



**Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln
in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie
Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ)**

Stand: 16. Dezember 2016

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschluss.....	1
A-1	Rechtsgrundlage.....	1
A-2	Eckpunkte der Entscheidung	1
A-2.1	Aufbau der Richtlinie.....	1
A-2.2	Erster Teil:	1
A-2.2.1	zu A. Allgemeine Grundsätze	1
A-2.2.2	zu B. Grundsätze der Heilmittelverordnung	2
A-2.2.3	zu C. Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten	7
A-2.2.4	zu D. Zahnärztliche Diagnostik.....	8
A-2.2.5	zu E. Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie.....	8
A-2.2.6	zu F. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie.....	12
A-2.3	Zweiter Teil: Heilmittelkatalog – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.....	13
A-2.3.1	Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie.....	13
A-2.3.2	Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie.....	15
A-2.4	Würdigung der Stellungnahmen.....	17
A-3	Bürokratiekostenermittlung	17
A-4	Verfahrensablauf	19
A-5	Beschluss	20
A-6	Anhang	20
A-6.1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V.....	20
B	Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA.....	21
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	21
B-2	Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens	21
B-3	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	21
B-4	Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen	23
B-5	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	25
B-5.1	Beschlussentwurf.....	25
B-5.2	Tragende Gründe	53
B-6	Schriftliche Stellungnahmen.....	78
B-6.1	Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen	78
B-6.2	Stellungnahmen zur Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte	88
B-6.2.1	§ 2 Heilmittel	88
B-6.2.2	§ 5 Verordnungsausschlüsse	95
B-6.2.3	§ 6 Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung	96
B-6.2.4	§ 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls	97

B-6.2.5	§ 8 langfristiger Heilmittelbedarf	98
B-6.2.6	§ 10 Ort der Leistungserbringung	99
B-6.2.7	§ 11 Auswahl der Heilmittel	104
B-6.2.8	§ 12 Verordnungsvordruck	108
B-6.2.9	§ 13 Grundlagen	112
B-6.2.10	§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung	113
B-6.2.11	§ 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung	117
B-6.2.12	§ 17 Zahnärztliche Diagnostik bei, Sprech- und Sprachtherapie	119
B-6.2.13	§ 19 Bewegungstherapie.....	120
B-6.2.14	§ 20 Manuelle Lymphdrainage*	126
B-6.2.15	§ 21 Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie)	127
B-6.2.16	§ 23 Grundlagen	128
B-6.2.17	§ 24 Sprechtherapie	129
B-6.3	Stellungnahmen zum Heilmittelkatalog Zahnärzte	131
B-6.3.1	I. Maßnahmen der Physikalischen Therapie.....	131
B-6.3.2	I.1. Craniomandibuläre Störungen.....	132
B-6.3.3	I.2. Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS.....	142
B-6.3.4	I.3. Chronifiziertes Schmerzsyndrom.....	144
B-6.3.5	I.4. Lymphabflussstörungen	154
B-6.3.6	II. Sprech- und Sprachtherapie bei:.....	160
B-6.3.7	II.1. Störungen des Sprechens	161
B-6.3.8	II.2. Störungen des oralen Schluckaktes	165
B-6.3.9	II.3. Orofaziale Störungen	167
B-6.3.10	Weitere Anmerkungen zum HeilM-Katalog ZÄ	171
B-6.4	Literatur aus dem Stellungnahmeverfahren	176
B-7	Mündliche Stellungnahmen.....	177
B-7.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten	177
B-7.2	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen	180
B-8	Würdigung der Stellungnahmen.....	181
B-9	Anhang: Stellungnahmen.....	184
B-9.1	Schriftliche Stellungnahmen	184
B-9.2	Mündliche Stellungnahmen.....	243
B-9.2.1	Wortprotokoll der Anhörung	243
C	Bürokratiekostenermittlung.....	263

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG Ki	Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie der DGZMK
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BfDI	Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
CD	Craniomandibuläre Störungen
CSZ	Chronifiziertes Schmerzsyndrom
dba	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
dbs	Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten
DGFDT	Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie
DGHNO KHC	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie
DGKFO	Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
DGL	Deutsche Gesellschaft für Lymphologie
DGMKG	Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
DGMM	Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGOOC	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Erst-VO	Erstverordnung
Folge-VO	Folgeverordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HeilM-Katalog ZÄ	Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Heilmittelkatalog Zahnärzte)
HeilM-RL ZÄ	Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte)
KG	Krankengymnastik
KG-ZNS	Krankengymnastik zentrales Nervensystem nach Vollendung des 18. Lebensjahres
KG-ZNS-Kinder	Krankengymnastik zentrales Nervensystem bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
LYZ	Lymphabflussstörungen
MLD-30	Manuelle Lymphdrainage 30 Minuten
MLD-45	Manuelle Lymphdrainage 45 Minuten
MT	Manuelle Therapie
OFZ	Orofaziale Funktionsstörungen
SCZ	Störungen des oralen Schluckaktes
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.
SPZ	Störungen des Sprechens
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen

VDB	VDB - Physiotherapieverband e.V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
/VO	pro Verordnung

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, Abs. 6 i.V.m. § 138 SGB V Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln.

Die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011 gilt gemäß § 1 Abs. 3 Satz 2 HeilM-RL nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte. Dieser Geltungsausschluss ist mit Beschluss des G-BA über die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie vom 19. Mai 2011 in die Richtlinie aufgenommen worden. Zahnärztliche Besonderheiten in der Heilmittelversorgung sollten erst in einem weiteren Beratungsverfahren erörtert und gegebenenfalls ergänzend in der Heilmittel-Richtlinie geregelt werden. Der G-BA hat daher den Beschluss über die Neufassung der vertragsärztlichen Heilmittel-Richtlinie vom 20. Januar 2011 mit der Maßgabe verbunden, dass, bevor die Heilmittel-Richtlinie in der vorliegenden Fassung auf die vertragszahnärztliche Versorgung angewendet wird, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung die Heilmittel-Richtlinie im Nachgang dahingehend prüft, inwieweit Änderungen aufgrund der Betroffenheit von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten notwendig sind.

Am 17. April 2014 hat der G-BA nach Prüfung und auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung beschlossen, vertragszahnärztliche Spezifika für die Verordnung von Heilmitteln in einer eigenen Richtlinie mit einem eigenen Heilmittel-Katalog für den vertragszahnärztlichen Sektor zu verorten.

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

A-2.1 Aufbau der Richtlinie

Die Richtlinie gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil umfasst den Richtlinienentwurf, welcher die grundlegenden Voraussetzungen zur Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte regelt. Der zweite Teil besteht aus dem Heilmittelkatalog, welcher einzelnen medizinischen Indikationen das jeweilige verordnungsfähige Heilmittel zuordnet, das Ziel der jeweiligen Therapie beschreibt sowie Verordnungsmengen im Regelfall festlegt. Der Heilmittelkatalog bildet weitgehend diejenigen Heilmittel ab, welche bereits vor Erarbeitung der Erstfassung der Richtlinie aufgrund einer Übereinkunft zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen aus dem Jahr 2002 von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten verordnet werden konnten und somit bereits vor Beschluss über die Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung waren.

A-2.2 Erster Teil:

A-2.2.1 zu A. Allgemeine Grundsätze

§ 1 Grundlagen

Absatz 1 benennt mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V und § 92 Absatz 6 i.V.m. § 138 SGB V die Rechtsgrundlage, welche den G-BA ermächtigt und verpflichtet, Regelungen zur Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte zu treffen. Die Richtlinie sichert eine nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln.

Absatz 4 stellt die Beziehungen zwischen den Heilmittelerbringern, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dar, wie sie sich aus § 124 SGB V ergeben.

§ 2 Heilmittel

§ 2 konkretisiert den Begriff des Heilmittels gem. § 32 SGB V im Zusammenhang zahnärztlicher Behandlung. Heilmittel im Sinne dieser Richtlinie sind vertragszahnärztliche verordnete persönlich zu erbringende Dienstleistungen, die einem zahnärztlichen Heilzweck dienen oder einen zahnärztlichen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen. Heilmittel sind zum einen die einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie, welche die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie sowie die physikalische Therapie (§§18-22) umfassen und zum anderen die einzelnen Maßnahmen zur Sprech- und Sprachtherapie (§§23-25).

Abgrenzung Physiotherapie und physikalische Therapie :

Der Begriff Physiotherapie umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie sowie die physikalische Therapie.

In dieser Richtlinie beinhaltet Bewegungstherapie die Krankengymnastik (KG), die Krankengymnastik zur Behandlung von interkurrenten Erkrankungen im Kopf-Halsbereich bei Versicherten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems (KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder) und die Manuelle Therapie (MT). Deren Anwendung ist Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten vorbehalten. Die physikalische Therapie, welche Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten und Masseurinnen/Masseur gleichberechtigt anwenden können (vgl. Masseur- und Physiotherapeutengesetz vom 26. Mai 1994), untergliedert sich in die Bereiche Manuelle Lymphdrainage, Kälte-/Wärmetherapie, Elektrotherapie sowie Übungsbehandlung.

Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung dienen der Behandlung der krankheitsbedingten strukturellen und/oder funktionellen Schädigungen des Mund- und Kieferbereichs und gegebenenfalls der Hilfsmuskulatur des craniomandibulären Systems. Fehlfunktionen und Funktionsstörungen des craniomandibulären Systems gehen oft mit bidirektionalen Wechselwirkungen zu anderen muskulären Strukturen des Organismus einher. Aufgabe der Zahnheilkunde ist die Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Hierunter fallen auch funktionelle Störungen im Kieferbereich. Neben der in direktem Zusammenhang zu funktionellen Störungen im Kieferbereich stehende Kaumuskulatur sind zur fachlich korrekten Heilmitteltherapie – bei entsprechendem Befund – erforderlichenfalls auch die anatomisch direkt angrenzenden oder funktionell unmittelbar mit dem craniomandibulären System in Zusammenhang stehenden Strukturen, wie z.B. der Hilfsmuskulatur des craniomandibulären Systems oder der absteigenden Lymphbahnen mit in die Behandlung einzu beziehen. Hierunter ist die Kopf- und Halsmuskulatur zu verstehen, also alle Muskelgruppen die den Kopf stützen und halten.

Voraussetzung für eine entsprechende Verordnung von Heilmitteln durch die Vertragszahnärztin und den Vertragszahnarzt ist, dass die Ursache der Funktionsstörung im Mund- und Kieferbereich liegt („absteigende Läsion“). Verordnungen von Heilmitteln bei Funktionsstörungen, die in anderen anatomischen Regionen außerhalb des Mund- und Kieferbereichs ihre Ursache haben und im Sinne einer „aufsteigenden Läsion“ fernausgelöste Störungen des Kausystems hervorrufen, sind der Vertragszahnärztin und dem Vertragszahnarzt nicht möglich und nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierunter sind bspw. chronische Haltungsänderungen durch unterschiedliche Längen der Beckenknochen zu verstehen, die aufsteigend über Becken, Lendenwirbelsäule, Brustwirbelsäule, Schultergürtel und Halswirbelsäule bis in den Kieferbereich ausstrahlende Funktionsstörungen hervorrufen können.

A-2.2.2 zu B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 3 Voraussetzungen der Verordnung

§ 3 regelt die allgemeinen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit Heilmittel vertragszahnärztlich verordnet werden und durch Therapeutinnen und Therapeuten abgegeben werden dürfen. Ausgangspunkt der Abgabe von Heilmitteln stellt die vertragszahnärztliche

Verordnung gem. § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V dar. Verordnet werden können Heilmittel durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte nur, wenn sie im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung gem. § 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dazu können Heilmittel gem. § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2 und 4 SGB V verordnet werden, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Die Therapeutin oder der Therapeut ist an die in der jeweiligen Verordnung vorgegebenen Maßnahmen und Frequenzen gebunden.

Die Verordnung eines Heilmittels ist nur geboten, wenn die jeweilige Funktionsstörung nicht durch zahnmedizinische Maßnahmen selbst beseitigt werden kann. Die diesbezügliche Prüfung obliegt der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt.

§ 4 Heilmittelkatalog

Der Heilmittelkatalog regelt abschließend die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind, die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen sowie die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel und Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen). Bei Auswahl des Heilmittels hat die verordnende Vertragszahnärztin oder der verordnende Vertragszahnarzt im Rahmen ihrer oder seiner zahnärztlichen Approbation bestehende Kontraindikationen zu berücksichtigen. Liegt die Möglichkeit von Kontraindikationen außerhalb des die zahnärztliche Approbation umfassenden Bereichs, ist die oder der Versicherte bei Bedarf auf eine weitergehende ärztliche Diagnostik zu verweisen.

§ 5 Verordnungsausschlüsse

Abs. 1 Satz 1 stellt dar, dass Heilmittel nur in gesetzlich vorgesehenen Fällen nach § 23 und § 27 SGB V verordnet werden dürfen.

Die Verordnung von Heilmitteln bei Kindern zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist ausgeschlossen, wenn störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zu Lasten anderer Träger geboten sind. Werden bereits Heilmittel zu Lasten anderer Träger im Rahmen von Frühfördermaßnahmen erbracht, ist eine Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.

§ 6 Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung

§ 6 erläutert die Anwendung des Heilmittelkataloges unter Berücksichtigung seiner Aufteilung in Indikation/Therapieziel/zugeordnetes Heilmittel. Der Heilmittelkatalog legt dabei für Heilmittelverordnungen einen jeweiligen Regelfall mit einer zugeordneten Gesamtverordnungsmenge und einer maximalen Verordnungsmenge je Erst- und Folgeverordnung zugrunde. Die Festlegung der Gesamtverordnungsmenge resultiert auf medizinischen Erfahrungen, nach denen das jeweils angestrebte Therapieziel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge erreicht werden kann. Grundlage für die Festlegung einer Verordnungsmenge sind die jeweiligen individuellen medizinischen Erfordernisse, die sich aus dem Behandlungsfall ergeben.

Grundsätzlich gilt, dass in einer Indikationsgruppe nur ein Regelfall auftreten kann, da sich die konkrete Heilmittelverordnung wesentlich nach den Schädigungen/Funktionsstörungen richtet, die in der Regel einer Heilmitteltherapie am gleichen Ort bedürfen. Soweit jedoch gleichzeitig ausnahmsweise eine weitere – von der Ursprungserkrankung unabhängige Erkrankung derselben Indikationsgruppe – hinzutritt, die mit einer gesonderten Heilmittelmaßnahme behandelt werden muss, kann dies gemäß Absatz 3 einen weiteren Regelfall begründen, der über einen gesonderten Vordruck verordnet werden kann.

Ein Regelfall im Sinne der Heilmittel-Richtlinie definiert sich dadurch, dass die Therapie mit der vorgesehenen Gesamtverordnungsmenge abgeschlossen werden kann. Ein neuer Regelfall tritt daher nur dann ein, wenn nach einem festgelegten behandlungsfreien Intervall von 12 Wochen erneut eine Heilmitteltherapie notwendig ist. Mit der Regelung in Absatz 4, die die einzelnen Regelfälle voneinander trennt, ist sichergestellt, dass rezidivierend auftretende Schädigungsbilder bzw. Funktionsstörungen jeweils mit einem neuen Regelfall behandelt werden können, soweit ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen abgelaufen ist. Tritt jedoch bereits während des 12-wöchigen Intervalls ein Rezidiv oder eine neue Erkrankungsphase auf, kann unter Beachtung der besonderen Regelungen der Heilmittel-Richtlinie eine Verordnung außerhalb des Regelfalls erfolgen.

Die Absätze 5 bis 8 benennen die möglichen Verordnungsarten im Regelfall sowie deren Voraussetzungen. Die Behandlung im Regelfall beginnt mit einer Erstverordnung, alle weiteren Verordnungen zur Behandlung der zugrundeliegenden Diagnose und der zugehörigen Funktionsstörungen/Schädigungen gelten als Folgeverordnungen. Dies gilt auch dann, wenn sich die Leitsymptomatik innerhalb einer Indikationsgruppe oder die Heilmitteltherapie ändert. Innerhalb der Gesamtverordnungsmenge können nach Maßgabe des Heilmittelkataloges mehrere Folgeverordnungen notwendig sein. Die Höchstmenge je Erst- und Folgeverordnung ist im Heilmittelkatalog festgelegt. Sie darf nicht überschritten werden, ein Unterschreiten ist aber möglich.

Die Verordnung von Heilmitteln ist nur möglich, wenn die behandelnde Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt sich von der Notwendigkeit der Therapie überzeugt hat. Dies gilt insbesondere für die Entscheidung über die Fortsetzung einer bereits begonnenen Heilmitteltherapie. Absatz 8 konkretisiert daher, dass sich die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt vor weiteren Verordnungen vom Zustand der Patienten oder des Patienten sowie von der Erreichbarkeit des Therapieziels zu überzeugen hat und den bisherigen Therapieverlauf sowie zwischenzeitlich erhobene Befunde bei der Entscheidung einzubeziehen hat.

§ 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls

Wird das Therapieziel auch nach Ausschöpfen der Gesamtverordnungsmenge nicht erreicht, kann die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt das Heilmittel außerhalb des Regelfalls verordnen, wenn die zahnmedizinische Notwendigkeit mit einer prognostischen Abschätzung versehen begründet wird. In diesem Zusammenhang ist störungsbildabhängig eine geeignete Diagnostik durchzuführen, um auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten. Liegen andere Maßnahmen außerhalb der von der zahnärztlichen Approbation umfassten Möglichkeiten, ist die oder der Versicherte auf weitergehende ärztliche Maßnahmen zu verweisen.

Vor Fortsetzung der Heilmitteltherapie ist die begründungspflichtige Verordnung der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung gegenüber dem Versicherten über die Ablehnung der Genehmigung. Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren, hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung. Sie informiert hierüber die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

§ 8 langfristiger Heilmittelbedarf

§ 8 regelt das Verfahren für die Versorgung von Versicherten mit einem langfristigen Heilmittelbedarf i.S.d. § 32 Abs. 1a SGB V bei zahnärztlichen Indikationen. Nach Satz 1 entscheidet die Krankenkasse jeweils im Einzelfall auf Antrag einer oder eines Versicherten, ob die auf Grundlage einer zahnärztlichen Begründung beantragten Heilmittel langfristig genehmigt werden können. Satz 2 regelt, dass die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfes nur in solchen Fällen erfolgen kann, in denen vertragszahnärztlich gesondert begründet wird, woraus sich die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen,

der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines oder einer Versicherten ergeben.

Absatz 2 legt dar, auf welcher Grundlage die Krankenkasse über Anträge entscheidet. Der erste Spiegelstrich im Satz 1 stellt klar, dass die Antragstellung formlos durch die Versicherte oder den Versicherten selbst erfolgt. Der zweite Spiegelstrich regelt, dass einem Antrag stets eine von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt 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. Ebenfalls wird geregelt, 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 liegt die letztendliche Entscheidung über eine Einbeziehung des MDK im Ermessen der Krankenkasse. Dies ist vor dem Hintergrund zügiger und bürokratiearmer Genehmigungsentscheidungen sachgerecht, da es Fälle gibt, in denen die Krankenkasse die medizinische Beurteilung von Anträgen selbst vornehmen kann oder die Entscheidung aufgrund der vorliegenden Unterlagen und Informationen ohne weitere Beteiligung des Medizinischen Dienstes getroffen werden kann.

In Satz 2 wurde die in § 32 Abs. 1a Satz 3 SGB V normierte Genehmigungsfiktion aufgenommen, sofern über Anträge nicht innerhalb von 4 Wochen entschieden wird. Satz 3 regelt, dass die gesetzliche Genehmigungsfrist gehemmt ist, soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen der Antragstellerin oder des Antragstellers erforderlich sind.

