum Heilmittelkatalog EN2</b> Ergänzung thermische Anwendung als mögliches ergänzendes Heilmittel	Der BED e.V. bittet um Ergänzung und damit um Aufnahme der thermischen Anwendung als ergänzendes Heilmittel bei EN2, sinnvoll z.B. beim Krankheitsbild Multiple Sklerose (Kälte) Unter ZN sind wie bei EN2 Querschnittssyndrome zugeordnet. Folgerichtig müssen auch bei EN2 thermische Anwendungen bei medizinischem Bedarf als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig sein.
<b>Zum Heilmittelkatalog EN3</b> Ergänzung thermische Anwendung als mögliches ergänzendes Heilmittel	Ergänzung thermische Anwendung als mögliches ergänzendes Heilmittel z.B. beim Krankheitsbild Polyneuropathie → dient dabei der notwendigen Schmerzreduzierung zur Vorbereitung auf die Behandlung
<b>Zum Heilmittelkatalog PS4</b>	Bei Demenzerkrankungen im fortgeschrittenen Stadium ist die Therapie von krankheitsbedingten Schädigungen der sensomotorischen und perzeptiven Funktionen (Förderung

Ergänzung der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung als vorrangiges Heilmittel	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
--	---



F10.2-F10.9 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Der Bemessungszeitraum der Kriterien für die Diagnostizierung einer Alkoholabhängigkeit beläuft sich auf ein Jahr.

Von schädlichem Alkoholgebrauch wird gesprochen, wenn der Alkoholkonsum zur Beeinträchtigung der Gesundheit führt. Die Beeinträchtigung kann sich sowohl im körperlichen als auch im psychischen Bereich äußern.

Zentrales Nervensystem:

Nekrotisierung des Nervengewebes können Gang- und Koordinationsstörungen, Wesensänderungen sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bis hin zur **Demenz** sowie epileptische Anfälle hervorrufen.

Peripheres Nervensystem:

Zwischen 20 und 30 Prozent der Alkoholiker leiden unter Polyneuropathien v.a. der unteren Extremität.

Psyche:

**Angst und Depressionen** sind bei Alkoholabhängigkeit häufig. Sie werden direkt durch den Alkohol und indirekt durch die sozialen Folgen der Erkrankung ausgelöst. Zehn bis 15 Prozent der Betroffenen begehen **Suizid**.

Somatisch:

Alkoholhepatitis und Leberzirrhose führen zu Leberversagen, ebenso können Ösophagusvarizen entstehen, bei deren Riss akute Verblutungsgefahr besteht.

Es besteht ein mehrfach erhöhtes Risiko für Tumorbildung in Leber, Mund- und Rachenraum, Speiseröhre, Magen, Colon und der Brust. Durch chronische Pankreatitis kann in einem Diabetes mellitus resultieren. Zudem ist die Nährstoffaufnahme im Darm gestört, es entstehen Mangelsyndrome.

Durch dilatative Kardiomyopathie und dauerhaft erhöhten Blutdruck besteht neben einer Leistungsminderung die Gefahr von Herzrhythmusstörungen und Apoplex.

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft schädigt den Embryo, siehe Alkohol-Embryopathie (Q86.0)

Zusätzlich bei F10.3:

Eine Entzugssituation ist durch innere Unruhe, Gereiztheit, Angstzustände, Schwitzen, Schweißausbrüche, Zittern, Übelkeit und Erbrechen, Herzrasen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Sprechstörungen, Doppelbilder und allgemeines Krankheitsgefühl gekennzeichnet. Depressive Verstimmungen bis hin zu Suizidgedanken treten auf. Häufig kommen Epileptische Anfälle hinzu.

Zusätzlich bei F10.4:

Das Delir ist die schwerste Form des Alkoholentzugssyndroms mit Desorientiertheit, Bewusstseinsstörungen bis zum Koma, Schwitzen, Zittern sowie optischen und akustischen Halluzinationen. Störungen der Herz-Kreislauf-Regulation und der Atmung können unbehandelt schnell lebensbedrohlich werden. Das Entzugsdelir bedarf der sofortigen ärztlichen Behandlung.

Zusätzlich bei F10.5:

Bei der Alkoholhalluzinose (psychotische Störung durch Alkohol) handelt es sich um ein relativ seltenes Krankheitsbild, das durch die Leitsymptome (akustische) Halluzinationen, Angst und gegebenenfalls Verfolgungswahn bei fehlenden Bewusstseins- und Orientierungsstörungen

gekennzeichnet ist. Die Prognose ist in den meisten Fällen gut, zur Akuttherapie werden Neuroleptika eingesetzt.

Weitere Leitsymptome der Alkoholhalluzinose sind paranoide Gedanken und Angst, meist in Form eines Verfolgungswahns. Gelegentlich kann auch ein Eifersuchtswahn hinzutreten mit daraus resultierenden Gewaltdelikten. Die Therapie ist meist schwierig, Neuroleptika nur begrenzt wirksam. Es besteht eine hohe Rückfallgefahr hinsichtlich stationärer Wiederaufnahmen.

Benedetti fand heraus, dass jenseits von 6monatiger Symptompersistenz die Halluzinosen meist nicht mehr reversibel und damit als chronisch zu bezeichnen sind.

Allgemeine Ziele in der Therapie von Erkrankten:

Die Begleitung und Unterstützung im Entzug zielt darauf zentrale und periphere Nervenschädigungen v.a. demenzielle Schädigungen, Krampfanfälle und Apoplex zu verhindern, sowie die Gehfähigkeit zu erhalten. Verhinderung von psychischen und somatischen Folgeerscheinungen, v.a. Suizid, sowie Organversagen, Tumorbildung sowie Alkohol-Embryopathie bei schwangeren Frauen. Sekundär-präventiv soll einem Rückfall oder einer Verstärkung der Sucht mit eventuellen Entzugsererscheinungen und Delir vorgebeugt werden.

Maßnahmen der Ergotherapie für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen:

Abhängigkeitserkrankungen sind im Heilmittelkatalog (gültige Fassung ab 1.1. 2021) in der Diagnosegruppe PS3 verortet. Für diese Diagnosegruppe stehen in der ergotherapeutischen Leistungsbeschreibung sowohl Methoden der Psychisch-funktionellen Behandlung als auch das Ergotherapeutische Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung zur Verfügung.

Die **Psychisch-funktionelle Behandlung** ist u.a. indiziert bei Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie:

- der globalen mentalen Funktionen z.B. der psychischen Energie und des Antriebs (inkl. Impulskontrolle, Drang nach Suchtmitteln)
- der spezifischen mentalen Funktionen, z. B.
  - emotionaler Funktionen (z. B. Affektkontrolle, Spannweite von Emotionen)
  - der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung
  - des Denkens (z. B. Denkt tempo, Inhalt des Denkens)
  - höherer kognitiver Funktionen (z. B. exekutive Funktionen, kognitive Flexibilität, Einsichts- und Urteilsvermögen, Problemlösevermögen, Realitätsbewusstsein und Selbsteinschätzung)

sowie bei Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe: Einschränkungen der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie:

- Wissensanwendung wie z. B. Aufmerksamkeit fokussieren, Denken, Probleme lösen, Entscheidungen treffen
- mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
- im Bereich der Kommunikation (etwa Konversation, Diskussion)
- im Bereich Selbstversorgung

Die Therapieziele sind patientenindividuell festzulegen und können für die Psychisch-funktionelle Behandlung heißen:

- Stabilisierung oder Besserung globaler mentaler Funktionen der psychischen Energie, des Antriebs und des Schlafes
- Stabilisierung oder Besserung spezifischer mentaler Funktionen
  - der Emotion (z. B. Affektkontrolle)
  - der Wahrnehmung
  - des Denkens (Denktempo, Inhalte)
  - Höherer kognitiver Funktionen, wie des Abstraktionsvermögens, des Einsichts- und Urteilsvermögens
  - der Selbstwahrnehmung
- Entwicklung, Wiederherstellung und Erhalt:
  - zur Alltagsbewältigung benötigter kognitiver Fähigkeiten
  - kommunikativer und sozial-interaktiver Kompetenzen
  - der eigenständigen Selbstversorgung
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit
- Erlernen von Kompensationsstrategien
- selbstbestimmte Lebensgestaltung

Das **Ergotherapeutische Hirnleistungstraining/die Neuropsychologisch orientierte Behandlung** ist u.a. indiziert bei Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen wie:

- der spezifischen mentalen Funktionen, z. B.
  - des Gedächtnisses
  - des Denkens (z. B. Denktempo, Form und Inhalt des Denkens)
- der höheren kognitiven Funktionen, z. B.
  - des Organisierens und Planens
  - der kognitiven Flexibilität
  - des Einsichts-, Urteils- und/oder Problemlösevermögens
  - kognitiv-sprachlicher Funktionen
  - der Selbstwahrnehmung
- der kognitiven Ausdauer und Belastbarkeit

sowie bei Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe:

