

Anlage

zu den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: **Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf**

Stand: 26. April 2016

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Absatz 5 sowie 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V sowie 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf

Vom 27. Januar 2016

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen des Gemeinsamen Bundesausschusses hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 1 Verfahrensordnung (VerfO) in seiner Sitzung am 27. Januar 2016 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren gemäß §§ 91 Abs. 5, 92 Abs. 6 S. 2 SGB V zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie – Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf – einzuleiten.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V (BÄK) beträgt ab Versand 4 Wochen.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V (Organisationen der Leistungserbringer) beträgt ab Versand 4 Wochen.

Die Frist für die Abgabe der Stellungnahme gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerfO (VDB-Physiotherapieverband) beträgt ab Versand 4 Wochen.

Berlin, den 27. Januar 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Veranlasste Leistungen
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartnerin:
Stephanie Iwansky
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-449

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
stephanie.iwansky@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Iwa/JFI

Datum:
28.01.2016

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Spitzenverband der Heilmittelverbände
Herrn Karl-Heinz Kellermann
Postfach 210280
50528 Köln

Ausgang am:

28. Jan. 2016

Verteiler :
Versandt von: JH
Ablage AZ:

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 28. Januar 2016 an
info@shv-heilmittelverbaende.de

Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V des Spitzenverbands der Heilmittelverbände (SHV)

hier: **Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf**

Sehr geehrter Herr Kellermann,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 91 Absatz 5 SGB V dem Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der HeilM-RL bezüglich der **Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf** weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Januar 2016 wird hiermit dem SHV Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der HeilM-RL gegeben.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL (siehe Anlage 1), hierzu gehört auch die beiliegende Diagnoseliste, die neue Anlage 2 der HeilM-RL werden soll. Die Tragenden Gründe dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA (siehe Anlage 2). Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt. Die vollständige HeilM-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/> abrufen.



Die schriftliche Stellungnahme kann bis zum

26. Februar 2016

unter Verwendung des beiliegenden Formulars abgegeben werden (siehe Anlage 3). Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse heilmittel@g-ba.de übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-V L, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungsverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahrens ergeben haben, einzubringen. Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


i.A. Stephanie Iwansky
Referentin

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf HeilM-RL
3. Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur HeilM-RL



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartnerin:
Stephanie Iwansky
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-449

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
stephanie.iwansky@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Iwa/JFI

Datum:
28.01.2016

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.
Herrn Volker Gerrlich
Goethestraße 16
47441 Moers

Ausgang am:

28. Jan. 2016

Verteiler :
Versandt von :
Ablage AZ :

JFI

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 28. Januar 2016 an
gerrlich@dbs-ev.de

Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs)
hier: **Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf**

Sehr geehrter Herr Gerrlich,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V. (dbs) Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der HeilM-RL bezüglich der **Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf** weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Januar 2016 wird hiermit dem dbs Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der HeilM-RL gegeben.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL (siehe Anlage 1), hierzu gehört auch die beiliegende Diagnoseliste, die neue Anlage 2 der HeilM-RL werden soll. Die Tragenden Gründe dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA (siehe Anlage 2). Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt. Die vollständige HeilM-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/> abrufen.



Die schriftliche Stellungnahme kann bis zum

26. Februar 2016

unter Verwendung des beiliegenden Formulars abgegeben werden (siehe Anlage 3). Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse heilmittel@g-ba.de übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen. Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


i.A. Stephanie Iwansky
Referentin

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf HeilM-RL
3. Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur HeilM-RL



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartnerin:
Stephanie Iwansky
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-449

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
stephanie.iwansky@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Iwa/JFI

Datum:
28.01.2016

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
Frau Dietlinde Schrey-Dern
Augustinusstr. 11a
50226 Frechen

Ausgang am:

28. Jan. 2016

Verteiler :
Versandt von :
Ablage AZ :

JFI

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 28. Januar 2016 an
info@dbl-ev.de

Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie e.V. (dbl)
hier: Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf

Sehr geehrte Frau Schrey-Dern,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der HeilM-RL bezüglich der **Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf** weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Januar 2016 wird hiermit dem dbl Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der HeilM-RL gegeben.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL (siehe Anlage 1), hierzu gehört auch die beiliegende Diagnoseliste, die neue Anlage 2 der HeilM-RL werden soll. Die Tragenden Gründe dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA (siehe Anlage 2). Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt. Die vollständige HeilM-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/> abrufen.



Die schriftliche Stellungnahme kann bis zum

26. Februar 2016

unter Verwendung des beiliegenden Formulars (Anlage 3) abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse heilmittel@g-ba.de übermittelt werden.


Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen. Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


i.A. Stephanie Iwansky
Referentin

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf HeilM-RL
3. Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur HeilM-RL



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Stephanie Iwansky
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-449

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
stephanie.iwansky@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Iwa/JFI

Datum:
28. Januar 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesärztekammer
Dezernat III
Herr Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Ausgang am:

28. Jan. 2016

Verteiler :
Versandt von :
Anlage AZ :

JR

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 28. Januar 2016 an
ulrich.zorn@baek.de

Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer hier: Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf

Sehr geehrter Herr Dr. Zorn,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der HeilM-RL bezüglich der **Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf** weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Januar 2016 wird hiermit der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der HeilM-RL gegeben.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlusssentwurf zur Änderung der HeilM-RL (siehe Anlage 1), hierzu gehört auch die beiliegende Diagnoseliste, die neue Anlage 2 der HeilM-RL werden soll. Die Tragenden Gründe dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA (siehe Anlage 2). Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlusssentwurfes zur Verfügung gestellt. Die vollständige HeilM-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/> abrufen.



Die schriftliche Stellungnahme kann bis zum

26. Februar 2016

unter Verwendung des beiliegenden Formulars (siehe Anlage 3) abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse heilmittel@g-ba.de übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen. Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


i.A. Stephanie Iwansky

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf HeilM-RL
3. Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur HeilM-RL



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartnerin:
Stephanie Iwansky
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-449

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
stephanie.iwansky@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Iwa/JFI

Datum:
28. Januar 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Deutscher Bundesverband der Atem-,
Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.
Frau Marion Malzahn
Holstenwall 12
20355 Hamburg

Ausgang am:

28 Jan. 2016

Verteiler :
Versandt von: JFI
Ablage AZ:

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 28. Januar 2016 an
info@dba-ev.de

Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V des Deutschen Bundesverbandes der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)

hier: Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf

Sehr geehrte Frau Malzahn,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba) Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der HeilM-RL bezüglich der **Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf** weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Januar 2016 wird hiermit dem dba Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der HeilM-RL gegeben.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL (siehe Anlage 1), hierzu gehört auch die beiliegende Diagnoseliste, die neue Anlage 2 der HeilM-RL werden soll. Die Tragenden Gründe dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA (siehe Anlage 2). Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt. Die vollständige HeilM-RL sowie



weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/> abrufen.

Die schriftliche Stellungnahme kann bis zum

26. Februar 2016

unter Verwendung des beiliegenden Formulars (siehe Anlage 3) abgegeben werden. Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse heilmittel@g-ba.de übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungsverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahrens ergeben haben, einzubringen. Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


i.A. Stephanie Iwansky

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf HeilM-RL
3. Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur HeilM-RL



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartnerin:
Stephanie Iwansky
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-449

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
stephanie.iwansky@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Iwa/JFI

Datum:
28.01.2016

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Zentralverband der Podologen und Fuss-
pfleger Deutschlands e.V.
Frau Mechtild Geismann
Auf den Äckern 33
59348 Lüdinghausen

Ausgang am:

28. Jan. 2016

Verteiler :
on:

nachrichtlich

- Vorsitzender des
Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unteraus-
schuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 28. Januar 2016 an
info@zfd.de

**Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V des Zentralverbandes der Po-
dologen und Fusspfleger Deutschlands e.V. (ZFD)**
hier: **Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): Anpassung der Regelungen zum
langfristigen Heilmittelbedarf**

Sehr geehrte Frau Geismann,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist
gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V dem Zentralverband der Podologen und Fusspfleger
Deutschlands e.V. (ZFD) Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer
Änderung der HeilM-RL bezüglich der **Anpassung der Regelungen zum langfristigen
Heilmittelbedarf** weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Januar 2016 wird hiermit dem ZFD Gelegenheit zur
Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der HeilM-RL
gegeben.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlusssentwurf zur Änderung der
HeilM-RL (siehe Anlage 1), hierzu gehört auch die beiliegende Diagnoseliste, die neue Anlage
2 der HeilM-RL werden soll. Die Tragenden Gründe dienen der Beschlussbegründung und der
Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA (siehe Anlage 2). Sie werden unterstützend für
die Prüfung des Beschlusssentwurfes zur Verfügung gestellt. Die vollständige HeilM-RL sowie
weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter [https://www.g-
ba.de/informationen/richtlinien/12/](https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/) abrufen.



Die schriftliche Stellungnahme kann bis zum

26. Februar 2016

unter Verwendung des beiliegenden Formulars abgegeben werden (siehe Anlage 3). Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse heilmittel@g-ba.de übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen. Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


i.A. Stephanie Iwansky
Referentin

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf HeilM-RL
3. Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur HeilM-RL



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartnerin:
Stephanie Iwansky
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-449

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
stephanie.iwansky@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Iwa/JFI

Datum:
28.01.2016

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Verband Deutscher Podologen e.V.
Volker Pfersich
Obere Wässere 3-7
D-72764 Reutlingen

Ausgang am:

28. Jan. 2016

Verteiler :
Versandt von:

JFI

nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 28. Januar 2016 an
info@verband-deutscher-podologen.de

Stellungnahmerecht gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V des Verbandes Deutscher Podologen e.V. (VDP)

hier: **Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf**

Sehr geehrter Herr Pfersich,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V dem Verband Deutscher Podologen e.V. (VDP) Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der HeilM-RL bezüglich der **Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf** weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Januar 2016 wird hiermit dem VDP Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der HeilM-RL gegeben.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL (siehe Anlage 1), hierzu gehört auch die beiliegende Diagnoseliste, die neue Anlage 2 der HeilM-RL werden soll. Die Tragenden Gründe dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA (siehe Anlage 2). Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt. Die vollständige HeilM-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/> abrufen.



Die schriftliche Stellungnahme kann bis zum

26. Februar 2016

unter Verwendung des beiliegenden Formulars abgegeben werden (siehe Anlage 3). Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse heilmittel@g-ba.de übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungsverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahrens ergeben haben, einzubringen. Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


i.A. Stephanie Iwansky
Referentin

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf HeilM-RL
3. Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur HeilM-RL



Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
"Veranlasste Leistungen"

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartnerin:
Stephanie Iwansky
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838-449

Telefax:
030 275838-405

E-Mail:
stephanie.iwansky@g-ba.de

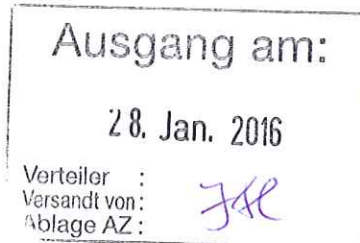
Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
Iwa/JFI

Datum:
28.01.2016

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

VDB-Physiotherapieverband e.V.
Herrn Dr. Stehr
Kölnstraße 4
53111 Bonn



nachrichtlich

- Vorsitzender des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
- Sprecherinnen und Sprecher im Unterausschuss Veranlasste Leistungen

per E-Mail am 28. Januar 2016 an
bv@vdb-physiotherapieverband.de

Stellungnahmerecht gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerFO des VDB-Physiotherapieverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie e.V. (VDB)

hier: Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL): Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf

Sehr geehrter Dr. Stehr,

vor der abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerFO des G-BA dem VDB-Physiotherapieverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie e.V. (VDB) Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben.

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) des G-BA hat seine Beratungen zu einer Änderung der Heilm-RL bezüglich der **Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf** weitestgehend abgeschlossen.

Gemäß dem Beschluss des UA VL vom 27. Januar 2016 wird hiermit dem VDB Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu der oben bezeichneten Änderung der Heilm-RL gegeben.

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens ist der Beschlussentwurf zur Änderung der Heilm-RL (siehe Anlage 1), hierzu gehört auch die beiliegende Diagnoseliste, die neue Anlage 2 der Heilm-RL werden soll. Die Tragenden Gründe dienen der Beschlussbegründung und der Darstellung des Beratungsverfahrens im G-BA (siehe Anlage 2). Sie werden unterstützend für die Prüfung des Beschlussentwurfes zur Verfügung gestellt. Die vollständige Heilm-RL sowie weitere Informationen dazu können Sie auf unserer Homepage unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/> abrufen.



Die schriftliche Stellungnahme kann bis zum

26. Februar 2016

unter Verwendung des beiliegenden Formulars abgegeben werden (siehe Anlage 3). Sie soll in elektronisch kopierfähiger Form fristgerecht an die E-Mail-Adresse heilmittel@g-ba.de übermittelt werden.

Der Eingang Ihrer E-Mail wird spätestens bis zum dritten darauf folgenden Werktag durch eine E-Mail der Geschäftsstelle des G-BA an die angegebene Korrespondenz-Adresse bestätigt. Erfolgt eine solche Bestätigung nicht, werden Sie im Sinne der Wahrung Ihres Stellungnahmerechts gebeten, sich über den Zugang der Stellungnahme zu vergewissern. Falls eine Übersendung per E-Mail nicht möglich ist, wird um Zusendung der Stellungnahme auf einem elektronischen Datenträger (ohne Kopierschutz) an die folgende Postadresse gebeten: Gemeinsamer Bundesausschuss, Abt. M-VL, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebene Stellungnahme im Rahmen unseres Abschlussberichts veröffentlicht werden kann.

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und der in einem ersten Schritt eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel in einem zweiten Schritt auch Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Die mündliche Stellungnahme erfolgt im Rahmen einer Anhörung, welche im Anschluss an das schriftliche Stellungnahmeverfahren anberaumt wird. Sie dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen. Soweit Ihnen Gelegenheit zur Abgabe einer mündlichen Stellungnahme gegeben wird, erhalten Sie spätestens 14 Tage vor der Anhörung eine entsprechende Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


i.A. Stephanie Iwansky
Referentin

Anlagen (Versand nur per E-Mail)

1. Beschlussentwurf zur Änderung der HeilM-RL
2. Tragende Gründe zum Beschlussentwurf HeilM-RL
3. Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zur HeilM-RL

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

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011 (BAnz S. 2247), zuletzt geändert am XX.X.2016 (BAnz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer manuell hinzufügen]), wie folgt zu ändern:

- I. In § 8 wird Absatz 5 aufgehoben.
- II. Nach § 8 wird folgender neuer § 8a eingefügt:

„§ 8a langfristiger Heilmittelbedarf

KBV und PatV	GKV-SV
(1) ¹ Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 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.	(1) ¹ Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben.

(2) ¹Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V auszugehen. ²Ein Antrags- und Genehmigungsverfahren findet nicht statt.

KBV und PatV	GKV-SV
(3) ¹ Bei schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, trifft die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten die Feststellung darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.	(3) ¹ Bei besonders schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, die mit denen der Anlage 2 vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, trifft die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten die Feststellung darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.

(4) ¹Entscheidungen nach Absatz 3 trifft die Krankenkasse auf der Grundlage

- des Antrages der oder des Versicherten,
- der Kopie einer gültigen und gemäß § 13 Abs. 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes; Die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten
- und soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Abs. 1 SGB V.