Gemäß Satz 4 kann die Krankenkasse Genehmigungsentscheidungen nach Absatz 1 abhängig von dem zugrunde liegenden Einzelfall zeitlich befristet oder auch unbefristet treffen, sofern ihr auf Grundlage der dem Antrag beigelegten zahnärztlichen Verordnung gemäß Absatz 2 Satz 1 zweiter Spiegelstrich eine Abschätzung des Therapiebedarfs mit Heilmitteln über den beantragten Zeitraum möglich ist. Soweit die Krankenkasse von der Möglichkeit einer Befristung Gebrauch macht, kann die Genehmigung auf mehrere Jahre, mindestens jedoch ein Jahr, ausgestellt werden. Satz 5 konkretisiert, dass aus dem Genehmigungsbescheid der Krankenkasse die von der Genehmigung umfasste therapierelevante Diagnose sowie die Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog hervorgehen müssen.

Absatz 3 sieht vor, dass für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf die langfristig notwendigen Heilmittel in Abweichung zu § 7 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 zahnärztlichen Untersuchung regelmäßig überprüft und angepasst werden können. Darüber hinaus wird in Satz 2 festgelegt, dass eine notwendige Genehmigung gemäß § 7 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 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer sowie Krankenkassen von unnötigem bürokratischem Aufwand zu entlasten.

§ 9 Wirtschaftlichkeit

Absatz 1 regelt, dass bei der Entscheidung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes darüber, ob Heilmittel medizinisch erforderlich sind, andere therapeutische Maßnahmen (z.B. Arzneimittel oder zahnärztliche Leistungen) oder Maßnahmen, die in der Eigenverantwortung des Versicherten liegen (z.B. durch erlernte Eigenübungsprogramme, vorbeugende Maßnahmen oder die Vermeidung von das Krankheitsbild beeinflussenden Gewohnheiten), Vorrang haben können. Im Rahmen der Abwägung sind von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt auch die möglichen Risiken sowie die Kosten der zur Verfügung stehenden Therapiealternativen zu berücksichtigen. Die Regelung dient zur Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V, wonach Heilmittel ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

Absatz 2 regelt, dass die gleichzeitige Verordnung mehrerer unterschiedlicher Heilmittel nur dann zulässig ist, wenn hierdurch ein therapeutisch erforderlicher Synergismus bewirkt wird und die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte eine Verordnung ausdrücklich vorsieht. So sieht § 11 Absatz 3 in Verbindung mit dem Heilmittel-Katalog Zahnärzte in bestimmten Fällen die Verordnung eines ergänzenden Heilmittels zusätzlich zu einem vorrangigen Heilmittel vor. Die gleichzeitige Verordnung mehrerer Heilmittel setzt eine ausreichende körperliche Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten voraus. Ferner soll die im zeitlichen Zusammenhang erfolgende Therapie mit zwei gleichzeitigen Heilmitteln zu einer schnelleren Genesung beitragen und einen therapeutisch zweckmäßigen Synergismus bewirken, was bedeutet, dass sich mit den sich gegenseitig ergänzenden und unterstützenden Maßnahmen planmäßig ein besseres Behandlungsergebnis erzielen lässt, als es ohne die gegenseitige Ergänzung und Unterstützung der Fall wäre. Unter Synergismus ist insbesondere nicht zu verstehen, dass zu einem eigentlich für sich allein ausreichenden Heilmittel zur Sicherheit noch ein weiteres zusätzliches verordnet wird.

§ 10 Ort der Leistungserbringung

Absatz 1 konkretisiert den Ort der Leistungserbringung und sieht vor, dass Heilmittel grundsätzlich in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten sowie ausnahmsweise in der häuslichen Umgebung der oder des Versicherten als verordneter Hausbesuch erbracht werden können. Die Behandlung der Versicherten erfolgt in der Regel in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten, da häufig zur Durchführung der Behandlung neben der Anwesenheit der Therapeutin oder des Therapeuten auch technische Apparate und Materialien benötigt werden, die bei der Behandlung außerhalb der Praxis nicht immer zur Verfügung stehen.

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

Darüber hinaus ist gemäß Absatz 2 ohne Vorliegen o.g. medizinischer Gründe die Behandlung außerhalb der Praxis dann ausnahmsweise für von Behinderung betroffene Kinder und Jugendliche möglich, die ganztägig in einer speziell ausgerichteten tagesstrukturierenden Fördereinrichtung untergebracht sind und bei denen sich aus der zahnärztlichen Begründung der Heilmittelverordnung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt.

Voraussetzung für diese Behandlungsmöglichkeit – die nicht als Hausbesuch verordnet werden kann – ist, dass die tagesstrukturierende Einrichtung speziell auf die Förderung dieses

Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird. Die Regelung trägt der Lebenswirklichkeit von Kindern mit Behinderung bzw. deren Eltern Rechnung, denen es bei ganztägiger Unterbringung in den genannten Einrichtungen aufgrund der Beeinträchtigung der Kinder besonders schwer möglich ist, die Praxis einer Therapeutin oder eines Therapeuten zur Inanspruchnahme verordneter Leistungen aufzusuchen. Die Behandlung in einer Einrichtung wird in diesen Fällen der Behandlung in einer Praxis einer Heilmittelerbringerin oder eines Heilmittelerbringers gleichgestellt. Dies gilt für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, wenn diese ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind.

§ 11 Auswahl des Heilmittels

Inhalt und Umfang der Heilmittelverordnung haben sich an dem individuell zugrundeliegenden Krankheitsbild und dem Ziel zu orientieren, welches mit der Heilmittelversorgung erreicht werden soll.

In diesem Zusammenhang regelt Absatz 3, dass zu einem vorrangigen Heilmittel, sofern erforderlich, maximal ein weiteres ergänzendes Heilmittel verordnet werden kann. Soweit medizinisch indiziert, kann die als ergänzendes Heilmittel vorgesehene Elektrotherapie/-stimulation auch isoliert ohne eine vorrangige Heilmittelmaßnahme verordnet werden. Ergänzende Heilmittel sind auf der Verordnung eindeutig zu benennen. Absatz 4 stellt klar, dass Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie sowie der Sprech- und Sprachtherapie auch zeitgleich verordnet werden können, wenn dies durch die vorliegende Indikation medizinisch erforderlich ist.

§ 12 Verordnungsvordruck

Voraussetzung für eine richtlinienkonforme Verordnung ist die Verwendung des vereinbarten Vordrucks mit Angabe der verpflichtenden Inhalte, insbesondere des Heilmittels, der Verordnungsmenge und -frequenz sowie der Art der Verordnung.

A-2.2.3 zu C. Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten

§ 13 Grundlagen

§ 13 beschreibt die enge Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzten und Heilmittelerbringerinnen oder Heilmittelerbringern als zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie.

§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung

§ 14 regelt, dass die Heilmittelbehandlung grundsätzlich innerhalb von 14 Kalendertagen begonnen werden muss. Sofern die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt aus medizinisch-therapeutischen Gründen einen früheren oder späteren Behandlungsbeginn für notwendig bzw. ausreichend erachtet, kann auf dem Verordnungsvordruck ein Datum für den spätesten Behandlungsbeginn vorgegeben werden. Die zeitgerechte Aufnahme der Heilmittelbehandlung ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der durchzuführenden Therapie. Die ordnungsfähigen zahnärztlichen Indikationen können durch Akutproblematiken mit teils schwerwiegenden Funktionseinschränkungen und/oder Schmerzzuständen gekennzeichnet sein, die eine unverzügliche Behandlungsaufnahme erforderlich machen und ein mehrwöchiges Zuwarten auf einen Termin beim Heilmittelerbringer nicht erlauben, da andernfalls die Gefahr einer (ggf. weiteren) Chronifizierung von Krankheitszuständen besteht. Mit der Frist von 14 Kalendertagen, wie sie auch in der vertragsärztlichen Heilmittel-Richtlinie besteht, wird sowohl den Belangen des Heilmittelerbringers im Rahmen der Praxisorganisation und Terminvergabe als auch den terminlichen Möglichkeiten der Patientin oder des Patienten unter Berücksichtigung der freien Therapeutenwahl Rechnung getragen.

In den Fällen, in denen der Erfolg der Heilmittelbehandlung nicht maßgeblich von ihrem möglichst zeitnahen Beginn innerhalb von 14 Kalendertagen abhängt, sieht die Regelung die Möglichkeit vor, ein späteres Datum auf der Verordnung angeben zu können. Das gewählte

Regel-Ausnahme-Verhältnis stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten aus beiden Versorgungsbereichen bei der Terminvergabe durch die Heilmittelerbringerin oder durch den Heilmittelerbringer je nach Dringlichkeit ihres Behandlungsbedarfes gleich behandelt werden.

§ 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung

Zwingende Voraussetzung für die Durchführung der Heilmittelbehandlung sind die Angaben des Heilmittels, der Verordnungsmenge und -frequenz sowie der Art der Verordnung. In Umsetzung des Grundsatzes der engen Zusammenarbeit zwischen verordnender Vertragszahnärztin oder verordnendem Vertragszahnarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten, hat die Heilmittelerbringerin oder der Heilmittelerbringer die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt unverzüglich zu kontaktieren, wenn er erkennt, dass mit dem verordneten Heilmittel das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder die oder der Versicherte in unvorhergesehener Weise auf die Heilmittelanwendung reagiert. Für die Entscheidung über Abbruch, Weiterführung oder Veränderung der Therapie kann ein schriftlicher Bericht über den Therapieverlauf durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt bei der Therapeutin oder dem Therapeuten angefordert werden. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit nicht, wenn die Behandlung zwar länger als 14 Kalendertage unterbrochen wird, die Unterbrechung aber angemessen begründet ist.

Das Nähere (z.B. zur Dokumentation der begründeten Unterbrechung und den Voraussetzungen einer angemessenen Begründung) regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.

A-2.2.4 zu D. Zahnärztliche Diagnostik

§ 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie und § 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech- und Sprachtherapie

Vor Verordnung eines Heilmittels ist eine an der vorgesehenen Maßnahme orientierte spezifische zahnärztliche Diagnostik durchzuführen. Inhalt und Umfang der Diagnostik unterscheiden sich dabei danach, ob Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie oder der Sprech- und Sprachtherapie durchgeführt werden sollen.

A-2.2.5 zu E. Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie

Die §§ 18-22 erläutern die Wirkmechanismen, die den jeweiligen Heilmitteln der Physiotherapie und der physikalischen Therapie zugrunde liegen.

§ 18 Grundlagen

Die verschiedenen Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie mit ihren unterschiedlichen Wirkungsansätzen sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung zur Behandlung von craniomandibulären Störungen, chronifizierten Schmerzsyndromen und bei Lymphabflussstörungen angezeigt.

Zu den Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie nach dieser Richtlinie, gehören die Bewegungstherapie, welche hier die Krankengymnastik, KG-ZNS, KG-ZNS-Kinder und die Manuelle Therapie umfasst und die nur durch Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten durchzuführen ist, die Elektrotherapie und Wärme-/Kälte-Therapie sowie ferner die Manuelle Lymphdrainage und die Übungsbehandlung, die sowohl von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten als auch von Masseurinnen und Masseuren durchgeführt werden können.

Für bestimmte Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie bedarf es spezieller Qualifikationen, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen. Solche Maßnahmen, für deren Durchführung eine zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung erforderlich ist, sind mit *) gekennzeichnet. Nur entsprechend qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten können diese verordneten Heilmittel erbringen.

§ 19 Bewegungstherapie

1. Krankengymnastik (KG)

Krankengymnastik dient der therapeutischen Beeinflussung von craniomandibulären Störungen sowie chronifizierten Schmerzsyndromen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Ziele der Krankengymnastik sind die Funktionserhaltung, Kompensation, Anpassung, Reaktivierung sowie Verbesserung und Überwindung krankheitsbedingter Schädigungen und Funktionsstörungen.

Kiefergelenk- und Muskelstörungen äußern sich durch eine Einschränkung der Beweglichkeit des Unterkiefers sowie durch Schmerzen im Kieferbereich (craniomandibuläre Dysfunktion). Gelenkfunktionsstörungen und -blockierungen können aus einer strukturellen Schädigung des Kiefergelenks, beispielsweise durch Traumata und Tumoren, resultieren. Krankengymnastik ist geeignet, um bei Störungen der Kieferbeweglichkeit und Schmerzen eine Funktionsverbesserung der gestörten Unterkieferbewegung sowie eine Schmerzreduktion zu bewirken. Desgleichen kann bei Muskelspannungsstörungen oder der Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen eine Besserung der gestörten Beweglichkeit erreicht werden.

Beim chronifizierten Schmerzsyndrom handelt es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Krankheitsbilder sind beispielsweise die atypische Odontalgie, die nach zahnärztlichen Eingriffen wie einer Zahnextraktion oder einer endodontischen Behandlung auftreten kann oder der persistierende idiopathische Gesichtsschmerz. Die damit verbundenen Schmerzen können im Rahmen der Krankengymnastik einer Besserung zugeführt werden, indem die Gelenkbeweglichkeit sowie die Durchblutung der Muskeln gefördert werden.

Bei den vorgenannten Maßnahmen kann ein Eigenübungsprogramm der Patientin oder des Patienten, welches durch die Therapeutin oder den Therapeuten vermittelt wird, einen wesentlichen Beitrag zur erfolgreichen Behandlung leisten.

2. und 3. Krankengymnastik zur Behandlung von interkurrenten Erkrankungen im Kopf-Halsbereich bei Versicherten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems (KG-ZNS und KG-ZNS –Kinder)

Insbesondere bei neuro-muskulären Bewegungsstörungen (z.B. bei schwerstmehrfachbehinderten Patientinnen oder Patienten) sind spezielle Techniken der Physiotherapie erforderlich, die sich in den Heilmitteln KG-ZNS Kinder und KG-ZNS wiederfinden.

So kommt es bei Patientinnen oder Patienten mit angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen wie z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, Trisomie 21 oder Patientinnen oder Patienten mit Tumorerkrankungen oder nach Traumata und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS oftmals zu pathologischen Veränderungen im Kopf-Hals-Bereich. Aus einer Veränderung des Muskeltonus und der Muskelfunktion kann eine Veränderung der Kopfhaltung resultieren und häufig ist die Muskelbalance im orofazialen System gestört.

Zur Behandlung dieser Patientinnen oder Patienten ist das Heilmittel Krankengymnastik (KG) nicht ausreichend spezifisch. Unter den beschriebenen Kautelen ist eine Veränderung der Biomechanik des Kopf-Hals-Bereichs notwendig, um die entstandenen Probleme im orofazialen Bereich durch physiologischere Bewegungsmuster und eine Wiedererlangung der Muskelbalance zu äquilibrieren. Dies ist durch die Behandlungstechnik nach Bobath gegeben, die durch die Techniken der somatosensorischen Stimulation die Kontrolle der mimischen Muskulatur und der Kau- und Schlundmuskulatur verbessert.

Bei Störungen des ZNS ist zur Wiederherstellung von natürlichen Bewegungsabläufen das Anbahnen dieser Bewegungen im Muskel- und Nervensystem erforderlich. Auch nach einem Apoplex kann die Verbesserung des Buccinator-Mechanismus zum Ansaugen von Speisen oder Speichel im Mund erforderlich sein. Dies kann durch die Behandlungsmethode PNF, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation, erreicht werden. Durch die Fazilitation wird die

Muskulatur aktiviert sowie die konzentrische und exzentrische Muskelaktivität zur Erlangung einer besseren Koordination stabilisiert.

4. Manuelle Therapie

Die Manuelle Therapie ist eine Behandlungsmethode, die dem physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie zuzuordnen ist. Sie ist von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten durchgeführter Teil der manuellen Medizin auf der Grundlage der Biomechanik und Reflexlehre zur Behandlung von Dysfunktionen der Kiefergelenke mit reflektorischen Auswirkungen. Sie beinhaltet aktive und passive Dehnung verkürzter muskulärer und neuraler Strukturen, Kräftigung der abgeschwächten Antagonisten und Gelenkmobilisation durch translatorische Gelenkmobilisation. Anwendung einer gezielten impulslosen Mobilisation oder von Weichteiltechniken. Die in Einzeltherapie durchgeführten Techniken der Manuellen Therapie dienen sowohl der Schmerzlinderung, als auch der Mobilisation bei Bewegungseinschränkungen. Voraussetzung ist, dass es sich um reversible Funktionsstörungen des Gelenks oder der zugehörigen Muskulatur handelt. Die Auswahl der eingesetzten Mobilisationstechnik wird durch den Befund, die eingeschränkte Bewegungsrichtung und die Form des Gelenks bestimmt.

5. Übungsbehandlung

Zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage nach § 20 können in geeigneten Fällen Maßnahmen der Übungsbehandlung ergänzend zum Einsatz kommen. Durch die sachgerechte Verordnung der synergistisch wirkenden Maßnahme der Übungsbehandlung lässt sich indikationsspezifisch die Wirkung des vorrangigen Heilmittels der Manuellen Lymphdrainage unterstützen. Dadurch können im Hinblick auf die Linderung von Beschwerden oder eine Heilung des Krankheitsbildes zusätzliche Effekte bewirkt werden. Auf die Ausführungen zu § 9 Absatz 2 wird verwiesen.

§ 20 Manuelle Lymphdrainage

Manuelle Lymphdrainage umfasst manuelle Massagetechniken mit systematischer Anordnung und rhythmischer Folge von Drehgriffen, Schöpfgreifen, Pumpgriffen sowie stehenden Kreisen und Spezialgriffen. Die therapeutische Wirkung beruht auf einer Abflussförderung der interstitiellen Flüssigkeit über das Lymph- und Venengefäßsystem sowie über Gewebsspalten. Es erfolgt eine Steigerung der Lymphangiomotorik, eine Lockerung fibrosklerotischen Bindegewebes und eine Hebung des Parasymphaticotonus. Ziel der Manuellen Lymphdrainage ist eine Entstauung des Gewebes, die zu einer Schmerzreduktion führt.

Manuelle Lymphdrainage ist ein Verfahren, das in der Zahnmedizin typischerweise im Zusammenhang mit operativen, insbesondere tumorchirurgischen Eingriffen sowie deren Nachbehandlung und bei der Behandlung von Traumata eingesetzt wird. Die Behandlung zielt darauf ab, die Anreicherung von Gewebeflüssigkeit in den Geweben des craniomandibulären Systems zu reduzieren und funktionelle Beeinträchtigungen durch ein fixiertes Lymphödem zu vermeiden. Ein derartiger Lymphstau kann durch eine Unterbrechung der Lymphabflüsse (operativer Zugang; systematische Entfernung der Lymphabflüsse) als direkte Operationsfolge oder durch Traumata und vor allem als direkte Operationsfolge im Zusammenhang mit der Schnittführung und den späteren Heilungsprozessen erforderlich sein und die Rehabilitation wird durch die Manuelle Lymphdrainage deutlich reduziert oder verhindert.

Lymphabflussstörungen im Bereich des craniomandibulären Systems stehen in anatomischem Zusammenhang mit den im Halsbereich lokalisierten ableitenden Lymphbahnen. Sie sind nach sekundärer Schädigung des Lymphsystems durch tumorchirurgische Eingriffe und Traumata, als auch bei deren Nachbehandlung keiner anderen zahnmedizinischen Therapiemaßnahme zugänglich.

In Abhängigkeit des Schweregrades und Ausbildungsstadiums einer Abflussstörung im Lymphsystem ist das Heilmittel Manuelle Lymphdrainage in unterschiedlicher Intensität (MLD-30/-45) angebracht. Zur Vermeidung der Manifestierung eines fixierten Lymphödems

und zur Therapie einer passageren lymphatischen Stauung und der damit einhergehenden temporären Schwellung ist durch Entlastung eine Besserung des Lymphflusses sinnvoll. Auch soll eine Reduktion der Anreicherung von Gewebeflüssigkeiten in den Geweben des craniomandibulären Systems und der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich erreicht werden.

§ 21 Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie)

Zusätzlich zu den Maßnahmen nach § 19 können in geeigneten Fällen Maßnahmen der Kälte- oder Wärmetherapie ergänzend zum Einsatz kommen. Durch die sachgerechte Verordnung synergistisch wirkender ergänzender thermotherapeutischer Maßnahmen lässt sich indikationsspezifisch die Wirkung des vorrangigen Heilmittels Krankengymnastik, KG-ZNS-Kinder, KG-ZNS, Manuelle Therapie oder der Manuellen Lymphdrainage unterstützen.