- Einschränkungen der Alltagsbewältigung in individuell wichtigen Lebensbereichen, wie:
  - der Konzentration im Alltag (z. B. Aufmerksamkeit fokussieren)
  - beim Lösen von Problemen und Treffen von Entscheidungen
- im Bereich der Allgemeinen Aufgaben und Anforderungen, etwa:
  - der Durchführung der täglichen Routine
  - des Umgangs mit Stress und anderen psychischen Anforderungen
- in anderen individuell wichtigen Lebensbereichen, z. B.
  - der Kommunikation
  - der Selbstversorgung
  - des häuslichen Lebens
  - Interpersoneller Interaktionen und Beziehungen

Die Therapieziele können für das Hirnleistungstraining bzw die Neuropsychologisch orientierte Behandlung heißen:

- Stabilisierung oder Besserung spezifischer mentaler Funktionen, insbesondere
  - des Gedächtnisses
  - des Denkens
  - der höheren kognitiven Funktionen wie des Abstraktionsvermögens, der Handlungsplanung, des Einsichts-, Urteils- und Problemlösevermögen
- Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt von:
  - der zur Alltagsbewältigung benötigten kognitiven Fähigkeiten
  - von Handlungskompetenz zur Bewältigung allgemeiner Aufgaben und Anforderungen
  - kommunikativer und sozial-interaktiver Kompetenzen
  - der eigenständigen Selbstversorgung
- Erlernen von Kompensationsstrategien
- selbstbestimmte Lebensgestaltung

Quellen:

<https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/behandlungen-und-medizin/sucht/alkohol-2022948> (Zugriff 31.12.2020)

Soyka M (1999) Alkoholismus. Berlin Heidelberg, Springer-Verlag

Soyka M (2014) Psychotische Störungen durch Alkohol – eine eigene diagnostische Entität?.  
Nervenarzt 2014 · 85:1093–1098

Nutt D et al. (2007) Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse.  
The Lancet · 369:1047–1053

[https://www.bed-ev.de/downloads/vertraege/20160314\\_Rahmenempfehlung\\_Ergotherapie\\_Anlage\\_1.pdf](https://www.bed-ev.de/downloads/vertraege/20160314_Rahmenempfehlung_Ergotherapie_Anlage_1.pdf) (Zugriff 31.12.2020)

sowie bereits konsentierter Verhandlungsstand der Anlage 1 „Leistungsbeschreibung“ der zukünftig geltenden bundeseinheitlichen Rahmenverträge (Stand 31.12.2020)

<https://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/alkohol-use/data-and-statistics/q-and-a-how-can-i-drink-alkohol-safely> (Zugriff 31.12.2020)

Benedetti G (1952) Die Alkoholhalluzinose. Stuttgart, Thieme

## B-1.4 Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

## B-1.4.1 Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
1.	BED	<b>Inkrafttreten zum 01.04.2021</b>	Der BED e.V. bittet darum zu prüfen, ob das Inkrafttreten dieser sinnvollen Änderungen evtl. schon zum 01.04.2021 möglich ist, da der Aufwand der Umstellung für alle Beteiligten bei diesen minimalen Änderungen sehr überschaubar ist und innerhalb weniger Tage möglich sein müsste.	Ein Inkrafttreten zum 1. April 2021 ist nicht möglich, da gemäß § 94 SGB V Richtlinienänderungen dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen sind. Die Prüffrist beträgt 2 Monate. Eine Beschlussfassung der Änderung wird jedoch frühestens im März 2021 erfolgen. Gemäß § 73 Abs. 10 SGB V besteht die Verpflichtung, dass die Praxisverwaltungssoftware die Informationen der Richtlinien enthält. Für diese Anpassung bedarf es einen zeitlichen Vorlaufes, weshalb	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				eine Änderung immer nur zum Quartalwechsel möglich ist.	

### B-1.4.2 Stellungnahmen zu Anlage 2 der HeiM-RL

#### B-1.4.2.1 Allgemeine Eingaben

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
2.	dba, dbl, dbs	Ergänzungen in Anlage 2	Die Ergänzung der Anlage 2 durch weitere Diagnosen wird begrüßt. Die dort ergänzten Diagnosen berücksichtigen jedoch nicht die Diagnosegruppen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, die ebenfalls erforderlich sind. Wir bitten daher um Ergänzung einiger Diagnosegruppen, die im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie relevant sind (siehe hierzu unter der Rubrik „ <i>Weitere Eingaben, welche nicht Gegenstand des SN-Verfahrens waren</i> “).	Kenntnisnahme, siehe auch lfd. Nr. 5 - 8	Nein
3.	BED	<b>Anlage 2 Diagnoseliste Langfristiger Heilmittelbedarf</b> Ergänzung der Diagnoseliste	Der BED e.V. begrüßt die Ergänzung der Diagnoseliste ausdrücklich, weil hierdurch die Versorgungssicherheit der betroffenen Patienten besser gewährleistet ist.	Kenntnisnahme	Nein
4.	SHV	<b>Anlage 2 der HeiM-RL</b>	Der SHV begrüßt ausdrücklich die Erweiterung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um die im Beschlussentwurf angegebenen Diagnosen und die jeweilige	Kenntnisnahme	Nein

			Zuordnung der Diagnosegruppen der Physiotherapie und der Ergotherapie.		
--	--	--	--	--	--

#### B-1.4.2.2 Zeile G91.2 Normaldruckhydrozephalus

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
5.	dba, dbi, dbs	Hier sind die Diagnosegruppen SP5/SP6 und SC zu ergänzen.	Normaldruckhydrozephalus kann zu dauerhaften Störungen führen: Reduzierung der Hirnleistung, Abrufstörungen und <b>Einschränkungen im Bereich der Sprache, des Sprechens und Schluckens. In diesen Fällen muss ggf. auch sprach-, sprech- und schlucktherapeutisch behandelt werden.</b>	Laut der S1-Leitlinie Normaldruckhydrozephalus der Deutschen Gesellschaft für Neurologie vom 21. Dezember 2017 (gültig bis 20. Dezember 2022), können bei dieser Erkrankung u.a. Defizite des verbalen Gedächtnisses in Form von Abrufstörungen auftreten. Störungen des Sprechens und des Schluckens sind nicht Teil des typischen Krankheitsverlaufs. In Einzelfällen können Abrufstörungen jedoch Maßnahmen der Sprachtherapie erfordern. Diese Störungen sind jedoch hinsichtlich der Schwere und Langfristigkeit der funktionellen und	Nein

				strukturellen Schädigung und der Beeinträchtigung der Aktivitäten nicht ausreichend um einen langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V an Sprachtherapie zu begründen. Es wird daher kein Änderungsbedarf gesehen.	
--	--	--	--	---	--

#### B-1.4.2.3 Stellungnahmen zu Verbrennungen und Verätzungen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
6.	dba, dbl, dbs	T20.3 Verbrennung 3. Grades des Kopfes und des Halses  T20.7 Verätzung 3. Grades des Kopfes und des Halses	Hier sind die Diagnosegruppen ST1, ST3, SP6 und SC zu ergänzen.  Verbrennungen und Verätzungen im Kopf/Halsbereich können zu dauerhaften Störungen führen, dievielfältige Auswirkungen auf Lippen- und Zungenbewegung und damit auf Artikulation, Stimmgebung und das Schlucken haben und damit Stimm-, Sprech- und Schlucktherapie erforderlich machen.	Verbrennungen und Verätzungen dritten Grades können im Kopf- und Halsbereich zu persistierenden Schädigungen des Larynx, Pharynx und der oberen Artikulationsorgane (Lippen/Zunge) führen. Hieraus können sich schwere Beeinträchtigungen der Phonation, Artikulation und des Schluckens ergeben. Von besonderer	Ja. Die Diagnosen T20.3 und T20.7 werden um die Diagnosegruppen „ST1/SP6/SC“ ergänzt.



Relevanz im Bereich der Stimm-, Sprech- und Schlucktherapie sind adaptive und kompensatorische Maßnahmen zur Erreichung eines größtmöglichen Aktivitäts- und Partizipationsniveaus.

Die Ergänzung der Diagnosegruppen ST1, SP6 und SC zu den ICD-10-Codes T20.3 und T20.7 ist daher medizinisch und therapeutisch sinnvoll.

Die Diagnosegruppe ST3 sollte aufgrund der Variabilität psychisch bedingter Schädigungen und eher kurzfristigeren Behandlungsbedarf nicht aufgenommen werden. Darüber hinaus ist hier eine regelmäßige vertragsärztliche Kontrolle und Überwachung, ggf. psychotherapeutische Betreuung, angezeigt.