KBV und PatV	GKV-SV
<p>(5) ¹Bei Entscheidungen über Anträge nach Absatz 3 gilt § 3 Absatz 5 entsprechend. ²Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung liegt dann vor, wenn die bei dem Antragsteller bestehenden funktionellen/strukturellen Schädigungen vergleichbar mit der Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen sind, wie sie bei Diagnosen aus der Anlage 2 zu erwarten sind. ³Eine Schwere und Langfristigkeit im Sinne von Absatz 3 kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller/struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, sich aus deren Gesamtbetrachtung jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen der Anlage 2 zu erwarten ist.</p>	<p>(5) ¹Bei Entscheidungen über Anträge nach Absatz 3 gilt § 3 Absatz 5 entsprechend. ²Eine vergleichbare besonders schwere dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung liegt dann vor, wenn die bei dem Antragsteller bestehenden funktionellen/strukturellen Schädigungen vergleichbar mit der Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen sind, wie sie bei Diagnosen aus der Anlage 2 zu erwarten sind. ³Eine besondere Schwere und Langfristigkeit im Sinne von Absatz 3 kann sich auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller/struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben, die für sich allein die Kriterien nicht erfüllen, sich aus deren Gesamtbetrachtung jedoch ein Therapiebedarf ergibt, der hinsichtlich Dauer und Umfang auch bei Diagnosen der Anlage 2 zu erwarten ist.</p>
<p>⁴Bei Entscheidungen nach Satz 2 und 3 ist von einer Dauerhaftigkeit oder Langfristigkeit auszugehen, wenn ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr medizinisch notwendig ist. ⁵Sofern es bei der Entscheidung nach Satz 2 und 3 zusätzlichen medizinischen Sachverständes bedarf, hat die Krankenkasse den MDK einzubeziehen. ⁶Dabei sind der Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieziele und die Therapieprognose des Versicherten in Verbindung mit dem verordneten Heilmittel zu berücksichtigen. ⁷Eine Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach Absatz 3 darf nicht allein deswegen versagt werden, weil sich das Heilmittel oder die Behandlungsfrequenz im Genehmigungszeitraum innerhalb der Diagnosegruppe der dem Antrag zugrunde liegenden Verordnungen ändern kann.</p>	

KBV und PatV	GKV-SV
(6) ¹ Eine vergleichbare schwere dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung kann ausgeschlossen werden bei Erkrankungen und Diagnosegruppen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf gemäß Heilmittelkatalog.	(6) ¹ Eine vergleichbare besondere schwere dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigung kann ausgeschlossen werden bei Erkrankungen und Diagnosegruppen mit prognostisch kurzzeitigem bis allenfalls mittelfristigem Behandlungsbedarf gemäß Heilmittelkatalog. ² Dies gilt auch bei Erkrankungen, die als leicht oder mittelschwer oder als „sonstige“ oder „nicht näher bezeichnet“ klassifiziert sind. ³ Eine Berücksichtigung im Rahmen der Gesamtbetrachtung nach Absatz 5 Satz 3 bleibt unberührt.

KBV und PatV	GKV-SV
(7) ¹ Die Genehmigung für Anträge nach Absatz 3 kann zeitlich befristet werden, soll aber in der Regel zwei Jahre , mindestens jedoch ein Jahr umfassen.	(7) ¹ Die Genehmigung für Anträge nach Absatz 3 kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens ein Jahr umfassen.
² Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Diagnosegruppe/-gruppen angegeben werden.	

(8) ¹Für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf gemäß den Absätzen 2 und 3 können die dauerhaft notwendigen Heilmittel als Verordnungen außerhalb des Regelfalls verordnet werden, ohne dass zuvor der in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges definierte Regelfall durchlaufen werden muss. ²Erforderliche Genehmigungen nach § 8 Absatz 4 gelten als erteilt.

III. § 15 Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

IV. § 18 Absatz 2 Ziffer 7 wird wie folgt geändert

1. nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Eine verordnete Kompressionsbandagierung hat im Anschluss an die Therapiezeit der MLD zu erfolgen.“

2. und im neuen Satz 3 werden die Wörter „Gegebenenfalls erforderliche“ durch das Wort „Erforderliche“ ersetzt.

V. In § 19 Absatz 3 Nummer 3 Buchstabe c) werden die Wörter „wie der Mukoviszidose“ durch die Angabe „bei Mukoviszidose oder bei Lungenerkrankungen, die der Mukoviszidose vergleichbare pulmonale Schädigungen aufweisen“ ersetzt.

VI. § 28 Absatz 4 Nummer 4 wird zu Absatz 5.

VII. In § 5 Satz 1, § 17 Absatz 3 Satz 2 und Satz 3, § 30 Absatz 3 Satz 2 und Satz 3 und § 35 Absatz 4 Satz 2 und Satz 3 wird jeweils das Wort „Anlage“ durch die Angabe „Anlage 1“ ersetzt.

VIII. Die Anlage wird zu Anlage 1.

IX. Nach Anlage 1 wird Anlage 2 gemäß Anhang angefügt.

[vgl. **Diagnoseliste**]

X. Der Heilmittelkatalog („Zweiter Teil - Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen“) wird im Abschnitt I. A „Maßnahmen der Physikalischen Therapie“ wie folgt geändert:

1. unter der Überschrift „Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog“ wird in der Tabelle in der Zeile „KG-Muko“ die zweite Spalte wie folgt gefasst:

„= Krankengymnastik zur Behandlung von schweren Erkrankungen der Atmungsorgane z.B. bei Mukoviszidose oder bei Lungenerkrankungen, die der Mukoviszidose vergleichbare pulmonale Schädigungen aufweisen“,

2. unter der Überschrift „1 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane“ wird in der Zeile „CS chronifiziertes Schmerzsyndrom“ in der Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ die Angabe „KTM“ ersetzt durch „KMT“.

3. unter der Überschrift „3 Erkrankungen der inneren Organe“ werden folgende Änderungen vorgenommen:

a. in den Zeilen „AT1 Störungen der Atmung“ und „AT2 Störungen der Atmung“ werden in der Spalte „Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung“ unter „c“ die Wörter „spastische Atmungsstörungen“ durch die Wörter „obstruktive Ventilationsstörungen“ ersetzt.

b. In der Zeile „AT3 Störungen der Atmung bei Mukoviszidose“ werden in der Spalte „Diagnosengruppe“ die Wörter „bei Mukoviszidose“ gestrichen und hinter der Angabe „z.B. bei“ und vor den Wörtern „vergleichbare pulmonale Schädigungen“ das Wort „Muskoviszidose“ durch „Mukoviszidose“ ersetzt.

c. in der Zeile „AT3 Störungen der Atmung bei Mukoviszidose“ werden in der Spalte „Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung“ unter „a“ nach den Wörtern „Atemnot, auch anfallsweise auftretend“ die Wörter „ggf. auch Auswurf“ angefügt und unter „c“ die Wörter „spastische Atmungsstörungen“ durch die Wörter „obstruktive Ventilationsstörungen“ ersetzt.

d. In den Zeilen „LY2 Lymphabflussstörungen“ und „LY3 Chronische Lymphabflussstörungen bei bösartigen Erkrankungen“ wird jeweils in der Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ unter „A.“ der Angabe „MLD-45/MLD-60“ die Angabe „MLD-30“ vorangestellt.

e. In den Zeilen „LY1 Lymphabflussstörungen“, „LY2 Lymphabflussstörungen“ und „LY3 Lymphabflussstörungen“ wird jeweils in der Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ unter „A“ der Klammerzusatz nach der Angabe „MLD-30/MLD-45/MLD-60“ gestrichen und durch den Klammerzusatz „(sowie ggf. anschließender Kompressionsbandagierung*)“ ersetzt. Darüber hinaus wird nach dem „*“ die Wörter „ggf. erforderliche“ gestrichen und durch das Wort „Erforderliche“ ersetzt.

XI. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger, aber nicht vor dem 1. Januar 2017 in Kraft.

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

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Stoffwechselstörungen					
E74.0	Glykogenspeicherkrankheiten [Glykogenose]		ZN1 / ZN2 / PN / AT2 / WS2 / EX2 / EX3 / CS / SO1	EN1 / EN2 / SB1 / SB7	SC1
E75.0	GM2-Gangliosidose				
E76.0	Mukopolysaccharidose, Typ I				
Erkrankungen des Nervensystems					
Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome					
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]		ZN1 / ZN2 / AT2	EN3 / SB7	SC1 / SP5 / SP6
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie				
G12.2	Motoneuron-Krankheit				
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome				
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet				
G14	Postpoliosyndrom		ZN2 / AT2	EN2/EN3	SC1/SP6
G20.2-	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn und Yahr)		ZN2	EN2	SC1 / SP6
Länger bestehende chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIPD)					
G61.8	Sonstige Polyneuritiden	nur chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIPD)	PN	EN3 / EN4	
G71.0	Muskeldystrophie		ZN1 / ZN2 / AT2	EN1 / EN2 / SB7	SC1 / SP6

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
G80.0 G80.1 G80.2 G80.3 G80.4 G80.8 G80.9	infantile Zerebralparese Spastische tetraplegische Zerebralparese Spastische diplegische Zerebralparese Infantile hemiplegische Zerebralparese Dyskinetische Zerebralparese Ataktische Zerebralparese Sonstige infantile Zerebralparese Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SP1 / SP2 / SP6 / SC1
G82.0- G82.1- G82.2- G82.3- G82.4- G82.5-	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie Schlaaffe Paraparese und Paraplegie Spastische Paraparese und Paraplegie Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie Spastische Tetraparese und Tetraplegie Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	
G93.1 G93.80	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert Apallisches Syndrom	Wachkoma (apallisches Syndrom, auch infolge Hypoxie)	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1
G95.0	Syringomyelie und Syringobulbie		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 / EN3	

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Q01.0 Q01.1 Q01.2 Q01.8 Q01.9	Enzephalozele Frontale Enzephalozele Nasofrontale Enzephalozele Okzipitale Enzephalozele Enzephalozele sonstiger Lokalisationen Enzephalozele, nicht näher bezeichnet		ZN1 / ZN2 / AT2 / SO1 / SO3	EN1 / EN2 / EN3	SC1 / SP1 / SP5 / SP6
Q03.0 Q03.1 Q03.8 Q03.9	Angeborener Hydrozephalus Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturae laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels Sonstiger angeborener Hydrozephalus Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet		ZN1 / ZN2 / AT2 / SO1 / SO3	EN1 / EN2 / EN3	SC1 / SP1 / SP5 / SP6
Q04.0 Q04.1 Q04.2 Q04.3 Q04.4 Q04.5 Q04.6 Q04.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum Arrhinenzephalie Holoprosenzephalie-Syndrom Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns Septooptische Dysplasie Megalenzephalie Angeborene Gehirnzysten Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns		ZN1 / ZN2 / AT2 / SO1 / SO3	EN1 / EN2 / EN3	SC1 / SP1 / SP5 / SP6

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Q04.9	Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet				
Q05.0	Spina bifida Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus		ZN1 / ZN2 / AT2 / SO1 / SO3	EN1 / EN2 / EN3	SC1 / SP1 / SP5 / SP6
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus;				
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus.				
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
Q05.9	Spina bifida, nicht näher bezeichnet				
Q06.0	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarkes Amyelie		ZN1 / ZN2 / AT2 / SO1 / SO3	EN1 / EN2 / EN3	SC1 / SP1 / SP5 / SP6
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks				
Q06.2	Diastematomyelie				
Q06.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina				
Q06.4	Hydromyelie				
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks				
Q06.9	Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet				

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Q87.4	Marfan-Syndrom		WS2 / EX2 / EX3 / AT2	SB1 / SB7	
T90.5	Folgen einer intrakraniellen Verletzung	Folgen einer Verletzung, die unter S06.- klassifizierbar ist nicht umfasst: S06.0 Gehirnerschütterung umfasst: S06.1 bis S06.9 Hinweis: Folgen oder Spätfolgen, die ein Jahr oder länger nach der akuten Verletzung bestehen	ZN1 / ZN2 / AT2 / SO3	EN1 / EN2	SC1 / SP5 / SP6
Entzündliche rheumatische Erkrankungen und Kollagenosen					
M05.0-	Seropositive chronische Polyarthritis Felty-Syndrom		WS2 / EX2 / EX3 / AT2	SB1 / SB5	
M07.1-	Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten Arthritis mutilans		WS2 / EX2 / EX3	SB1 / SB5	
M08.1- M08.2-	Juvenile Arthritis Juvenile Spondylitis ankylosans Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form		WS2 / EX2 / EX3	SB1 / SB5	
M34.0 M34.1	Systemische Sklerose Progressive systemische Sklerose CR(E)ST-Syndrom		WS2 / EX2 / EX3 / AT2	SB1 / SB5	

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
M45.0-	Spondylitis ankylosans Spondylitis ankylosans		WS2 / EX2 / EX3	SB1 / SB5	
Systemkrankheiten des Bindegewebes und Erkrankungen der Wirbelsäule und des Skelettsystems					
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen		EX2 / EX3 / WS2 / AT2	SB4 / SB5 / SB7	
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes				
Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem					
M41.0- M41.1-	Idiopathische Skoliose beim Kind Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen	Skoliose über 20° nach Cobb bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	WS2 / EX4	SB1	
Q71.0 Q71.1 Q71.2 Q71.3 Q71.4 Q71.5 Q71.6 Q71.8 Q71.9	Reduktionsdefekte der oberen Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Angeborenes vollständiges Fehlen der oberen Extremität(en) Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterarmes bei vorhandener Hand Angeborenes Fehlen sowohl des Unterarmes als auch der Hand Angeborenes Fehlen der Hand oder eines oder mehrerer Finger Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna Spalthand Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en) Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet		CS / AT2 / PN / WS2 / EX2 / EX3 / ZN2 / GE / LY2 / SO1 / SO2 / SO3 / SO4	SB3	

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
	Reduktionsdefekte der unteren Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Q72.0 Angeborenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en) Q72.1 Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß Q72.2 Angeborenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes Q72.3 Angeborenes Fehlen des Fußes oder einer oder mehrerer Zehen Q72.4 Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs Q72.5 Longitudinaler Reduktionsdefekt der Tibia Q72.6 Longitudinaler Reduktionsdefekt der Fibula Q72.7 Spaltfuß Q72.8 Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en) Q72.9 Reduktionsdefekt der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Q73.0 Angeborenes Fehlen nicht näher bezeichneter Extremität(en) Q73.1 Phokomelie nicht näher bezeichneter Extremität(en) Q73.8 Sonstige Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)				
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita		EX3 / EX4	SB5	
Q 86.80	Thalidomid-Embryopathie				SP3 / SP4 / SP6

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Erkrankungen des Lymphsystems					
N.N.	Lymphödem Stadium III (Elephantiasis)		N.N.		
C00-C97	Bösartige Neubildungen	Bösartige Neubildungen nach OP / Radiatio, insbesondere bei <ul style="list-style-type: none"> • Bösartigem Melanom • Mammakarzinom • Malignome Kopf / Hals • Malignome des kleinen Beckens (weibliche, männliche Genitalorgane, Harnorgane) 	LY3		
Q82.0	Hereditäres Lymphödem		LY2		
Störungen der Sprache und des Gehörs					
	Gaumenspalte mit Lippenspalte				
Q37.0	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte				SP3 / SF
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte				
Q37.2	Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte				
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte				
Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte				
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte				
Q37.8	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit beidseitiger Lippenspalte				
Q37.9	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit einseitiger Lippenspalte				

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Entwicklungsstörungen					
	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen				
F84.0	Frühkindlicher Autismus				
F84.1	Atypischer Autismus				
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters		ZN1 / ZN2	EN1 / PS1	SP1
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien				
F84.5	Asperger-Syndrom				
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen				
F84.2	Rett-Syndrom		ZN1 / ZN2 / WS2 / EX2 / EX3 / AT2	PS1 / EN1 / EN2 / SB1 / SB7	SP1 / SC1
Chromosomenanomalien					
	Down-Syndrom				
Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction				
Q90.1	Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction)		ZN1 / ZN2	EN1	SP1 / SP3 / RE1 / SC1
Q90.2	Trisomie 21, Translokation				
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet				
	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom				
Q91.0	Trisomie 18, meiotische Non-disjunction				
Q91.1	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)		ZN1 / ZN2	EN1	SP1
Q91.2	Trisomie 18, Translokation				

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet				
Q91.4	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction				
Q91.5	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)				
Q91.6	Trisomie 13, Translokation				
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet				
Q93.4	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 5		WS2 / EX4 / ZN1	EN1	SP1
	Turner Syndrom				
Q96.0	Karyotyp 45,X				
Q96.1	Karyotyp 46,X iso (Xq)				
Q96.2	Karyotyp 46,X mit Gonosomenanomalie, ausgenommen iso (Xq)				
Q96.3	Mosaik, 45,X/46,XX oder 45,X/46,XY		ZN1 / ZN2	EN1	SP1
Q96.4	Mosaik, 45,X/sonstige Zelllinie(n) mit Gonosomenanomalie				
Q96.8	Sonstige Varianten des Turner-Syndroms				
Q96.9	Turner-Syndrom, nicht näher bezeichnet				
Q99.2	Fragiles-X Chromosom		ZN1 / ZN2 / SO2	EN1/ EN2 / SB7 / PS1 / PS2	SP1 / SP3 / SP5 / SF / RE1 / RE2

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Störungen der Atmung					
	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)				
E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen		AT3		
E84.8-	Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen				
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation				
E84.87	Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen				
E84.88	Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen				
E84.9	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)				
	Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen				
J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes		AT2 / AT3		
J44.10	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes				
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes				
J44.90	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes				

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

Vom **Beschlussdatum**

Inhalt

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

2.3.3.4	LY2 und LY3 – Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall, A. vorrangige Heilmittel.....	18
3	Würdigung der Stellungnahmen	18
4	Bürokratiekostenermittlung.....	19
5	Verfahrensablauf	20

1 Rechtsgrundlagen

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

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Neuordnung des langfristigen Heilmittelbedarfs

2.1.1 Hintergründe / Entscheidungsgründe für eine Neuregelung

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

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

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

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

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

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

2.1.2 Neuregelung in § 8a der Heilmittel-Richtlinie

Allgemeines

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

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

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

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

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

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

Zu Absatz 5

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Therapieprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Therapieziels. Durch eine geeignete Heilmittelanwendung – auch in Kombination mit weiteren ärztlichen Leistungen – sollte in einem bestimmten Zeitraum unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkrankungen und des bisherigen Therapieverlaufs eine positive Beeinflussung von Schädigungen der Körperstruktur bzw. der Körperfunktion und ggf. beeinträchtigter Aktivitäten zu erwarten sein. Eine positive Therapieprognose liegt auch dann vor, wenn durch die Heilmittelanwendung eine Zunahme bzw. Verschlechterung der vorliegenden Schädigungen der Körperfunktion- und Struktur und der Beeinträchtigungen der Aktivitäten vermieden wird.