Dadurch können im Hinblick auf die Linderung von Beschwerden oder eine Heilung des Krankheitsbildes zusätzliche Effekte bewirkt werden. Auf die Ausführungen zu § 9 Absatz 2 und § 11 Absatz 3 wird verwiesen.

§ 22 Elektrotherapie

Zusätzlich zu den Maßnahmen nach § 19 können in geeigneten Fällen Maßnahmen der Elektrotherapie ergänzend zum Einsatz kommen.

Durch die sachgerechte Verordnung synergistisch wirkender ergänzender elektrotherapeutischer Maßnahmen lässt sich indikationsspezifisch die Wirkung des vorrangigen Heilmittels Krankengymnastik, KG-ZNS-Kinder, KG-ZNS, Manuelle Therapie oder der Manuellen Lymphdrainage unterstützen.

Dadurch können im Hinblick auf die Linderung von Beschwerden oder eine Heilung des Krankheitsbildes zusätzliche Effekte bewirkt werden. Auf die Ausführungen zu § 9 Absatz 2 und § 11 Absatz 3 wird verwiesen.

A-2.2.6 zu F. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie

§ 23 Grundlagen

Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatischen und neurophysiologischen Grundlagen. Sie dienen in der vertragszahnärztlichen Versorgung dazu, Störungen des Sprechens, der Sprache und der oralen Phase des Schluckvorganges auf Grund krankheitsbedingter orofazialer struktureller und funktioneller Schädigungen im Mund- und Kieferbereich zu behandeln und damit die Kommunikationsfähigkeit, das Sprechen, die Sprache sowie den oralen Schluckakt wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

§ 24 Sprechtherapie

Der Begriff „Sprechen“ beinhaltet die motorische Ausführung von Sprachlauten. Die Sprechtherapie im Sinne dieser Richtlinie dient bei krankheitsbedingten orofazialen strukturellen und funktionellen Schädigungen im Mund- und Kieferbereich der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen Sprechleistung und der damit in Zusammenhang stehenden Schädigungen des oralen Schluckaktes.

Sprechtherapie umfasst insbesondere Maßnahmen zur gezielten Anbahnung und Förderung der Artikulation, der Sprechgeschwindigkeit, der koordinativen Leistung des Sprechapparates, der Lautbildung, der Mundatmung und des Schluckvorganges in der oralen Phase.

§ 25 Sprachtherapie

Die Sprachtherapie im Sinne dieser Richtlinie dient bei krankheitsbedingten orofazialen strukturellen und funktionellen Schädigungen im Mund- und Kieferbereich der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten sowie des oralen Schluckaktes.

Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur Ausbildung und Erhalt der Lautsprache zur sprachlichen Kommunikation, Artikulationsverbesserung, Normalisierung bzw. Verbesserung der Laut- und Lautverbindungsbildung, Aufbau von Kommunikationsstrategien, Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten, Normalisierung des Sprachklangs, Beseitigung

der Dysfunktionen der Zungenmuskulatur sowie Besserung und Erhalt des oralen Schluckvorganges.

A-2.3 Zweiter Teil: Heilmittelkatalog – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen

A-2.3.1 Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie

Der Heilmittelkatalog sieht bei den Maßnahmen Physiotherapie und der physikalischen Therapie als vertragszahnärztlich verordnungsfähige Indikationen die Craniomandibulären Störungen mit prognostisch kurzzeitigem bis mittelfristigem Behandlungsbedarf (CD1) sowie mit länger andauerndem Behandlungsbedarf (CD2) sowie das chronifizierte Schmerzsyndrom im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (CSZ) vor.

Weitere Indikationen sind Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS (ZNSZ) sowie die Lymphabflussstörungen (LYZ 1 bis LYZ 2).

I.1. Craniomandibuläre Störungen

Kiefergelenk- und Muskelstörungen äußern sich durch eine Einschränkung der Beweglichkeit des Unterkiefers sowie durch Schmerzen im Kieferbereich (Craniomandibuläre Dysfunktion). Gelenkfunktionsstörungen und -blockierungen können aus einer strukturellen Schädigung des Kiefergelenks, beispielsweise durch Traumata und Tumoren, resultieren. Bewegungstherapie ist geeignet, um bei Störungen der Kieferbeweglichkeit und Schmerzen eine Funktionsverbesserung der gestörten Unterkieferbewegung sowie eine Schmerzreduktion zu bewirken. Desgleichen kann bei Muskelspannungsstörungen oder der Verkürzung elastischer und kontraktile Strukturen eine Besserung der gestörten Beweglichkeit erreicht werden.

Die in Einzeltherapie durchzuführenden Techniken der Manuellen Therapie dienen bei craniomandibulären Störungen, z.B. in Folge von Kiefergelenk- und/oder, Muskelstörungen, Operationen, Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, sowohl der Schmerzlinderung, als auch der Mobilisation bei Bewegungseinschränkungen. In Abhängigkeit von den strukturellen oder funktionellen Schädigungen, welche prinzipiell reversibel sein müssen, sind ein prognostisch kurzzeitiger bis mittelfristiger und ein prognostisch länger andauernder Behandlungsbedarf zu unterscheiden.

Im Regelfall ist (bei CD1) eine Verordnungsmenge von bis zu 6 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich, sowohl bei Erstverordnung als auch bei Folgeverordnung, mit bedarfsweise insgesamt bis zu 18 Einheiten medizinisch indiziert.

Bei Erkrankungen mit länger andauerndem Behandlungsbedarf, insbesondere wenn multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen mit Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten vorliegen, wie sie beispielsweise bei schweren Traumata, Tumoren oder Fehlbildungssyndromen vorkommen können (CD2), ist im Regelfall je Verordnung eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen sowohl bei Erst- als auch bei Folgeverordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich angezeigt. Bei entsprechendem medizinischem Bedarf ist eine Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls von bis zu 30 Einheiten möglich.

In beiden Indikationsgruppen ist das Ziel das Erlernen eines Eigenübungsprogrammes.

I.2. Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS

Bei Patientinnen oder Patienten mit angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen wie z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, Trisomie 21 oder Patientinnen oder Patienten mit Tumorerkrankungen oder nach Traumata und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS kommt es oftmals zu pathologischen Veränderungen im Kopf-Hals-Bereich. Aus einer Veränderung des Muskeltonus und der Muskelfunktion kann eine Veränderung der Kopfhaltung resultieren und häufig ist die Muskelbalance im orofazialen System gestört. Zur Behandlung dieser Patientinnen oder Patienten ist das Heilmittel Krankengymnastik (KG) nicht ausreichend spezifisch. Vielmehr ist eine Veränderung der Biomechanik des Kopf-Hals-Bereichs notwendig, um die entstandenen Probleme im orofazialen Bereich durch physiologischere Bewegungsmuster und eine Wiedererlangung der Muskelbalance zu equilibrieren. Dies ist durch die Behandlungstechnik nach Bobath gegeben, die durch die Techniken der somatosensorischen Stimulation die Kontrolle der mimischen Muskulatur und der Kau- und Schlundmuskulatur verbessert.

Bei Störungen des ZNS ist zur Wiederherstellung von natürlichen Bewegungsabläufen das Anbahnen dieser Bewegungen im Muskel- und Nervensystem erforderlich. Auch nach einem Apoplex kann die Verbesserung des Buccinator-Mechanismus zum Ansaugen von Speisen oder Speichel im Mund erforderlich sein. Dies kann durch die Behandlungsmethode PNF, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation, erreicht werden. Durch die Fazilitation wird die Muskulatur aktiviert sowie die konzentrische und exzentrische Muskelaktivität zur Erlangung einer besseren Koordination stabilisiert.

Im Regelfall ist eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich, sowohl bei Erstverordnung als auch bei Folgeverordnung, mit bedarfsweise insgesamt bis zu 30 Einheiten medizinisch indiziert.

I.3. Chronifiziertes Schmerzsyndrom

Beim Chronifizierten Schmerzsyndrom handelt es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Krankheitsbilder sind beispielsweise die atypische Odontalgie, die nach zahnärztlichen Eingriffen wie einer Zahnextraktion oder einer endodontischen Behandlung auftreten kann, oder der persistierende idiopathische Gesichtsschmerz. Die damit verbundenen Schmerzen können im Rahmen der Bewegungstherapie einer Besserung zugeführt werden, indem die Gelenkbeweglichkeit sowie die Durchblutung der Muskeln gefördert werden.

Bei der Manuellen Therapie handelt es sich um ein physiotherapeutisches Konzept zur Behandlung prinzipiell reversibler Störungen von Muskelfunktionen, Gelenkfunktionen mit Bewegungseinschränkung eines Gelenkes sowie Nervenfunktionen. Sie beinhaltet u.a. aktive und passive Dehnung verkürzter muskulärer und neuraler Strukturen, Gelenkmobilisation durch translatorische Gelenkmobilisation und von Weichteiltechniken.

Wesentliche therapeutische Wirkungen der Manuellen Therapie sind Schmerzlinderung, die Wiederherstellung der Gelenkfunktion und Unterbrechung eines pathologischen neuromuskulären Reflexgeschehens.

Die Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie unter der Indikationsgruppe Chronifiziertes Schmerzsyndrom bei der Leitsymptomatik „schmerzbedingte Bewegungsstörungen/Funktionsstörungen“ in die vertragszahnärztlichen Versorgung begründet sich durch die oben aufgeführten therapeutischen Wirkungen. Da die in Einzeltherapie durchzuführenden Techniken der Manuellen Therapie u.a. der Schmerzlinderung durch Weichteiltechniken und Mobilisation der Kiefergelenke dienen, welche im zahnärztlichen Bereich häufiger Ursache von chronischen Schmerzsyndromen sind, beispielhaft seien hier die craniomandibulären Dysfunktionen genannt, ist die Verordnung von Manueller Therapie als vorrangiges Heilmittel bei der o.g. Leitsymptomatik indiziert.

Im Regelfall ist eine Verordnungsmenge von bis zu 6 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich, sowohl bei Erstverordnung als auch bei Folgeverordnung, mit bedarfsweise insgesamt bis zu 18 Einheiten medizinisch indiziert.

Bei den vorgenannten Maßnahmen kann ein Eigenübungsprogramm des Patienten, welches durch die Therapeutin oder den Therapeuten vermittelt wird, einen wesentlichen Beitrag zur erfolgreichen Behandlung leisten.

I.4. Lymphabflussstörungen (LYZ)

LYZ1

In der Indikationsgruppe **LYZ1** sind Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich mit prognostisch **kurzzeitigem** Behandlungsbedarf bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems nach tumorchirurgischen oder chirurgischen Eingriffen, nach strahlentherapeutischer Behandlung oder nach Traumata im Mund- und Kieferbereich enthalten.

In Abhängigkeit des Schweregrades und des Ausmaßes des durch Traumata bedingten betroffenen Areals, ist eine Verordnung einer 30-minütigen (MLD-30) Therapiesitzung sinnvoll. Diese kann jeweils adjuvant durch Maßnahmen der Kälte-/Wärme- oder Elektrotherapie sowie durch Maßnahmen der Übungsbehandlung unterstützt werden. Eine Verordnungsmenge von 6 Heilmittelanwendungen je Verordnung, sowohl bei Erstverordnung, als auch in der Folgeverordnung ist dem Regelfall angemessen. Aufgrund der Leitsymptomatik zur Verhinderung der Ausbildung eines fixierten Lymphödems ist eine hohe Therapiefrequenz mit 1 bis 2 Anwendungen pro Woche indiziert. Bei Schmerzen oder Funktions- und Belastungsstörungen durch lokale Schwellungen steht die Schmerzreduktion durch Reduzierung von Schwellung und Reizung im Vordergrund.

LYZ2

In der Indikationsgruppe **LYZ2** des Heilmittelkatalogs Zahnärzte sind chronische Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich mit prognostisch länger andauerndem Behandlungsbedarf bei sekundärer Schädigung des Lymphsystems mit dauerhafter oder temporärer Unterbrechung der Lymphabflusswege nach umfangreichen tumorchirurgischen oder chirurgischen Eingriffen, strahlentherapeutischer Behandlung und schwerem Traumata im Mund- und Kieferbereich enthalten. Bei den von LYZ2 umfassten sekundären Schädigungen des Lymphsystems mit chronischem schmerzlosem oder schmerzhaftem, länger bestehendem bzw. dauerhaft manifestem Lymphödem im Mund- und Kieferbereich auch mit Sekundärschäden an Haut und Unterhautgewebe und/oder mit Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers und/oder Stauungsdermatosen ist eine Verordnung einer 30-minütigen (MLD-30) oder 45-minütigen (MLD-45) Therapiesitzung sinnvoll. Eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung, sowohl bei Erstverordnung, als auch in der Folgeverordnung ist dem Regelfall angemessen. Aufgrund der Schwere der Leitsymptomatik ist eine gegenüber der LYZ1 erhöhte Möglichkeit der Frequenzempfehlung von 1 bis 3 Anwendungen pro Woche indiziert.

Diese können jeweils adjuvant durch Maßnahmen der Kälte-/Wärme- oder Elektrotherapie sowie durch Maßnahmen der Übungsbehandlung unterstützt werden.

In beiden Indikationsgruppen ist das Ziel das Erlernen eines Eigenübungsprogrammes.

A-2.3.2 Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie

Der Heilmittelkatalog sieht bei den Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie als vertragszahnärztlich ordnungsfähige Indikationen die Störungen des Sprechens (SPZ), Störungen des oralen Schluckaktes (SCZ) sowie orofaziale Funktionsstörungen (OFZ) vor.

II.1. Störungen des Sprechens

Treten beispielsweise in Folge von Mund- und Kieferanomalien, nach orthognathen Operationen, Anomalien der Zahnstellung oder Kieferfehlbildungen, Störungen der Lautbildung oder des orofazialen Muskelgleichgewichts auf, ist zur Normalisierung der Lautbildung und Wiederherstellung und/oder Verbesserung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten eine durch zugelassene Therapeutinnen oder Therapeuten gemäß § 124 SGB V durchzuführende Sprechtherapie angezeigt. Die Sprechtherapie, welche im Heilmittelkatalog unter der Diagnosegruppe SPZ aufgeführt ist, kann zur Normalisierung der Lautbildung auch Elemente zur Verbesserung der Mundatmung und des oralen Schluckaktes enthalten, aber nicht durch Störungen der Atmung oder des Schluckaktes ausgelöst werden.

In Abhängigkeit von der Schwere des Störungsbildes sowie der Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten ist eine 30-minütige oder 45-minütige Therapiesitzung angezeigt. Innerhalb des Regelfalls ist sowohl bei Erstverordnung, als auch in der Folgeverordnung eine Verordnungsmenge von 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich möglich. Die bei entsprechender medizinischer Indikation mögliche Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls beträgt bedarfsabhängig bis zu 30 Einheiten.

II.2. Störungen des oralen Schluckaktes

Bei motorischen und sensorischen Störungen der oralen Phase des Schluckaktes, beispielsweise in Folge von Traumata im Mund-Kieferbereich, Tumoroperationen oder nach operativer Versorgung von orofazialen Fehlbildungen, kann nach diesem Katalog im Rahmen der Indikation SCZ eine Sprech- oder Sprachtherapie mit einer durch die Schwere des Störungsbildes sowie der Belastbarkeit der Patientin/des Patienten bestimmten Therapiedauer von jeweils 30, 45 oder 60 Minuten verordnet werden.

Bei Erstverordnung sowie in der Folgeverordnung innerhalb des Regelfalls ist bei medizinischer Notwendigkeit eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich möglich. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls beträgt bedarfsabhängig bis zu 30 Einheiten.

II.3. Orofaziale Funktionsstörungen

Kommt es beispielsweise infolge von Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, Tumor – Operationen oder angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen zu Störungen der orofazialen Funktion mit Störungen der Bewegungs- und Koordinationsabläufe sowie des muskulären Gleichgewichts im Mund- und Kieferbereich, kann nach diesem Katalog bei der Indikation OFZ eine Sprech- oder Sprachtherapie mit einer durch die Schwere des Störungsbildes sowie der Belastbarkeit der Patientin/des Patienten bestimmten Therapiedauer von jeweils 30 oder 45 Minuten verordnet werden.

Ziele der Behandlung sind u.a. die Verbesserung/Wiederherstellung der gestörten orofazialen Funktionen und Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System.

Bei Störungen der orofazialen Funktion infolge von schweren Zahn- und Kieferfehlstellungen in der Wachstumsphase kann eine störungsbildabhängige Sprech- und Sprachtherapie zur Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster und Vermeidung/Abbau einer Fehlentwicklung der muskulären und koordinativen Funktionen verordnet werden.

Des Weiteren besteht ein Leistungsanspruch zur Sprech- und Sprachtherapie über das 18. Lebensjahr hinaus für Versicherte, die gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung Abschnitt B Nr. 4 S. 1 und 2 i.V.m. § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V unter schweren Kieferanomalien leiden, die ein Ausmaß haben, welche kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordern. Schwere Kieferanomalien in diesem Sinne liegen nach der

Maßgabe der Anlage 3 bei angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer, skelettalen Dysgnathien sowie bei verletzungsbedingten Kieferstellungen vor.

Innerhalb des Regelfalls ist bei Erstverordnung sowie in der Folgeverordnung eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich möglich. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls beträgt bedarfsabhängig bis zu 30 Einheiten.

A-2.4 Würdigung der Stellungnahmen

Siehe Kapitel B8

A-3 Bürokratiekostenermittlung

Laut 1. Kapitel § 5a Abs. 1 VerfO ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu die in den Beschlüssen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Der vorliegende Beschluss beinhaltet die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Im Folgenden werden die in der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung enthaltenen Informationspflichten für Leistungserbringer dargestellt und die damit einhergehenden Bürokratiekosten abgeschätzt. Leistungserbringer sind in diesem Zusammenhang die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie die adressierten Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer (Therapeuten).

a) Verordnung von Heilmitteln im Regelfall

Gemäß § 3 Abs. 1 setzt die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen eine Verordnung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt voraus. § 6 Abs. 1 sieht vor, dass der Heilmittelverordnung ein definierter Regelfall zugrunde liegt. Für einen solchen Regelfall ergeben sich die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen je Verordnung aus dem Heilmittelkatalog.

Hinsichtlich der Heilmittelverordnung im Regelfall wird gemäß § 6 Abs. 5 zwischen einer Erst- und einer eventuellen Folgeverordnung unterschieden. Es wird in diesem Zusammenhang davon ausgegangen, dass sich der Aufwand für das Ausstellen einer Verordnung nicht danach unterscheidet, ob es sich um eine Erst- oder eine Folgeverordnung handelt.

Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. Gemäß Messungen des Statistischen Bundesamtes erfordert das Ausstellen einer Heilmittelverordnung im vertragsärztlichen Bereich einen zeitlichen Aufwand von 4 Minuten. Es wird davon ausgegangen, dass für vertragszahnärztliche Heilmittelverordnungen ein ähnlicher zeitlicher Aufwand erforderlich ist. Allerdings können aktuell weder Aussagen zur Anzahl der derzeit von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten ausgestellten Heilmittelverordnungen getroffen werden, noch lässt sich abschätzen, wie sich die Fallzahlen künftig mit Inkraftsetzung einer zahnärztlichen Heilmittel-Richtlinie entwickeln werden. Eine Abschätzung der Bürokratiekosten ist somit zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

b) Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls sowie für den langfristigen Heilmittelbedarf

Darüber hinaus regelt § 7 die Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls. Dies kann erforderlich werden, wenn sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen lässt. Im Gegensatz zu Verordnungen im Regelfall bedürfen Verordnungen außerhalb des Regelfalls einer besonderen

Begründung mit prognostischer Einschätzung auf der Verordnung sowie einer Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse.