#### B-1.4.2.4 Weitere Erkrankungen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
7.	dba, dbl, dbs	Fehlende Diagnosen, die im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie relevant sind Die folgenden Diagnosen sollten ergänzt werden: G20.1	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr). Hier sollten unbedingt auch frühere Stadien des Primären Parkinson-Syndroms aufgeführt werden. Für die Stimm- und Sprechtherapie hat sich gezeigt, dass die Erfolge besonders bei Patienten und Patientinnen mit leichten bis mittelschweren Symptomen erzielt werden. Eine langfristige Behandlung sollte daher so früh wie möglich beginnen	G20.1: In der Regel ist von keinem langfristigen HeilM-Bedarf auszugehen. In diesen Stadien variieren Art und Ausprägung der Symptomatik stark und die medikamentöse Behandlung ist die tragende Therapieform. Da jedoch ein zeitlich variierender intensiver HeilM-Bedarf gesehen wird, ist diese Diagnose in der Liste für besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) berücksichtigt.	Nein
8.	dba, dbl, dbs	Des Weiteren können folgenden Diagnosen zu dauerhaften Störungen führen und sollten deshalb in Anlage 2 mit den dazugehörigen Diagnose-schlüsseln sowie den entsprechenden Indikationsschlüsseln der Stimm-, Sprech-, Sprech- und Schlucktherapie ergänzt werden: - F00-F03 Demenzen	Hinweis: Die Begründungen basieren auf umfangreichen Erfahrungswerten aus der Praxis, in der immer wieder Patient*innen mit den o.g. Indikationen vorgestellt und erfolgreich behandelt werden. Um die praxisbasierte Evidenz wissenschaftlich belegen zu können, bedarf es Studien im Bereich des Heilmittels Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Detaillierte Informationen zum Thema Vollakademisierung können beim „Arbeitskreis Berufsgesetz“ abgerufen werden: <a href="http://www.arbeitskreis-berufsgesetz.de">www.arbeitskreis-berufsgesetz.de</a> .	Die vorgeschlagenen Indikationen sind auch schon im Rahmen vorgehender Stellungsverfahren zur Änderung der HeilM-RL eingebracht worden. Da vom Stellungnehmer weder in der Vergangenheit noch akutell fachliche Begründungen bzw. wei-	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache</li> <li>- F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</li> <li>- G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)</li> <li>- G30-G32 Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems</li> <li>- G40 Epilepsien</li> <li>- G81.9 Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet</li> <li>- H54.0 Blindheit und hochgradige Sehbehinderung</li> <li>- H90 Hörstörungen</li> <li>- M45.09 Spondylitis ankylosans (Morbus von Bechterew)</li> <li>- P00-P04 Schädigung des Fötus und Neuge-</li> </ul>		<p>tere Erkenntnisse angeführt wurden, bleibt die Bewertung des G-BA unverändert. Es wird zwar auf eine allgemeine praxisbasierte Evidenz hingewiesen, jedoch ohne weitere Ausführungen zu den einzeln genannten Indikationen.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Ex- pte	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
		<p>borenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Q16 Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen</li> <li>- Q39 Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus</li> <li>- Q87 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme</li> <li>- Q93 Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert</li> <li>- Q99 Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert</li> <li>- R13 Dysphagie</li> </ul> <p>R49 Störungen der Stimme in Verbindung mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C00-97 Malignome Kopf/Hals, Atmungsorgane, Magen/Darm</li> </ul>			

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- J38.3 Rekurrensparese, Spasmodische Dysphonie</li> <li>- G35 Multiple Sklerose</li> <li>- G58.8 Störungen des Nervus phrenicus</li> <li>- G62.9 Polyneuropathie</li> <li>- M45.09 Morbus Bechterew</li> <li>- R06.88 Vocal cord dysfunction (VCD)</li> <li>- R06.88 Dyspnoe</li> <li>- T07 Polytrauma</li> </ul> <p>Z90 Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie</p> <p>Z96.2 Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan</p>			
9.	BED	<p><b>Anlage 2 HMR Diagnose- liste zum langfristigen Heilmittelbedarf</b> Aufnahme der Diagnosen F10.2 - F10.9 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol)</p>	<p>Begründung siehe eigene Anlage des BED zu SN-V (Sammeldokument). Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol ab dem Stadium der Abhängigkeit umfassen neben demenziellen und epileptischen Leiden auch Angststörungen und Depressionen bis hin zum Suizid. Ebenso besteht die Gefahr von Delirzuständen in Entzugssituationen und psychotischen Zuständen, welche bereits nach sechsmonatigem Bestehen als irreversibel gelten. Um Progression und sehr wahrscheinliche Rezidive zu verhindern ist neben der psychotherapeutischen eine ergothera-</p>	<p>Keine Zustimmung Ergotherapie kann im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung oder einer Sucht-Rehabilitation Teil eines interdisziplinären Therapiekonzepts sein. Auch kann Ergotherapie bei Bedarf im ambulanten Bereich zeitweise therapeutisch sinnvoll sein. Ein Bedarf an langfristig ergotherapeutischer</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>peutische Begleitung des Entzugs und Rehabilitation induziert. Aufgrund der Langfristigkeit der Maßnahmen und der Schwere der möglichen Folgen ist die Aufnahme der Diagnosen in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf dringend zu empfehlen.</p>	<p>Behandlung bei chronischer Alkoholkrankheit und deren Folgezuständen wie Alkoholpsychose oder Korsakow-Syndrom besteht im rein ambulanten Bereich nicht. Auch ergibt sich hieraus keine Rezidivprophylaxe. Grundsätzlich besteht aber immer die Möglichkeit, gemäß § 8 HeilM-RL einen Antrag auf individuelle Genehmigung zu stellen.</p>	
10.	SHV	<p>Zusätzlich schlagen wir vor, zwei Diagnosen aus der Diagnosegruppe PS3 in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf aufzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F20.- Schizophrenie</li> <li>• F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome</li> </ul>	<p>Die Versicherten mit den genannten Erkrankungen leiden in besonderem Maße darunter, sich regelmäßig neue Heilmittel-Verordnungen beim Arzt einholen zu müssen. Da auch beide Krankheitsbilder unstrittig mit einem zeitlich langen Verlauf einhergehen sowie besonders schwer die Aktivitäten der Betroffenen beeinträchtigen, haben wir eine ausführliche Begründung zur Aufnahme dieser Diagnosen der Stellungnahme beigefügt (siehe eigene <b>Anlage</b> SHV zu Stellungnahme)</p>	<p>GKV/KBV: F32.2 Bei einer schweren depressiven Episode steht die medikamentöse Therapie (ggf. als Kombinationstherapie) sowie Psychotherapie im Vordergrund. In Abhängigkeit der Symptomatik ist eine stationäre Behandlung angezeigt. Gemäß NVL Unipolare Depressionen (2. Auflage, Version 5) gehören ergotherapeutische</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>Behandlungsmaßnahmen zum modernen Standard jeder Art von psychiatrischer Therapie. Im ambulanten Bereich erfolgt die Verordnung von Ergotherapie nach der Heilmittelrichtlinie.</p> <p>Aussagen, dass eine ergotherapeutische Behandlung langfristig, mindestens 1 Jahr durchgehend durchgeführt werden soll, finden sich in der S 3 LL nicht.</p> <p>Zu F20: Therapeutische Maßnahmen dienen der Verbesserung emotionaler, personaler, sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen. Kein genereller langfristiger HeilM-Bedarf, sondern unterschiedlichen Krankheitsstadien und der Krankheitsaktivität angepasste ergotherapeutische Versorgung. In der genannten S3-Leitlinie „Psychosoziale</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Ex-perte	Stellungnahme / Änderungs-vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be-schluss-entwurf
				<p>Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wird Ergotherapie für einen Teil der Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans mit einem Empfehlungsgrad B („Sollte-Empfehlung“) empfohlen. Diese Empfehlung ist medizinisch übereinstimmend mit den Ausführungen, dass auch bei Schizophrenie (F20.-) und schwerer depressive Episode (F32.2) kein genereller langfristiger HeilM-Bedarf besteht, sondern den unterschiedlichen Krankheitsstadien und der Krankheitsaktivität angepasste ergotherapeutische Behandlung erfolgen sollte.</p> <p><b>PatV:</b> Auch die PatV sieht Probleme bei der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen</p>	