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

Zu Absatz 6

KBV/PatV	GKV-SV
<p>Im Gegensatz zum medizinisch notwendigen Heilmittelbedarf bei dauerhaften schweren funktionellen/strukturellen Schädigungen ist davon auszugehen, dass bei prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf der in der Heilmittel-Richtlinie abgebildete Regelfall und den damit verbundenen Behandlungseinheiten eine hinreichende Versorgung mit Heilmitteln der Versicherten ermöglicht. Soweit im Einzelfall während der Versorgung im Regelfall erkennbar wird, dass die Gesamtverordnungsmenge nicht hinreichend ist, sind weitere Verordnungen im Rahmen der Versorgung außerhalb des Regelfalls möglich.</p>	<p>Da die im Heilmittelkatalog aufgeführten Indikationen und Diagnosen mit prognostisch kurzzeitigem oder mittelfristigem Behandlungsbedarf die Voraussetzungen einer besonderen Schwere und Langfristigkeit im Sinne eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1 a SGB V definitionsgemäß / regelhaft nicht erfüllen, wird in Absatz 6 der Adressatenkreis der Regelung dahingehend konkretisiert, dass in den genannten Fällen das Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs ausgeschlossen werden kann. Hiervon kann in gleicher Weise auch bei Erkrankungen ausgegangen werden, deren Diagnosebezeichnung auf eine leichte oder mittelschwere Verlaufsform hindeutet oder sich aus der Diagnosebezeichnung ergibt, dass das Vorliegen einer besonders schweren dauerhaften Erkrankung (noch) nicht feststeht. Die im Einzelfall auch hier über einen längeren Zeitraum erforderliche Therapie mit Heilmitteln ist in diesen Fällen über die Möglichkeiten der Verordnung innerhalb und außerhalb des Regelfalls gewährleistet.</p>

Zu Absatz 7

KBV/PatV	GKV-SV
<p>Die Erfahrungen in der Praxis zur Umsetzung der Versorgung im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs haben gezeigt, dass das Antragsverfahren einen hohen bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten bedeutete. Folglich wird vor dem Hintergrund der unter Abs. 5 Satz 3 beschriebenen Schwere und Langfristigkeit einer funktionellen/strukturellen Schädigung und gegebenenfalls der Summe mehrerer dieser Faktoren eine Genehmigung für einen Zeitraum von zwei Jahren, mindestens jedoch von einem Jahr, als eine bürokratiearme Versorgung angesehen; gleichzeitig wird damit der Zugang zur Heilmittelversorgung für die schwer betroffenen Versicherten erleichtert/vereinfacht.</p>	<p>Die Krankenkasse kann Genehmigungsentscheidungen nach Absatz 3 abhängig von dem zugrunde liegenden Einzelfall zeitlich befristet oder auch unbefristet vornehmen. Soweit die Krankenkasse von der Möglichkeit einer Befristung Gebrauch macht, soll der Genehmigungszeitraum - wie bisher - mindestens ein Jahr umfassen. Eine darüber hinausgehende zeitliche Befristung ist möglich, sofern die Krankenkasse auf Grundlage der dem Antrag gemäß Absatz 4 beigefügten ärztlichen Verordnung eine Abschätzung des Therapiebedarfs mit Heilmitteln über den beantragten Zeitraum möglich ist.</p>

Zu Absatz 8

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

2.1.3 Festlegung einer Diagnoseliste als Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie

Hintergrund

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

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

Aktuelle Beratungen

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

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

Ergänzungs- bzw. Streichungsvorschläge		
im Vergleich zur Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V – Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V mit Stand vom 12.11.2012		
ICD-Code	Bezeichnung	Begründung
Erkrankungen des Nervensystems		
G14	Postpolio-Syndrom	Physiotherapie bewirkt eine Steigerung der Kraft und der Ausdauer in den behandelten Muskelgruppen sowie eine verbesserte kardiopulmonale Leistungsfähigkeit. Auf Grund des progredienten Verlaufs ist ein langfristiger Heilmittelbedarf gegeben. Daher ist die Diagnose aus der Diagnoseliste der Praxisbesonderheiten (Anlage 1 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten) in die Diagnoseliste des langfristigen Heilmittelbedarfs zu überführen.
G95.0	Syringomyelie und Syringobulbie	Bei der Syringomyelie und -bulbie kommt es zu einer Höhlenbildung im Rückenmark, bspw. nach Verletzungen, Entzündungen oder Tumoren. Nach dem ersten Auftreten von Symptomen kommt es zu einer Entwicklung neurologischer Defizite über Jahre bis Jahrzehnte, wobei die Symptomatik vielfältig ist und von Lage und Ausbildung der Höhlenbildung abhängt.
Entzündliche rheumatische Erkrankungen und Kollagenosen		
M05.0-	Felty-Syndrom	Insbesondere bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen Chronische Polyarthrit (CP), ankylosierende Spondylitis (AS), Kollagenosen und Vaskulitiden oder die juvenile idiopathische Arthritis (JIA)) bestehen aufgrund des regelhaft polytopen Musters des Gelenkbefalls komplexe Funktionsstörungen der Gelenke, der Muskulatur und anderer Elemente des Bewegungssystems. Dabei werden auch primär nicht betroffene Teile des Bewegungssystems („Bewegungsketten“) in Mitleidenschaft gezogen. Der chronisch progrediente Verlauf der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen erfordert eine lebenslange medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie. Die rheumatischen Erkrankungen insgesamt erfordern ein multimodales trans- und interdisziplinäres Krankheitsmanagement. Dieses verfolgt immer das Ziel, frühzeitig Schäden an den Bewegungsorganen zu begegnen und funktionelle Defizite auszugleichen. Ein wichtiger Baustein der multimodalen Therapie und eines optimalen Krankheitsmanagements ist die kontinuierliche Versorgung mit Heilmitteln.
M07.1	Arthritis mutilans	
M08.1	Juvenile Spondylitis ankylosans	
M08.2	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form	
M34.0	Progressive systemische Sklerose	
M34.1	CR(E)ST-Syndrom	

M45.0	Spondylitis ankylosans	<p>ankylosierenden Spondylitis (AS) und Leitlinien, wie zum Management der frühen Chronischen Polyarthritits, wird belegt, dass eine ausreichende Versorgung mit Physiotherapie sowohl Aktivitätsindices vor allem aber die Funktionsfähigkeit, die Schmerzen und die Mobilität der Betroffenen positiv beeinflussen.</p> <p>Das primäre Ziel der Behandlung entzündlich rheumatischer Erkrankungen besteht darin, durch die Kontrolle von Symptomen und die Verhinderung von strukturellen Schäden die Normalisierung der körperlichen Funktionen, die Teilhabe am sozialen Leben und damit die gesundheitsbezogene Lebensqualität langfristig zu verbessern. Dieses ist nur durch eine medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemeinsam zu erreichen.</p> <p>Remissionskriterien, die alleine auf dem Rückgang der Entzündungsaktivität basieren, bilden das subjektive Krankheitserleben der Betroffenen und die Auswirkungen der rheumatischen Erkrankungen auf das Individuum nicht umfassend ab.</p> <p>Felty-Syndrom:</p> <p>Schwere Verlaufsform einer chronischen Polyarthritits mit extra artikularen Manifestationen und starken Gelenkdeformierungen. Letztere erfordern eine Dauertherapie mit Physiotherapie</p> <p>Arthritis Mutilans:</p> <p>Bei dieser schweren destruierend verlaufenden Arthritisform, meist bei Psoriasis Arthritis, kommt es zu einer extrem starken Gelenkverformung der Hände, so dass deren >Funktion extrem behindert ist. Eine Dauertherapie mit dem Heilmittel Physiotherapie kann hier den schweren Verlauf positiv beeinflussen.</p> <p>Juvenile Spondylitis ankylosans:</p> <p>Die entzündliche Wirbelsäulenerkrankung im Kindes- und Jugendalter kann zu einer extrem Verkrümmung der Wirbelsäule und auch zur Deformierung peripherer Gelenke im Regelfall führen. Hierbei ist es notwendig, neben der medikamentösen Therapie, eine dauernde Heilmittelbehandlung im Sinne von Physiotherapie durchzuführen. Dadurch kann eine Versteifung der Wirbelsäule in günstiger Stellung erreicht werden. Denn: die heutige medikamentöse Therapie kann bisher nicht die Verkrümmung und knöchernen Versteifung der Wirbelsäule aufhalten.</p> <p>Juvenile Idiopathische Arthritis:</p> <p>Die S2-Leitlinie zur Therapie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis (JIA) empfiehlt eine strukturierte langfristige Behandlung durch einen speziell geschulten Physiotherapeuten, um die Gelenkbeweglichkeit zu verbessern, Kontrakturen zu vermeiden und Schmerzen zu lindern. Alle</p>
-------	------------------------	---

		<p>Formen der juvenilen Arthritis bedürfen gerade beim wachsenden Organismus eine Dauertherapie mit physikalischer Medizin.</p> <p>Progressive systemische Sklerose/CREST-Syndrom:</p> <p>Medikamente können bisher kaum die Sklerosierung (Verhärtung der Haut) einhalten. Durch physikalische Therapieformen, zum Beispiel Lymphdrainage ist eine deutliche Verbesserung der Durchblutung zusammen mit medikamentösen Therapien unbedingt durchzuführen und entspricht allen internationalen Empfehlungen.</p>
Systemkrankheiten des Bindegewebes und Erkrankungen der Wirbelsäule und Skelettsystems		
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen und Organsystemen	<p>Der systemische Lupus erythematodes (SLE) ist eine schubweise verlaufende chronisch-entzündliche Autoimmunerkrankung. Er gehört zu den seltenen Erkrankungen mit häufig schwerem Verlauf. Ein systemischer Lupus erythematodes kann unterschiedliche Organe betreffen und viele Symptome auslösen. Das Krankheitsbild ist dementsprechend vielfältig und die Erkrankung verläuft individuell sehr unterschiedlich.</p>
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes	<p>Beinahe jeder Lupus-Patient leidet unter Gelenkbeschwerden. Hierzu zählen schmerzhafte Entzündungen großer und kleiner Gelenke (Arthritis) sowie der Muskeln (Myositis). Außerdem kann das Bindegewebe der Gelenke, Sehnen und Muskeln "schwach" werden, was zu Deformationen oder Fehlstellungen führen kann, beispielsweise zu einer Z-förmigen Deformation des Daumens (Lupusarthropathie).</p> <p>Typisch ist außerdem der Befall von Haut, Lunge und Nieren, des Weiteren ist ein Befall von Herz, Zentralnervensystem, Blutbild, Gefäße, Augen, Haare, Speichel- und Tränendrüsen möglich.</p> <p>Neben der medikamentösen Therapie mit Basistherapeutika und ergänzend nichtsteroidalen Antirheumatika zur Schmerzlinderung und Entzündungshemmung besteht beinahe bei jedem Patienten in unterschiedlichem Umfang ein Heilmittelbedarf. Die Heilmitteltherapie kann als ergänzende Therapie, gerade bei schweren Verläufen, die Beschwerdesymptomatik mildern. Insbesondere KG zur Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und Atemtherapie bei Beteiligung der Lunge kommen dabei in Frage.</p>

Erkrankungen der Wirbelsäule und Skelettsystems			
Q 86.8	Thalidomid-Embryopathie		<p>In den ICD-10 GM 2013 wurde der Diagnoseschlüssel Q86.80 Thalidomid- Embryopathie neu eingeführt. Dieser wird ergänzend zu dem bereits auf der Diagnoseliste aufgeführten angeborenen Reduktionsdefekten der oberen und unteren Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Q71.- und Q72.-, aufgenommen. Die im Zusammenhang mit einer Thalidomid-Embryopathie ggf. auftretenden langfristig behandlungsbedürftigen Störungen der Sprache werden diesem ICD-10 Code zugeordnet und sind bei den Reduktionsdefekten der oberen und unteren Extremitäten nicht mehr aufgeführt.</p> <p>Außerdem wird eine Korrektur der Diagnosegruppen des Heilmittel-Kataloges vorgenommen. Infolge einer Thalidomid-Embryopathie kann es zu einer Anotie (völliges Fehlen der Ohrmuschel) sowie zu Innenohr-und Mittelohrfehlbildungen mit daraus resultierender Schwerhörigkeit bzw. hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit kommen. Im Rahmen einer Thalidomid-Embryopathie sind ggf. auch auftretenden Lähmungen der Gesichtsnerven (Fazialisparesen) möglich. Aus der Hörstörung, hochgradigen Schwerhörigkeit oder Taubheit kann ein Heilmittelbedarf resultieren, der mit den Diagnosegruppen SP3 – Störungen der Artikulation(Dyslalie) und SP4 –Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit zu versorgen ist. Lähmungen der Gesichtsnerven (Fazialisparese) können zu Sprechstörungen wie Dysarthrie oder Dysarthrophonie führen. Für diese Beeinträchtigungen der Sprechmotorik (durch Läsionen bzw. Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems mit Störung der Sprechmotorik und Phonation) steht für Heilmittel-verordnungen die Diagnosegruppe SP6 zur Verfügung.</p> <p>Im Ergebnis kann eine Sprachtherapie unter den Diagnosegruppen SP3, SP4 und SP6 erforderlich sein. SP5, RE1 und RE2 spielen dagegen bei den Thalidomid-Embryopathien i. d. R. keine Rolle. Sie werden daher durch SP3 SP4 und SP6 ersetzt.</p>
Erkrankungen des Lymphsystems			
N.N	Lymphödem Stadium III (Elephantiasis)		<p>Der bisher im ICD-10-GM zur Verfügung stehende Code I89.0 ist unspezifisch, da hierunter verschiedene Formen und Ausprägungsgrade eines Lymphödems verschlüsselt werden. Insbesondere der Schweregrad eines Lymphödems ist jedoch entscheidend für die Therapie. Ein langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs.1a SGB V besteht bei einem Lymphödem Stadium III (Elephantiasische harte Schwellung), allerdings war es mit dem bisherigen ICD-10-Code nicht möglich diesen Schweregrad abzubilden.</p> <p>Daher wird gemeinsam mit den Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Lymphologie-DGL, Deutsche Gesellschaft für Wundversorgung-DGfW, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie-DGC) ein Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2017 eingebracht, bei dem die Stadieneinteilung eines</p>

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

Q99.2	Fragiles X-Chromosom	<p>Das Fragile-X Syndrom ist die häufigste erbliche Form geistiger Behinderung. Das Spektrum der Symptome des Fragilen-X Syndroms ist weit. Neben der mentalen Retardierung sind vor allem folgende Symptome erkrankungsbestimmend: ausgeprägte Sprachentwicklungsstörungen, Grob- und feinmotorische Defizite, Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, Impulsivität, starke Verhaltensausrüche, auto- und fremdaggressives Verhalten, autistische Verhaltensweisen wie Stereotypen, Vermeiden von Blickkontakt, Perseverationen, Echolalie und Ess- Schluckstörungen.</p> <p>Teilweise leiden Betroffene unter Mitralklappenprolaps, in etwa 20% der Fälle tritt Epilepsie auf.</p> <p>Weitere körperliche Merkmale sind: Muskelhypotonie, Bindegewebsschwäche, überdehnbare Gelenke, unsicherer Gang, häufige Mittelohrentzündungen im Kindesalter und starker unkontrollierter Speichelfluss.</p> <p>Bei den meisten Betroffenen ist die Sauberkeitsentwicklung verzögert, oft bis ins Erwachsenenalter hinein. Die allermeisten Menschen mit Fragilem-X Syndrom sind auch im Erwachsenenalter nicht in der Lage, den Herausforderungen des Alltags alleine gerecht zu werden.</p> <p>Fragiles-X Syndrom ist nicht heilbar, es gibt keine gezielten pharmakologischen Therapien. Der Einsatz therapeutischer Maßnahmen durch Logopädie, Physikalischer Therapie und Ergotherapie führt in den allermeisten Fällen zu einer erheblichen Verbesserung in der Entwicklung der Betroffenen. Die Maßnahmen sind im Allgemeinen langfristig einzusetzen, um einen dauerhaften Fortschritt in der Entwicklung zu erzielen. Unterbrechungen können erzielte Erfolge zunichtemachen und die weitere Entwicklung der vom Fragilen-X Syndrom betroffenen Menschen erheblich verzögern.</p>
Störung der Atmung		
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 < 35 % des Sollwertes	Die physiotherapeutische Atemtherapie wird bei COPD-Patienten zur Senkung der Atemarbeit, zum gezielten Einsatz der Atemmuskulatur, zur Verbesserung der Sekretelimination und der Thoraxbeweglichkeit und damit zur Verbesserung des Gasaustausches eingesetzt. Hauptziele der Atemphysiotherapie sind eine Erleichterung der erschwerten Atmung in Ruhe und unter Belastung sowie eine Verbesserung der Hustentechnik. In Anhängigkeit des Schweregrades ist bei einer sehr schweren chronisch obstruktiven Lungenkrankheit ein langfristiger Heilmittelbedarf gegeben.
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes	

J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 < 35 % des Sollwertes	
J44.90	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes	

2.2 Weitere Änderungen der HeilM-RL

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

2.2.1 Änderung § 15 HeilM-RL

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

2.2.2 Änderung des § 18 HeilM-RL

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

2.2.3 Änderung § 19 HeilM-RL

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

2.2.4 Änderung § 28 HeilM-RL

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

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

2.3.1 Änderung im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen

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

2.3.2 Änderung des Abschnitts 1 im Indikationskatalog Maßnahmen der Physikalischen Therapie

2.3.2.1 CS - Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall

Die Änderung dient der redaktionellen Anpassung.