Die Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls erfolgt ebenfalls ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. Gemäß Messungen des Statistischen Bundesamtes erfordert das Ausstellen einer Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls im vertragsärztlichen Bereich einen zeitlichen Aufwand von 8 Minuten. Es wird davon ausgegangen, dass für vertragszahnärztliche Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls ein ähnlicher zeitlicher Aufwand erforderlich ist. Eine Schätzung der Fallzahl ist jedoch aus den unter a) genannten Gründen zu diesem Zeitpunkt nicht möglich.

Zudem sieht § 8 vor, dass auf Antrag der oder des Versicherten die Krankenkasse über die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs entscheidet. Auch die Verordnung von langfristigem Heilmittelbedarf erfordert eine Begründung durch den verordnenden Vertragszahnarzt. Insofern ist auch an dieser Stelle mit einem fallweisen zeitlichen Aufwand von rund 8 Minuten zu rechnen. Eine Schätzung der jährlichen Fallzahl ist jedoch auch in diesem Zusammenhang zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

c) Dokumentation einer einvernehmlichen Änderung der Behandlungsfrequenz auf dem Verordnungsvordruck

Gemäß § 15 Abs. 2 ist die einvernehmliche Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Diese Vorgabe stellt eine bürokratiearme Regelung dar, indem die Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung nach Rücksprache mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt durch die Therapeutin oder den Therapeuten selbst erfolgen kann und somit der Verordnungsvordruck nicht zunächst an die verordnende Zahnärztin oder den verordnenden Zahnarzt zurück geschickt werden muss, damit diese oder dieser die Frequenz der Heilmittelbehandlung entsprechend ändert. Der dem Therapeuten oder der Therapeutin entstehende Aufwand im Zuge der Dokumentation der einvernehmlichen Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung auf dem Verordnungsvordruck wird als gering eingeschätzt. Es ist davon auszugehen, dass der Therapeutin oder dem Therapeuten und der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt im Zuge der einvernehmlichen Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung ein fallweiser zeitlicher Aufwand von jeweils rund drei Minuten entsteht. Dies entspricht dem Zeitwert für die Standardaktivität „Beschaffung von Daten“ bei einfacher Komplexität. Eine Fallzahl zur Häufigkeit solcher einvernehmlicher Änderungen der Behandlungsfrequenz kann nicht abgeschätzt werden.

Als geringfügiger Aufwand wird in diesem Zusammenhang auch die Verpflichtung der Therapeutin oder des Therapeuten eingeschätzt, begründete Unterbrechungen der Behandlung auf der Verordnung zu dokumentieren (§ 15 Abs. 3).

d) Schriftlicher Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten

§ 15 Abs. 5 sieht vor, dass die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach Ende der Behandlungsserie von der Therapeutin oder von dem Therapeuten einen schriftlichen Bericht über den Therapieverlauf anfordern kann. Im Allgemeinen wird angenommen, dass für die Erstellung eines schriftlichen Berichts über den Therapieverlauf ein zeitlicher Aufwand von durchschnittlich 15 Minuten erforderlich ist.

Eine Einschätzung darüber, wie häufig ein Therapiebericht der Therapeutin oder des Therapeuten angefordert werden wird, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht vornehmen.

e) Nachweis spezieller Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten

Der Nachweis der speziellen Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten – erforderlich für die Erbringung und Abrechnung der entsprechenden Positionen – erzeugt im Rahmen der hier vorliegenden Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte keinen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, da die Therapeutinnen und Therapeuten ihre Qualifikation hierzu auch schon gemäß der bislang geltenden Heilmittel-Richtlinie gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen haben.

A-4 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
17.04.2014	Plenum	Beschluss, dass die Regelungen zu vertragszahnärztlichen Spezifika für die Verordnung von Heilmitteln in einer eigenen Richtlinie mit einem eigenen Heilmittel-Katalog für den vertragszahnärztlichen Sektor verortet werden sollen (HeilM-RL ZÄ)
20.04.2016	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten bei Erstfassung der HeilM-RL ZÄ
16.06.2016	AG	Auswertung der Stellungnahmen
27.06.2016		
09.08.2016		
08.09.2016	UA VL	Anhörung
20.09.2016	AG	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung der Stellungnahmen • Vorbereitung Beschlussfassung
25.11.2016	UA VL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, Tragende Gründe, ZD)
15.12.2016	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über die Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie
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 ¹		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ ²		Inkrafttreten

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

² s. Fußnote 1

A-5 Beschluss

Veröffentlicht im BAnz am T. Monat JJJJ, AT ...

Hier Beschluss im Wordformat (nicht im BAnz-Veröffentlichungsformat) einstellen.

A-6 Anhang

A-6.1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V

Hier Schreiben des BMG einstellen.

B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Spitzenorganisationen der betroffenen Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V:
 - dbs e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs)
 - Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
 - SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)
 - Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)

Der UA Veranlasste Leistungen hat in seiner Sitzung am 20. April 2016 folgende (weitere) Institutionen/Organisationen, denen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen war, festgestellt:

- Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) gemäß § 91 Absatz 5a SGB V:
- Organisationen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 1 lit. a) VerFO:
 - VDB-Physiotherapieverband e.V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie (VDB)
 - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
 - Deutsche Gesellschaft für Lymphologie (DGL)
 - Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)
 - Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)
 - Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)
 - Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO KHC)
 - Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
 - Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
 - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
 - Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie der DGZMK (AG Ki)
 - DGMM – Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)

B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen beschloss in seiner Sitzung am 20. April 2016 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 28. April 2016 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von 4 Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,

- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

B-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
--------------------------	------------	-------------

Gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:

Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	26.05.2016	
Bundesärztekammer (BÄK)		Verzicht auf SN

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V:

Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)		Verzicht auf SN
---	--	-----------------

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

dbs e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs)	25.05.2016	
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	25.05.2016	
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	25.05.2016	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)	26.05.2016	

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

VDB-Physiotherapieverband e.V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie (VDB)	25.05.2016	
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)	12.05.2016	
Deutsche Gesellschaft für Lymphologie (DGL)	19.05.2016	
Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)	25.05.2016	Stellungnahme einzeln und über DGZMK eingereicht
Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)	26.05.2016	Stellungnahme über DGZMK eingereicht
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)	27.05.2016	
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHNO KHC)		Verzicht auf SN
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK):	26.05.2016	keine eigene Stellungnahme eingereicht sondern Stellungnahmen von vier Mitgliedsorganisationen
<ul style="list-style-type: none"> Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG Paro) 	24.05.2016	Stellungnahme einzeln und über DGZMK eingereicht
<ul style="list-style-type: none"> Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) 	26.05.2016	
<ul style="list-style-type: none"> Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK (AK PP) 	26.05.2016	Stellungnahme über DGZMK eingereicht
<ul style="list-style-type: none"> Gnathologischer Arbeitskreis Stuttgart e.V. 	26.05.2016	

B **STELLUNGNAHMEVERFAHREN VOR ENTSCHEIDUNG DES G-BA**

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)	kein Eingang	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	kein Eingang	
Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie der DGZMK (AG Ki)	kein Eingang	
DGMM – Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)	kein Eingang	


B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Neben dem Beschlussentwurf wurden den Stellungnehmern die Tragenden Gründe (Stand: 27. April 2016) übermittelt.

B-5.1 Beschlussentwurf

Stand: 27.04.2016

Anlage 1



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

Vom **T. Monat JJJJ**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** folgende Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeiM-RL ZÄ) beschlossen:

I. Der erste Teil der Richtlinie wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung
(Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeiM-RL ZÄ)**

Erster Teil – Richtlinienentwurf

A. Allgemeine Grundsätze

§ 1 Grundlagen

- (1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 6 in Verbindung mit § 138 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie dient der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes.
- (2) Den besonderen Belangen psychisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie chronisch kranker Menschen ist bei der Versorgung mit Heilmitteln Rechnung zu tragen.
- (3) ¹Diese Richtlinie regelt die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. ²Sie gilt nicht für die vertragsärztliche Versorgung.
- (4) ¹Die Abgabe von Heilmitteln ist Aufgabe der gemäß § 124 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zugelassenen Leistungserbringer. ²Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Anforderung ein Verzeichnis der nach § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringer (im Folgenden: Therapeutin oder Therapeut) und Vergütungsvereinbarungen über die vereinbarten Leistungen (einschließlich der Regelbehandlungszeiten) zur Verfügung.

§ 2 Heilmittel

- (1) ¹Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. ²Verordnungsfähige Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung sind die in den Abschnitten E und F genannten
- einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie (§§ 18-22),
 - einzelnen Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie (§§ 23-25).
- (2) ¹Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung dienen der Behandlung der krankheitsbedingten strukturellen/funktionellen Schädigungen des Mund- und Kieferbereichs. ²Zur Erreichung dieser Ziele können erforderlichenfalls auch die anatomisch direkt angrenzenden oder funktionell unmittelbar mit dem craniomandibulären System in Zusammenhang stehenden Strukturen, z.B. der Hilfsmuskulatur des craniomandibulären Systems oder der absteigenden Lymphbahnen mitbehandelt werden. ³Die Ursache der strukturellen/funktionellen Schädigungen muss im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich liegen. ⁴Das Nähere ergibt sich aus dem indikationsbezogenen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Absatz 6 SGB V (im Folgenden Heilmittelkatalog ZÄ genannt).
- (3) ¹Heilmittel sind nur nach Maßgabe dieser Richtlinie nach pflichtgemäßem Ermessen verordnungsfähig. ²Der Heilmittelkatalog ZÄ ist Bestandteil dieser Richtlinie. ³Näheres hierzu regelt § 4. ⁴Andere Heilmittel dürfen nicht verordnet werden.

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 3 Voraussetzungen der Verordnung

- (1) ¹Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der Krankenkassen setzt eine Verordnung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt voraus. ²Die Therapeutin oder der Therapeut ist an die Verordnung gebunden, es sei denn in der Richtlinie ist etwas anderes bestimmt.
- (2) Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um
- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen
 - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.
- (3) Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt eine Heilmittelanwendung notwendig ist.

§ 4 Heilmittelkatalog

- (1) ¹Der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel nach § 92 Absatz 6 SGB V ist Zweiter Teil dieser Richtlinie. ²Der Katalog wird dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend in regelmäßigen Abständen ergänzt oder aktualisiert.
- (2) Der Heilmittelkatalog regelt:

- die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind,
 - die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen,
 - die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel und Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen).
- (3) ¹Der Heilmittelkatalog führt nur die möglichen Indikationen für eine sachgerechte Heilmitteltherapie auf. ²Bei der Verordnung hat die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt im Einzelfall vorhandene Kontraindikationen zu berücksichtigen.

§ 5 Verordnungsausschlüsse

- (1) Beim Vorliegen von geringfügigen Gesundheitsstörungen dürfen Heilmittel nicht anstelle der nach § 34 Absatz 1 SGB V von der Verordnung ausgeschlossenen Arzneimittel ersatzweise verordnet werden.
- (2) ¹Maßnahmen, die nicht aufgrund der in § 3 Absatz 2 genannten Voraussetzungen veranlasst und durchgeführt werden, dürfen nicht zu Lasten der Krankenkassen verordnet und durchgeführt werden. ²Dies gilt auch, wenn die Maßnahmen von nach § 124 SGB V zugelassenen Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern durchgeführt werden. ³Weiterhin dürfen Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach dem Kapitel 7 des SGB IX). ⁴Sind solche Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. ⁵Neben pädagogischen, heilpädagogischen oder sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser Maßnahmen verordnet werden.
- (3) Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den §§ 30, 32 Nummer 1 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

§ 6 Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung

- (1) ¹Der Heilmittelverordnung nach der Richtlinie liegt in den jeweiligen Abschnitten des Heilmittelkataloges ein definierter Regelfall zugrunde. ²Dieser Regelfall geht von der Vorstellung aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann.
- (2) ¹Die Gesamtverordnungsmenge und die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog. ²Nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung oder der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles.
- (3) ¹Eine Heilmittelverordnung im Regelfall liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen den im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Verordnungsmengen je Indikationsgruppe nicht überschritten werden. ²Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungsvordrucke auszustellen sind. ³Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles sind bis auf die in der Richtlinie genannten Ausnahmen nicht zulässig.
- (4) ¹Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Heilmitteln als erneuten Regelfall auslösen, wenn nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von 12 Wochen abgelaufen ist. ²Sofern das behandlungsfreie Intervall

nicht abgelaufen ist, ist gemäß der Ausnahmeregelung nach § 7 Absatz 1 und 2 zu verfahren.

- (5) Die Heilmittel sind nach Maßgabe des Heilmittelkataloges ZÄ im Regelfall verordnungsfähig als:
- Erstverordnung oder
 - Folgeverordnung.
- (6) ¹Nach einer Erstverordnung gilt jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalls) als Folgeverordnung. ²Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen.
- (7) ¹Folgeverordnungen im Regelfall können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bis zur Erreichung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausgestellt werden. ²Sofern mehrere Heilmittel verordnet werden, ist die Verordnungsmenge des vorrangigen Heilmittels entscheidend für die Gesamtverordnungsmenge.
- (8) ¹Folgeverordnungen sind nur zulässig, wenn sich die behandelnde Vertragszahnärztin oder der behandelnde Vertragszahnarzt zuvor erneut vom Zustand der Patientin oder des Patienten überzeugt hat. ²Bei der Entscheidung des Vertragszahnarztes bzw. der Vertragszahnärztin über Folgeverordnungen sind der bisherige Therapieverlauf sowie zwischenzeitlich erhobene Befunde zu berücksichtigen.

§ 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls

- (1) ¹Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen). ²Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung auf der Verordnung. ³Dabei sind die Grundsätze der Verordnung im Regelfall mit Ausnahme der Gesamtverordnungsmenge je Regelfall und die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnung anzuwenden. ⁴Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine Überprüfung des Behandlungsfortschritts durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.
- (2) Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist nach vorausgegangenem Heilmittelanwendungen kein behandlungsfreies Intervall zu beachten.
- (3) Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls hat die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt störungsbildabhängig eine erneute Diagnostik durchzuführen, um auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten.
- (4) ¹Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. ²Nach Vorlage der Verordnung durch die oder den Versicherten übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung bei dem oder der Versicherten. ³Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung. ⁴Sie informiert hierüber die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

§ 8 langfristiger Heilmittelbedarf

- (1) ¹Die Krankenkasse entscheidet auf Antrag der oder des Versicherten darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Abs. 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können. ²Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen /funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf des oder der Versicherten ergeben.
- (2) ¹Entscheidungen nach Absatz 1 trifft die Krankenkasse – soweit erforderlich unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 Abs. 1 SGB V – auf der Grundlage
- des Antrages der oder des Versicherten,
 - der Kopie einer gültigen und gemäß § 12 Abs. 1 Satz 2 vollständig ausgefüllten Verordnung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes; die Original-Verordnung bleibt bei der oder dem Versicherten.
- ²Entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb von vier Wochen über den Antrag, gilt die Genehmigung als erteilt. ³Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen der Antragstellerin oder des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen. ⁴Die Genehmigung nach Absatz 3 kann unbefristet erfolgen. ⁵Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten. ⁶Im Genehmigungsbescheid müssen zumindest die therapierelevante Diagnose und die Diagnosegruppe/ -gruppen angegeben werden.
- (3) ¹Für Versicherte mit einem genehmigten langfristigen Heilmittelbedarf 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 § 7 Absatz 4 gelten als erteilt.

§ 9 Wirtschaftlichkeit

- (1) ¹Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch durch andere Therapiemaßnahmen (z.B. Arzneimittel) oder eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten (z. B. Eigenübungsprogramm oder Vermeiden von Krankheitsbildbeeinflussenden Gewohnheiten) unter Abwägung der jeweiligen Risiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. ²Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.
- (2) ¹Die gleichzeitige Verordnung mehrerer unterschiedlicher Heilmittel für dieselbe Indikation ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird. ²Das Nähere hierzu wird in den §§ 11 und 12 bestimmt.

§ 10 Ort der Leistungserbringung

- (1) Heilmittel können, sofern nichts anderes bestimmt ist,
- als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder
 - als Behandlung in der häuslichen Umgebung als medizinisch notwendiger Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Absatz 2 Satz 1 oder

- als Behandlung in einer tagesstrukturierenden Fördereinrichtung bei Kindern und Jugendlichen gemäß Absatz 2 Satz 2 und 3 durch die Therapeutin oder den Therapeuten

verordnet werden.

- (2) ¹Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. ²Die Behandlung in einer Einrichtung (z.B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs. ³Ohne Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind, soweit § 5 Absatz 2 dem nicht entgegensteht. ⁴Voraussetzung ist, dass sich aus der zahnärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und die Tageseinrichtung auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.

§ 11 Auswahl der Heilmittel

- (1) Die Auswahl und die Anwendung (insbesondere Einheiten pro Verordnung, Gesamtverordnungsmenge, Behandlungsfrequenz) des Heilmittels hängt von Ausprägung und Schweregrad der Erkrankung (strukturelle/ funktionelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Ziel (Therapieziel) ab.
- (2) Bei gegebener Indikation richtet sich die Auswahl der zu verordnenden Heilmittel nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel.
- (3) ¹Soweit medizinisch erforderlich, kann in der physikalischen Therapie zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) nur ein weiteres im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ (C) verordnet werden (d.h. maximal zwei Heilmittel je Verordnung). ²Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie/-stimulation oder die Ultraschall-Wärmetherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht. ³Mehr als ein ergänzendes Heilmittel nach Satz 2 kann nicht verordnet werden. ⁴Auf dem Verordnungsvordruck ist das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen.
- (4) ¹Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie und Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. ²Werden Heilmittel aus verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges verordnet, ist für jede Verordnung je ein Verordnungsvordruck zu verwenden.

§ 12 Verordnungsvordruck

- (1) ¹Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. ²Der Vordruck muss nach Maßgabe des Absatzes 2 vollständig ausgefüllt werden. ³Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen mit Ausnahme der Regelung nach § 15 Absatz 2 einer erneuten zahnärztlichen Unterschrift mit Datumsangabe.
- (2) ¹In der Heilmittelverordnung sind nach Maßgabe des vereinbarten Vordrucks die Heilmittel eindeutig zu bezeichnen. ²Ferner sind alle für die individuelle Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. ³Anzugeben sind insbesondere
- a. Angaben zur Krankenkasse, zur oder zum Versicherten und zu der Vertragszahnärztin oder zu dem Vertragszahnarzt nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks,
 - b. die Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls),
 - c. Hausbesuch (ja oder nein),
 - d. Therapiebericht (ja oder nein),
 - e. ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 14 notwendig,
 - f. die Verordnungsmenge,
 - g. das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ,
 - h. die Frequenzangabe,
 - i. die Therapiedauer (bei Manueller Lymphdrainage 30 oder 45 Minuten und bei, Sprech- und Sprachtherapie 30, 45 oder 60 Minuten),
 - j. der vollständige Indikationsschlüssel (Diagnosengruppe und ggf. Leitsymptomatik, z. B. SPZ oder CRZ1a),
 - k. die therapierelevante(n) Diagnose(n), ergänzende Hinweise (z. B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen) sowie ggf. die Therapieziele, falls sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben,
 - l. bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls oder langfristiger Heilmittelbedarf die medizinische Begründung.

C. Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern

§ 13 Grundlagen

- (1) ¹Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet, ist nur zu gewährleisten, wenn die verordnenden Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte mit den ausführenden Therapeutinnen und Therapeuten eng zusammenwirken. ²Dies setzt voraus, dass zwischen den Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzten, die bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage ihrer Verordnung gemacht haben, und den Therapeutinnen oder Therapeuten, die die sachgerechte und qualifizierte Durchführung der verordneten Maßnahme gewährleistet, eine Zusammenarbeit sichergestellt ist. ³Dies gilt insbesondere für den Beginn und die Durchführung der Heilmittelbehandlung.