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>bei Menschen mit schweren depressiven Episoden oder Schizophrenie. Diese liegen u.a. in der mangelnden Verfügbarkeit von Psychiatern oder von spezialisierten ergotherapeutischen Praxen in einigen Regionen. Die Ergotherapie ist ein wichtiges Element in der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen. Allerdings gibt es keine verlässlichen Daten zur Erforderlichkeit einer kontinuierlichen Ergotherapie über lange Zeiträume, insbesondere über ein Jahr hinaus. Auch die Auswertung von Rückmeldungen aus der Praxis lässt keinen eindeutigen Schluss zu, dass die Versorgung dadurch erschwert ist, dass diese Diagnosen nicht in der Liste zum langfristigen Heilmittelbedarf aufgenommen sind. Das Problem der</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				mehrfachen Arztbesuche im Quartal bei höherfrequenter Behandlung wurde bereits mit der Verordnungsmöglichkeit von 20 TE je Verordnung aufgegriffen. Zusammenfassend kommt die PatV zum Ergebnis, dass die Aufnahme "schwere depressive Episode" und "Schizophrenie" in die Anlage 2 derzeit nicht erforderlich ist und auch nicht ausreichend begründet werden kann	
11.	SHV	Zusätzlich schlagen wir vor, weitere Diagnosen für den physiotherapeutischen Bereich mit aufzunehmen: <b>M75.3 Tendinitis calcarea im Schulterbereich</b>	Bei einem konservativen Behandlungsansatz stehen multimodale Therapiemaßnahmen über einen Behandlungszeitraum von 3-6 Monaten im Vordergrund. Die Empfehlungen sehen hier im Frühstadium schmerzlindernde und bewegungserweiternde Übungen und im weiteren Verlauf die Kräftigung der Schulter und später folgend die Eingliederung in Sport/Hobby und den Arbeitsalltag vor. Die physiologische Umstrukturierung im Gewebe geht mit einer langwierigen Heilungsphase einher, die durch angeleitete Übungen begleitet werden sollte.	Wie bereits durch den SHV dargestellt wird die Tendinitis calcarea primär konservativ behandelt (nichtsteroidale Antiphlogistika, subacromiale Injektionen, Physiotherapie, physikalische Therapien wie Kälte, Elektrotherapie, sowie ggf. mit extrakorporaler Stoßwellentherapie). Bei Persistenz	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>der Beschwerden kommen operative Verfahren (z.B. arthroskopische Kalkentfernung) in Frage. Die Krankheitsverläufe sind phasenhaft. Durchschnittlich kann mit einer Behandlungsdauer von 6 Monaten gerechnet werden.</p> <p>Durchaus gibt es im Einzelfall auch längerfristige persistierende Schmerzen.</p> <p>Ein grundsätzlich langfristiger Heilmittelbedarf lässt sich daraus aber nicht ableiten.</p> <p>Auch kann eine Schwere in Bezug auf die sonst auf Anlage 2 genannten Diagnosen nicht hergestellt werden.</p> <p>Kein Änderungsbedarf.</p>	
12.	SHV	<b>J45.- Asthma bronchiale</b>	Bei vielen von Asthma bronchiale betroffenen Patienten geht die Angst vor anstrengungsinduzierten Symptomen mit einer Angst vor körperlicher Aktivität einher. Dass die körperliche Aktivität einen unmittelbaren Baustein der Therapie darstellt, ist den Betroffenen meist nicht klar. Diese Ängste können in ei-	Asthma ist eine heterogene Erkrankung, die durch eine chronische Entzündung und meist variablen Atemwegsobstruktionen charakterisiert ist. Bei	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>nem begleiteten Setting jedoch zurückgefahren werden. So befürwortet die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma eine regelmäßige nicht-medikamentöse Begleittherapie: <i>Die medikamentöse Therapie des Asthmas soll regelmäßig durch nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen ergänzt werden.</i></p> <p>Des Weiteren empfiehlt die Leitlinie bei vorhandenen Koinzidenzen wie etwa dysfunktionaler Atmung das Angebot von Atemphysiotherapie. Auch wenn die Prävalenzdaten in Deutschland unterschiedlich ausfallen, zeigt sich mit mindestens 5% Erkrankten in der Bevölkerung eine klare Versorgungsrelevanz. Der Deutsche Verband für Physiotherapie hat aus diesem Grund einen Flyer über Asthma in die Evidence goes practice Serie mit aufgenommen, um den Physiotherapeuten den Weg zur evidenzbasierten Asthmatherapie zu vereinfachen.</p>	<p>Patienten mit Asthma können Phasen mit völliger Beschwerdefreiheit im Wechsel mit unterschiedlich ausgeprägten Symptomen auftreten</p> <p>Im Vordergrund der Therapie steht die leitliniengerechte medikamentöse Einstellung. Diese sollte durch nichtmedikamentöse Maßnahmen ergänzt und unterstützt werden, insbesondere Asthmaschulung, Rehabilitationsmaßnahmen, regelmäßiges körperliches Training, Raucherentwöhnung, Allergenvermeidung, Atemphysiotherapie.</p> <p>Bei Verschlechterung der Symptomatik mit Auftreten von Asthma-Anfällen oder Exacerbationen, z.B. im Rahmen von Infekten, kann die Durchführung einer angeleiteten Atemphysiotherapie angezeigt sein. Diese beinhaltet</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Ex- pte	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
				<p>(wie auch die Asthma- Schulung), die Vermitt- lung von atemerleich- ternden Techniken und Eigenübungen, sodass diese nach Abklingen der Symptomatik selbst durchgeführt werden sollten.</p> <p>Für einen langfristigen Heilmittelbedarf muss sowohl die Langfristig- keit als auch die Schwere der vorliegen- den Schädigungen er- füllt sein.</p> <p>Beide Kriterien werden beim Asthma mit wech- selnder Symptomatik und Phasen von Be- schwerdefreiheit nicht erfüllt.</p> <p>Es wird kein Ände- rungsbedarf gesehen.</p>	
13.	SHV	<b>I70.- Atherosklerose inkl. PAVK</b>	<p>Ab dem 70. Lebensjahr steigt die Prävalenz der pAVK Betroffenen auf 15-20%. Als Grunderkrankung liegt fast ausschließlich die Atherosklerose vor.</p> <p>Ein strukturiertes Gehtraining wird als die wichtigste nicht- medikamentöse Therapieform angesehen.</p> <p>Folgende Aussagen aus der S3-Leitlinie pAVK zei- gen, wieso die Therapie langfristig geplant werden muss und warum eine angeleitete Therapie nötig ist.:</p>	<p>Gehtraining und kör- perliche Aktivität sind wesentliche Kompo- nenten der konservati- ven Behandlung von Patienten mit pAVK, auch nach interventio- nellen, operativen oder</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>In prospektiven Studien unter Aufsicht bzw. Trainingsanleitung über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten konnte eine signifikante Zunahme der Gehleistung auf dem Laufband und eine Abnahme der Claudicatio beobachtet werden.</p> <p>Die Wirksamkeit eines täglichen nicht überwachten Gehtrainings ist deutlich schlechter als die Wirksamkeit eines strukturierten überwachten Trainingsprogrammes. Kontrollierte Studien zeigen bei Patienten mit Claudicatio eine Steigerung der Gehstrecke um ca. 200 Prozent nach 12 Wochen.</p> <p>Die Wirksamkeit eines täglichen nicht überwachten Gehtrainings ist deutlich schlechter als die Wirksamkeit eines strukturierten überwachten Trainingsprogrammes.</p>	<p>medikamentösen Behandlungsmaßnahmen. Dabei wird dem strukturierten Gefäßtraining unter Aufsicht der Vorrang gegeben. Außerdem ist das Führen von Patiententagebüchern sinnvoll.</p> <p>Eine Anleitung erhalten viele Patienten im Rahmen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Im Anschluss daran, aber auch unabhängig davon, wird die Teilnahme am Rehabilitationssport empfohlen. Hier wirken sich neben der fachlichen Anleitung die gruppendynamischen Effekte positiv aus.</p> <p>Physiotherapie kann zu Beginn und bei Bedarf Verlauf zur Anleitung, Kontrolle und Förderung der Motivation, erfolgen, ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht allerdings nicht.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				(S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (Stand 30.September 2015, gültig bis 29.11.2020) Kein Änderungsbedarf.	
14.	SHV	Im Abschnitt <b>Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelettsystems</b> wird um eine weitere Diagnose erweitert: <b>Q87.2 „Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten“</b>	Bereits als Diagnose zum langfristigen Heilmittelbedarf gelistet ist Q87.0 „Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes“. Da bei der bisherig gelisteten Diagnose bereits ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht, so besteht dies auch bei Patienten mit angeborenen Fehlbildungssyndromen mit Beteiligung der Extremitäten. Die Extremitäten eines Menschen sind essentiell von Bedeutung und werden bei allen Bewegungen eingesetzt. Für Menschen mit angeborenen Fehlbildungssyndromen ist es daher wichtig, regelmäßige und langfristige Physiotherapie zu erhalten, um Aktivitäten des täglichen Lebens durchführen zu können und um sekundäre Schädigungen durch die angeborenen Fehlbildungssyndrome entgegen zu steuern.	Bisher finden sich Q71.0 – Q71.9 Reduktionsdefekte der oberen Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Q72.0 – Q72.9 Reduktionsdefekte der unteren Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) und Q73.0 – Q73.8 Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) auf Anlage 2. Damit sind wesentliche Patientengruppen mit Fehlbildungssyndromen der Extremitäten bereits erfasst.	Ja. Die Anlage 2 wird um die Diagnose „Q87.2 Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten“ mit Diagnosegruppen „EX/CS/LY“ sowie „SB1/SB2“ ergänzt.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				Die ergänzende Aufnahme von Q87.2 „Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten“ ist fachlich nachvollziehbar.	
15.	SHV	Im Abschnitt <b>Krankheiten und Verletzungen des Nervensystems</b> wird unter <b>T90.5 „Folgen einer intrakraniellen Verletzung“</b> eine Spezifikation angegeben. Die einzelnen Diagnosen sollen einzeln aufgenommen werden: S06.1 bis S06.9	Die Diagnose T90.5 „Folgen einer intrakraniellen Verletzung“ ist bereits unter dem langfristigen Heilmittelbedarf gelistet. Zur Vervollständigung können die einzelnen Diagnosen, die als Spezifikation bei T90.5 genannt werden, einzeln in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf mit aufgenommen werden. Diese Diagnosen, die unten aufgelistet sind, sind die Ursachen für Folgen einer intrakraniellen Verletzung. Ob Ursache oder Folge, die nötige langfristige Therapie bei dieser Patientengruppe bleibt dieselbe. Erweitert um die einzelnen Diagnosen: S06.1 „Traumatisches Hirnödem“ S06.2- „Diffuse Hirnverletzung“ S06.3- „Umschriebene Hirnverletzung“ S06.4 „Epidurale Blutung“ S06.5 „Traumatische subdurale Blutung“ S06.6 „Traumatische subarachnoidale Blutung“ S06.7- „Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma“ S06.8 „Sonstige intrakranielle Verletzung“ S06.9 „Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet“	Es handelt sich hierbei zunächst um akute Krankheitsbilder. Die Codes sagen zudem nichts über die Schwere der resultierenden Schädigung aus. Ob langfristige Schädigungen bestehen, ist im Einzelfall zu entscheiden und dann über T90.5 in Anlage 2 oder z.B. I60.-, I63.- oder I69.- auf der BVB-Liste abgedeckt.	Nein