2.3.3 Änderung des Abschnitts 3 im Indikationskatalog Maßnahmen der Physikalischen Therapie

2.3.3.1 AT3 – Spalte Diagnosengruppe

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

Darüber hinaus wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen.

2.3.3.2 AT3a – Spalte Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung

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

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

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

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

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

3 Würdigung der Stellungnahmen

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

[Platzhalter]

4 Bürokratiekostenermittlung

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

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

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

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

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

2. Unterstützung des Patienten bei Einzelfallgenehmigungen

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

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

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

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

[Ergänzung der Quantifizierung nach dem SN-Verfahren]

5 Verfahrensablauf

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

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL):
Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf**

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Fachgesellschaft ein	
Bitte klicken Sie hier und fügen das Datum Ihrer Stellungnahme ein	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL):
Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf

Berlin, 26.02.2016

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 28.01.2016 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zu der vorgesehenen Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) bezüglich der Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf aufgefordert.

Hintergrund der vorgesehenen Anpassung der Heilmittel-Richtlinie ist die im Rahmen einer von den Bänken des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Patientenvertretern durchgeführten Fragebogenerhebung geäußerte Kritik an dem bisherigen Verfahren für die Genehmigung von Heilmittel-Verordnungen bei langfristigem Heilmittelbedarf. Als Konsequenz aus der Kritik hat der Gesetzgeber die gesetzliche Grundlage der Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz modifiziert. Mit der Änderung des § 32 Abs. 1a SGB V wurde der Gemeinsame Bundesausschuss zum einen beauftragt, anhand konkreter Kriterien zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf anzunehmen ist. Zum anderen ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen, ob und inwieweit überhaupt ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist.

Die vorgesehene Anpassung der Heilmittel-Richtlinie sieht die Überführung der Bestimmungen zum langfristigen Heilmittelbedarf in einen neuen § 8a vor. Für bestimmte Diagnosen, die in der Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie gelistet werden (Diagnoseliste), entfällt zukünftig grundsätzlich ein Antrags- und Genehmigungsverfahren.

Bei vergleichbar schweren, dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, die nicht in der Diagnoseliste genannt sind, erfolgt auf Antrag des Versicherten weiterhin eine Einzelfallentscheidung durch die Krankenkasse. Dabei können sich Schwere und Langfristigkeit auch aus der Summe mehrerer einzelner funktioneller/struktureller Schädigungen und Beeinträchtigungen der individuellen Aktivitäten ergeben. Voraussetzung ist, dass ein Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr medizinisch notwendig ist.

Über die Änderungen zum langfristigen Heilmittelbedarf hinaus sind verschiedene Klarstellungen und Korrekturen der Heilmittel-Richtlinie vorgesehen.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt die vorgesehene Änderung der Heilmittel-Richtlinie ausdrücklich.

Nicht nachvollzogen werden kann, warum von Seiten des GKV-Spitzenverbandes die Notwendigkeit gesehen wird, an verschiedenen Stellen das Wort „besondere“ bzw. „besonders“ einzufügen. Die Notwendigkeit einer solchen Einschränkung wird auch in den tragenden Gründen nicht dargelegt.


Berlin, 26.02.2016

i. A.



Dipl.-Ökonomin Britta Susen, LL. M.
Bereichsleiterin

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL):
Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf**

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	
26.02.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 8 a Abs. 1, 3, 5, 6 „besondere“	Bereits die Diagnosen bilden die besondere Schwere der Erkrankungen ab. Eine besondere Schwere von besonders schweren Erkrankungen ist medizinisch und rechtlich undifferenziert und der Spekulation anheimgestellt. Entweder müssen die Diagnosen „verschärft“ werden oder „besondere“ gestrichen.
§ 8 a Abs. 6 „mittelfristigem“	Der Begriff ist unbestimmt und gibt befangenen Auslegungen Vorschub.
§ 8 a Abs. 7 „ein Jahr“	Ein Jahr bildet nicht eine dauerhafte schwere Erkrankung ab. Gemäß Heilmittel-Katalog umfasst ein Regelfall, also ein „prognostisch kurzzeitiger Behandlungsbedarf“, bereits mehr als ein Jahr (SP5: 60 Einheiten, 1 x wöchentlich → 60 Wochen).
Anlage 2 Indikationsschlüssel	Als Berufs- und Fachverband für das Heilmittel „Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie“ (SSST) beschränken wir uns in dieser Stellungnahme ausschließlich auf Indikationsschlüssel, die dem Heilmittel SSST zugeordnet sind. Die bisher bestehende „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf“ ist um folgende Indikationsschlüssel zu vervollständigen: G12.0-G12.9 ST2 G20.2 ST1 R49 bei C00-C97 ST 1 / ST2
Anlage 2 Diagnosen	Als Berufs- und Fachverband für das Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie (SSST) beschränken wir uns in dieser Stellungnahme ausschließlich auf Diagnosen, die dem Heilmittel SSST zuzuordnen sind. Langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1 a SGB V (§ 8 a Abs. 1 HeilM-RL) liegt auch bei den nachfolgenden Diagnosen vor. Die „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf“ ist entsprechend zu vervollständigen: F98 ff Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr) G30-G32 Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems,



26.02.2016

einschließlich der Demenzen **F00-F03**

G40 Epilepsien

G62.9 Polyneuropathie

G81.9 Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet

H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungs-Störung

M45.09 Morbus von Bechterew

P00-P04 Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung

Q16 Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen

Q35 Gaumenspalte

Q36 Lippenspalte

Q39 Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus

Q87 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme (nur Q87.4 ist gelistet, insbesondere fehlen die Diagnosen aus Q87.0 und Q87.1)

Q93 Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert

Q99 Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert

R13 Dysphagie

R49 Störungen der Stimme bei

C00-97 Malignome Kopf/Hals, Atmungsorgane, Magen/Darm

J38.3 Rekurrensparese, Spasmodische Dysphonie

G35 Multiple Sklerose

G58.8 Störungen des Nervus phrenicus

G62.9 Polyneuropathie

M45.09 Morbus von Bechterew

R06.88 Vocal cord dysfunction (VCD)

R06.88 Dyspnoe

T07 Polytrauma

Z90 Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie

Z96.2 Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan



**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeiIM-RL):
Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf**

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
24.02.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Grundsätzlich begrüßt der dbI die Einführung eines § 8 a und der Anlage 2 in die Heilmittel-Richtlinie. Allerdings sollte in Kenntnis der gesetzlichen Grundlage des § 32 Abs. 1 a SGB V und des § 106 b Abs. 2 SGB V die Fortführung zweier Listen aus Praktikabilitätsgründen in der Praxis kritisch hinterfragt werden.</p>	<p>Mit der Übernahme einer Liste von Diagnosen zum langfristigen Behandlungsbedarf erfährt diese eine demokratische Legitimation statt der bisherigen einseitigen Regelung. Der dbI begrüßt die sich hieraus ergebende gesetzliche Möglichkeit der Stellungnahme. Wie bereits im gemeinsamen Schreiben mit den anderen stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Verbänden von dba e.V. und dbs e.V. an den GKV-Spitzenverband vom 25.07.2014 dargelegt, besteht aus Sicht der Berufs- und Fachverbände ein Änderungs- und Ergänzungsbedarf. Das Schreiben fügen wir in der Anlage bei und nehmen auf dieses vollumfänglich Bezug. Der Überarbeitungsbedarf besteht fort, worauf wir im Weiteren eingehen werden.</p> <p>Auch nach nahezu zwei Jahren seit Einführung zweier gesonderter Listen für Praxisbesonderheiten und Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf sind sowohl bei Ärzten und Therapeuten als auch auf Seiten der Krankenkassen weiterhin Unsicherheiten im Umgang mit und bei praktischer Umsetzung dieser Listen festzustellen. Die Fortführung zweier Listen ist für die Praxis nicht praktikabel und führt zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand. Es ist zu vermuten, dass diese Unsicherheiten im Zweifel zu Lasten der Versicherten gehen, obwohl der Gesetzgeber mit Einführung der Regelungen des § 32 Abs. 1 a SGB V und des § 106 b Abs. 2 SGB V an sich die Versorgung dieser Patientengruppen sichern und verbessern wollte.</p>
<p>Der dbI schließt sich in § 8 a Abs. 1, 3, 5 und 6 ausdrücklich der Formulierung von KBV und Patientenvertretung an.</p>	<p>Nach der gesetzlichen Grundlage des § 32 Abs. 1 a SGB V ist es Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf zu regeln. Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist.</p> <p>Bei den einschlägigen Diagnosen handelt es sich damit schon um Erkrankungen mit einem besonderen Krankheitswert in Gestalt von dauerhaften schweren funktionellen/strukturellen Schädigungen. Bei diesen ist prognostisch davon auszugehen, dass ein über den Regelfall hinausgehender Behandlungsbedarf gegeben ist. Es ist vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar, weshalb hier der Anwendungsbereich der Regelung weiter eingeschränkt werden sollte. Zudem würde mit der vom GKV-</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
24.02.2016	
	Spitzenverband vorgeschlagene Formulierung einer „ besonderen “ Schwere und Langfristigkeit der Schädigung ein weiterer unbestimmter Rechtsbegriff eingeführt, der nicht legal definiert ist.
Der dbl schließt sich in Abs. 7 ausdrücklich der Formulierung von KBV und Patientenvertretung an.	Das Antragsverfahren bedeutet in der Praxis einen hohen bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten. Damit der Zweck der Regelung, den Zugang von betroffenen Versicherten zur Heilmittelversorgung zu erleichtern, nicht torpediert wird, sollte im Interesse der Sicherstellung der Versorgung eine Genehmigung mindestens einen Zeitraum von zwei Jahren umfassen.
<u>Zur Anlage 2:</u>	
Die Systematik der Liste bedarf der Überarbeitung.	Bei Verabschiedung dieser Diagnoseliste bestehen zwei Listen fort: Einerseits die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1 a SGB V, andererseits der Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015. Je nachdem, in welcher Liste eine Diagnose gelistet ist, treten unterschiedliche Rechtsfolgen ein. Damit ist es für alle Beteiligten wichtig zu wissen, in welcher Liste eine Diagnose genannt ist. Dabei ist nicht erkennbar, nach welcher Systematik bzw. nach welchen Kriterien eine Zuordnung erfolgt. Die aktuelle Zuordnung ist weder formal noch inhaltlich begründet. Eine Diagnose ist jedenfalls nur in einer der beiden Listen aufgeführt. Es besteht daher ein Alternativverhältnis der Listen zueinander. So sind beispielsweise die Subarachoidalblutungen alleine der Liste nach § 106 b Abs. 2 SGB V aufgeführt. Dies hat zur Folge, dass sie nicht in der Anlage 2 gelistet sind. Dies entspricht nicht den Bedürfnissen betroffener Versicherter, die ggf. über das erste Jahr nach dem Akutereignis einen weitergehenden Therapiebedarf haben. Diese werden bei Bedarf auf das Verfahren nach Abs. 3 verwiesen werden müssen, was einen weiteren bürokratischen Aufwand bedeutet.
Der Übersichtlichkeit halber sollte die Anlage eine konsequente alphabetische Ordnung beinhalten.	Für alle an der Behandlung der Versicherten Beteiligten – egal ob Arzt oder Heilmittelerbringer – steht die Versorgung der Versicherten im Fokus. Regelungen und Listen sollten daher so aufgebaut sein, dass sie schnellstmöglich lesbar sind. Hierzu ist eine konsequente alphabetische Listung sinnvoll. Wird beispielsweise der Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84.0) erst auf S. 9 nach Q37.0 gelistet, obwohl die Liste den Eindruck einer alphabetischen Listung erweckt, besteht die Gefahr, dass diese Diagnosen übersehen werden. Missverständnisse sind daher vorprogrammiert.



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
24.02.2016	
Die Liste bedarf der Prüfung und Ergänzung hinsichtlich Diagnosen.	<p>Einige Diagnosen, die mit einer dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung verbunden sind oder zu dieser führen können, sind weder im Beschlussentwurf der Anlage 2 noch im Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben gelistet. Der dbI spricht sich ausdrücklich für die Aufnahme der folgenden Diagnosen aus:</p> <ul style="list-style-type: none">• F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend• G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr), analog zum Anhang 1 zur Anlage 2 sollten hier unbedingt auch frühere Stadien des Primären Parkinson-Syndroms aufgeführt werden.• G30-G32 Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems• G40 Epilepsien• G62.9 Polyneuropathie• G81.9 Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet• H54.0 Blindheit und hochgradige Sehbehinderung• H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung• M45.09 Morbus von Bechterew• P00-P04 Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung• Q02 Mikrozephalie• Q16 Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen• Q35 Gaumenspalte• Q36 Lippenspalte• Q39 Ösophagusatresie• Q87 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme (nur Q87.4 ist gelistet, insbesondere fehlen die Diagnosen aus Q87.0 und Q87.1)• Q93 Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert (nur Q 93.4 ist gelistet)• Q99 Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert (nur Q 99.2 ist gelistet)• R49 Störungen der Stimme• Z90 Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie• Z96.2 Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
24.02.2016	
Die Liste bedarf der Überarbeitung und Ergänzung hinsichtlich einschlägiger Indikationsschlüssel	<p>Der dbl spricht sich als Berufs- und Fachverband ausdrücklich bei den folgenden Diagnosen für die Ergänzung von relevanten Indikationsschlüsseln aus:</p> <ul style="list-style-type: none">• B94.1 SP6• G11.0-G11.9 SP6• S14 SC1, ST1• Q68.0 SC1, ST1• F00.1-03 SP5, SP6, ST1, SC1• F00.0 SP5, SP6, ST1, SC1• F80.1-2 SP3 <p>Soweit Diagnosen im Anhang 1 zur Anlage 2 gelistet sind, sollte die Aufnahme dieser Diagnosen mit weiteren Indikationsschlüsseln in die Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie geprüft werden. Insoweit ist zum Beispiel Chorea Huntington (G10) mit ST 1/ST 2 und SP6 zu nennen.</p>
<p>Zum Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V kann der dbl als Berufs- und Fachverband die dort eingeführten Beschränkungen unter der Rubrik Hinweis/ Spezifikation nicht teilen. Dies betrifft insbesondere die Beschränkung „ab vollendetem 70. Lebensjahr“ und „längstens 1 Jahr/6 Monate nach Akutereignis“. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, die Diagnosen vor vollendetem 70. Lebensjahr bzw. die Diagnosen mit einer zeitlichen Beschränkung nach Ablauf derselben in die Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie zu übernehmen.</p>	<p>Bei Diagnosen, die Folge eines Akutereignisses sind, findet sich die Spezifikation, dass ein besonderer Versorgungsbedarf „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ / „längstens 6 Monate nach Akutereignis“ geltend gemacht werden kann. Gerade bei den zugrundeliegenden Diagnosen ist eine Behandlungsdauer regelmäßig von mehr als einem Jahr anzunehmen. Blicke es bei dieser zeitlichen Begrenzung, wäre der Vorteil dieser Regelungen für die Versicherten und die behandelnden Ärzte faktisch ausgehöhlt, da sich oftmals der Zeitraum einer stationären und rehabilitativen Maßnahme schon über mehrere Monate erstreckt.</p> <p>Hinsichtlich der statuierten Beschränkung „ab vollendetem 70. Lebensjahr“ ist festzuhalten, dass die diesen zugrunde liegenden Diagnosen nicht erst Menschen ab einer bestimmten Altersgrenze treffen. Für eine Ungleichbehandlung zwischen einem 69-Jährigen und einem 70-Jährigen Patienten besteht bei gleicher Diagnose kein Raum. Auch Menschen, die jünger sind als 70 Jahre, können durchaus an geriatrischen Diagnosen erkranken. Gerade bei diesen Patienten muss die Versorgung sichergestellt sein, um einen progredienten Verlauf zu verhindern. Eine therapeutische Intervention sollte möglichst früh beginnen, um kognitive und sprachliche Leistungen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten.</p>



Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.