§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung

KZBV/PatV	GKV-SV
<p>(1) ¹Mit der Heilmittelbehandlung muss spätestens innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt begonnen werden. ²Sofern die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt einen dringenden Behandlungsbedarf sieht, muss mit der Heilmittelbehandlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt begonnen werden. Dies ist auf dem Verordnungsformular zu vermerken.</p>	<p>(1) Sofern die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt auf dem Verordnungsvordruck keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt begonnen werden. ²Als spätester Behandlungsbeginn nach Absatz 1 kann auch ein Zeitpunkt nach Ablauf der Frist von 14 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt auf der Verordnung angegeben werden.</p>
<p>³Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nach Satz 1 oder Satz 2 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.</p>	

§ 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung

- (1) Die Behandlung kann nur zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wenn auf dem Verordnungsvordruck die nach § 12 Absatz 2 erforderlichen Angaben enthalten sind.
- (2) ¹Sind auf dem Verordnungsvordruck Angaben zur Frequenz der Heilmittelbehandlung gemacht, ist eine Abweichung davon nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. ²Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.
- (3) ¹Wird die Behandlung länger als 14 Kalendertage ohne angemessene Begründung unterbrochen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. ²Begründete Unterbrechungen sind von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren. ³Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.
- (4) ¹Ergibt sich bei der Durchführung der Behandlung, dass mit dem verordneten Heilmittel voraussichtlich das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder dass die Patientin oder der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf die Behandlung reagiert, hat die Therapeutin oder der Therapeut darüber unverzüglich die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt, die oder der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und die Behandlung zu unterbrechen. ²Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des Therapieplans, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.
- (5) Sofern die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt für die Entscheidung über die Fortführung der Therapie einen schriftlichen Bericht über den Therapieverlauf nach Ende der Behandlungsserie für notwendig hält, kann sie oder er diesen auf dem Verordnungsvordruck bei der Therapeutin oder dem Therapeuten anfordern.

D. Zahnärztliche Diagnostik

§ 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie

- (1) ¹Vor der Erstverordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. ²Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu Schädigungen und Funktionsstörungen zu erhalten.
- (2) ¹Auch vor Folgeverordnungen oder bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls von Maßnahmen der Physikalischen Therapie ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich. ²Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden.
- (3) ¹Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die Entscheidung über die Notwendigkeit zur Einleitung anderer Maßnahmen, die Beendigung oder die Fortsetzung einer Therapie. ²Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt entscheidet störungsbildabhängig, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik sie oder er durchführt beziehungsweise veranlasst.

§ 17 Zahnärztliche Diagnostik bei, Sprech- und Sprachtherapie

- (1) ¹Vor der Erstverordnung einer Sprech- und Sprachtherapie ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. ²Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu Schädigungen und Funktionsstörungen zu erhalten.
- (2) ¹Auch vor Folgeverordnungen oder bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls von Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie ist die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich. ²Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden.
- (3) ¹Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die Entscheidung über die Notwendigkeit zur Einleitung anderer Maßnahmen, die mögliche Beendigung oder die Fortsetzung einer Sprech- und Sprachtherapie. ²Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt entscheidet störungsbildabhängig, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik sie oder er durchführt beziehungsweise veranlasst.

E. Maßnahmen der Physikalischen Therapie

§ 18 Grundlagen

- (1) Maßnahmen der Physikalischen Therapie entfalten ihre Wirkung insbesondere nach physikalisch-biologischem Prinzip durch überwiegend von außen vermittelte kinetische, mechanische, elektrische und thermische Energie.
- (2) Für bestimmte Maßnahmen der Physikalischen Therapie bedarf es spezieller Qualifikationen, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen. Solche Maßnahmen, für deren Durchführung eine zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung erforderlich ist, sind mit *) gekennzeichnet.
- (3) Zu den Maßnahmen der Physikalischen Therapie gehören die in den §§ 19 bis 22 genannten verordnungsfähigen Heilmittel.

§ 19 Bewegungstherapie

Die Bewegungstherapie umfasst die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:

1. Krankengymnastik (KG)

Krankengymnastische Behandlungstechniken dienen z. B. der Behandlung von Fehlentwicklungen, Erkrankungen, Verletzungen, Verletzungsfolgen und Funktionsstörungen des Kiefergelenkes mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungen und Techniken sowie der Kontrakturvermeidung und -lösung, der Tonusregulierung, der Funktionsverbesserung bei krankhaften Muskelinsuffizienzen und -dysbalancen.

KZBV & PatV	GKV-SV
<p>2. Krankengymnastik zentrales Nervensystem bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (KG-ZNS-Kinder *)</p> <p>Zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, zur Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen unter Einsatz der Techniken nach Bobath oder Vojsa.</p>	
<p>3. Krankengymnastik zentrales Nervensystem nach Vollendung des 18. Lebensjahres (KG-ZNS *)</p> <p>Zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, zur Förderung und Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Einsatz komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen unter Einsatz der Techniken nach Bobath, Vojsa oder PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation).</p>	

2./4. Manuelle Therapie *)

Zur Behandlung reversibler Funktionseinschränkungen der Gelenke und ihrer muskulären, reflektorischen Fixierung durch gezielte (impulslose) Mobilisation oder durch Anwendung von Weichteiltechniken.

§ 20 Manuelle Lymphdrainage*

¹Manuelle Lymphdrainage*) (MLD) des Kopfes und des Halses zur entstauenden Behandlung bei Ödemen im Bereich des craniomandibulären Systems einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems nach tumorchirurgischen Eingriffen sowie deren Nachbehandlung und bei der Behandlung von Traumata sowie deren Nachbehandlung. ²Entsprechend dem indikationsbezogenen unterschiedlichen Zeitbedarf sind verordnungsfähig:

- a. MLD-30 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten (Teilbehandlung) bei leichtgradigen Lymphödemen, Ödemen oder Schwellungen zur Behandlung des Kopfes und des Halses oder
- b. MLD-45 Minuten Therapiezeit an der Patientin oder dem Patienten (Großbehandlung) bei Lymphödemen zur Behandlung des Kopfes und des Halses

§ 21 Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie)

- (1) Sowohl Wärme- als auch Kälteanwendungen wirken je nach Indikation schmerzlindernd, beeinflussen den Muskeltonus. Kälteanwendung wirkt zusätzlich entzündungshemmend.
- (2) Die Thermotherapie umfasst die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:
 - 1. Kältetherapie mittels Kaltpackungen, Kaltgas, Kaltluft,
 - 2. Wärmetherapie mittels Heißluft als strahlende und geleitete Wärme zur Muskeldetonisierung und Schmerzlinderung,
 - 3. Wärmetherapie mittels heißer Rolle, zur lokalen Hyperämisierung mit spasmolytischer, sedierender, schmerzlindernder Wirkung,
 - 4. Wärmetherapie mittels Ultraschall, zur Verbesserung der Durchblutung und des Stoffwechsels und zur Erwärmung tiefergelegener Gewebsschichten,
 - 5. Wärmetherapie mittels Wärmepackungen mit Peloiden (z. B. Fango), Paraffin oder Paraffin-Peloidgemischen zur Applikation intensiver Wärme.

KZBV und PatV	GKV-SV
(3) Die Wärme- oder Kälteapplikation kann mit Ausnahme der Ultraschallwärmetherapie nur als therapeutisch erforderliche Ergänzung in Kombination mit Krankengymnastik, KG-ZNS, KG-ZNS-Kinder, Manueller Therapie oder Manueller Lymphdrainage verordnet werden.	(3) Die Wärme- oder Kälteapplikation kann mit Ausnahme der Ultraschallwärmetherapie nur als therapeutisch erforderliche Ergänzung in Kombination mit Krankengymnastik, Manueller Therapie oder Manueller Lymphdrainage verordnet werden.

§ 22 Elektrotherapie

- (1) ¹Die Maßnahmen der Elektrotherapie wenden nieder- und mittelfrequente Stromformen an zur Schmerzlinderung, Durchblutungsverbesserung, Tonisierung und Detonisierung der Muskulatur. ²Besondere Stromformen haben entzündungshemmende und resorptionsfördernde Wirkung und vermögen darüber hinaus Muskeln zu kräftigen und gezielt zur Kontraktion zu bringen.
- (2) Die Elektrotherapie umfasst die nachstehend beschriebenen Maßnahmen:
 - 1. Elektrotherapie unter Verwendung konstanter galvanischer Ströme oder unter Verwendung von Stromimpulsen (z. B. diadynamische Ströme, mittelfrequente Wechselströme, Interferenzströme),
 - 2. Elektrostimulation unter Verwendung von Reizströmen mit definierten Einzelimpulsen nach Bestimmung von Reizparametern (nur zur Behandlung von Lähmungen bei prognostisch reversibler Nervenschädigung).

F. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie

§ 23 Grundlagen

- (1) Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie, die auch Techniken der orofazialen Stimulation umfassen, dienen hier dazu, krankheitsbedingte orofaziale Störungen im Mund- und Kieferbereich oder Schluckstörungen der oralen Phase zu beseitigen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.
- (2) Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie sind in Abhängigkeit vom Störungsbild und der Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten als 30-, 45- oder 60-minütige Behandlung verordnungsfähig. Die Verordnung erfolgt nach Maßgabe des Heilmittelkataloges ZÄ.
- (3) Zu den Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie gehören die in den §§ 24 bis 25 genannten verordnungsfähigen Heilmittel.

§ 24 Sprechtherapie

- (1) Die Sprechtherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung sowie des Schluckvorganges.
- (2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur gezielten Anbahnung und Förderung der Artikulation, der Sprechgeschwindigkeit, der koordinativen Leistung von motorischer und sensorischer Sprachregion,
 - des Sprechapparates,
 - der Mundatmung,
 - der Lautbildung ,
 - des Schluckvorganges in der oralen Phase,ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.

§ 25 Sprachtherapie

- (1) Die Sprachtherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten sowie des Schluckvorganges.
- (2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur
 - Anbahnung sprachlicher Äußerungen,
 - Ausbildung und Erhalt der Lautsprache zur sprachlichen Kommunikation,
 - Artikulationsverbesserung- oder Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten,
 - Normalisierung oder Verbesserung der Lautbildung,
 - Aufbau von Kommunikationsstrategien,
 - Normalisierung des Sprachklanges,
 - Beseitigung der Dysfunktionen der Zungenmuskulatur,
 - Besserung und Erhalt des oralen Schluckvorganges.

Anlage 1

II. [Platzhalter für Heilmittelkatalog, siehe Anlage]

III. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

13

Stand: 27.04.2016

Anlage 2

Zweiter Teil
Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen
(Heilmittelkatalog Zahnärzte)

Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen
nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Legende:

- **divergierende Positionen: rot**
- **übereinstimmende Positionen: schwarz**

Stand: 27.04.2016

Inhaltsverzeichnis

I. Physikalische Therapie bei:

I.1. Craniomandibulären Störungen

I.2. Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS

I.3. Chronifiziertem Schmerzsyndrom

I.4. Lymphabflussstörungen

II. Sprech- und Sprachtherapie bei:

II.1. Störungen des Sprechens

II.2. Störungen des oralen Schluckakts

II.3. Orofazialen Funktionsstörungen

Stand: 27.04.2016

Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog

Erst-VO	= Erstverordnung
Folge-VO	= Folgeverordnung
/VO	= pro Verordnung
&	= und (zusätzlich)
/	= oder (alternativ)
z. B.	= zum Beispiel
ggf.	= gegebenenfalls
MLD-30	= Manuelle Lymphdrainage 30 Minuten
MLD-45	= Manuelle Lymphdrainage 45 Minuten
KG	= Krankengymnastik
KG-ZNS	= Krankengymnastik zentrales Nervensystem nach Vollendung des 18. Lebensjahres
KG-ZNS-Kinder	= Krankengymnastik zentrales Nervensystem bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
MT	= Manuelle Therapie

Stand: 27.04.2016

I. Maßnahmen der Physikalischen Therapie

I.1. Craniomandibuläre Störungen

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall													
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise												
CRZ1 Craniomandibuläre Störungen mit prognostisch kurzzeitigem bis mittelfristigem Behandlungsbedarf z. B. bei - Kiefergelenk- und/oder, Muskelstörungen - Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich - orthognathen Operationen - Tumore	a. Schmerzen durch Fehl- / Überbelastungen und Störungen der dynamischen Okklusion	Schmerzreduktion, Funktionsverbesserung der gestörten Unterkieferbewegung	A: Krankengymnastik / Manuelle Therapie C: Kälte-/Wärme- /Elektrotherapie	Erst-VO: <table border="1"> <tr> <th>KZBV/PatV</th> <th>GKV-SV</th> </tr> <tr> <td>• bis zu 10x/VO</td> <td>• bis zu 6x/VO</td> </tr> </table> Folge-VO: <table border="1"> <tr> <th>KZBV/PatV</th> <th>GKV-SV</th> </tr> <tr> <td>• bis zu 10x/VO</td> <td>• bis zu 6x/VO</td> </tr> </table> Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: <table border="1"> <tr> <th>KZBV/PatV</th> <th>GKV-SV</th> </tr> <tr> <td>• bis zu 20 Einheiten</td> <td>• bis zu 18 Einheiten</td> </tr> </table> Frequenzempfehlung: 1 bis 3 x wöchentlich Ziel: Erlernen eines	KZBV/PatV	GKV-SV	• bis zu 10x/VO	• bis zu 6x/VO	KZBV/PatV	GKV-SV	• bis zu 10x/VO	• bis zu 6x/VO	KZBV/PatV	GKV-SV	• bis zu 20 Einheiten	• bis zu 18 Einheiten
	KZBV/PatV	GKV-SV														
	• bis zu 10x/VO	• bis zu 6x/VO														
KZBV/PatV	GKV-SV															
• bis zu 10x/VO	• bis zu 6x/VO															
KZBV/PatV	GKV-SV															
• bis zu 20 Einheiten	• bis zu 18 Einheiten															
b. Muskeldysbalance, gestörte Muskelkoordination (syn- und antagonistischer Muskelgruppen), Muskelinsuffizienz, Muskelhypertrophie Muskelhyper- /hypotonie Muskelatrophie	Wiederherstellung der phy- siologischen Muskelfunktion, Besserung der gestörten Muskelfunktion, Entspan- nung und Rekoordination der Muskulatur des craniomandibulären Systems	A: Krankengymnastik / Manuelle Therapie C: Kälte-/Wärme /Elektrotherapie														
c. Muskelspannungsstörungen, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen	Wiederherstellung/ Besserung der gestörten Beweglichkeit	A: Krankengymnastik / Manuelle Therapie C: Kälte-/Wärme-/Elektro- therapie														

Stand: 27.04.2016

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
	<p>d. Gelenkfunktionsstörungen, Gelenkblockierungen, Bewegungsstörungen</p> <p>Schmerzen / Bewegungseinschränkung durch Diskusschäden, Gelenkschäden, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen</p>	<p>Funktionsverbesserung durch Beeinflussung der Gelenkstellung sowie Besserung der gestörten Beweglichkeit</p> <p>Schmerzreduktion durch Minderung / Beseitigung der Gelenkfunktionsstörungen</p>	<p>A: Krankengymnastik / Manuelle Therapie</p> <p>C: Kälte-/Wärme-/Elektro- therapie</p>	<p>Eigenübungsprogramms</p>

Stand: 27.04.2016

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p><u>CRZ2</u> Craniomandibuläre Störungen mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf insbesondere wegen multiplen strukturellen oder funktionellen Schädigungen</p> <p>durch operationsbedingte funktionelle Einschränkungen bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumoren, - schweren Traumata <p>oder</p> <p>mit Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten wie das Kauen und/oder Sprechen und/oder den oralen Schluckvorgang bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fehlbildungssyndromen, - angeborenen Fehlbildungen (z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten) 	<p>a. Schmerzen durch Fehl-/Überbelastungen und Störungen der dynamischen Okklusion</p>	<p>Schmerzreduktion, Funktionsverbesserung der gestörten Unterkieferbewegung</p>	<p>A: Krankengymnastik/ Manuelle Therapie</p> <p>C: Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie</p>	<p>Erst-VO: • bis zu 10x/VO</p> <p>Folge-VO: • bis zu 10x/VO</p>
	<p>b. Muskeldysbalance, gestörte Muskelkoordination (syn- und antagonistischer Muskelgruppen), Muskelinsuffizienz, Muskelhyper-/hypotonie</p>	<p>Wiederherstellung der physiologischen Muskelfunktion, Besserung der gestörten Muskelfunktion, Entspannung und Rekoordination der Muskulatur des craniomandibulären Systems</p>	<p>A: Krankengymnastik/ Manuelle Therapie</p> <p>C: Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie</p>	<p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: • bis zu 30 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: 1 bis 3 x wöchentlich</p> <p>Ziel: Erlernen eines Eigenübungsprogrammes</p>
	<p>c. Muskelspannungsstörungen, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen</p>	<p>Wiederherstellung/ Besserung der gestörten Beweglichkeit</p>	<p>A: Krankengymnastik/ Manuelle Therapie</p> <p>C: Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie</p>	

Stand: 27.04.2016

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
	<p>d. Gelenkfunktionsstörungen, Gelenkblockierungen, Bewegungsstörungen</p> <p>Schmerzen / Bewegungseinschränkung durch Diskusschäden, Gelenkschäden, Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen</p>	<p>Funktionsverbesserung durch Beeinflussung der Gelenkstellung sowie Besserung der gestörten Beweglichkeit</p> <p>Schmerzreduktion durch Minderung / Beseitigung der Gelenkfunktionsstörungen</p>	<p>A: Krankengymnastik / Manuelle Therapie</p> <p>C: Kälte-/Wärme-/ Elektrotherapie</p>	
	<p>e. Pathologische Bewegungsmuster, gestörte Muskelkoordination (syn- und antagonistischer Muskelgruppen), Muskelinsuffizienz, Muskelhyper-/hypotonie</p>	<p>Wiederherstellung der physiologischen Bewegungsmuster des craniomandibulären Systems, Besserung der gestörten Muskel funktion und des Muskeltonus</p>	<p>A: Krankengymnastik</p> <p>C: Kälte-/Wärme/ Elektrotherapie</p>	

Stand: 27.04.2016

I.2. KZBV und PatV: Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
Position KZBV und PatV				
<p>ZNSZ Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS</p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lippen- / Kiefer- / - Gaumenspalt-Patienten - Trisomie 21 - Tumor Trauma mit zentralnervösen Störungen (Störungen ZNS) - Fehlfunktionen der orofazialen Muskulatur bei Patienten mit neuromuskulären Bewegungsstörungen 	<p>Pathologische Bewegungsmuster der mimischen Muskulatur sowie der Zungen-, Kau- und Schlundmuskulatur</p>	<p>Funktionsverbesserung, Veränderung des Funktionsmusters</p> <p>Wiederherstellung/Normalisierung der physiologischen Muskel-funktion</p> <p>Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System</p> <p>Erlernen / Bahnen physiologischer Bewegungsmuster</p>	<p>A: Krankengymnastik KG ZNS KG-ZNS-Kinder: Therapieziel: Orofaziale Stimulation</p> <p>C: Kälte- Wärme und Elektrotherapie</p>	<p>Erst-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10x/VO <p>Folge-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10x/VO <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 30 Einheiten <p>Frequenzempfehlung: 1 bis 3 x wöchentlich</p>