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Ex-perte	Stellungnahme / Änderungs-vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be-schluss-entwurf
16.	SHV	<p>Im Abschnitt <b>Krankheiten und Verletzungen des Nervensystems</b> wird gebeten, folgende Diagnosen (die unten aufgeführt werden) vom besonderen Verordnungsbedarf in den <b>langfristigen Heilmittelbedarf</b> aufzunehmen:</p> <p>Die Diagnosen Subarachnoidalblutung (I60.0-I60.9) Intrazerebrale Blutung (I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9), Hirninfarkt (I63.0-I64) und Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit (I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8) sind bereits als Diagnosen des besonderen Verordnungsbedarfs gelistet sind und sollten nun zum langfristigen Heilmittelbedarf gehören.</p>	<p>Laut der Leitlinie der AWMF ist der Schlaganfall in Deutschland und auch weltweit die zweithäufigste Todesursache und eine der Hauptursachen von Behinderung im Erwachsenenalter.</p> <p>Die Folgen eines Schlaganfalles können von geringen Einschränkungen bis hin zu großen Einschränkungen bei Patienten führen. Dies betrifft zum Beispiel die motorischen Fähigkeiten. Schlaganfallpatienten mit zum Beispiel Paresen sollen spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Muskelkraft durchführen (Evidenzlevel 1a). Oder auch Gehtraining kann bei Geh- und Gangstörungen angeboten werden (Evidenzlevel 1a), um die Gehaktivität zu fördern, zu verbessern und um Stürzen vorzubeugen. Diese und weitere Störungen können durch regelmäßige und langfristige Therapie verbessert werden.</p> <p>Außerdem liegt die Reorganisationsphase des Gehirns bei etwa 2 Jahren.</p> <p>Als Anmerkung: Folgen einer intrakraniellen Verletzung (T90.5) ist bereits unter dem langfristigen Heilmittelbedarf gelistet. Ob eine Verletzung oder eine der oben genannten Diagnosen ursächlich ist, die Therapie bei dieser Patientengruppe begründet immer einen langfristigen Heilmittelbedarf.</p>	<p>Wie bereits durch den SHV korrekt ange-merkt, können die Krankheitsauswirkun-gen eines „Schlagan-falls“ sehr stark variie-ren.</p> <p>Aus diesem Grund und insbesondere, weil sich mit den aufgeführten ICD-10 Diagnosen nicht der Schweregrad der Folgeschäden ab-bilden lässt, ist die Auf-nahme auf Anlage 2 nicht sachgerecht.</p> <p>Die Diagnosen sind be-reits auf BVB gelistet und somit eine auch längerfristige Heilmit-telbehandlung sicher-gestellt. Als mögliche Spätfolgen eines Schlaganfalles finden sich darüber hinaus ohne zeitliche Befris-tung folgende Diagnosen auf der BVB-Liste: G81.0 und G81.1 He-miparese; unter dem Kapitel „geriatrische</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>Syndrome“ R26.0 Ataktischer Gang, R26.1 Paretischer Gang. Sollten darüber hinaus weiterhin schwerwiegende langfristige Schädigungen vorliegen, kann im Einzelfall ein Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 8 Abs. 3 und 5 gestellt werden. Ein Änderungsbedarf wird daher nicht gesehen.</p>	
17.	SHV	<p><b>Zusätzliche Diagnosen sollen mit aufgenommen werden:</b>  T00.- Oberfläche Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen  T02 Frakturen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen“  T04.- Zerquetschungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen  T05.- Traumatische Amputationen mit Beteiligung mehrere Körperregionen  T06.- Sonstige Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen, andersorts nicht klassifiziert</p>	<p>Aufgrund der Komplexität der Beschwerdebilder ist ein langfristiger Heilmittelbedarf begründet.</p>	<p>Die Gründe für eine Aufnahme der vorgelegten Erkrankungen in die Diagnoseliste zum langfristigen-Heilmittelbedarf wurden hinsichtlich der erforderlichen besonderen Schwere und Langfristigkeit der Schädigungen sowie eines Therapiebedarfs mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr nicht dargelegt, so dass die Hinweise nicht berücksichtigt werden können</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		T07.- Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen		ten. Bezüglich der Diagnose T0.5 wird sich der G-BA noch einmal in eigener Beratung befassen.	

### B-1.4.3 Stellungnahmen zum Heilmittelkatalog

#### B-1.4.3.1 Vorbemerkung/Allgemein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
18.	BED	<b>Überarbeitung des Heilmittelkatalogs</b> PS2 und PS3 Höchstmenge je VO auf 20 Einheiten	Der BED e.V. begrüßt die Erhöhung der Höchstmenge je Verordnung auf je 20 Einheiten bei PS2 und PS3 ausdrücklich, weil hierdurch die Versorgungssicherheit der betroffenen Patienten besser gewährleistet ist.	Kenntnisnahme	Nein

#### B-1.4.3.2 Psychische Störungen – PS2 und PS3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
19.	BPtK	Zustimmung zu BE	Die Bundespsychotherapeutenkammer befürwortet die im Abschnitt IV „Maßnahmen der Ergotherapie“ in Ziffer 3 „Psychische Störungen“ vorgesehene Erhöhung der Höchstmenge je Verordnung von 10 auf	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>20 Einheiten für die Diagnosegruppen PS2 und PS3. Bei längerfristigen, höherfrequenten ergotherapeutischen Behandlungen, die insbesondere bei Patient*innen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen mit erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen indiziert sein können, kann die ab dem 1. Januar 2021 gültige Höchstmenge von 10 Einheiten innerhalb eines Quartals schnell ausgeschöpft sein.</p> <p>Insbesondere bei diesen Diagnosegruppen sind Konstellationen denkbar, in denen das rechtzeitige Aufsuchen der verordnenden Psychiater*in bzw. der Psychotherapeut*in für eine Folgeverordnung und eine nahtlose ergotherapeutische Weiterbehandlung für die Patient*in erschwert oder nicht möglich ist. Eine entsprechende Erhöhung der Höchstverordnungsmenge auf 20 Einheiten bei diesen Diagnosegruppen erscheint insoweit sachgerecht.</p>		
20.	SHV	Zustimmung zu BE	<p>Der SHV unterstützt das Ziel des G-BA dahingehend, dass bei Versicherten mit chronisch psychischen Erkrankungen eine Heilmittelbehandlung möglichst stringent und ohne Unterbrechungen durchgeführt werden muss, um die Therapieziele erreichen zu können. Die Unterbrechungen entstehen häufig durch die notwendige Einholung einer erneuten Heilmittelverordnung für die Ergotherapie nach jeweils 10 Einheiten. Hier ist es für den Betroffenen aufgrund seiner Erkrankung eine hohe Hürde, die Arztbesuche entsprechend rechtzeitig zu terminieren und auch diese Termine einzuhalten. Die Versicherten mit Erkrankungen aus den Diagnosegruppen PS2 und PS3 sind dabei häufig</p>	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>auf sich allein gestellt, im Gegensatz zu den Versicherten aus den Gruppen PS1 und PS4, die entweder durch Erziehungsberechtigte oder auch Pflegende/Betreuer unterstützt werden.</p> <p>Die Erweiterung der Höchstverordnungsmenge auf der Verordnung von 10 auf 20 Therapieeinheiten ist eine mögliche Lösung, um diesen Versicherten eine unterbrechungsfreie Ergotherapie zu ermöglichen. Deshalb wird dieser Vorschlag des G-BA vom SHV begrüßt und unterstützt.</p>		