Deutscher
Bundesverband für
Logopädie e.V.



Deutscher Bundesverband
der akademischen
Sprachtherapeuten

AG SSST - Arbeitsgemeinschaft Stimm-, Sprech-, Sprach-Therapie

GKV-Spitzenverband
Abteilung Arznei- und Heilmittel
Frau Dr. Antje Haas
Herrn Florian Rott
Reinhardtstraße 30
10117 Berlin

dba Bundesgeschäftsstelle
20355 Hamburg
Holstenwall 12
Telefon 040 / 3571380-0
info@dba-ev.de
www.dba-ev.de

dbi Geschäftsstelle
50226 Frechen
Augustinusstraße 11 a
Telefon 02234 / 37953-0
info@dbi-ev.de
www.dbi-ev.de

dbs Bundesgeschäftsstelle
47441 Moers
Goethestraße 16
Telefon 02841 / 998191-0
info@dbs-ev.de
www.dbs-ev.de

Frechen, Hamburg, Moers
25.07.2014

Vereinbarung über Praxisbesonderheiten nach **§ 84 Abs. 8 SGB V**

Anlage 1: Liste über **Praxisbesonderheiten** nach § 84 Abs. 8 SGB V

Anlage 2: Liste über **Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf** i.S. § 32 Abs. 1a SGB V

Sehr geehrte Frau Dr. Haas, sehr geehrter Herr Rott,

mehr als ein Jahr nach Inkrafttreten der o. g. Vereinbarungen machen die Erfahrungen im Bereich des Heilmittels Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie deutlich, dass sowohl für

Anlage 1: Liste über **Praxisbesonderheiten**

als auch

Anlage 2: Liste über **Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf**

die sachgerechte inhaltliche Fortentwicklung der Listen im Sinne sinnvoller Versorgungsziele angezeigt ist.

Entsprechend der heilmittelspezifischen Versorgungsbedingungen empfehlen die Berufsverbände dba, dbi und dbs für den Bereich des Heilmittels SSST folgende Anpassungen zu berücksichtigen.

Anwendung in der Praxis

Sowohl bei Ärzten und Therapeuten wie auch bei Krankenkassen sind bei Anwendung und Umsetzung der Listen erhebliche Unsicherheiten festzustellen. Das gilt insbesondere hinsichtlich des von der Systematik der Heilmittel-Richtlinie abweichenden Verfahrens bei Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf, welches ohne vorherige Ausstellung einer Erstverordnung die direkte Verordnung außerhalb des Regelfalls zulässt. Hier besteht deutlicher Klarstellungsbedarf.

Zuordnung der Diagnosen

Eine Diagnose inkl. Diagnoseschlüssel wird entweder den Praxisbesonderheiten oder den Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf zugeordnet. Es ist problematisch, dass die beiden Listen (Anlage 1 und Anlage 2) nahezu komplementär gestaltet sind. Denn derzeit verhindert die (sinnvolle) Klassifikation einer Diagnose als Praxisbesonderheit die (ggf. genauso sinnvolle) Zuordnung zu den Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf und vice versa.

Es sollte daher für jeden Diagnoseschlüssel einzeln überprüft werden, ob dieser

den Praxisbesonderheiten,
den Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf oder
beiden Listen
zuzuordnen ist; resp.

ob eine einzige Liste sinnvoller ist.

Die derzeitige Zuordnung ist weder formal noch inhaltlich begründet.

So gelten beispielsweise intrazerebrale Blutungen und Hirninfarkte als Praxisbesonderheit und fehlen damit auf der Liste der Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf. Dies entspricht nicht den Bedürfnissen der betroffenen Personen, die nicht nur im ersten Jahr nach Akutereignis, sondern in der Regel langfristig rehabilitative Maßnahmen ergreifen müssen, um ihre Teilhabe im Alltag sichern zu können.

Systematik

Sofern die bisherige Systematik beibehalten wird, muss bei den einzelnen Diagnosen die zeitliche Begrenzung aufgehoben bzw. die Begrenzung auf ein Jahr nach Akutereignis kritisch hinterfragt bzw. im Interesse der Versorgung des Patienten ersatzlos gestrichen werden.

Und, da weder Anlage 1 noch Anlage 2 abgeschlossene Listen darstellen, sollte das jeweils innerhalb der Anlage vermerkt werden (da die Anlagen meist einzeln, ohne Merkblatt veröffentlicht werden), zusammen mit dem Hinweis, wie mit einem langfristigen Heilmittelbedarf bei nicht gelisteten Diagnosen umzugehen ist.

Praxisbesonderheiten

Spezifikation „Längstens 1 Jahr nach Akutereignis“

Bei Diagnosen, die Folge eines Akutereignisses sind, findet sich die Spezifikation, dass Praxisbesonderheiten „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ geltend gemacht werden können. Eine Begründung dieser zeitlichen Beschränkung fehlt.

Gleichzeitig ist der genannte Bezugspunkt („ab Akutereignis“) nicht nachvollziehbar: Insbesondere bei Diagnosen, die in Folge von Akutereignissen auftreten, ist der initiale Rehabilitationsprozess (Akutklinik, Anschlussheilbehandlung, Rehabilitationsklinik) äußerst zeitintensiv und erstreckt sich in der Regel über mehrere Monate. Je schwerer der Patient betroffen ist, desto später wird er in der Lage sein, eine ambulante Heilmittelversorgung in Anspruch zu nehmen. Sollte das erst ein Jahr nach Akutereignis der Fall sein, greift die Regelung zur Praxisbesonderheit nicht mehr, insbesondere schwer betroffene Patienten sind in ihrer Behandlung benachteiligt.

Die Spezifikation „Längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ sollte daher bei allen Diagnoseschlüsseln ersatzlos gestrichen werden.

Fehlende Indikationsschlüssel

Bei einigen Diagnosen, die zu dauerhaften strukturellen/ funktionellen Schädigungen der Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- oder Schluckfunktion führen können, fehlen relevante Indikationsschlüssel:

ICD-10	Indikationsschlüssel
B94.1	SP6
G11.-	SP6
G14	SP6
G20.1- G20.2-	ST1
S14.0- S14.6	SC1, ST1

Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf

Fehlende Diagnosen

Langfristiger Heilmittelbedarf besteht auch bei:

ICD-10		Indikationsschlüssel
G20.1-	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr) Analog zu Anlage 1 sollten auch hier unbedingt frühe Stadien des Primären Parkinson-Syndroms aufgeführt werden. Für die Sprech- und Stimmtherapie hat sich gezeigt, dass die besten und nachhaltigsten Erfolge bei Patienten erzielt werden, deren Therapie bei leichten bis mittelschweren Symptomen beginnt. Das spricht für einen so früh wie möglichen Beginn der Stimm- Sprech- und Schluck-Therapie.	SC1, ST1, SP6
E84.9	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	ST2
Zu „Störungen der Sprache und des Gehörs“ zählen auch:		
H90.-	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	SP1, SP2, SP3, SP4
Z96.2	Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan	SP1, SP2, SP3, SP4

Fehlende Diagnosen in beiden Anlagen

Einige Diagnosen, die zu dauerhaften strukturellen/ funktionellen Schädigungen der Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- oder Schluckfunktion führen können, sind derzeit weder in der Aufstellung der Praxisbesonderheiten noch bei den Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf berücksichtigt.

Die folgenden Diagnosen und die dazugehörigen Diagnoseschlüssel sollten daher geprüft und in Anlage 1 und/oder Anlage 2 ergänzt werden:

F00-F03	Demenzen
F80 ff.	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
	Aufmerksamkeitsstörungen
	Autistische Störungen
	Frühgeburt
	Hörstörungen
	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen
F98 ff.	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
G30-G32	Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems, einschließlich der Demenzen F00-F03
G40.-	Epilepsien

H90.-	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung
P00-P04	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
Q02	Mikrozephalie
Q39.0	Ösophagusatresie
Q87.-	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme
Q93.-	Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert
Q99.-	Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
R13.-	Dysphagie
R49.-	Störungen der Stimme bei
	C00-97 Malignome Kopf/Hals, Atmungsorgane, Magen/Darm
	G35.- Multiple Sklerose
	G58.8 Störungen des Nervus phrenicus
	G62.9 Polyneuropathie
	J38.3 Rekurrensparese, Spasmodische Dysphonie
	M45.09 Morbus von Bechterew
	R06.88 Vocal cord dysfunction (VCD)
	R06.88 Dyspnoe
	T07 Polytrauma
Z90.0	Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie
Z96.2	Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan

Entscheidend ist, dass der Bedarf aller Patientengruppen berücksichtigt wird. Die Stimm-, Sprech- und Sprach-Therapie kann auch bei langfristigem Heilmittelbedarf zu verbesserter Teilhabe am täglichen Leben bis hin ggf. zu Erhalt oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit führen.

Die o. a. Ergänzungen sind vor dem Hintergrund der Sicherstellung der Versorgung von atem-, stimm-, sprech-, sprach-, hör- und schluckgestörten Patienten einzuordnen. Mit dem Anhang erhalten Sie die „Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf“ ergänzt um die o. a. Diagnosen und entsprechend zugeordneten Indikationsschlüsseln.

Gern stehen wir drei Berufsverbände der Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schlucktherapie – dba, dbi, dbs - für Rückfragen zur Verfügung und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Marion Malzahn

dba
Marion Malzahn
1. Vorsitzende

C. Breuer

dbi
Claudia Breuer
stellv. Geschäftsführerin
Justiziarin

V. Gerrlich

dbs
Volker Gerrlich
Geschäftsführer

Anlage

Anlage 2: Liste über Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf i.S. § 32 Abs. 1a SGB V

Diagnose- schlüssel	Diagnose	Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech- Sprachtherapie
Erkrankungen des Nervensystems				
E74.0	Glykogenspeicherkrankheiten (z.B. M. Pompe)	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1
E75.0	GM2-Gangliosidose Inkl.: Sandhoff-Krankheit, Tay-Sachs-Krankheit	PN/ AT2	SB1 / SB7	
E76.0	Mukopolysaccharidose, Typ I Inkl.: Hurler-Scheie-Variante, Pfaundler-Hurler-Krankheit, Scheie-Krankheit	WS2 / EX2 EX3 / CS SO1		
F00-F03	Demenzen			SC1 / SP5 / SC1
F84.2	Rett-Syndrom	ZN1 / ZN2 WS2 / EX2 EX3 / AT2	PS1 EN1 / EN2 SB1 / SB7	SP1 / SC1
G35.-	Multiple Sklerose			ST2 / SC1 / SP6
G40.-	Epilepsien			SP5 / SP6 / SC1
G12.0	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome			
G12.1	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I (Typ Werdnig-Hoffmann)			
G12.2	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie	ZN1 / ZN2	EN3 / SB7	ST2 / SC1 SP5 / SP6
G12.8	Motoneuron-Krankheit			
G12.9	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome			
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet			
G20.1-	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)			SC1 / ST1 / SP6
G20.2-	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	ST1 / SC1 / SP6
G30-G32	Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems, einschließlich der Demenzen F00-F03			SP5 / SC1
G61.8	Länger bestehende chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIPD)	PN	EN3 / EN4	
G61.8	Sonstige Polyneuritiden (nur CIPD)			
G62.9	Polyneuropathie			ST2 / SC1 / SP6
G71.0	Muskeldystrophie, z.B. Typ Duchenne	ZN1 / ZN 2	EN1 / EN2 SB7	SC1 SP6
G80.0	Infantile Zerebralparese			
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese, Spastische quadriplegische Zerebralparese	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SP1 / SP2 / SP6 SC1

Diagnose- schlüssel	Diagnose	Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech- Sprachtherapie
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese, Angeborene spastische Lähmung (zerebral), Spastische Zerebralparese o.n.A.			
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese			
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese, Athetotische Zerebralparese, Dystone zerebrale Lähmung			
G80.4	Ataktische Zerebralparese			
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese, Mischsyndrome der Zerebralparese			
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet, Zerebralparese o.n.A.			
G82.0-	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie			
G82.1-	Schlaffe Paraparese und Paraplegie			
G82.2-	Spastische Paraparese und Paraplegie			
G82.3-	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet			
G82.4-	Lähmung beider unterer Extremitäten o.n.A.			
G82.5-	Paraplegie (untere) o.n.A.	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	
G82.3-	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie			
G82.4-	Spastische Tetraparese und Tetraplegie			
G82.5-	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet			
G82.5-	Quadriplegie o.n.A.			
G93.1	Wachkoma (apallisches Syndrom, auch infolge Hypoxie)	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1
G93.80				
Q01.0	Enzephalozele			
Q01.1	Frontale Enzephalozele	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1
Q01.2	Nasofrontale Enzephalozele	AT2 / SO1	EN3	SP1 / SP5
Q01.8	Okzipitale Enzephalozele	SO3		SP6
Q01.8	Enzephalozele sonstiger Lokalisationen			
Q01.9	Enzephalozele, nicht näher bezeichnet			
Q02	Mikrozephalie			SC1
				SP1 / SP5
				SP6
	Angeborener Hydrozephalus	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1

Diagnose- schlüssel	Diagnose	Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech- Sprachtherapie
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri			
Q03.1	Atresie der Apertura mediana (Foramen Magendii) oder der Aperturæ laterales (Foramina Luschkae) des vierten Ventrikels Dandy-Walker-Syndrom Sonstiger angeborener Hydrozephalus	AT2 / SO1 SO3	EN3	SP1 / SP5 SP6
Q03.8	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet			
Q03.9	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns			
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum			
Q04.1	Arrhinenzephalie			
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom			
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns			
Q04.4	Septooptische Dysplasie			
Q04.5	Megalenzephalie			
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten			
Q04.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns			
Q04.9	Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet			
	Spina bifida			
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.3	Lumbosakrale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.4	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.5	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus			
Q05.6	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus			
Q05.7	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus			
Q05.8	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus			
Q05.9	Lumbosakrale Spina bifida o.n.A. Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus Spina bifida, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 / SP1 SP5 / SP6
	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarkes			
Q05.9		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SP1 / SP5 / SP6