Stand: 27.04.2016

I.3. Chronifiziertes Schmerzsyndrom

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall																	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionales Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise																
<p>CSZ Chronifiziertes Schmerzsyndrom im Zahn-, Mund- und Kieferbereich</p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atypische Odontalgie, z.B. nach endodontischer Behandlung oder Zahnextraktion - Persistierender idiopathischer Gesichtsschmerz - Primäres (idiopathisches) Mund- und Zungenbrennen - Persistierende Kiefergelenkschmerzen/ Kiefermuskelschmerzen 	<p>anhaltende/ rezidivierende Schmerzen unterschiedlichen Schmerzcharakters mit und ohne Ausstrahlung</p>	<p>Schmerzlinderung durch Besserung der Beweglichkeit, Entlastung schmerzender Strukturen</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>Position Bänke und PatV</th> <th>Position Vorsitzender</th> </tr> <tr> <td>A: Krankengymnastik /Manuelle Therapie</td> <td>A: Krankengymnastik</td> </tr> </table> <p>C: Kälte-/Wärme-/Elektrotherapie</p>	Position Bänke und PatV	Position Vorsitzender	A: Krankengymnastik /Manuelle Therapie	A: Krankengymnastik	<p>Erst-VO:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>KZBV/PatV</th> <th>GKV-SV</th> </tr> <tr> <td>• bis zu 10x/VO</td> <td>• bis zu 6x/VO</td> </tr> </table> <p>Folge-VO:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>KZBV/PatV</th> <th>GKV-SV</th> </tr> <tr> <td>• bis zu 10 x/VO</td> <td>• bis zu 6x/VO</td> </tr> </table> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>KZBV/PatV</th> <th>GKV-SV</th> </tr> <tr> <td>• bis zu 20 Einheiten</td> <td>• bis zu 18 Einheiten</td> </tr> </table> <p>Frequenzempfehlung: 1 bis 3 x wöchentlich</p> <p>Ziel: Erlernen eines Eigenübungsprogrammes</p>	KZBV/PatV	GKV-SV	• bis zu 10x/VO	• bis zu 6x/VO	KZBV/PatV	GKV-SV	• bis zu 10 x/VO	• bis zu 6x/VO	KZBV/PatV	GKV-SV	• bis zu 20 Einheiten	• bis zu 18 Einheiten
	Position Bänke und PatV	Position Vorsitzender																		
	A: Krankengymnastik /Manuelle Therapie	A: Krankengymnastik																		
KZBV/PatV	GKV-SV																			
• bis zu 10x/VO	• bis zu 6x/VO																			
KZBV/PatV	GKV-SV																			
• bis zu 10 x/VO	• bis zu 6x/VO																			
KZBV/PatV	GKV-SV																			
• bis zu 20 Einheiten	• bis zu 18 Einheiten																			
<p>Schmerzen durch Muskelspannungsstörungen / Dysbalance der craniomandibulären Muskulatur</p>	<p>Regulierung der schmerzhaften Muskelspannung, der Durchblutung, des Stoffwechsels</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>KZBV/PatV</th> <th>GKV-SV</th> </tr> <tr> <td>• bis zu 10 x/VO</td> <td>• bis zu 6x/VO</td> </tr> </table>	KZBV/PatV	GKV-SV	• bis zu 10 x/VO	• bis zu 6x/VO														
KZBV/PatV	GKV-SV																			
• bis zu 10 x/VO	• bis zu 6x/VO																			
<p>schmerzbedingte Bewegungsstörungen /Funktionsstörungen,</p>	<p>Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung durch Besserung der Beweglichkeit</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>KZBV/PatV</th> <th>GKV-SV</th> </tr> <tr> <td>• bis zu 20 Einheiten</td> <td>• bis zu 18 Einheiten</td> </tr> </table>	KZBV/PatV	GKV-SV	• bis zu 20 Einheiten	• bis zu 18 Einheiten														
KZBV/PatV	GKV-SV																			
• bis zu 20 Einheiten	• bis zu 18 Einheiten																			

Stand: 27.04.2016

I.4. Lymphabflussstörungen

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionale Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p>LYZ1 Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich</p> <p>mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf</p> <p>bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems</p>	Schmerzlose oder schmerzhafte, zeitweise lymphatische/lymphostatische Schwellung	<p>Vermeidung der Ausbildung eines fixierten Lymphödems</p> <p>Entstauung/Besserung des Lymphflusses, Besserung des Haut- und Unterhautstoffwechsels, auch zur Vermeidung weiterer Komplikationen</p> <p>Reduktion der Anreicherung von Gewebeflüssigkeit</p>	<p>A: MLD-30</p> <p>C: Kälte-/Wärme-/Elektrotherapie</p>	<p>Erst-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 6x/VO <p>Folge-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 6x/VO <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 12 Einheiten <p>Frequenzempfehlung: 1 bis 2 x wöchentlich</p>
	<p>GKV-SV</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach tumorchirurgischen Eingriffen mit Unterbrechung der Lymphabflusswege • nach Traumata mit Unterbrechung der Lymphabflusswege <p>im Mund- und Kieferbereich</p>	Schmerzen, Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers durch lokale Schwellung (z.B. Ödem, Hämatom)	Schmerzreduktion/Besserung der Beweglichkeit durch Entstauung/Verbesserung des Lymphflusses	

Stand: 27.04.2016

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionale Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p>LYZ2 Chronische Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich</p> <p>mit prognostisch länger-andauerndem Behandlungsbedarf</p> <p>bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems</p>	<p>Chronisches schmerzloses oder schmerzhaftes, länger bestehendes bzw. dauerhaft manifestes Lymphödem</p> <p>auch mit Sekundärschäden an Haut und Unterhautgewebe und/oder mit Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers</p>	<p>Vermeidung der Ausbildung eines fixierten Lymphödems</p> <p>Entstauung/Besserung des Lymphflusses, Besserung des Haut- und Unterhautstoffwechsels, auch zur Vermeidung weiterer Komplikationen</p>	<p>A: MLD-30 /MLD-45</p> <p>C: Kälte-/Wärme-/Elektrotherapie</p>	<p>Erst-VO: • bis zu 10x/VO</p> <p>Folge-VO: • bis zu 10x/VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: • bis zu 30 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: 1 bis 3 x wöchentlich</p>
<p>GKV-SV</p> <ul style="list-style-type: none"> nach ausgedehnten tumorchirurgischen Eingriffen/ Bestrahlungen mit Unterbrechung und / oder systematischer Entfernung der Lymphabflusswege bei der Behandlung von schweren Traumata mit Unterbrechung der Lymphabflusswege im Mund- und Kieferbereich 				

Stand: 27.04.2016

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Funktionelle/strukturelle Schädigung		A: vorrangige Heilmittel B: optionale Heilmittel C: ergänzende Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
Position KZBV und PatV				
<p>LYZ3 Chronische Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich bei bösartigen Erkrankungen</p> <p>mit prognostisch längerandauerndem Behandlungsbedarf</p> <p>bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems</p> <ul style="list-style-type: none"> nach ausgedehnten tumorchirurgischen Eingriffen/ Bestrahlungen mit Unterbrechung und / oder systematischer Entfernung der Lymphabflusswege bei Malignomen im Kopf- und / oder Halsbereich 	<p>Chronisches schmerzloses oder schmerzhaftes, länger bestehendes bzw. dauerhaft manifestes Lymphödem</p> <p>auch mit Sekundärschäden an Haut und Unterhautgewebe und/oder mit Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers</p>	<p>Vermeidung der Ausbildung eines fixierten Lymphödems</p> <p>Entstauung/Besserung des Lymphflusses, Besserung des Haut- und Unterhautstoffwechsels, auch zur Vermeidung weiterer Komplikationen</p>	<p>A: MLD-30 /MLD-45</p> <p>C: Kälte-/Wärme-/Elektrotherapie</p>	<p>Erst-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> bis zu 10x/VO <p>Folge-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> bis zu 10x/VO <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> bis zu 50 Einheiten <p>Frequenzempfehlung: 1 – 3 wöchentlich</p>

Stand: 27.04.2016

II. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie

II.1. Störungen des Sprechens

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p><u>SPZ</u> Störungen des Sprechens z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mund-, Kieferanomalien (z. B. bei offenem Biss, Sigmatismus interdentalis, Sigmatismus addentalis) - nach orthognathen Operationen <p>Anomalien der Zahnstellung, Fehlbildung des Kiefers, fehlerhafter Lagebeziehung der Kiefer zueinander sowie Fehlfunktion /Größe der Zunge</p>	<p>Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - In der Lautbildung bei alveolaren und dentalen Artikulationsorten - des orofazialen Muskelgleichgewichts 	<p>Wiederherstellung und Verbesserung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten</p> <p>Normalisierung der Lautbildung</p>	<p>Sprech- und Sprachtherapie</p> <p>30 oder 45 Minuten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p>	<p>Erst-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10x/VO <p>Folge-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10x/VO <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 30 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: 1 bis 3 x wöchentlich</p>

Stand: 27.04.2016

II.2. Störungen des oralen Schluckaktes

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise
<p>SCZ Störungen des oralen Schluckaktes</p> <p>z.B. bei/nach</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich - Tumor-Operationen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich - orthognathen Operationen, - operativer Versorgung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten - Zungenfehlfunktion - viszeralem Schlucken 	<p>Störungen in der oralen Phase des Schluckaktes (motorisch und sensorisch)</p>	<p>Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckaktes ggf. Erarbeitung von Kompensationsstrategien Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme</p>	<p>Sprech- und Sprachtherapie</p> <p>30/45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p>	<p>Erst-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10x/VO <p>Folge-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10x/VO <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 30 Einheiten <p>Frequenzempfehlung: 1 bis 3 x wöchentlich</p>

Stand: 27.04.2016

II.3. Orofaziale Funktionsstörungen

Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall		
Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe ----- weitere Hinweise	
<p>OFZ Orofaziale Funktionsstörungen</p> <p>z. B. bei/nach</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich - Tumor-Operationen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich - orthognathen Operationen - angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen 		<p>Störungen der orofazialen Funktion ohne Beeinträchtigung der Artikulation (des Sprechens), z. B., habituelle Mundatmung, Habits</p>	<p>Funktionsverbesserung, Veränderung des Funktionsmusters</p> <p>Wiederherstellung/ Normalisierung der physio-logischen Muskelfunktion</p> <p>Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System</p>	<p>Sprech- und Sprachtherapie</p> <p>30/45 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p>	<p>Erst-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10x/VO <p>Folge-VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10x/VO <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 30 Einheiten <p>Frequenzempfehlung: 1 bis 3 x wöchentlich</p>
<table border="1"> <tr> <th>GKV-SV/ KZBV</th> <th>PatV</th> </tr> <tr> <td>Zahn- und Kieferfehlstellungen während der Wachstumsphase sowie in den B Nr. 4 Satz 2 und 3 der Richtlinie des G-BA für die Kieferorthopädische Behandlung genannten Ausnahmefällen mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.</td> <td>Zahn- und Kieferfehlstellungen während der Wachstumsphase sowie in den B Nr. 4 Satz 2 und 3 der Richtlinie des G-BA für die Kieferorthopädische Behandlung genannten Ausnahmefällen.</td> </tr> </table>	GKV-SV/ KZBV				
GKV-SV/ KZBV	PatV				
Zahn- und Kieferfehlstellungen während der Wachstumsphase sowie in den B Nr. 4 Satz 2 und 3 der Richtlinie des G-BA für die Kieferorthopädische Behandlung genannten Ausnahmefällen mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.	Zahn- und Kieferfehlstellungen während der Wachstumsphase sowie in den B Nr. 4 Satz 2 und 3 der Richtlinie des G-BA für die Kieferorthopädische Behandlung genannten Ausnahmefällen.				

B-5.2 Tragende Gründe

Stand: 27.04.2016

Anlage 3

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte:

Vom Beschlussdatum

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Aufbau der Richtlinie.....	2
2.2	Erster Teil: Richtlinientext.....	3
2.2.1	zu A. Allgemeine Grundsätze.....	3
2.2.2	zu B. Grundsätze der Heilmittelverordnung.....	4
2.2.3	zu C. Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern.....	8
2.2.4	zu D. Zahnärztliche Diagnostik.....	9
2.2.5	zu E. Maßnahmen der Physikalischen Therapie.....	9
2.2.6	zu F. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie.....	13
2.3	Zweiter Teil: Heilmittelkatalog – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.....	13
2.3.1	Maßnahmen der Physikalischen Therapie.....	13
2.3.2	Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie.....	20
3	Würdigung der Stellungnahmen.....	21
4	Bürokratiekostenermittlung.....	21
5	Verfahrensablauf.....	24
6	Fazit.....	25

1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6, Abs. 6 i.V.m. § 138 SGB V Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln.

Die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeiM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011 gilt gemäß § 1 Abs. 3 Satz 2 HeiM-RL nicht für die Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte. Dieser Geltungsausschluss ist mit Beschluss des G-BA über die Neufassung der Heilmittel-Richtlinie vom 19. Mai 2011 in die Richtlinie aufgenommen worden. Zahnärztliche Besonderheiten in der Heilmittelversorgung sollten erst in einem weiteren Beratungsverfahren erörtert und gegebenenfalls ergänzend in der Heilmittel-Richtlinie geregelt werden. Der G-BA hat daher den Beschluss über die Neufassung der vertragsärztlichen Heilmittel-Richtlinie vom 20. Januar 2011 mit der Maßgabe verbunden, dass, bevor die Heilmittel-Richtlinie in der vorliegenden Fassung auf die vertragszahnärztliche Versorgung angewendet wird, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung die Heilmittel-Richtlinie im Nachgang dahingehend prüft, inwieweit Änderungen aufgrund der Betroffenheit von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten notwendig sind.

Am 17. April 2014 hat der G-BA nach Prüfung und auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung beschlossen, vertragszahnärztliche Spezifika für die Verordnung von Heilmitteln in einer eigenen Richtlinie mit einem eigenen Heilmittel-Katalog für den vertragszahnärztlichen Sektor zu verorten.

Die vorliegende Erstfassung einer eigenständigen zahnärztlichen Heilmittel-Richtlinie gewährleistet eine nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln, die im Zusammenhang mit einer zahnmedizinischen Behandlung erbracht werden.

Vor Entscheidungen des G-BA über die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte wurde nach § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V den hierzu berechtigten Organisationen der betroffenen Heilmittelerbringer auf Bundesebene sowie nach § 91 Abs. 5 SGB V der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zum geplanten Beschluss über die Erstfassung der Richtlinie gegeben. Die Stellungnahmen wurden in die Entscheidung einbezogen.

2 Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Aufbau der Richtlinie

Die Richtlinie gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil umfasst den Richtlinienentwurf, welcher die grundlegenden Voraussetzungen zur Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte regelt. Der zweite Teil besteht aus dem Heilmittelkatalog, welcher einzelnen medizinischen Indikationen das jeweilige ordnungsfähige Heilmittel zuordnet, das Ziel der jeweiligen Therapie beschreibt sowie Verordnungsmengen im Regelfall festlegt. Der Heilmittelkatalog bildet weitgehend diejenigen Heilmittel ab, welche bereits vor Erarbeitung der Erstfassung der Richtlinie aufgrund einer Übereinkunft zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen aus dem Jahr 2002 von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten verordnet werden konnten und somit bereits vor Beschluss über die Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung waren.

2.2 Erster Teil: Richtlinienetext

2.2.1 zu A. Allgemeine Grundsätze

§ 1 Grundlagen

Absatz 1 benennt mit §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V und Absatz 6 i.V.m. § 138 SGB V die Rechtsgrundlage, welche den G-BA ermächtigt und verpflichtet, Regelungen zur Verordnung von Heilmitteln durch Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte zu treffen. Er konkretisiert mit der Sicherung einer nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln die Zielsetzung der Richtlinie.

Absatz 4 stellt die Beziehungen zwischen den Heilmittelerbringern, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dar, wie sie sich aus § 124 SGB V ergeben.

§ 2 Heilmittel

§ 2 konkretisiert den Begriff des Heilmittels gem. § 32 SGB V im Zusammenhang zahnärztlicher Behandlung. Heilmittel im Sinne dieser Richtlinie sind vertragszahnärztliche verordnete persönlich zu erbringende Dienstleistungen, die einem zahnärztlichen Heilzweck dienen oder einen zahnärztlichen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen.

Heilmittel in der vertragszahnärztlichen Versorgung dienen der Behandlung der krankheitsbedingten strukturellen und/oder funktionellen Schädigungen des Mund- und Kieferbereichs und gegebenenfalls der Hilfsmuskulatur des craniomandibulären Systems. Fehlfunktionen und Funktionsstörungen des craniomandibulären Systems gehen oft mit bidirektionalen Wechselwirkungen zu anderen muskulären Strukturen des Organismus einher. Aufgabe der Zahnheilkunde ist die Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Hierunter fallen auch funktionelle Störungen im Kieferbereich. Neben der in direktem Zusammenhang zu funktionellen Störungen im Kieferbereich stehende Kaumuskulatur sind zur fachlich korrekten Heilmitteltherapie - bei entsprechendem Befund - erforderlichenfalls auch die anatomisch direkt angrenzenden oder funktionell unmittelbar mit dem craniomandibulären System in Zusammenhang stehenden Strukturen, wie z.B. der Hilfsmuskulatur des craniomandibulären Systems oder der absteigenden Lymphbahnen mit in die Behandlung einzubeziehen. Hierunter ist die Kopf- und Halsmuskulatur zu verstehen, also alle Muskelgruppen die den Kopf stützen und halten.

Voraussetzung für eine entsprechende Verordnung von Heilmitteln durch die Vertragszahnärztin und den Vertragszahnarzt ist, dass die Ursache der Funktionsstörung im Mund- und Kieferbereich liegt („absteigende Läsion“). Verordnungen von Heilmitteln bei Funktionsstörungen, die in anderen anatomischen Regionen außerhalb des Mund- und Kieferbereichs ihre Ursache haben und im Sinne einer „aufsteigenden Läsion“ fernausgelöste Störungen des Kausystems hervorrufen, sind der Vertragszahnärztin und dem Vertragszahnarzt nicht möglich und nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierunter sind bspw. chronische Haltungsänderungen durch unterschiedliche Längen der Beckenknochen zu verstehen, die aufsteigend über Becken, Lendenwirbelsäule, Brustwirbelsäule, Schultergürtel und Halswirbelsäule bis in den Kieferbereich ausstrahlende Funktionsstörungen hervorrufen können.

2.2.2 zu B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 3 Voraussetzungen der Verordnung

§ 3 regelt die allgemeinen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit Heilmittel vertragszahnärztlich verordnet werden und durch Therapeutinnen und Therapeuten abgegeben werden dürfen. Ausgangspunkt der Abgabe von Heilmitteln stellt die vertragszahnärztliche Verordnung gem. § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V dar. Verordnet werden können Heilmittel durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte nur, wenn sie im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung gem. § 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dazu können Heilmittel gem. § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2 und 4 SGB V verordnet werden, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Die Therapeutin oder der Therapeut ist an die in der jeweiligen Verordnung vorgegebenen Maßnahmen und Frequenzen gebunden.

Die Verordnung eines Heilmittels ist nur geboten, wenn die jeweilige Funktionsstörung nicht durch zahnmedizinische Maßnahmen selbst beseitigt werden kann. Die diesbezügliche Prüfung obliegt der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt.

§ 4 Heilmittelkatalog

Der Heilmittelkatalog regelt abschließend die Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind, die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen sowie die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel und Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen). Bei Auswahl des Heilmittels hat die verordnende Vertragszahnärztin oder der verordnende Vertragszahnarzt im Rahmen seiner zahnärztlichen Approbation bestehende Kontraindikationen zu berücksichtigen. Liegt die Möglichkeit von Kontraindikationen außerhalb des die zahnärztliche Approbation umfassenden Bereichs, ist die oder der Versicherte bei Bedarf auf eine weitergehende ärztliche Diagnostik zu verweisen.

§ 5 Verordnungsausschlüsse

Zur Behebung oder Vermeidung von geringfügigen Gesundheitsstörungen dürfen Heilmittel dann nicht verordnet werden, wenn das Heilmittel ein nach § 34 Abs. 1 SGB V von der Verordnung ausgeschlossenes Arzneimittel ersetzen soll. Hierdurch soll vermieden werden, dass durch die Heilmittelverordnung eine Umgehung des Ausschlusses nach § 34 Abs. 1 SGB V erfolgt.

Die Verordnung von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist ausgeschlossen, wenn störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zu Lasten anderer Träger geboten sind. Werden bereits Heilmittel zu Lasten anderer Träger im Rahmen von Frühfördermaßnahmen erbracht, ist eine Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.

§ 6 Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung

§ 6 erläutert die Anwendung des Heilmittelkataloges unter Berücksichtigung seiner Aufteilung in Indikation/Therapieziel/zugeordnetes Heilmittel. Der Heilmittelkatalog legt dabei für Heilmittelverordnungen einen jeweiligen Regelfall mit einer zugeordneten Gesamtverordnungsmenge zugrunde. Die Festlegung der Gesamtverordnungsmenge resultiert auf medizinischen Erfahrungen, nach der das jeweils angestrebte Therapieziel im Rahmen der Gesamtverordnungsmenge erreicht werden kann. Grundlage für die Festlegung einer Verordnungsmenge sind die jeweiligen individuellen medizinischen Erfordernisse, die sich aus dem Behandlungsfall ergeben.