#### B-1.4.4 Weitere Eingaben, welche nicht Gegenstand SN-Verfahrens waren

##### B-1.4.4.1 Heilmittel-Richtlinie (erster Teil; § 1; § 9; § 11; § 12; § 14; § 35; § 37)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
21.	BED	<p><b>§ 1 Grundlagen Absatz 4 sowie C § 14</b> Bedeutung und Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit ergänzen</p>	<p>Der BED e.V. bittet um Erwähnung der zunehmenden Bedeutung und der Notwendigkeit von interprofessioneller Zusammenarbeit in der Heilmittelrichtlinie, für eine bestmögliche Patientenversorgung.</p>	<p>Die Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Verordnern ist ausreichend in der Heilmittel-Richtlinie geregelt. Siehe u.a. Kapitel C der Heilmittel-Richtlinie,</p>	Nein
22.	BED	<p><b>§ 9 Wirtschaftlichkeit</b> Gegenseitige Verweise auf möglicherweise kostengünstigere Heilmittel in Arzneimittel-Richtlinie und Hilfsmittel-Richtlinie</p>	<p>Der BED e.V. bittet um ausdrückliche Übertragung der Regelung nach § 9 HMR auf die Richtlinien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL</li> <li>• Hilfsmittel-Richtlinie/Hilfsm-RL</li> </ul>	<p>Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Ex-perte	Stellungnahme / Änderungs-vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be-schluss-entwurf
			<p>„Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt (die Verordnerin oder der Verordner) prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ...</li> <li>- durch eine Hilfsmittelversorgung oder</li> <li>- durch Verordnung eines Arzneimittels</li> </ul> <p>unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann.“</p> <p>Das gilt im umgedrehten Fall daher zwingend auch bei der Verordnung eines Arzneimittels oder eines Hilfsmittels statt einer Heilmittelverordnung.</p> <p>Bislang wurden in der AM-RL jedoch nur sehr allgemeine Aussagen zur Wirtschaftlichkeit getroffen, in der HilfsM-RL nur teilkonkrete Aussagen, die keinen Rückschluss auf die hier anschaulich benannten Voraussetzungen ermöglichen</p>		
23.	BED	<p><b>§ 11 Ort der Leistungserbringung Absatz 1</b> Aufnahme des sozialen Umfeldes als weiteren Ort der Leistungserbringung</p>	<p>Der BED e.V. bittet den G-BA um eine Ergänzung des § 11 Absatz 1.</p> <p>In der Ergotherapie ist die Schulung der Patientin bzw. des Patienten und/oder ihrer bzw. seiner Bezugspersonen unverzichtbarer Bestandteil der Maßnahmen der Ergotherapie. Hierzu gehören auch die ergotherapeutische Begleitung der eigenständigen Umsetzung von vereinbarten Veränderungen durch die Patientinnen und Patienten bzw. deren Bezugspersonen im häuslichen bzw. sozialen Umfeld. Siehe auch G §35 HMR.</p>	<p>Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Das soziale Umfeld ist kein konkreter Ort der Leistungserbringung, weshalb eine Anpassung des § 11 HeilM-RL nicht angezeigt ist. Jedoch ist es richtig, dass das soziale Umfeld bei Bedarf auch bei</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Die Behandlung in der Praxis oder die Behandlung in der häuslichen Umgebung bilden als Orte der Leistungserbringung die <b>ergotherapeutische Begleitung im sozialen Umfeld</b> nicht ausreichend ab. Wir bitten daher um Aufnahme des sozialen Umfeldes als weiteren Ort der Leistungserbringung nach Absatz 1.</p>	<p>der ergotherapeutischen Behandlung einbezogen wird. Wie schon beim vorangegangenen Stellungnahmeverfahren angemerkert, wird bei einer der kommenden Richtlinien-Überarbeitungen eine Anpassung des § 35 beraten.</p>	
24.	BED	<p><b>§ 11 Ort der Leistungserbringung Absatz 2</b> Klarstellung in tragenden Gründen</p>	<p>Der BED e.V. bittet den G-BA um Klarstellung des § 11 Absatz 2 in seinen tragenden Gründen.  <i>“... Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ... ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. ...”</i>  Die Formulierung „ohne Verordnung eines Hausbesuches“ wird in der gelebten Vertragspraxis bislang dahingehend fehlinterpretiert, dass die zusätzlichen Aufwendungen des Leistungserbringers, die aus einer Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesen Einrichtungen resultieren, gänzlich unvergütet bleiben müssen.  Wir bitten den G-BA in seinen tragenden Gründen daher auszuführen, dass die verwendete Formulierung „ohne Verordnung eines Hausbesuches“ keinen Eingriff in die Verhandlungen nach §125 SGB V darstellt, sondern in jenen Verhandlungen die Erstattung der Aufwendungen durch Leistungen nach</p>	<p>Nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Wir weisen überdies erneut darauf hin, dass eine Anpassung der Tragenden Gründe im Nachgang einer Beschlussfassung nicht möglich ist.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			§ 11 Absatz 2 zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren ist.		
25.	BED	<b>§ 12 Auswahl der Heilmittel Absatz 8</b> Streichung des Wortes „Ausnahme“	Der BED e.V. bittet um den Wegfall des Wortes: „Ausnahme“: <i>„In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden.“</i> Die Intensivierung der Therapie durch die Abgabe als Doppelbehandlung führt in medizinisch begründeten Fällen zu einem schnelleren Behandlungsergebnis, und so zu einer früheren Beendigung der therapeutischen Intervention. Dies entspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die möglichen Fälle stellen keine Ausnahmen dar, da sie in der Praxis häufiger vorkommen.	Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Eine Doppelbehandlung sollte medizinisch begründeten Ausnahmefällen vorbehalten bleiben. Die Heilmittel-Richtlinie gibt jetzt schon die Möglichkeit, die Behandlungszeiten den therapeutischen Erfordernissen anzupassen. Wobei in der Ergotherapie bereits vergleichsweise lange Behandlungszeiten zur Verfügung stehen (bis zu 60 Minuten). Die Belastbarkeit und Therapiefähigkeit des Patienten sind zu berücksichtigen.	Nein
26.	BED	<b>§ 35 Grundlagen Absatz 4 letzter Satz</b> Änderung 2x von „...Version 2020“ in „... in der jeweils zum Verordnungsdatum aktuellen Version“	Änderung 2x von „...Version 2020“ in „... in der jeweils zum Verordnungsdatum aktuellen Version“ weil die Verordner*innen ebenso wie die Therapeut*innen im Praxisalltag <b>mit der jeweils gültigen Fassung der ICD-10-GM</b> arbeiten.	Keine Zustimmung. Ein dynamischer Verweis auf die jeweils gültige Fassung ist aus Sicht des G-BA nicht sachgerecht, da ein inhaltlicher	Nein



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				Einfluss auf Änderungen nicht gegeben ist. Der G-BA überprüft seine Regelungen regelmäßig und hat daher notwendige Änderungen aufgrund ICD-Anpassung im Blick. (Siehe hierzu auch § 1a der HeilM-RL)	
27.	BED	<p><b>§ 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung in Absatz 2 vorletzter Spiegelstrich</b> Ergänzung: insbesondere bei Schluckstörungen</p>	<p>Der BED e.V. bittet den G-BA um Ergänzung zur Abgrenzung: - Aufbau oder Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen, z. B. der Grob-, Fein- und Willkürmotorik, Mund- und Essmotorik <u>insbesondere bei Schluckstörungen</u></p> <p>Bei Schluckstörungen ist häufig die Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie als auch von sensomotorisch-perzeptiver Behandlung im Rahmen der Ergotherapie notwendig. Die Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie dienen zur <u>Anbahnung und Förderung des Schluckvorgangs</u>, die Maßnahmen der Ergotherapie dienen der <u>Verbesserung der Mund- und Essmotorik</u> Siehe auch: Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL</p>	Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Kein Änderungsbedarf. Es handelt sich um eine beispielhafte Aufzählung. Eine Ergänzung ist nicht erforderlich.	Nein

#### B-1.4.4.2 Anlage 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
28.	BED	<b>Änderungen von VOen</b> Änderung der Diagnosegruppe <b>ohne</b> erneute Unterschrift der oder des Verordnenden ermöglichen	Im Sinne von Bürokratieabbau in den Praxen sowohl der Verordnenden als auch der Heilmittelerbringenden sollte eine Änderung der Diagnosegruppe nach Rücksprache mit der oder dem Verordnenden durch die oder den Leistungserbringenden selbst zulässig sein, zumal sich daraus häufig keine weiteren Änderungen bzgl. der Heilmittelbehandlung ergeben.	Die Festlegung der Diagnosegruppe gehört in die Zuständigkeit des Arztes und kann daher nur mit seinem Einverständnis, gekennzeichnet durch die Unterschrift, geändert werden. Die Korrekturmöglichkeiten können in den Verträgen nach § 125 SGB V konkretisiert werden.	Nein