Diagnose- schlüssel	Diagnose	Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech- Sprachtherapie
Q06.0	Amyelie	AT2 / SO1	EN3	SC1
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks	SO3		
Q06.2	Diastematomyelie			
Q06.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina			
Q06.4	Hydromyelie			
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks			
Q06.9	Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet			
Q87.4	Marfan-Syndrom	WS2 / EX2 EX3 / AT2	SB1 / SB7	
T90.5	Folgen einer intrakraniellen Verletzung Folgen einer Verletzung, die unter S06.- klassifizierbar ist nicht umfasst: S06.0 Gehirnerschütterung umfasst: S06.1 bis S06.9 Hinweis: Folgen oder Spätfolgen, die ein Jahr oder länger nach der akuten Verletzung bestehen	ZN1 / ZN2 AT2 / SO3	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6
Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem				
M41.0-	Skoliose über 20° nach Cobb bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr	WS2 / EX4	SB1	
M41.1-	Idiopathische Skoliose beim Kind			
M41.1-	Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen			
M45.09	Morbus von Bechterew			ST2 / SC1 / SP6
Q71.0	Reduktionsdefekte der oberen Extremität	CS / AT2 / PN		
Q71.1	(insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)	WS2 / EX2		
Q71.2	Angeborenes vollständiges Fehlen der oberen Extremität(en)	EX3 / ZN2	SB3	SP5 / SP6 RE1 / RE2
Q71.3	Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterarmes bei vorhandener Hand	GE / LY2		
Q71.4	Angeborenes Fehlen des Unterarmes als auch der Hand	SO1 / SO2		
Q71.5	Angeborenes Fehlen der Hand oder eines oder mehrerer Finger	SO3 / SO4		
Q71.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius			

Diagnose- schlüssel	Diagnose	Indikationsschlüssel	Stimm-Sprech- Sprachtherapie
Q71.6	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna		
Q71.8	Spalthand		
Q71.9	Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en) Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet		
Q72.0	Reduktionsdefekte der unteren Extremität		
Q72.1	(insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)		
Q72.2	Angeborenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en)		
Q72.3	Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß		
Q72.4	Angeborenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes		
Q72.5	Angeborenes Fehlen des Fußes oder einer oder mehrerer Zehen		
Q72.6	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs		
Q72.7	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Tibia		
Q72.8	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Fibula		
Q72.9	Spaltfuß		
Q73.0	Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en)		
Q73.1	Reduktionsdefekt der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet		
Q73.8	Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)		
Q73.8	Angeborenes Fehlen nicht näher bezeichneter Extremität(en)		
Q74.3	Phokomelie nicht näher bezeichneter Extremität(en) Sonstige Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en) Arthrogryposis multiplex congenita	EX3 / EX4	SBS
Erkrankungen des Lymphsystems			
I89.0	Elephantiasis	LY2	
C00-C97	Bösartige Neubildungen nach OP / Radiatio • Mammakarzinom	LY3	ST2

Diagnose- schlüssel	Diagnose	Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech- Sprachtherapie
Q82.0	<ul style="list-style-type: none"> • Malignome Kopf/Hals • Malignome des kleinen Beckens • Malignome Atriumsorgane • Malignome Magen/Darm 	LY2		
Störungen des Sprechens und des Gehörs				
H90.-	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung			SP1 / SP2 / SP3 SP4
Z96.2	Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan			SP1 / SP2 / SP3 SP4
Störungen der Sprachdes Sprechens und des Gehörs				
G10	Chorea Huntington			ST1 / ST2 / SP6
Q37.0	Gaumenspalte mit Lippenspalte			
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte			
Q37.2	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte			
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte			
Q37.4	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte			
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte			
Q37.8	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte			
Q37.9	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit beidseitiger Lippenspalte			SP3 / SF
Q37.9	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit einseitiger Lippenspalte			
Entwicklungsstörungen				

Diagnose- schlüssel	Diagnose	Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech- Sprachtherapie
F80 ff.	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache Aufmerksamkeitsstörungen Autistische Störungen Frühgeburt Hörstörungen Psychische Störungen und Verhaltensstörungen			SP1 / SP2 / SP3 SP4 / SP6 / SF SC1
F84.0 F84.1 F84.3 F84.4 F84.5 F84.8	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen frühkindlicher Autismus Atypischer Autismus Andere desintegrative Störung des Kindesalters Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien Asperger-Syndrom Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen	ZN1 / ZN2	EN1 / PS1	SP1
F98 ff.	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend			SP1 / SP2 / SP3 SP4 / SP6 / SF SC1
P00-P04	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung			SP1 / SP2 / SP3 SP4 / SP6 / SF SC1 / ST1
Q87.-	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme			SP1 / SP2 / SP3 SP4 / SP6 / SF SC1 / ST1 / ST2
Q90.0 Q90.1 Q90.2 Q90.9	Down-Syndrom Trisomie 21, meiotische Non-disjunction Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Trisomie 21, Translokation Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN1	SP1 / SP3 / RE1 SC1

Diagnose- schlüssel	Diagnose	Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech- Sprachtherapie
Q91.0	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom			
Q91.1	Trisomie 18, meiotische Non-disjunction			
Q91.2	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)			
Q91.3	Trisomie 18, Translokation	ZN1 / ZN2	EN1	SP1
Q91.4	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Q91.5	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction			
Q91.6	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)			
Q91.7	Trisomie 13, Translokation			
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Q93.-	Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert			
Q96.0	Turner Syndrom			
Q96.1	Karyotyp 45,X			
Q96.2	Karyotyp 46,X iso (Xq)			
Q96.3	Karyotyp 46,X mit Gonosomenanomalie, ausgenommen iso (Xq)			
Q96.4	Mosaik, 45,X/46,XX oder 45,X/46,XY	ZN1 / ZN2	EN1	SP1
Q96.8	Mosaik, 45,X/sonstige Zelllinie(n) mit Gonosomenanomalie			
Q96.9	Sonstige Varianten des Turner-Syndroms			
Q96.9	Turner-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Q99.-	Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert			
Störungen der Atmung				
E84.9	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	AT3		ST2
Störungen des Schluckaktes				
Q39.0	Ösophagusatresie			SC2
R13.9	Dysphagie			SC1

Diagnose- schlüssel	Diagnose	Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech- Sprachtherapie
Störungen der Stimme				
J38.03	Rekurrensparese, Spasmodische Dysphonie			ST1
R49.0 G58.8	Dysphonie bei Störungen des Nervus phrenicus			ST2
R49.0 R06.88	Dysphonie bei Vocal cord dysfunction (VCD)			ST2
R49.0 R06.88	Dysphonie bei Dyspnoe			ST2
R49.0 T07	Dysphonie bei Polytrauma			ST2
Z90.0	Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie			ST1

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeiM-RL):
Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf**

 <p>Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten</p>	<p>dbS e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten</p> <p>Goethestr. 16 - 47441 Moers - www.dbS-ev.de</p>
<p>24.02.2016</p>	
<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag und Begründung</p>	
<p>Der dbS begrüßt die Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf, da durch eine Implementierung der Diagnoseliste als Anlage zur HeiM-RL eine klarere Struktur und eine verbesserte Auffindbarkeit der Regelungen und gelisteten Diagnosen geschaffen wird.</p> <p>Zu den geplanten Änderungen nehmen wir wie folgt Stellung:</p>	
<p>§ 8 a Abs. 1, 3, 5 und 6: Definition des langfristiges Heilmittelbedarfs (besondere) Schwere und Langfristigkeit</p> <p>Der dbS unterstützt die Definition von KBV und PatV, nach der ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen etc. ergibt.</p> <p>Einer weiteren „Verschärfung“ durch eine <u>besondere</u> Schwere und Langfristigkeit bedarf es nicht, da die Diagnoseliste bereits die besonders schweren Fälle aufführt.</p>	
<p>§ 8a Abs. 6</p> <p>Der von den GKV-SV vorgeschlagenen Erweiterung auf mittelfristigen Behandlungsbedarf und der Ergänzung in § 8a Abs. 6 S. 2 möchten wir widersprechen. Die Einführung weiterer unbestimmter Rechtsbegriffe erschwert die Patientenversorgung, da eine klare Festlegung und Grenzziehung zwischen leichten, mittelschweren und sonstigen Erkrankungen nicht möglich erscheint. Der dbS schließt sich daher dem Vorschlag von KBV und PatV zu § 8a Abs. 6 S. 1 an.</p>	
<p>§ 8a Abs. 7</p> <p>Auch hier schließt sich der dbS dem Vorschlag von KBV und PatV an. Eine Genehmigung für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren würde den jetzt schon enormen bürokratischen Aufwand für Anträge nach Abs. 3 reduzieren und alle Beteiligten entsprechend entlasten.</p>	

24.02.2016

Anlage 2 zur HeilM-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf

1. Zur grundsätzlichen Unterscheidung von Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf und Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf

Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf erfordern Heilmitteltherapien, die in der Regel für einen begrenzten Zeitraum (< 1 Jahr), jedoch in intensivem Ausmaß, notwendig sind. Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf kommen hingegen zum Tragen, wenn ein Heilmittelbedarf mit einer Dauer von mehr als einem Jahr besteht.

Höchstproblematisch ist, dass die beiden Listen derzeit komplementär gestaltet sind: Eine Diagnose inkl. Diagnoseschlüssel wird entweder dem besonderen *oder* dem langfristigem Heilmittelbedarf zugeordnet. Anders ausgedrückt: Derzeit verhindert die (sinnvolle) Klassifikation einer Diagnose mit besonderem Versorgungsbedarf die (ggf. genauso sinnvolle) Zuordnung zu den Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf und umgekehrt.

Da sich Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf und Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf auf unterschiedliche Zeiträume nach Eintritt der Erkrankung beziehen, ergänzen sich die beiden Listen derzeit nicht, sondern schließen einander vielmehr aus.

Der dbS würde es daher sehr begrüßen, wenn die Diagnosen zukünftig in einer einzigen Liste aufgeführt würden. Ausgehend von der Verordnungsdauer (bis zu einem Jahr vs. länger als 1 Jahr) könnte die Zuordnung zu Diagnosen mit besonderem Heilmittelbedarf oder zu Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf erfolgen.

Die derzeitige Zuordnung ist weder formal noch inhaltlich begründet und daher nicht nachvollziehbar. So gelten beispielsweise Subarachnoidalblutungen (I60), intrazerebrale Blutungen (I61) und Hirninfarkte (I63) als Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf und fehlen damit auf der Liste der Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf. Dies entspricht nicht den Bedürfnissen der betroffenen Personen, die nicht nur im ersten Jahr nach Akutereignis, sondern in der Regel langfristig rehabilitative Maßnahmen ergreifen müssen, um ihre Teilhabe im Alltag sichern zu können.



24.02.2016

2. Grundsätzlich fehlende Diagnosen

Einige Diagnosen, die zu (dauerhaften) strukturellen und/oder funktionellen Schädigungen der Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckfunktion führen können, sind derzeit weder in der Aufstellung der Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf noch bei den Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf berücksichtigt.

Die folgenden Diagnosen und die dazugehörigen Diagnoseschlüssel sollten daher geprüft und ergänzt werden:

- F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- G30-G32 Sonstige degenerative Erkrankungen des Nervensystems
- G40 Epilepsien
- G81.9 Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
- H54.0 Blindheit und hochgradige Sehbehinderung
- H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung
- P00-P04 Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung

- R49 Störungen der Stimme
- Q35 Gaumenspalte
- Q36 Lippenspalte
- Q87 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme
(nur Q87.4 ist gelistet, insbesondere fehlen die Diagnosen aus Q87.0 und Q87.1)

- Q93 Monosomien und Deletionen der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert (nur Q 93.4 ist gelistet)
- Q99 Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
(nur Q 99.2 ist gelistet)
- Z90 Verlust von Organen des Kopfes; Status nach Laryngektomie

24.02.2016

3. Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf

3.1 Fehlende Diagnosen

Die folgenden Diagnosen sollten ergänzt werden:

- G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)

Analog zu Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V sollten hier unbedingt auch frühere Stadien des Primären Parkinson-Syndroms aufgeführt werden. Für die Sprech- und Stimmtherapie hat sich gezeigt, dass die besten Erfolge bei PatientInnen mit leichten bis mittelschweren Symptomen erzielt werden. Eine langfristige Behandlung sollte daher so früh wie möglich beginnen.

- Q16 Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen
- H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung
Insbesondere aufgrund der Überschrift „Störungen der Sprache und des Gehörs“ verwundert es, dass Hörstörungen an dieser Stelle vollständig ignoriert wurden.

3.2 Fehlende Indikationsschlüssel

Bei einigen Diagnosen, die zu (dauerhaften) strukturellen und/oder funktionellen Schädigungen der Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckfunktion führen können, fehlen z.T. relevante Indikationsschlüssel.

Die folgenden Indikationsschlüssel sollten daher bei den angegebenen Diagnosen ergänzt werden:

- Q74.3 SP1, SP2, SC1

24.02.2016

4. Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf

Auch zu den Diagnosen mit besonderem Versorgungsbedarf (Anlage 2 zu den Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V vom 30.11.2015) möchten wir hier ergänzend Stellung nehmen, da die derzeitige Zuordnung zu den verschiedenen Diagnoselisten weder formal noch inhaltlich nachvollziehbar ist und im Versorgungsalltag bei Verordnern, Leistungserbringern und Patienten zu unnötigen Verwirrungen und bürokratischem Aufwand führt.

Wie bereits oben ausgeführt, würde es der dbS sehr begrüßen, wenn die Diagnosen zukünftig in einer einzigen Liste zusammengefasst würden und dabei folgende Anmerkungen berücksichtigt würden:

4.1 Spezifikation „Längstens 1 Jahr nach Akutereignis“

Bei Diagnosen, die Folge eines Akutereignisses sind, findet sich die Spezifikation, dass ein besonderer Versorgungsbedarf „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ geltend gemacht werden kann. Eine Begründung dieser zeitlichen Beschränkung fehlt.

Generell gilt, dass sich besondere Verordnungsbedarfe (bisher: Praxisbesonderheiten) auf Heilmittel beziehen, die für einen begrenzten Zeitraum (< 1 Jahr) erforderlich sind (ansonsten würde die Regelung zum langfristigen Heilmittelbedarf greifen). Eine zusätzliche Spezifikation des Zeitraumes ist daher unnötig. Gleichzeitig ist der genannte Bezugspunkt („ab Akutereignis“) nicht nachvollziehbar: Insbesondere bei Diagnosen, die in Folge von Akutereignissen auftreten, ist der initiale Rehabilitationsprozess (Akutklinik, Anschlussheilbehandlung, Rehabilitationsklinik) äußerst zeitintensiv und erstreckt sich in der Regel über mehrere Monate. Je schwerer der Patient bzw. die Patientin betroffen ist, desto später wird er/sie in der Lage sein, eine ambulante Heilmittelversorgung in Anspruch zu nehmen. Sollte dies erst ein Jahr nach Akutereignis der Fall sein, greift die Regelung zum besonderen Versorgungsbedarf nicht mehr und insbesondere schwer betroffene PatientInnen sind in ihrer Behandlung benachteiligt.

Die Spezifikation „Längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ sollte daher bei allen Diagnoseschlüsseln ersatzlos gestrichen werden.

4.2 Spezifikation „Ab vollendetem 70. Lebensjahr“

Bei sämtlichen geriatrischen Syndromen ist ein besonderer Versorgungsbedarf erst dann gegeben, wenn der Patient/ die Patientin das 70. Lebensjahr vollendet hat. Eine Begründung dieser Altersgrenze fehlt und ist insofern problematisch, dass die als geriatrische Syndrome gelisteten Diagnosen durchaus auch vor dem vollendeten 70. Lebensjahr auftreten können. Warum in diesem Fall kein besonderer Versorgungsbedarf vorliegt, ist nicht nachzuvollziehen. Gerade bei progredienten Erkrankungen sollte eine therapeutische Intervention möglichst früh beginnen, um kognitive und sprachliche Leistungen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Die Angabe eines Mindestalters, um einen besonderen Versorgungsbedarf festzustellen, wird dem nicht gerecht.

Die Spezifikation „Ab vollendetem 70. Lebensjahr“ sollte daher bei allen Diagnoseschlüsseln ersatzlos gestrichen werden.



24.02.2016

4.3 Fehlende Indikationsschlüssel

Bei einigen Diagnosen, die zu (dauerhaften) strukturellen und/oder funktionellen Schädigungen der Sprach-, Sprech-, Stimm- oder Schluckfunktion führen können, fehlen z.T. relevante Indikationsschlüssel.

Die folgenden Indikationsschlüssel sollten daher bei den angegebenen Diagnosen ergänzt werden:

- | | |
|---------------|--------------------|
| • B94.1 | SP6 |
| • G11.0-G11.9 | SP6 |
| • G20.1 | ST1 |
| • S14 | SC1, ST1 |
| • Q68.0 | SC1, ST1 |
| • F00.1-03 | SP5, SP6, ST1, SC1 |
| • F00.0 | SP5, SP6, ST1, SC1 |
| • F80.1-2 | SP3 |

5. Formale Anmerkungen / Inkrafttreten

Da die Listen (Anlage 2 zur HeilM-RL und Anlage 2 zu den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. SGB V) mittlerweile in verschiedenen Versionen existieren bzw. bisherige Listen ablösen, sollte das Datum des Inkrafttretens der jeweiligen Version festgehalten und auf den Listen vermerkt werden.