§ 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls

Wird das Therapieziel auch nach Ausschöpfen der Gesamtverordnungsmenge nicht erreicht, kann die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt das Heilmittel außerhalb des Regelfalls verordnen, wenn die zahnmedizinische Notwendigkeit mit einer prognostischen Abschätzung versehen begründet wird. In diesem Zusammenhang ist störungsbildabhängig eine geeignete Diagnostik durchzuführen, um auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten. Liegen andere Maßnahmen außerhalb der die zahnärztliche Approbation umfassenden Möglichkeiten, ist die oder der Versicherte auf weitergehende ärztliche Maßnahmen zu verweisen.

Vor Fortsetzung der Heilmitteltherapie ist die begründungspflichtige Verordnung der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung gegenüber dem Versicherten über die Ablehnung der Genehmigung. Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren, hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung. Sie informiert hierüber die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

§ 8 langfristiger Heilmittelbedarf

§ 8 regelt das Verfahren für die Versorgung von Versicherten mit langfristigem Heilmittelbedarf i.S.d. § 32 Abs. 1a SGB V bei zahnärztlichen Indikationen. Nach Satz 1 entscheidet die Krankenkasse jeweils im Einzelfall auf Antrag einer oder eines Versicherten, ob die auf Grundlage einer zahnärztlichen Begründung beantragten Heilmittel langfristig genehmigt werden können. Satz 2 regelt, dass die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfes nur in solchen Fällen erfolgen kann, in denen vertragszahnärztlich gesondert begründet wird, woraus sich die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines oder einer Versicherten ergeben, Absatz 2 legt dar, auf welcher Grundlage die Krankenkasse über Anträge entscheidet. Der erste Spiegelstrich im Satz 1 stellt klar, dass die Antragstellung formlos durch den oder die Versicherte selbst erfolgt. Der zweite Spiegelstrich regelt, dass einem Antrag stets eine von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt 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. Ebenfalls wird geregelt, 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 selbst vornehmen kann oder die Entscheidung aufgrund der vorliegenden Unterlagen und Informationen ohne weitere Beteiligung des Medizinischen Dienstes getroffen werden kann.

In Satz 2 wurde die in § 32 Abs. 1a Satz 3 SGB V normierte Genehmigungsfiktion aufgenommen, sofern über Anträge nicht innerhalb von 4 Wochen entschieden wird. Satz 3 regelt, dass die gesetzliche Genehmigungsfrist unterbrochen ist, soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen der Antragstellerin oder des Antragstellers erforderlich sind.

Gemäß Satz 4 kann die Krankenkasse Genehmigungsentscheidungen nach Absatz 1 abhängig von dem zugrunde liegenden Einzelfall zeitlich befristet oder auch unbefristet treffen,

sofern ihr auf Grundlage der dem Antrag beigefügten zahnärztlichen Verordnung gemäß Absatz 2 Satz 1 zweiter Spiegelstrich eine Abschätzung des Therapiebedarfs mit Heilmitteln über den beantragten Zeitraum möglich ist. Soweit die Krankenkasse von der Möglichkeit einer Befristung Gebrauch macht, kann die Genehmigung auf bis zu zwei Jahre, mindestens jedoch ein Jahr, ausgestellt werden. Satz 5 konkretisiert, dass aus dem Genehmigungsbescheid der Krankenkasse die von der Genehmigung umfasste therapierelevante Diagnose sowie die Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog hervorgehen müssen.

Absatz 3 sieht vor, dass für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf 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 zahnärztlichen Untersuchung regelmäßig überprüft und angepasst werden können. Darüber hinaus wird in Satz 2 festgelegt, dass eine ggf. notwendige Genehmigung gemäß § 7 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 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer sowie Krankenkassen von unnötigem bürokratischem Aufwand zu entlasten.

§ 9 Wirtschaftlichkeit

Absatz 1 regelt, dass bei der Entscheidung der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes darüber, ob Heilmittel medizinisch erforderlich sind, andere therapeutische Maßnahmen (z.B. Arzneimittel oder zahnärztliche Leistungen) oder Maßnahmen, die in der Eigenverantwortung des Versicherten liegen (z.B. durch erlernte Eigenübungsprogramme, vorbeugende Maßnahmen oder die Vermeidung von das Krankheitsbild beeinflussenden Gewohnheiten), Vorrang haben können. Im Rahmen der Abwägung sind von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt auch die möglichen Risiken sowie die Kosten der zur Verfügung stehenden Therapiealternativen zu berücksichtigen. Die Regelung dient zur Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V, wonach Heilmittel ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

Absatz 2 regelt, dass die gleichzeitige Verordnung mehrerer unterschiedlicher Heilmittel nur dann zulässig ist, wenn hierdurch ein therapeutisch erforderlicher Synergismus bewirkt wird und die Heilmittel-Richtlinie und/oder der Heilmittel-Katalog eine Verordnung ausdrücklich vorsehen. So sieht § 11 Absatz 3 in Verbindung mit dem Heilmittel-Katalog in bestimmten Fällen die Verordnung eines ergänzenden Heilmittels zusätzlich zu einem vorrangigen Heilmittel vor. Die gleichzeitige Verordnung mehrerer Heilmittel setzt eine ausreichende körperliche Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten voraus. Ferner soll die im zeitlichen Zusammenhang erfolgende Therapie mit zwei gleichzeitigen Heilmitteln zu einer schnelleren Genesung beitragen und einen therapeutisch zweckmäßigen Synergismus bewirken, was bedeutet, dass sich mit den sich gegenseitig ergänzenden und unterstützenden Maßnahmen planmäßig ein besseres Behandlungsergebnis erzielen lässt, als es ohne die gegenseitige Ergänzung und Unterstützung der Fall wäre. Unter Synergismus ist insbesondere nicht zu verstehen, dass zu einem eigentlich für sich allein ausreichenden Heilmittel zur Sicherheit noch ein weiteres zusätzliches verordnet wird.

§ 10 Ort der Leistungserbringung

§ 10 Absatz 1 konkretisiert den Ort der Leistungserbringung und sieht vor, dass Heilmittel grundsätzlich in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder - sofern die Voraussetzungen gemäß Absatz 2 vorliegen - ausnahmsweise in der häuslichen Umgebung der oder des Versicherten als verordneter Hausbesuch oder aber als Behandlung in einer tagesstrukturierenden Fördereinrichtung bei von Behinderung betroffenen Kindern und Jugendli-

chen erbracht werden können. Die Behandlung der Versicherten erfolgt in der Regel in der Praxis der Heilmitteltherapeutin oder des Heilmitteltherapeuten, da häufig zur Durchführung der Behandlung neben der Anwesenheit der Therapeutin oder des Therapeuten auch technische Apparate und Materialien benötigt werden, die bei einer Behandlung außerhalb der Praxis nicht immer zur Verfügung stehen.

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

Darüber hinaus ist gemäß den Sätzen 3 und 4 ohne Vorliegen o.g. medizinischer Gründe die Behandlung außerhalb der Praxis dann ausnahmsweise für von Behinderung betroffene Kinder und Jugendliche möglich, die ganztägig in einer speziell ausgerichteten tagesstrukturierenden Fördereinrichtung untergebracht sind und bei denen sich aus der zahnärztlichen Begründung der Heilmittelverordnung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt.

Voraussetzung für diese Behandlungsmöglichkeit – die nicht als Hausbesuch verordnet werden kann – ist, dass die tagesstrukturierende Einrichtung speziell auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird. Bei einer auf Förderung des oben genannten Personenkreises ausgerichteten Tageseinrichtung kann es sich auch um eine Regelschule handeln, wenn diese die Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 Satz 4 erfüllt. Diese eröffnet die Möglichkeit, unter Berücksichtigung des Art. 24 UN-BRK (Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen) Heilmittel auch in Inklusionsschulen erbringen zu können. Die Regelung trägt der Lebenswirklichkeit von Kindern mit Behinderung bzw. deren Eltern Rechnung, denen es bei ganztägiger Unterbringung in den genannten Einrichtungen aufgrund der Beeinträchtigung der Kinder besonders schwer möglich ist, die Praxis einer Heilmittelerbringerin oder eines Heilmittelerbringers zur Inanspruchnahme verordneter Leistungen aufzusuchen. Die Behandlung in einer Einrichtung wird in diesen Fällen der Behandlung in einer Praxis einer Heilmittelerbringerin oder eines Heilmittelerbringers gleichgestellt. Dies gilt für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, wenn diese ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind.

§ 11 Auswahl des Heilmittels

Inhalt und Umfang der Heilmittelverordnung haben sich an dem individuell zugrundeliegenden Krankheitsbild und dem Ziel zu orientieren, welches mit der Heilmittelversorgung erreicht werden soll.

§ 12 Verordnungsvordruck

Voraussetzung für eine richtlinienkonforme Verordnung ist die Verwendung des vereinbarten Vordrucks mit Angabe des Heilmittels, der Verordnungsmenge und -frequenz sowie der Art der Verordnung.

2.2.3 zu C. Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern

§ 13 Grundlagen

§ 13 beschreibt die enge Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzten und Heilmittelerbringerinnen oder Heilmittelerbringern als zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie.

§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung

KZBV und PatV	GKV-SV
<p>Mit der Heilmittelbehandlung muss grundsätzlich innerhalb von 28 Tagen nach Verordnung begonnen werden. Bei dringendem Behandlungsbedarf kann die verordnende Vertragszahnärztin oder der verordnende Vertragszahnarzt einen Beginn der Heilmittelbehandlung innerhalb von 14 Kalendertagen vorsehen. Die in dem Heilmittelkatalog spezifizierten Indikationen zur Verordnung von Heilmitteln sind heterogen. Sie umfassen sowohl chronische Indikationen und akute Schädigungen, die bei verzögertem Therapiebeginn das Risiko einer Chronifizierung aufweisen. Die Richtlinie weist deshalb zwei unterschiedliche Fristen für den Beginn einer Heilmitteltherapie auf. Die reguläre Frist von 28 Kalendertagen wird den Anforderungen der Patientinnen und Patienten an eine freie Wahl der Therapeutin oder des Therapeuten gerecht, ohne einem zeitnahen Therapiebeginn entgegen zu stehen. Sie ist als praktikable in der Versorgung umsetzbare Obergrenze anzusehen. Die Halbierung dieser Fristvorgabe auf 14 Kalendertage ist nach zahnärztlicher Feststellung eines dringenden Behandlungsbedarfs bei akuten Schädigungen möglich. Hierdurch wird eine praktikable Umsetzung der indikationsgerechten Verordnung nicht nur in Bezug auf die Verordnungsmenge, sondern auch auf den Therapiebeginn bezogen, erreicht.</p>	<p>§ 14 regelt, dass die Heilmittelbehandlung grundsätzlich innerhalb von 14 Kalendertagen begonnen werden muss. Sofern die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt aus medizinisch-therapeutischen Gründen einen früheren oder späteren Behandlungsbeginn für notwendig bzw. ausreichend erachtet, kann auf dem Verordnungsvordruck ein Datum für den spätesten Behandlungsbeginn vorgegeben werden. Die zeitgerechte Aufnahme der Heilmittelbehandlung ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der durchzuführenden Therapie. Die verordnungsfähigen zahnärztlichen Indikationen sind überwiegend durch Akutproblematiken mit teils schwerwiegenden Funktionseinschränkungen und/oder Schmerzzuständen gekennzeichnet, die oft eine unverzügliche Behandlungsaufnahme erforderlich machen und ein mehrwöchiges Zuwarten auf einen Termin beim Heilmittelerbringer nicht erlauben, da anderenfalls die Gefahr einer (ggf. weiteren) Chronifizierung von Krankheitszuständen besteht. Mit der Frist von 14 Kalendertagen, wie sie auch in der vertragsärztlichen Heilmittel-Richtlinie besteht, wird sowohl den Belangen des Heilmittelerbringers im Rahmen der Praxisorganisation und Terminvergabe als auch den terminlichen Möglichkeiten der Patientin oder des Patienten unter Berücksichtigung der freien Therapeutenwahl Rechnung getragen.</p> <p>In den Fällen, in denen der Erfolg der Heilmittelbehandlung nicht maßgeblich von ihrem möglichst zeitnahen Beginn innerhalb von 14 Kalendertagen abhängt, sieht die Regelung die Möglichkeit vor, ein späteres Datum auf der Verordnung angeben zu können. Das gewählte Regel-Ausnahme-Verhältnis stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten aus beiden Versorgungsbereichen bei der Terminvergabe durch die Heilmittelerbringerin oder durch den Heilmittelerbringer je nach Dringlichkeit ihres Be-</p>

	handlungsbedarfes gleich behandelt werden.
--	--

§ 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung

Zwingende Voraussetzung für die Durchführung der Heilmittelbehandlung sind die Angaben des Heilmittels, der Verordnungsmenge und -frequenz sowie der Art der Verordnung. In Umsetzung des Grundsatzes der engen Zusammenarbeit zwischen verordnender Vertragszahnärztin oder verordnendem Vertragszahnarzt und der Heilmittelerbringerin oder dem Heilmittelerbringer, hat die Heilmittelerbringerin oder der Heilmittelerbringer die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt unverzüglich zu kontaktieren, wenn er erkennt, dass mit dem verordneten Heilmittel das Therapieziel nicht erreicht werden kann oder die oder der Versicherte in unvorhergesehener Weise auf die Heilmittelanwendung reagiert. Für die Entscheidung über Abbruch, Weiterführung oder Veränderung der Therapie kann ein schriftlicher Bericht über den Therapieverlauf durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt bei der Heilmittelerbringerin oder beim Heilmittelerbringer angefordert werden. Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit nicht, wenn die Behandlung zwar länger als 14 Kalendertage unterbrochen wird, die Unterbrechung aber angemessen begründet ist.

Das Nähere (z.B. zur Dokumentation der begründeten Unterbrechung und den Voraussetzungen einer angemessenen Begründung) regeln die Vertragspartner nach § 125 Abs. 2 SGB V.

2.2.4 zu D. Zahnärztliche Diagnostik

§ 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie und § 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech- und Sprachtherapie

Vor Verordnung eines Heilmittels ist eine an der vorgesehenen Maßnahme orientierte spezifische zahnärztliche Diagnostik durchzuführen. Inhalt und Umfang der Diagnostik unterscheiden sich dabei danach, ob Maßnahmen der Physikalischen Therapie oder der Sprech- und Sprachtherapie durchgeführt werden sollen.

2.2.5 zu E. Maßnahmen der Physikalischen Therapie

Die §§ 18-22 erläutern die Wirkmechanismen, die den jeweiligen Heilmitteln der Physikalischen Therapie zugrunde liegen.

§ 18 Grundlagen

Die verschiedenen Maßnahmen der Physikalischen Therapie mit ihren unterschiedlichen Wirkungsansätzen sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung zur Behandlung von craniomandibulären Störungen, chronifizierten Schmerzsyndromen und bei Lymphabflussstörungen angezeigt.

Zu den Maßnahmen der Physikalischen Therapie nach dieser Richtlinie und die in der vertragszahnärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind, gehören die Bewegungstherapie, welche hier die Krankengymnastik und die manuelle Therapie umfasst und die nur durch Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten durchzuführen ist, sowie die der physikalischen Therapie im engeren Sinn zuzuordnende Elektrotherapie und Wärme-/Kälte-Therapie sowie ferner die Manuelle Lymphdrainage, die sowohl von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten als auch von Masseurinnen und Masseuren durchgeführt werden können.

Für bestimmte Maßnahmen der Physikalischen Therapie bedarf es spezieller Qualifikationen, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen. Solche Maßnahmen, für deren Durchführung eine zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung erforderlich ist, sind mit *) gekennzeichnet.

§ 19 Bewegungstherapie

1. Krankengymnastik (KG)

Krankengymnastik dient der therapeutischen Beeinflussung von craniomandibulären Störungen sowie chronifizierten Schmerzsyndromen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Ziele der Krankengymnastik sind die Funktionserhaltung, Kompensation, Anpassung, Reaktivierung sowie Verbesserung und Überwindung krankheitsbedingter Schädigungen und Funktionsstörungen.

Kiefergelenk- und Muskelstörungen äußern sich durch eine Einschränkung der Beweglichkeit des Unterkiefers sowie durch Schmerzen im Kieferbereich (Craniomandibuläre Dysfunktion). Gelenkfunktionsstörungen und -blockierungen können aus einer strukturellen Schädigung des Kiefergelenks, beispielsweise durch Traumata und Tumoren, resultieren. Krankengymnastik ist geeignet, um bei Störungen der Kieferbeweglichkeit und Schmerzen eine Funktionsverbesserung der gestörten Unterkieferbewegung sowie eine Schmerzreduktion zu bewirken. Desgleichen kann bei Muskelspannungsstörungen oder der Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen eine Besserung der gestörten Beweglichkeit erreicht werden.

Beim Chronifizierten Schmerzsyndrom handelt es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Krankheitsbilder sind beispielsweise die atypische Odontalgie, die nach zahnärztlichen Eingriffen wie einer Zahnextraktion oder einer endodontischen Behandlung auftreten kann oder der persistierende idiopathische Gesichtsschmerz. Die damit verbundenen Schmerzen können im Rahmen der Krankengymnastik einer Besserung zugeführt werden, indem die Gelenkbeweglichkeit sowie die Durchblutung der Muskeln gefördert werden.

Bei den vorgenannten Maßnahmen kann ein Eigenübungsprogramm der Patientin oder des Patienten, welches durch die Therapeutin oder den Therapeuten vermittelt wird, einen wesentlichen Beitrag zur erfolgreichen Behandlung leisten.