#### B-1.4.4.3 Heilmittelkatalog (SB3; EN2; EN3 und PS4)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
29.	BED	<b>SB3</b> - Ergänzung thermische Anwendung als mögliches ergänzendes Heilmittel	z.B beim Raynaud Syndrom oder Myotonien sinnvoll und teilweise notwendig. Einige Erkrankungen gehen mit Schmerzsymptomatik einher, auch dabei ist thermische Anwendung zu Beginn oder Ende der Behandlung indiziert	Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Eine medizinische Begründung, wonach thermische Anwendung bei jeder motorischfunktionellen oder sensomotorisch-perzeptiven Ergothera-	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				piebehandlung zwingend ist, kann der Stellungnahme nicht entnommen werden. Auch finden sich keine Hinweise in aktuellen Leitlinien, aus denen sich eine Notwendigkeit der Ergänzung ergeben würde	
30.	BED	<b>EN2</b> – Ergänzung thermische Anwendung als mögliches ergänzendes Heilmittel	Der BED e.V. bittet um Ergänzung und damit um Aufnahme der thermischen Anwendung als ergänzendes Heilmittel bei EN2, sinnvoll z.B. beim Krankheitsbild Multiple Sklerose (Kälte) Unter ZN sind wie bei EN2 Querschnittssyndrome zugeordnet. Folgerichtig müssen auch bei EN2 thermische Anwendungen bei medizinischem Bedarf als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig sein.	Siehe lfd. Nr. 29	Nein
31.	BED	<b>EN3</b> – Ergänzung thermische Anwendung als mögliches ergänzendes Heilmittel	z.B. beim Krankheitsbild Polyneuropathie -> dient dbei der notwendigen Schmerzreduzierung zur Vorbereitung auf die Behandlung	Siehe lfd. Nr. 29	Nein
32.	BED	<b>PS4</b> – Ergänzung der sensorisch-perzeptiven Behandlung als vorrangiges Heilmittel	Bei Demenzerkrankungen im fortgeschrittenen Stadium ist die Therapie von krankheitsbedingten Schädigungen der sensomotorischen und perzeptiven Funktionen (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.	Kenntnisnahme. Kein Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Diese Eingaben erfolgten schon in vergangenen Stellungnahmen. Es sind keine neuen Erkenntnisse hinzugekommen, daher kann der G-BA nur bei seiner	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/ Experte	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>damaligen Einschätzung bleiben. Nach der S3 Leitlinie Demenz (AWMF 2016) besteht keine ausreichende Evidenz für die systematische Anwendung bestimmter körperlicher Aktivierungsverfahren. In begründeten Einzelfällen kann bei Vorliegen dieser Symptomatik EN1 zur Anwendung kommen. Die Diagnosegruppe PS dient zur Behandlung von psychischen Schädigungen. Die Behandlung von motorischen Schädigungen steht hier nicht im Fokus der Behandlung.</p>	

## Mündliche Stellungnahmen

### B-1.5 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikte

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen/Sachverständige, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung eingeladen.

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

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 13. November 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
<b>Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V:</b>							
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaforst-Andersen e.V. (dba)	Marion Malzahn	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Frauke Kern	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs) (gemeinsame Stellungnahme)	Kirsten Weiffen	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs) (gemeinsame Stellungnahme)	Bernd Frittrang	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	Andreas Pfeiffer	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	Christopher Büttner	ja	nein	nein	nein	nein	nein

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.	Christine Donner	nein	ja	nein	nein	nein	ja
---	------------------	------	----	------	------	------	----

### 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-1.6 Mündliche Stellungnahmen**

### **B-1.6.1 Wortprotokoll**

# **Wortprotokoll**



**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:  
Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf –  
Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie – sowie  
Überarbeitung des Heilmittelkatalogs – Besondere  
Verordnungsbedarfe und weitere Änderungen**

Vom 10. Februar 2021

<b>Vorsitzende:</b>	<b>Frau Dr. Leigemann</b>
<b>Beginn:</b>	10:30 Uhr
<b>Ende:</b>	10:46 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

### **Teilnehmer der Anhörung**

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung,  
Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba):  
Frau Malzahn

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl):  
Frau Kern

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs):  
Herr Frittrang  
Frau Weiffen

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV):  
Herr Pfeiffer  
Herr Büttner

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED):  
Frau Donner



Beginn der Anhörung: 10:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich darf Sie ganz herzlich im Namen des Unterausschusses Veranlasste Leistungen begrüßen. – Das richtet sich jetzt an unsere externen Stellungnehmer und nicht an uns selbst. Wenn wir uns selbst in unserem Namen begrüßen würden, wäre das jetzt ein Novum. Aber wir starten ja jetzt mit einer Anhörung, und zwar mit der Anhörung zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie – Überarbeitung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf und Versorgungsbedarfe besonderer Patientengruppen.

Für diese Anhörung haben sich angemeldet: Frau Donner für den Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland; Frau Malzahn für den Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen; Frau Kern für den Deutschen Bundesverband für Logopädie; Frau Weiffen und Herr Frittrang für den Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie; Herr Pfeiffer und Herr Büttner für den Spitzenverband der Heilmittelverbände. – Einen schönen guten Morgen!

Meine üblichen Vorbemerkungen, die in diesem Fall besonders wichtig sind: Wir erzeugen von dieser mündlichen Anhörung eine Aufzeichnung respektive ein Wortprotokoll. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind. – Vielen Dank für das Nicken. – Ich möchte Sie bitten, immer dann, wenn Sie einen Wortbeitrag leisten, kurz Ihren Namen zu nennen, damit wir ihn besser zuordnen können.

Ich kann Ihnen versichern – das kennen Sie auch schon, denn die meisten von Ihnen kennen uns ja –, dass wir Ihre Stellungnahmen, für die wir uns ganz herzlich bedanken, gelesen und gewürdigt haben. Ich bitte Sie daher, im Rahmen dieser Anhörung kurz auf die wesentlichen Punkte einzugehen. Es ist also nicht erforderlich, die ganze Stellungnahme hier noch einmal vorzutragen.

Wir haben für diese Anhörung eine gute halbe Stunde vorgesehen. Wir würden jetzt auch unmittelbar anfangen. Wie gesagt: Alle, die nicht sprechen, bitte ich, ihr Mikrofon auszuschalten, weil wir sonst diese schrecklichen Rückkopplungseffekte haben.

Ich würde mit Frau Donner für den Bundesverband für Ergotherapeuten beginnen wollen. – Frau Donner, Sie sind auch zeitlich limitiert, deswegen haben Sie als erste das Wort.

**Frau Donner (BED):** Ich danke Ihnen sehr, Frau Dr. Lelgemann, dass ich als erste sprechen kann.

Wir haben eine Ergänzung zu unserer schriftlichen Stellungnahme. Und zwar bitten wir um eine Änderung des § 7 Absatz 1 der Heilmittel-Richtlinie. Der Hintergrund dafür ist folgender:

Bei Diagnosen des Kapitels XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ erfolgt die Lokalisation der Schädigung erst an fünfter Stelle des ICD-10-Codes. Das heißt, immer dann, wenn Schädigungen aus dem XIII. Kapitel an unterschiedlichen Lokalisationen auftreten, werden diese aufgrund der derzeitigen Definition des Verordnungsfalls gemäß § 7 Absatz 1 der Heilmittel-Richtlinie demselben Verordnungsfall zugeordnet.

Wir vermuten, dass dem G-BA zu diesem Problem bislang deshalb keine Hinweise aus der Versorgung vorliegen, weil die Therapeuten das Problem zumeist dahingehend gelöst haben, indem sie entweder lediglich eine der Verordnungen angenommen haben oder aber die Verordnungen über den bisherigen spätesten Behandlungsbeginn – nach der alten Heilmittel-Richtlinie – nacheinander behandelt haben. Das ist natürlich nicht im Sinne einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Patienten.

Wir brauchen auch für die Patienten mit mehr als einer Schädigung an unterschiedlichen Lokalisationen aus dem Kapitel XIII eine passgenaue Versorgung, die damit mehr als nur einen Verordnungsfall auslöst. Dazu verweisen wir auf unsere schriftliche Stellungnahme vom 31.12.2020, insbesondere im Hinblick auf die Aufnahme der Diagnosen F10.2 bis F10.9 in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf. – Vielen Dank.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Donner. – Ich würde jetzt von der sonst üblichen Reihenfolge abweichen wollen, weil Frau Donner – wie gesagt – uns frühzeitig verlassen muss. Deswegen meine Frage: Gibt es zu diesem von ihr vorgetragenen Anliegen Rückfragen seitens der Mitglieder des Unterausschusses? Gibt es zu diesem Teil der Anhörung Ergänzungen seitens der anderen Stellungnehmer? – Frau Donner, das scheint nicht der Fall zu sein, insofern herzlichen Dank!