Problematisch wird das Inkrafttreten nicht vor dem 01.01.2017 gesehen, da die Diagnoseliste (HeilM-RL) nun einige ICD-10-Codierungen enthält, die bisher als Praxisbesonderheit galten, die in den überarbeiteten Listen der Praxisbesonderheiten (jetzt besonderer Verordnungsbedarf) jedoch nicht mehr aufgeführt sind, weil sie als langfristiger Heilmittelbedarf klassifiziert sind.

So kommt es in der Übergangszeit zwischen Inkrafttreten der überarbeiteten Listen des besonderen Verordnungsbedarfs und dem Inkrafttreten der Änderungen der HeilM-RL zu Versorgungsschwierigkeiten, da die ICD-10 Codes in dieser Zeit in keinerlei gültigen Diagnoseliste aufgeführt sind. Dies betrifft z.B. die ICD-10 Codes G 14, Q 99.2.

Darüber hinaus möchten wir eine durchgängig alphanumerische Auflistung der ICD-10 Codes anregen, um die Auffindbarkeit der gelisteten ICD-10-Codes zu erleichtern.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen
Wegelystraße 8
10623 Berlin

per E-Mail: heilmittel@g-ba.de

Köln, 26. Februar 2016

Stellungnahme – Änderung der HeilM-RL: Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,

zu obigem Thema überreichen wir unsere Stellungnahme:

I. Allgemeine Anmerkungen

Die Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V sollen sicherstellen, dass Patienten mit schweren und dauerhaften Erkrankungen ohne erheblichen bürokratischen Aufwand in ausreichendem Maße therapeutisch versorgt werden, die Versorgung mit Heilmitteln aber bedarfsgerecht und wirtschaftlich erfolgt. Die dazu erarbeitete Liste von Diagnosen, die eine langfristige Heilmittelverordnung begründen, betrifft eine Vielzahl von schwer betroffenen Patienten, die von dieser Regelung profitieren sollen.

In § 8a Absatz 1 heißt es, dass neben funktionellen/strukturellen Schädigungen auch die Beeinträchtigung der Aktivitäten einen langfristigen Therapiebedarf ergeben kann. Wenn nun in der Folge die Schädigungen und Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe auf eine nach Erkenntnissen der Versorgungsforschung häufig nicht valide ICD10-Diagnose reduziert werden, wie es mit der Diagnoseliste passiert, entspricht das nicht den Morbiditätsrealitäten. Demografische Veränderungen bringen Multimorbidität und damit einhergehende Einschränkungen körperlicher Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit mit sich. Den Zugang zu dem daraus resultierenden Heilmittelbedarf von einer ICD10-Diagnose abhängig zu machen, führt nach

unserer Auffassung an der Zielsetzung der Regelung vorbei. Eine Orientierung an der Klassifikation der ICF wäre dagegen zielgerichteter. Zudem fehlt uns in der Auflistung von Diagnosen eine grundlegende Systematik, die den Heilmittelbedarf begründet. Wir sehen darin eine Inkonsistenz sowohl nach empirischen als auch nach evidenzbasierten Kriterien.

Insgesamt wird deshalb die geplante Anpassung der Regelung zum langfristigen Heilmittelbedarf nach unserer Auffassung nur für wenige Patienten zu einer Bürokratierleichterung führen. Für die Mehrzahl der Patienten mit funktionellen Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe wird trotz dieser Anpassung auch weiterhin gelten: das Antragsverfahren ist unnötig mühsam und führt zu viel unnötiger Wartezeit.

II. Heilmittel-Richtlinie

Die Änderungen der Heilmittel-Richtlinie (zur Diagnoseliste siehe unten) unterstützen wir.

In Bezug auf § 8 a (neu) der Heilmittel-Richtlinie schließen wir uns den Ausführungen der KBV und der PatV vollinhaltlich an und lehnen die Änderungsvorschläge des GKV-SV als unnötig einschränkend ab.

III. Diagnoseliste

Unsere Anmerkungen zur und Ergänzungen der Diagnoseliste entnehmen Sie bitte dem Anhang.

Mit freundlichen Grüßen



Karl-Heinz Kellermann
Vorsitzender



Heinz Christian Esser
Geschäftsführer

Ergänzungsvorschläge des SHV zur Diagnoseliste im Rahmen der langfristigen Genehmigung nach § 32 Abs. 1a SGB V

Ergänzungsvorschläge von Diagnosen und/ oder Diagnosegruppen				
Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf im Sinne von nach § 32 Abs. 1a SGB V nach Vergleich mit Regelungen zum besonderen Verordnungsbedarfe nach § 106 b Abs. 2 Satz 4 SGB V (vormals Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V)				
ICD-10 Code	Bezeichnung	Begründung	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel	
			Physioth.	Ergoth.
M06.0	Sonstige chronische Polyarthritiden	Insbesondere bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen Chronische Polyarthritiden (CP), ankylosierende Spondylitis (AS), Kollagenosen und Vaskulitiden oder die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) bestehen aufgrund des regelhaft polytypen Musters des Gelenkbefalls komplexe Funktionsstörungen der Gelenke, der Muskulatur und anderer Elemente des Bewegungssystems. Dabei werden auch primär nicht betroffene Teile des Bewegungssystems („Bewegungsketten“) in Mitleidenschaft gezogen. Der chronisch progrediente Verlauf der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen erfordert eine lebenslange medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie. Die rheumatischen Erkrankungen insgesamt erfordern ein multimodales trans- und interdisziplinäres Krankheitsmanagement. Dieses verfolgt immer das Ziel, frühzeitig Schäden an den Bewegungsorganen zu begegnen und funktionelle Defizite auszugleichen. Ein wichtiger Baustein der multimodalen Therapie und eines optimalen Krankheitsmanagements ist die kontinuierliche Versorgung mit Heilmitteln.	WS2 EX2 EX3	SB1 SB5
Q34.8	Primäre ciliäre Dyskinesie (PCD)	Die primäre ciliäre Dyskinesie (PCD) ist eine angeborene seltene Erkrankung, die vor allem mit einer erheblichen Funktionsstörung der Atemwege einhergeht. In der Behandlung steht die Sekretlimitation im Rahmen der Physiotherapie im Vordergrund. Der Schweregrad der Erkrankung macht eine langfristige Therapie notwendig.	AT3	
Q89.3	Kartagener Syndrom	Bei 50% der Betroffenen mit ciliärer Dyskinesie liegt ein Situs inversus vor. In dem Fall wird das Krankheitsbild „Kartager Syndrom“ genannt. Der Therapiebedarf ist durch die o.g. Funktionsstörung der Atemwege begründet.	AT3	
J47	Bronchiektasen	Patienten mit Bronchiektasen als chronisch entzündliche Atemwegserkrankungen werden zusätzlich zur medikamentösen Behandlung mit Atemtherapie versorgt, um Sekret aus den erweiterten Bronchien zu mobilisieren. Zur Anwendung kommen Lagerungsdrainagen, Klopfmassagen, Atemübungen und Patientenedukation.	AT3	
Z 94.2	Zustand nach Lungentransplantation	Die Therapie nach Lungentransplantationen soll die pulmonale Situation verbessern und die gesamte körperliche Leistungsfähigkeit steigern, damit die Patienten langfristigen Nutzen durch die Transplantation haben und die Lebensqualität verbessert wird. Im Rahmen der Physiotherapie wird über einen längeren Zeitraum neben der Atemtherapie an der Verbesse-	AT1	

		rung von Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination gearbeitet.		
J60-J70	Lungenfibrose	Der Lungenfibrose liegt vielfach eine Lungenkrankheit durch exogene Substanzen zugrunde. Die physiotherapeutische Atemtherapie erleichtert die Atmung durch Sekretlösung und Verbesserung der Atemmechanik. Die Hustentechnik wird optimiert, Atemgeräte angeleitet und ein Eigenübungsprogramm angeleitet. So trägt die Physiotherapie zur Besserung der Lebensqualität bei.	AT1	
J84.1	Sonstige interstitiellen Lungenerkrankungen mit Fibrose	Die physiotherapeutische Atemtherapie erleichtert die Atmung durch Sekretlösung und Verbesserung der Atemmechanik. Die Hustentechnik wird optimiert, Anwendung von Atemgeräten und ein Eigenübungsprogramm werden angeleitet. So trägt die Physiotherapie zur Besserung der Lebensqualität bei.	AT1	
A15, A16	Fibrose der Lunge bei Tuberkulose	Die physiotherapeutische Atemtherapie erleichtert die Atmung durch Sekretlösung und Verbesserung der Atemmechanik. Die Hustentechnik wird optimiert, Anwendung von Atemgeräten und ein Eigenübungsprogramm werden angeleitet. So trägt die Physiotherapie zur Besserung der Lebensqualität bei.	AT1	
P 27	Chronische Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode	Hier handelt es sich um angeborene Erkrankungen, die vor allem mit einer erheblichen Funktionsstörung der Atemwege einhergehen. In der Behandlung steht die Sekretlimitation im Rahmen der Physiotherapie im Vordergrund. Der Schweregrad der Erkrankung macht eine langfristige Therapie notwendig.	AT1	
Q77.4	Achondroplasie	Achondroplasie ist die häufigste Form der Osteochondrodysplasien. Menschen mit Achondroplasie weisen typische morphologische Veränderungen auf. Betroffene Menschen neigen beispielsweise zu einem engen Foramen magnum, das besonders bei einer Anteflexion der Halswirbelsäule zu einer Kompressionssymptomatik des Rückenmarks führen kann. Durch eine Spinalkanalstenose kommt es leicht zu Parästhesien der Beine. In beiden Ellenbogen besteht eine Streckhemmung, die einseitig verstärkt ist. Eine Hypermobilität in den Kniegelenken und das Genu recurvatum führt zu Kniebeschwerden. Aktive und mobilisierende Maßnahmen der Physiotherapie erhalten und fördern die Lebensqualität der Patienten.	EX4	
Q85.1	Tuberöse Sklerose	Physiotherapie und Ergotherapie verbessert die Fähigkeit, alltägliche Aufgaben zu bewältigen.	ZN2	EN1, EN2
F20.- F32.2	Schizophrenie Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	Therapeutische Maßnahmen dienen der Verbesserung emotionaler, personaler, sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen		PS3
F00-03; G31	Demenz	Derzeit in der Liste nach §106 b Abs. 2 enthalten. Da es sich hier um chronisch progrediente Erkrankungen handelt, ist eine Listung unter den Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf sinnvoller. Zudem ist eine Indikationserweiterung (EN2) sinnvoll, da diese Patienten häufig vom Hausarzt behandelt werden und es immer wieder zu Problemen wegen der Psychiatri-		PS5, EN2

		schen Diagnostik kommt.		
I 89	Primäres Lymphödem	Im Zentrum der Therapie beim primären Lymphödem steht die konservative Behandlung mit einer komplexen physikalischen Entstauungstherapie. Die komplexe physikalische Entstauungstherapie wirkt sowohl auf die Lymphbildung und Lymphtransport als auch auf die Lymphknoten. Die Verbesserung des Lymphtransportes wird durch eine manuelle Lymphdrainage erzielt. Eine weitere Säule der komplexen physikalischen Entstauungstherapie ist die Kompressionstherapie zunächst durch Anlegen eines Kompressionsverbandes der die durch die manuelle Lymphdrainage erreichte Entstauung konserviert und optimiert.	LY2	
F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	schon in der Liste des G-BA enthalten, Indikationserweiterung		EN2
Q90, Q91, Q96	Chromosomenanomalien	schon in der Liste des G-BA enthalten, Erweiterung auf Erwachsene		EN2
Q86.80	Thalidomid-Embryopathie	schon in der Liste des G-BA enthalten, Indikationserweiterung		SB3

Änderungs- und Ergänzungsvorschläge des SHV zur Diagnoseliste im Rahmen der Regelungen der besonderen Verordnungsbedarfe nach § 106 b Abs. 2 Satz 4 SGB V (vormals Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V) im Vergleich mit Diagnosen mit langfristige Heilmittelbedarf im Sinne von nach § 32 Abs. 1a SGB V

ICD-10 Code	Bezeichnung	Anmerkungen	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel	
			Physiotherapie	Ergotherapie
G11	Hereditäre Ataxie	Da es sich hier um chronisch progrediente Erkrankungen handelt, ist eine Listung unter den Diagnosen mit <u>langfristigem Heilmittelbedarf</u> sinnvoll.		
G20-21	Parkinson-Syndrom			
G35	Multiple Sklerose			
G36	Sonst. Akute disseminierte Demyelinisation			
G37	Sonst. Demyelinisierende Krankheiten des ZNS			
F82, F83	Motorische Entwicklungsstörungen	Umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen sind gekennzeichnet durch eine herabgesetzte motorische Leistungsfähigkeit, Bewegungs- und Koordinationsprobleme. Die erforderliche Therapie stellt alltagsbezogene Handlungen in den Mittelpunkt. Die Mitarbeit der Eltern und des sonstigen Umfeldes (Kindergarten, Schule) ist sehr wichtig. Durch rechtzeitig einsetzende Therapie wird die Teilhabe der Kinder gefördert. Da schon kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen zu den Diagnosen mit besonderem Verordnungsbedarf gehören, ist <u>eine Ausklammerung der motorischen Entwicklungsstörungen nicht plausibel.</u>	ZN1	EN1
G54	Plexusparese, angeboren oder erworben	Die wichtigste konservative Behandlungsmethode von Beginn einer Plexusläsion an ist die Physio- und Ergotherapie. Passives Durchbewegen beugt der schon früh einsetzenden Gelenkversteifung vor. Funktionell erhaltene Muskelgruppen sollten durch aktives Üben gestärkt werden, von Beginn an ist es auch sinnvoll, physiologische Mitbewegungen und Bewegungsmuster einzelner von der Plexusläsion nicht betroffener Muskeln auszunutzen. Sobald Reinnervation – spontan oder postoperativ – einsetzt, müssen die jeweiligen Muskelgruppen intensiv aktiv beübt werden.	PN	EN1, EN4

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeiM-RL):
Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf**

VDB-Physiotherapieverband	
26.02.2016	
Stellungnahme / Änderungs-vorschlag	Begründung
1. Zu Änderungen der Heilmittelrichtlinie	
Zu § 8 a Abs. 1: Der VDB unterstützt den Vorschlag von KBV und PatV.	Die Formulierung „besondere“ im Vorschlag des GKV-SV ist zu unbestimmt und erschwert das Verordnungsermessen des Arztes in nicht prognostizierbarem Umfang.
Zu § 8 a Abs. 2: -	-
Zu § 8 a Abs. 3: Der VDB unterstützt den Vorschlag von KBV und PatV.	Die Formulierung „besondere“ im Vorschlag des GKV-SV ist zu unbestimmt und erschwert das Verordnungsermessen des Arztes in nicht prognostizierbarem Umfang.
Zu § 8 Abs. 4: -	-
Zu § 8 a Abs. 5: Der VDB unterstützt den Vorschlag der KBV und PatV.	Die Formulierung „besondere“ im Vorschlag des GKV-SV ist zu unbestimmt und erschwert das Verordnungsermessen des Arztes in nicht prognostizierbarem Umfang.
Zu § 8 a Abs. 6: Der VDB unterstützt den Vorschlag der KBV und PatV.	Die Formulierung „besondere“ im Vorschlag des GKV-SV ist zu unbestimmt und erschwert das Verordnungsermessen des Arztes in nicht prognostizierbarem Umfang. Satz 2 des Vorschlags von GKV-SV ist mit § 8 Abs. 3 nur schwer vereinbar.
Zu § 8 a Abs. 7: Der VDB-Physiotherapieverband unterstützt den Vorschlag von KBV und PatV.	Der Vorschlag von KBV und PatV enthält einen Mindest-Genehmigungszeitraum und zugleich mit „zwei Jahre“ eine „in der Regel“ geltende zeitliche Obergrenze für die Fälle vergleichbarer Diagnosen, die eine Leitgröße bildet, jedoch im Einzelfall mit Begründung überschritten werden kann.
Zu § 8 a Abs. 8: -	-
Zu § 15 Abs. 1: Der VDB spricht sich dafür aus, § 15 Abs. 1 Satz 2 HMR nicht zu streichen	§ 15 Abs. 1 Satz 1 HMR regelt eine Frist für den Behandlungsbeginn. Diese beträgt 14 Kalendertage, wobei der Fristbeginn nicht eindeutig definiert ist. Man kann davon ausgehen, dass das Datum der Verordnung gemeint ist. Nach § 8 Abs. 1 Satz 3 HMR sind bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls die Grundsätze der Verordnung im Regelfall mit Ausnahme von § 7 Abs. 10 anzuwenden. Das bedeutet, dass insoweit auch § 15 Abs. 1 Satz 1 mit der 14-tägigen Frist für den Beginn der Behandlung zu gelten hat, weil diese auch für Verordnungen im Regelfall gilt. § 8 Abs. 4 HMR regelt die Genehmigungspflicht und nach Satz 2 die Kostentragungspflicht von der Vorlage der Verordnung bis zur Entscheidung der Krankenkasse.

VDB-Physiotherapieverband**26.02.2016**

	<p>Nicht geregelt ist hingegen, in welcher Frist der Antrag auf Genehmigung gestellt werden muss. Dies ergibt sich nicht aus § 15 Abs. 1 Satz 1 HMR, weil diese Frist eine Frist für den Behandlungsbeginn ist und nicht eine Frist, binnen derer ein Genehmigungsantrag zu stellen ist. Nach bisheriger Rechtslage gibt es keine Frist, so dass der Antrag auf Genehmigung auch außerhalb der Frist von 14 Kalendertagen gestellt werden kann. Der § 15 Abs. 1 Satz 2 HMR stellt dann klar, dass die Behandlungsfrist erst nach der Genehmigung zu laufen beginnt. Würde man diesen Satz streichen, wäre unklar, ab wann die Frist von 14 Kalendertagen aus § 15 Abs. 1 Satz 1 HMR zu laufen beginnt, wenn es um Verordnungen außerhalb des Regelfalls geht. Die Vorlage bei der Krankenkasse zur Genehmigung kann auch nicht ausschlaggebend sein, da dieses Datum in der Regel nicht dokumentiert wird und darüber hinaus nicht klar ist, innerhalb welcher Frist der Antrag, also die Vorlage, zur Genehmigung zu stellen wäre. § 15 Abs. 1 Satz 2 HMR ist deshalb nach derzeitiger Rechtslage wichtig, weil der Fristbeginn für den Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Kalendertagen ansonsten nicht geregelt wäre. § 15 Abs. 1 Satz 2 HMR ist deshalb nach derzeitiger Rechtslage wichtig, weil der Fristbeginn für den Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Kalendertagen ansonsten nicht geregelt wäre. Der Nachteil ist allerdings, dass nach dem Text der HMR nicht ausgeschlossen werden kann, dass auch eine wesentlich verspätete Antragstellung zur Genehmigung möglich ist, was dem Beschleunigungsgrundsatz von der Heilmittelbehandlung entgegenstünde. Nach unserer Auffassung kann die Regelung aus § 15 Abs. 1 Satz 2 HMR nur entfallen, wenn im Gegenzug eine Antragsfrist für die Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls geregelt würde. Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass die Fristen aus § 13 Abs. 3 a SGB V für Versicherte nicht ungünstiger als dort geregelt gestaltet werden dürfen, weil es sich sonst einen Gesetzesverstoß handeln würde.</p>
Zu § 18 Abs. 2 Ziff. 7: Der Einschub wird befürwortet. Ergänzender Vorschlag des VDB: Im bisherigen Satz 2 (künftig Satz 3) soll der Terminus „Kompressionsbinden“ durch „Kompressionsmaterial“ ersetzt werden.	Bei dem neu eingeschobenen Satz 2 handelt es sich lediglich um eine Klarstellung. Zum ergänzenden Vorschlag des VDB: Der Terminus „Kompressionsmaterial“ umfasst alle für die Kompressionsbehandlung notwendigen Materialien, also neben der „Kompressionsbinde“ auch Polstermaterial und Trikofix. Diese Änderung wäre eine Klarstellung, die Verordnung umfasst damit eindeutig alle für die Kompressionsbandagierung erforderlichen Materialien.
Zu 19 Abs. 3 Nr. 3 c): -.	-
Zu § 28 Abs. 4 Nr. 4: -	-
2. Zu Änderungen des	-

VDB-Physiotherapieverband	
26.02.2016	
Heilmittelkatalogs: -	
3. Zu Anlage 2: -	-

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeiIM-RL):
Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf**

Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V.	
25. Februar 2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Der Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V. ist mit der vorliegenden geplanten Änderung der Heilmittel-Richtlinie einverstanden	Die PodologInnen sind von dieser Neuregelung nicht betroffen

11. MRZ. 2016
658

Dr. med. Klaus Brüning

Facharzt für Orthopädie
Kinderorthopädie – Sportmedizin - Chirotherapie – Verkehrsmedizin
Mitglied im Vorstand und Med. Beirat des Bundesverbandes Torticollis e.V.

An den
Gemeinsamen Bundesausschusses
Geschäftsführung AG Heilmittel
Wegelystr. 8
10623 Berlin

10.03.2016

Gemeinsamer Bundesausschuss			
Original: STA O/K			
Kopie:			
Eingang 11. März 2016 Dr. M. B. 11/3/16			UP
GF	WI-VL	QS-V	AM
P/O	Recit	FB-med.	Verw.

Iwansky

Verzeichnis der Heilmittel mit Langfristverordnung

Torticollis Erkrankung

Mein Schreiben vom 29. 12. 2015

Ihre Antwort vom 19. 01. 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

Nach Abschluss des von Ihnen vorgeschlagenen Schriftverkehrs mit der KBV (vertreten durch Herrn J. Lehmann) ergänze ich meine Stellungnahme und bitte um Berücksichtigung und Behandlung in Ihrer nächsten Sitzung am 21. 3. 2016, da die KBV keine Möglichkeit einer Behandlung der Anfrage sieht und mich an den G-BA zurück verwiesen hat.

Der **Bundesverband Torticollis e.V.** vertritt ca. 800 Mitglieder mit dystonen Erkrankungen.

Im Bundesgebiet muss man von ca. 20 000 – 30 000 Erkrankten ausgehen. Die verschiedenen Dystonie-Formen gehören mit einer Häufigkeit von etwa 1 ‰ zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Die Torticollis - Erkrankung ist nicht - wie

fälschlicherweise von der KBV angenommen – mit dem kindlichen muskulären Schiefhals vergleichbar, es ist eine extrapyramidale Störung vergleichbar mit dem M. Parkinson. Die Symptome treten im 4. bis 5. Lebensjahrzehnt auf und führen häufig zu Arbeitsunfähigkeit, eingeschränkter Teilhabe und vorzeitiger Berentung.

Die Behandlungsmethoden der ersten Wahl sind regelmäßige Injektionen von Botulinumtoxin in die betroffenen Muskelgruppen und „eine auf die Besonderheiten der Dystonie ausgerichtete Physiotherapie“ (Prof Dr. med. Bernd Lelkow, Universität Halle). Insbesondere diejenigen, die keine belastenden Injektionsbehandlungen oder eingreifende operative Therapien (tiefe Hirnstimulation) durchführen lassen, benötigen regelmäßige krankengymnastische Übungsbehandlungen. Unter den betroffenen Mitgliedern des Bundesverbandes Torticollis e. V. und bei von mir betreuten Patienten gibt es zahlreiche Dystoniker, die mit alleiniger regelmäßiger Physiotherapie 1-2mal in der Woche ohne weitere kostenintensive Behandlungen auskommen und eine befriedigende Teilhabe erreichen, zumindest sind ein Fortschreiten der Erkrankung und strukturelle Folgeschäden an der Halswirbelsäule und an Bandscheiben aufzuhalten.

Ärzte, die eine größere Anzahl von Torticollis- oder anderen Dystonie-Patienten behandeln und betreuen, kommen nach dem Heilmittelkatalog schnell an die Grenzen der Verordnungsmöglichkeiten: Im Regelfall sind nur 3x6 Behandlungen z. B. auf neurophysiologischer Basis möglich.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird noch einmal gebeten, auf der nächsten Sitzung „Heilmittel“ zu prüfen, ob die Dystonie - Erkrankungen, insbesondere der **Torticollis spasmodicus**, in die Liste der Erkrankungen mit erhöhtem Krankengymnastik - Bedarf für Langfristverordnungen aufgenommen werden kann. In diversen Veröffentlichungen wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Liste der Erkrankungen nicht abschließend ist.

Für eine baldige Antwort an den Bundesverband Torticollis e. V. unter der o. a. Adresse wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Wie ich bereits mitgeteilt habe, wird auf unserem nächsten Bundestreffen vom 1. - 2. April 2016 in Dresden das Thema „Heilmittelverordnungen, Langfristverordnungen“

auf der Tagesordnung stehen. Ich würde die Mitglieder des Bundesverbandes Torticollis e. V. gerne über die Antwort des Gemeinsamen Bundessausschusses unterrichten.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Brüning', with a checkmark at the end of the signature.

Dr. med. Klaus Brüning

Bundesverband Torticollis e.V.

**41. Sitzung des Unterausschusses Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses**

hier: Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): Änderung der HeilM-RL: Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8 Abs. 5 HeilM-RL i.V.m. § 32 Abs. 1a SGB V

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 20. April 2016
von 09.06 Uhr bis 09.18 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer für den **Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Anderson e.V.** :

Frau Malzahn

Angemeldete Teilnehmer für den **Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V.:**

Frau Breuer

Frau Kern

Angemeldete Teilnehmer für den **Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.:**

Frau Heide

Angemeldete Teilnehmer für den **Spitzenverband der Heilmittelverbände:**

Herr Kellermann

Angemeldete Teilnehmer für **VDB-Physiotherapieverband e.V.:**

Herr Hofmann

Herr Dr. Stehr

Beginn der Anhörung: 09:06 Uhr

(09:06 Uhr: Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Meine sehr verehrten Damen und Herren, herzlich willkommen im Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ zur mündlichen Anhörung mit dem Titel „**Änderung der Heilmittelrichtlinie – Anpassung der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8 Abs. 5 Heilmittelrichtlinie in Verbindung mit § 32 Abs. 1a SGB V**“.

Wir haben hier ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt, in dessen Rahmen sechs von sieben stellungnahmeberechtigten Organisationen eine Stellungnahme abgegeben. Das waren namentlich die BÄK, dann der DBS e.V., der DBL, der Verband Deutscher Podologen, der DBA und der SHV.

Wir haben diejenigen, die eine Stellungnahme abgegeben haben, heute zur mündlichen Anhörung eingeladen. Erschienen sind heute zum einen der DBS, vertreten durch Frau Heide, der Deutsche Bundesverband für Logopädie, vertreten durch Frau Breuer und Frau Kern, der DBA, vertreten durch Frau Malzahn, der SHV, vertreten durch Herrn Kellermann, und der VDB, vertreten durch Herrn Dr. Stehr und Herrn Hofmann. Seien uns herzlich willkommen.

Ein Hinweis zum Ablauf: Wir wollen heute nicht Revue passieren lassen, was Sie in Ihren schriftlichen Stellungnahmen dargestellt haben, sondern wollen in einer ersten Runde zunächst den Vertretern der Bänke, der Patientenvertretung die Möglichkeit geben, nachzufragen, ob es bezogen auf das, was Sie schriftlich vorgetragen haben, noch aktuellen Klärungsbedarf gibt.

Vorausgeschickt sei: Wir haben uns selbstverständlich in einer Arbeitsgruppe schon mit den Stellungnahmen beschäftigt. Insofern sind diese Allgemeingut und den Personen, die hier anwesend sind, intensiv bekannt.

Nach dieser Nachfragerunde, sofern es Nachfragen gibt, würde ich Ihnen noch einmal die Frage stellen, ob es seit Abgabe Ihrer Stellungnahmen Dinge, Veränderungen gegeben hat, die hier noch erwähnenswert sind. Dann könnten Sie noch einmal in zwei, drei Sätzen die für Sie wesentlichen Knackpunkte nennen, aber bitte davon Abstand nehmen, das Ganze noch einmal zu verlesen. Das würde ich mit Blick auf die Zeitknappheit unterbinden.

Wir führen Wortprotokoll, das ist sehr wichtig für Sie. Das Wortprotokoll wird auch Bestandteil der zusammenfassenden Dokumentation und insofern dann öffentlich werden. Deshalb bitte jeweils Ihren Namen und die entsendende Institution, den entsendenden Verband nennen, wenn Sie hier eine Wortmeldung abgeben, damit das entsprechend protokolliert werden kann. Die Vertreter der Bänke werden dann, wenn sie Fragen stellen, im Protokoll nur als Vertreter der jeweiligen Bank ohne Namensnennung adressiert werden.

Soviel zur allgemeinen Einleitung. Erste Frage an die Bänke, an die Patientenvertretung: Gibt es konkrete Nachfragen aus Ihrer Sicht zu dem, was von den hier anwesenden Stellungnehmern vorgetragen worden ist? - Keine.

Dann sind wir schon beim zweiten Teil. Die Frage an Sie, an die einzelnen Verbände - ich beginne mit dem DBS: Gibt es aus Ihrer Sicht noch wesentliche Dinge, die sich seit Abgabe Ihrer Stellungnahme ergeben haben, oder gibt es etwas, auf das Sie jetzt hier noch einmal als ganz besonders wichtigen Punkt hinweisen möchten? - Frau Heide, bitte schön.

Frau Heide (Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.): Wir haben keine weiteren Ergänzungen zur schriftlichen Stellungnahme. Sie ist umfänglich und auch nach wie vor aktuell. Vielleicht nur der allgemeine Hinweis, dass wir zum einen inhaltliche Veränderungsvorschläge unterbreitet haben, die

uns natürlich besonders am Herzen liegen, und zudem zwei formale Punkte angemerkt haben, die die Handhabung vereinfachen würden. Das nur als allgemeiner Überblick.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Frau Heide. - Der DBL? - Keine weiteren Ergänzungen. Dann DBA? - Frau Malzahn.

Frau Malzahn (Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen): Grundsätzlich haben wir keine weiteren Aktualisierungen. Wir möchten jedoch noch einmal darauf hinweisen, dass die Stimmtherapie in Verbindung mit bestimmten Krankheitsbildern unbedingt der Berücksichtigung bedarf.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. - Herr Kellermann für SHV.

Herr Kellermann (Spitzenverband der Heilmittelverbände): Auch wir als SHV haben keine weiteren Ergänzungen zu dem, was wir eingereicht haben. Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. - Der VDB.

Herr Stehr (VDB-Physiotherapieverband e.V.): Nur ein praktischer Hinweis in Ergänzung unserer rechtlichen Ausführungen zum Wegfall des § 15 Abs. 1 Satz 1: In der Praxis bedeutet das, dass das Rezept in der Regel nach 14 Tagen ungültig wird. Wenn der Patient die Vorlagen zur Genehmigung zu spät einreicht, hat er ein ungültiges Rezept. Das kann zu allerlei Problemen in der Versorgung führen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. - Ich blicke noch einmal in die Runde. Die Bänke? Besteht Nachfragebedarf? – Herr Vollmer.

KBV: Ich bedanke mich aus unserer ärztlichen Sicht herzlich für Ihre teilweise konstruktiven Äußerungen. Wir bedauern aber die Qualität der Darstellung einzelner Stellungnahmegeber. Wir vermissen teilweise eine differenzierte Darstellung der Begründung. Wir vermissen teilweise eine fachlich fundierte Darlegung der medizinischen Gründe für diejenigen Diagnosen, die Sie als grundsätzlich fehlend aufgeführt haben, und wir bitten Sie, zukünftig bei Stellungnahmen dies so umfassend und differenziert wie möglich zu tun. Herzlichen Dank.

Herr Dr. Hecken (Vorsitzender): Das war keine Frage, sondern eine Bewertung, die Sie bitte als Bewertung der Bank oder des Vortragenden hier zur Kenntnis nehmen. Ich kann das nicht zur Feststellung des allgemeinen Auditoriums erheben. Aber es ist natürlich klar: Je besser begründet, umso verwertbarer sind die Sachen. Das Anliegen ist, dass man noch Argumente daraus saugen kann. - Dies nur als allgemeine Anmerkung, die entsprechend zu Protokoll genommen wird.

Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann sind wir fertig. Danke, dass Sie da waren. Sie dürfen sich durch die Kürze der Anhörung nicht täuschen lassen: Wir haben einiges daraus gesagt; das werden Sie am Ende auch sehen. Danke schön.

Die Anhörung ist damit geschlossen.

Schluss der Anhörung: **09:18 Uhr**