**Frau Donner (BED):** Danke schön. – Ich schalte mich jetzt direkt aus.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich würde jetzt mit Frau Malzahn fortfahren wollen. – Frau Malzahn, bitte.

**Frau Malzahn (dba):** Wir drei Berufsverbände des Heilmittels Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie haben eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. Wir haben dieser Stellungnahme jetzt nichts mehr hinzuzufügen. Wir haben uns auch darauf geeinigt, dass wir nach Möglichkeit mit einer Stimme sprechen und haben in diesem Fall Frau Weiffen gebeten, dies für uns zu tun. – Danke.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ich würde dann jetzt Frau Weiffen das Wort erteilen.

**Frau Weiffen (dbs):** Ich bin vom Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie, fungiere hier aber als Sprecherin für alle Berufsverbände aus dem Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.

In dem aktuellen Stellungsverfahren haben wir unseren Heilmittelbereich sehr vermisst, und zwar dadurch, dass die Erweiterung der Diagnoseliste ausschließlich den Diagnosebereich der Physiotherapie und Ergotherapie betrifft. Deshalb haben wir die Bereiche, die auch uns und unsere Therapeuten betreffen, entsprechend ergänzt und möchten hierzu auf unsere Stellungnahme verweisen. – Vielen Dank.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Das war präzise und knapp. – Herr Frittrang, haben Sie Ergänzungen?

**Herr Frittrang (dbs):** Ich habe keine Ergänzungen, stehe aber gerne zur Verfügung, falls es bezüglich unserer Stellungnahme Nachfragen oder Klärungsbedarf gibt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für das Angebot. – Frau Kern, bitte.

**Frau Kern (dbl):** Ich schließe mich den Aussagen meiner Vorgängerin an. Ich bin vom Deutschen Bundesverband für Logopädie und würde weiterhin Frau Weiffen das Wort für unsere Verbände geben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ich glaube, Frau Weiffen war mit ihrer Stellungnahme schon sehr umfassend, sodass wir mit Herrn Pfeiffer oder Herrn Büttner vom Spitzenverband der Heilmittelverbände weitermachen können.

**Herr Pfeiffer (SHV):** Herzlichen Dank für die Einladung zur mündlichen Anhörung. – Ich mache es auch recht kurz. Die schriftliche Stellungnahme liegt Ihnen ja vor.

Wir setzen uns insbesondere dafür ein, dass im Bereich des längerfristigen Heilmittelbedarfs auch zwei Diagnosen aus dem erwachsenenpsychiatrischen Bereich kommen. Das ist bisher nicht der Fall. Die Diagnosen beziehen sich ausschließlich auf eher funktionelle Schädigungen. Dadurch entsteht ein Ungleichgewicht zu Ungunsten der Erwachsenen mit psychiatrischen Diagnosen.

Ich glaube, es ist unstrittig, wenn wir über die Schizophrenie oder die schwere Depression sprechen, dass es sich hier um schwere langfristige Erkrankungen handelt. Das deckt sich auch mit dem § 8 der Heilmittel-Richtlinie. Dort wird explizit erläutert, dass diese langfristigen Erkrankungen insbesondere Auswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe haben. Ich glaube, das ist bei diesen beiden Erkrankungen, die wir vorgeschlagen haben, unstrittig der Fall.

Wir möchten auch hier einem Ungleichgewicht und einer Ungerechtigkeit vorbeugen. Es macht den Menschen, die davon betroffen sind, sicherlich sehr viel Aufwand, und es ist eine sehr hohe Bürde, dafür in kürzeren Abständen Wiederverordnungen einzuholen. – Ich stehe natürlich auch gerne für Rückfragen zur Verfügung.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Pfeiffer. – Ich würde jetzt das Wort Herrn Büttner erteilen.

**Herr Büttner (SHV):** Ich bin vom Deutschen Verband für Physiotherapie und vertrete hier den SHV. Ich mache es auch ganz kurz. – Wir haben ein paar Diagnosen als Änderungsantrag eingereicht, die vor allem den Bereich der längeren Heilungsdauer beziehungsweise physiologisch längeren Heilungsphasen betreffen, weshalb sie auch dort richtig angedacht wären. Außerdem haben wir noch Diagnosen, die aufgrund ihrer komplexen Schädigung auch in den langfristigen Heilmittelbedarf passen würden. – Für Rückfragen stehe ich natürlich auch gerne zur Verfügung.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Heute Morgen sind alle sehr präzise und knapp. – Ich habe jetzt eine Rückfrage von der Patientenvertretung.

**PatV:** Die Rückfrage richtet sich an Herrn Büttner. – Wie Sie eben schon ausführten, haben Sie sehr viele Änderungsanträge eingereicht. Leider haben wir – und das wiederholt – auch diesmal vermisst, dass Sie das mit einer medizinischen Begründung untermauern und näher ausführen. Das macht es uns natürlich als Patientenvertretung unmöglich, damit vernünftig weiter vorzugehen. Es wäre also unsere Bitte, dass Sie für die Zukunft Dinge einreichen, die Sie auch belegen können und die wir dann gerne für die Patientinnen und Patienten versuchen in die Heilmittel-Richtlinie unterzubringen. – Danke schön.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Die Botschaft war klar und ist sicher angekommen. Das erhöht wahrscheinlich die Chance, dass sich aufgrund Ihrer Eingaben diesbezüglich etwas tut.

Gibt es weitere Rückfragen seitens der Mitglieder des Unterausschusses? Gibt es Ergänzungsbedarf seitens der Stellungnehmerinnen und Stellungnehmer? – Das ist nicht der Fall. Dann war es heute knapp, präzise und kurz.

Ich darf mich ganz herzlich für Ihre Teilnahme an dieser mündlichen Anhörung bedanken und wünsche Ihnen allen noch einen schönen Tag. – Vielen Dank.

Schluss der Anhörung: 10:46 Uhr

## B-1.7 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

Inst. / Org.	Einwände / Änderungsvorschläge	Auswertung	Beschlussentwurf
BED	<p>Wir haben eine Ergänzung zu unserer schriftlichen Stellungnahme. Und zwar bitten wir um eine Änderung des § 7 Absatz 1 der Heilmittel-Richtlinie. Der Hintergrund dafür ist folgender:</p> <p>Bei Diagnosen des Kapitels XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ erfolgt die Lokalisation der Schädigung erst an fünfter Stelle des ICD-10-Codes. Das heißt, immer dann, wenn Schädigungen aus dem XIII. Kapitel an unterschiedlichen Lokalisationen auftreten, werden diese aufgrund der derzeitigen Definition des Verordnungsfalls gemäß § 7 Absatz 1 der Heilmittel-Richtlinie demselben Verordnungsfall zugeordnet.</p> <p>Wir vermuten, dass dem G-BA zu diesem Problem bislang deshalb keine Hinweise aus der Versorgung vorliegen, weil die Therapeuten das Problem zumeist dahingehend gelöst haben, indem sie entweder lediglich eine der Verordnungen angenommen haben oder aber die Verordnungen über den bisherigen spätesten Behandlungsbeginn – nach der alten Heilmittel-Richtlinie – nacheinander behandelt haben. Das ist natürlich nicht im Sinne einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Patienten.</p> <p>Wir brauchen auch für die Patienten mit mehr als einer Schädigung an unterschiedlichen Lokalisationen aus dem Kapitel XIII eine passgenaue Versorgung, die damit mehr als nur einen Verordnungsfall auslöst</p>	<p>Der UA VL folgt dem Hinweis des Bundesverbandes für Ergotherapeuten in Deutschland BED e.V. und sieht Anpassungsbedarf, um den bestehenden Widerspruch zwischen Satz 1 und Satz 4 in § 7 Abs. 1 aufzulösen. Allerdings ist es erforderlich, dass aus der Textierung der Richtlinie bzw. den Tragenden Gründen zum Beschluss hervorgeht, wann von einer „<i>unabhängigen Erkrankung</i>“ auszugehen ist, um separate Verordnungen für weitere Verordnungsfälle auszustellen. Dazu bedarf es weiteren Beratungsbedarf, um eine Eindeutigkeit zur Definition des Verordnungsfalls zu erzielen, daher wird in diesem Verfahren auf eine Änderung verzichtet.</p>	Nein

## Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in den Abschnitten B 1.3 und B 1.4 dokumentiert. Es haben sich aufgrund der schriftlichen Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Kapitel B 1.4). Im Rahmen der mündlichen Stellungnahme ist ein neuer Aspekt vorgebracht worden, jedoch hat sich im Rahmen der Auswertung aus diesem kein weiterer Änderungsbedarf am Beschlussentwurf ergeben (vgl. Kapitel B 1.7).