KZBV & PatV	GKV-SV
<p>Position der KZBV zu KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS:</p> <p>Insbesondere bei neuro-muskulären Bewegungsstörungen (z.B. bei schwerstmehrfachbehinderten Patientinnen oder Patienten) sind spezielle Techniken der Physiotherapie erforderlich, die sich in den Heilmitteln KG-ZNS Kinder und KG-ZNS wiederfinden.</p> <p>So kommt es bei Patientinnen oder Patienten mit angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen wie z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, Trisomie 21 oder Patientinnen oder Patienten mit Tumorerkrankungen oder nach Traumata und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS oftmals zu pathologischen Veränderungen im Kopf-Hals-Bereich. Aus einer Veränderung des Muskeltonus und der Muskelfunktion kann eine Veränderung der Kopfhaltung resultieren und häufig ist die Muskelbalance im orofazialen System gestört.</p> <p>Zur Behandlung dieser Patientinnen oder Patienten ist das Heilmittel Krankengymnastik (KG) nicht ausreichend spezifisch. Unter den beschriebenen Kautelen ist eine Verän-</p>	<p>Position des GKV-Spitzenverbandes zu KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS:</p> <p>Eine Indikation für die analog dem Heilmittelkatalog gestalteten gesonderten Maßnahmen <i>KG-ZNS-Kinder</i> und <i>KG-ZNS</i>, welche die Behandlung nach Bobath, Vojta und PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) umfassen, besteht in der vertragszahnärztlichen Behandlung unter medizinischen Gesichtspunkten nicht.</p> <p>Die Ausbildungsinhalte von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, welche theoretischen und praktischen Unterricht umfassen, beinhalten sowohl die anatomischen und physiologischen Grundlagen, die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen/Schädigungen im Kieferbereich als auch die anatomischen und neurophysiologischen Grundlagen, die Diagnostik und die Therapie von Erkrankungen/Schädigungen des zentralen Nervensystems. Grundzüge der Therapieverfahren nach Bobath und Vojta sowie der PNF sind ebenfalls Ausbildungsinhalte.</p> <p>Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit einer gemäß Masseur- und Physio-</p>

<p>derung der Biomechanik des Kopf-Hals-Bereichs notwendig, um die entstandenen Probleme im orofazialen Bereich durch physiologischere Bewegungsmuster und eine Wiedererlangung der Muskelbalance zu äquilibrieren. Dies ist durch die Behandlungstechnik nach Bobath gegeben, die durch die Techniken der somatosensorischen Stimulation die Kontrolle der mimischen Muskulatur und der Kau- und Schlundmuskulatur verbessert.</p> <p>Bei Störungen des ZNS ist zur Wiederherstellung von natürlichen Bewegungsabläufen das Anbahnen dieser Bewegungen im Muskel- und Nervensystem erforderlich. Auch nach einem Apoplex kann die Verbesserung des Buccinator-Mechanismus zum Ansaugen von Speisen oder Speichel im Mund erforderlich sein. Dies kann durch die Behandlungsmethode PNF, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation, erreicht werden. Durch die Fazilitation wird die Muskulatur aktiviert sowie die konzentrische und exzentrische Muskelaktivität zur Erlangung einer besseren Koordination stabilisiert.</p>	<p>therapeutengesetz (MPhG vom 26.05.1994) abgeschlossenen Ausbildung sind daher in der Lage, Fehlfunktionen im Bereich des Kiefergelenks qualifiziert zu behandeln. Das gilt auch für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen sowie Patientinnen und Patienten mit den Fehlfunktionen, die durch Schädigungen des zentralen Nervensystems bedingt sind.</p> <p>Die Curricula für die Bobath-Weiterbildung enthalten zudem keine auf den Mund-Kiefer-Gesichtsbereich bezogenen Ausbildungsinhalte. Das gleiche trifft auf die Weiterbildungsinhalte der Vojta-Therapie sowie der PNF-Therapie zu. Daher bietet es für die Behandlung von craniomandibulären Störungen keinen Vorteil, wenn nach diesen Weiterbildungsinhalten zusätzlich fortgebildete Therapeutinnen und Therapeuten die Behandlung durchführen. Sie wären nicht über die physiotherapeutische Ausbildung hinaus zur speziellen Behandlung von craniomandibulären Störungen befähigt, auch nicht, wenn diese durch Erkrankungen/Schädigungen des zentralen Nervensystems ausgelöst wurden.</p> <p>Patientinnen und Patienten mit zentralnervös bedingten Bewegungsstörungen im craniomandibulären Bereich werden i. d. R. weder ausschließlich noch überwiegend zahnärztlich behandelt. Die craniomandibulären Bewegungsstörungen sind vielmehr als zusätzliche Symptomatik einer komplexen Schädigung vorhanden. Ferner handelt es sich um chronische und zumeist vordiagnostizierte Krankheitsbilder. Diese Patientinnen und Patienten befinden sich vorbestehend und überwiegend in ärztlicher Behandlung von Pädiaterinnen oder Pädiatern, Neurologinnen oder Neurologen, HNO-Ärztinnen oder HNO-Ärzten und/oder Orthopädinnen oder Orthopäden, welche bei Bedarf bereits Physiotherapie verordnen. Dadurch ist eine physiotherapeutische Versorgung der Patientinnen und Patienten mit zentral bedingten Bewegungsstörungen auch mit den spezifischen Elementen der KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS gewährleistet.</p>
---	---

2. Manuelle Therapie

Die Manuelle Therapie ist eine Behandlungsmethode, die dem physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie zuzuordnen ist. Sie ist von Physiotherapeutinnen und Physio-

therapeuten durchgeführter Teil der manuellen Medizin auf der Grundlage der Biomechanik und Reflexlehre zur Behandlung von Dysfunktionen der Kiefergelenke mit reflektorischen Auswirkungen. Sie beinhaltet aktive und passive Dehnung verkürzter muskulärer und neuraler Strukturen, Kräftigung der abgeschwächten Antagonisten und Gelenkmobilisation durch translatorische Gelenkmobilisation. Anwendung einer gezielten impulslosen Mobilisation oder von Weichteiltechniken. Die in Einzeltherapie durchgeführten Techniken der Manuellen Therapie dienen sowohl der Schmerzlinderung, als auch der Mobilisation bei Bewegungseinschränkungen. Voraussetzung ist, dass es sich um reversible Funktionsstörungen des Gelenks oder der zugehörigen Muskulatur handelt. Die Auswahl der eingesetzten Mobilisationstechnik wird durch den Befund, die eingeschränkte Bewegungsrichtung und die Form des Gelenks bestimmt.

§ 20 Manuelle Lymphdrainage

Manuelle Lymphdrainage umfasst manuelle Massagetechniken mit systematischer Anordnung und rhythmischer Folge von Drehgriffen, Schöpfgreifen, Pumpgriffen sowie stehenden Kreisen und Spezialgriffen. Die therapeutische Wirkung beruht auf einer Abflussförderung der interstitiellen Flüssigkeit über das Lymph- und Venengefäßsystem sowie über Gewebsspalten. Es erfolgt eine Steigerung der Lymphangiomotorik, eine Lockerung fibrosklerotischen Bindegewebes und eine Hebung des Parasympathicotonus. Ziel der manuellen Lymphdrainage ist eine Entstauung des Gewebes, die zu einer Schmerzreduktion führt.

Manuelle Lymphdrainage ist ein Verfahren, das in der Zahnmedizin typischerweise im Zusammenhang mit operativen, insbesondere tumorchirurgischen Eingriffen sowie deren Nachbehandlung und bei der Behandlung von Traumata eingesetzt wird. Die Behandlung zielt darauf ab, die Anreicherung von Gewebeflüssigkeit in den Geweben des craniomandibulären Systems zu reduzieren und funktionelle Beeinträchtigungen durch ein fixiertes Lymphödem zu vermeiden. Ein derartiger Lymphstau kann durch eine Unterbrechung der Lymphabflüsse (operativer Zugang; systematische Entfernung der Lymphabflüsse) als direkte Operationsfolge oder durch Traumata und vor allem als direkte Operationsfolge im Zusammenhang mit der Schnittführung und den späteren Heilungsprozessen erforderlich sein und die Rehabilitation wird durch die manuelle Lymphdrainage deutlich reduziert oder verhindert.

Lymphabflussstörungen im Bereich des craniomandibulären Systems stehen in anatomischem Zusammenhang mit den im Halsbereich lokalisierten ableitenden Lymphbahnen. Sie sind nach sekundärer Schädigung des Lymphsystems durch tumorchirurgische Eingriffe und Traumata, als auch bei deren Nachbehandlung keiner anderen zahnmedizinischen Therapiemaßnahme zugänglich.

In Abhängigkeit des Schweregrades und Ausbildungsstadiums einer Abflussstörung im Lymphsystem ist das Heilmittel „Manuelle Lymphdrainage“ in unterschiedlicher Intensität (MLD-30/-45) angebracht. Zur Vermeidung der Manifestierung eines fixierten Lymphödems und zur Therapie einer passageren lymphatischen Stauung und der damit einhergehenden temporären Schwellung ist durch Entlastung eine Besserung des Lymphflusses sinnvoll. Auch soll eine Reduktion der Anreicherung von Gewebeflüssigkeiten in den Geweben des craniomandibulären Systems und der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich erreicht werden.

§ 21 Thermo- (Wärme-/Kältetherapie)

Zusätzlich zu den Maßnahmen nach § 19 können in geeigneten Fällen Maßnahmen der Kälte- oder Wärmetherapie ergänzend zum Einsatz kommen. Durch die sachgerechte Verordnung synergistisch wirkender ergänzender therothapeutischer Maßnahmen lässt sich indikationsspezifisch die Wirkung des vorrangigen Heilmittels Krankengymnastik, Manuelle Therapie oder der Manuellen Lymphdrainage unterstützen. Dadurch können im Hinblick auf die Linderung von Beschwerden oder eine Heilung des Krankheitsbildes zusätzliche Effekte bewirkt werden. Auf die Ausführungen zu § 9 Absatz 2 wird verwiesen.

§ 22 Elektrotherapie

Zusätzlich zu den Maßnahmen nach § 19 können in geeigneten Fällen Maßnahmen der Elektrotherapie ergänzend zum Einsatz kommen. Durch die sachgerechte Verordnung synergistisch wirkender ergänzender elektrotherapeutischer Maßnahmen lässt sich indikationsspezifisch die Wirkung des vorrangigen Heilmittels Krankengymnastik, Manuelle Therapie oder der Manuellen Lymphdrainage unterstützen. Dadurch können im Hinblick auf die Linderung von Beschwerden oder eine Heilung des Krankheitsbildes zusätzliche Effekte bewirkt werden. Auf die Ausführungen zu § 9 Absatz 2 wird verwiesen.

2.2.6 zu F. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie

§ 23 Grundlagen

Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatischen und neurophysiologischen Grundlagen. Sie dienen in der vertragszahnärztlichen Versorgung dazu, Störungen des Sprechens, der Sprache und der oralen Phase des Schluckvorganges auf Grund krankheitsbedingter orofazialer struktureller und funktioneller Schädigungen im Mund- und Kieferbereich zu behandeln und damit die Kommunikationsfähigkeit, das Sprechen, die Sprache sowie den oralen Schluckakt wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

§ 24 Sprechtherapie

Der Begriff „Sprechen“ beinhaltet die motorische Ausführung von Sprachlauten. Die Sprechtherapie im Sinne dieser Richtlinie dient bei krankheitsbedingten orofazialen strukturellen und funktionellen Schädigungen im Mund- und Kieferbereich der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen Sprechleistung und der damit in Zusammenhang stehenden Schädigungen des oralen Schluckaktes.

Sprechtherapie umfasst insbesondere Maßnahmen zur gezielten Anbahnung und Förderung der Artikulation, der Sprechgeschwindigkeit, der koordinativen Leistung des Sprechapparates, der Lautbildung, der Mundatmung und des Schluckvorganges in der oralen Phase.

§ 25 Sprachtherapie

Die Sprachtherapie im Sinne dieser Richtlinie dient bei krankheitsbedingten orofazialen strukturellen und funktionellen Schädigungen im Mund- und Kieferbereich der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten sowie des oralen Schluckaktes.

Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zur Ausbildung und Erhalt der Lautsprache zur sprachlichen Kommunikation, Artikulationsverbesserung, Normalisierung bzw. Verbesserung der Laut- und Lautverbindungsbildung, Aufbau von Kommunikationsstrategien, Schaffung nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten, Normalisierung des Sprachklangs, Beseitigung der Dysfunktionen der Zungenmuskulatur, Besserung und Erhalt des oralen Schluckvorganges.

2.3 Zweiter Teil: Heilmittelkatalog – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen

2.3.1 Maßnahmen der Physikalischen Therapie

Der Heilmittelkatalog sieht bei den Maßnahmen der Physikalischen Therapie als vertragszahnärztlich verordnungsfähige Indikationen die Craniomandibulären Störungen mit prognostisch kurzzeitigem bis mittelfristigem Behandlungsbedarf (CRZ1) sowie mit länger andauerndem Behandlungsbedarf (CRZ2) sowie das Chronifizierte Schmerzsyndrom im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (CSZ) vor.

I.1. Craniomandibuläre Störungen

Kiefergelenk- und Muskelstörungen äußern sich durch eine Einschränkung der Beweglichkeit des Unterkiefers sowie durch Schmerzen im Kieferbereich (Craniomandibuläre Dysfunktion). Gelenkfunktionsstörungen und -blockierungen können aus einer strukturellen Schädigung des Kiefergelenks, beispielsweise durch Traumata und Tumoren, resultieren. Bewegungstherapie ist geeignet, um bei Störungen der Kieferbeweglichkeit und Schmerzen eine Funktionsverbesserung der gestörten Unterkieferbewegung sowie eine Schmerzreduktion zu bewirken. Desgleichen kann bei Muskelspannungsstörungen oder der Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen eine Besserung der gestörten Beweglichkeit erreicht werden.

Die in Einzeltherapie durchzuführenden Techniken der Manuellen Therapie dienen bei craniomandibulären Störungen, z.B. in Folge von Kiefergelenk- und/oder Muskelstörungen, Operationen, Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, sowohl der Schmerzinderung, als auch der Mobilisation bei Bewegungseinschränkungen. In Abhängigkeit von den strukturellen oder funktionellen Schädigungen, welche prinzipiell reversibel sein müssen, sind ein prognostisch kurzzeitiger bis mittelfristiger und ein prognostisch länger andauernder Behandlungsbedarf zu unterscheiden.

KZBV und PatV	GKV-SV
Im Regelfall ist (bei CRZ1) eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich, sowohl bei Erstverordnung als auch bei Folgeverordnung, mit bedarfsweise insgesamt bis zu 20 Einheiten medizinisch indiziert.	Im Regelfall ist (bei CRZ1) eine Verordnungsmenge von bis zu 6 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich, sowohl bei Erstverordnung als auch bei Folgeverordnung, mit bedarfsweise insgesamt bis zu 18 Einheiten medizinisch indiziert.

Bei Erkrankungen mit länger andauerndem Behandlungsbedarf, insbesondere wenn multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen mit Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten vorliegen, wie sie beispielsweise bei schweren Traumata, Tumoren oder Fehlbildungssyndromen vorkommen können (CRZ2), ist im Regelfall je Verordnung eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen sowohl bei Erst- als auch bei Folgeverordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich angezeigt. Bei entsprechendem medizinischem Bedarf ist eine Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls von bis zu 30 Einheiten möglich.

In beiden Indikationsgruppen ist das Ziel das Erlernen eines Eigenübungsprogrammes

I.2. Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS

KZBV und PatV	GKV-SV
Bei Patientinnen oder Patienten mit angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen wie z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, Trisomie 21 oder Patientinnen oder Patienten mit Tumorerkrankungen oder nach Traumata und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS kommt es oftmals zu pathologischen Veränderungen im Kopf-Hals-Bereich. Aus einer Veränderung des Muskeltonus und der Muskelfunktion kann eine Veränderung der Kopfhaltung resultieren	Eine Indikation für die analog dem Heilmittelkatalog gestalteten gesonderten Maßnahmen KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS, welche die Behandlung nach Bobath, Vojta und PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) umfassen, besteht in der vertragszahnärztlichen Behandlung unter medizinischen Gesichtspunkten nicht. Die Ausbildungsinhalte von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, welche theo-

<p>und häufig ist die Muskelbalance im orofazialen System gestört. Zur Behandlung dieser Patientinnen oder Patienten ist das Heilmittel Krankengymnastik (KG) nicht ausreichend spezifisch. Vielmehr ist eine Veränderung der Biomechanik des Kopf-Hals-Bereichs notwendig, um die entstandenen Probleme im orofazialen Bereich durch physiologischere Bewegungsmuster und eine Wiedererlangung der Muskelbalance zu equilibrieren. Dies ist durch die Behandlungstechnik nach Bobath gegeben, die durch die Techniken der somatosensorischen Stimulation die Kontrolle der mimischen Muskulatur und der Kau- und Schlundmuskulatur verbessert.</p> <p>Bei Störungen des ZNS ist zur Wiederherstellung von natürlichen Bewegungsabläufen das Anbahnen dieser Bewegungen im Muskel- und Nervensystem erforderlich. Auch nach einem Apoplex kann die Verbesserung des Buccinator-Mechanismus zum Ansaugen von Speisen oder Speichel im Mund erforderlich sein. Dies kann durch die Behandlungsmethode PNF, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation, erreicht werden. Durch die Fazilitation wird die Muskulatur aktiviert sowie die konzentrische und exzentrische Muskelaktivität zur Erlangung einer besseren Koordination stabilisiert.</p> <p>Im Regelfall ist eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich, sowohl bei Erstverordnung als auch bei Folgeverordnung, mit bedarfsweise insgesamt bis zu 30 Einheiten medizinisch indiziert.</p>	<p>retischen und praktischen Unterricht umfassen, beinhalten sowohl die anatomischen und physiologischen Grundlagen, die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen/Schädigungen im Kieferbereich als auch die anatomischen und neurophysiologischen Grundlagen, die Diagnostik und die Therapie von Erkrankungen/Schädigungen des zentralen Nervensystems. Grundzüge der Therapieverfahren nach Bobath und Vojta sowie der PNF sind ebenfalls Ausbildungsinhalte.</p> <p>Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit einer gemäß Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG vom 28.05.1994) abgeschlossenen Ausbildung sind daher in der Lage, Fehlfunktionen im Bereich des Kiefergelenks qualifiziert zu behandeln. Das gilt auch für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen sowie Patientinnen und Patienten mit den Fehlfunktionen, die durch Schädigungen des zentralen Nervensystems bedingt sind.</p> <p>Die Curricula für die Bobath-Weiterbildung enthalten zudem keine auf den Mund-Kiefer-Gesichtsbereich bezogenen Ausbildungsinhalte. Das gleiche trifft auf die Weiterbildungsinhalte der Vojta-Therapie sowie der PNF-Therapie zu. Daher bietet es für die Behandlung von craniomandibulären Störungen keinen Vorteil, wenn nach diesen Weiterbildungsinhalten zusätzlich fortgebildete Therapeutinnen und Therapeuten die Behandlung durchführen. Sie wären nicht über die physiotherapeutische Ausbildung hinaus zur speziellen Behandlung von craniomandibulären Störungen befähigt, auch nicht, wenn diese durch Erkrankungen/Schädigungen des zentralen Nervensystems ausgelöst wurden.</p> <p>Patientinnen und Patienten mit zentralnervös bedingten Bewegungsstörungen im craniomandibulären Bereich werden i. d. R. weder ausschließlich noch überwiegend zahnärztlich behandelt. Die craniomandibulären Bewegungsstörungen sind vielmehr als zusätzliche Symptomatik einer komplexen Schädigung vorhanden. Ferner handelt es sich um chronische und zumeist vordiagnostizierte Krankheitsbilder. Diese Patientinnen und Patienten befinden sich vorbestehend und überwiegend in ärztlicher Behandlung von Pädiaterinnen oder Pädiatern, Neurologinnen oder Neurologen, HNO-Ärztinnen oder</p>
--	--

	HNO-Ärzten und/oder Orthopädinnen oder Orthopäden, welche bei Bedarf bereits Physiotherapie verordnen. Dadurch ist eine physiotherapeutische Versorgung der Patientinnen und Patienten mit zentral bedingten Bewegungsstörungen auch mit den spezifischen Elementen der KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS gewährleistet.
--	---

1.3. Chronifiziertes Schmerzsyndrom

Position Bänke und PatV	Position Vorsitzender
Beim Chronifizierten Schmerzsyndrom handelt es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Krankheitsbilder sind beispielsweise die atypische Odontalgie, die nach zahnärztlichen Eingriffen wie einer Zahnextraktion oder einer endodontischen Behandlung auftreten kann, oder der persistierende idiopathische Gesichtsschmerz. Die damit verbundenen Schmerzen können im Rahmen der Bewegungstherapie einer Besserung zugeführt werden, indem die Gelenkbeweglichkeit sowie die Durchblutung der Muskeln gefördert werden.	Die Aufnahme des Heilmittels „Manuelle Therapie“ (MT) bei der Indikation „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ ist nicht ohne Weiteres zulässig. Aufgrund der Regelungen des § 138 SGB V dürfen neue Heilmittel in die ambulante Versorgung erst aufgenommen werden, wenn der G-BA zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und sie deshalb empfohlen hat. Bei dem genannten Heilmittel könnte es sich um ein neues Heilmittel handeln. Gemäß 2. Kapitel § 2 Absatz 3 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) liegt eine Neuheit vor, wenn das Heilmittel bislang nicht nach der Heilmittel-Richtlinie (HeiM-RL) verordnungsfähig ist oder zwar verordnet werden kann, aber die Indikation wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren hat. Die für die vertragsärztliche Versorgung geltende HeiM-RL als bislang einzige HeiM-RL sieht MT bei der Indikation „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ nicht vor. Würde in diesem Unterschied gegenüber den nach der HeiM-RL verordnungsfähigen Indikationen der MT eine wesentliche Änderung oder Erweiterung liegen, bedürfte es vor einer Empfehlung einer (positiven) Bewertung des therapeutischen Nutzens nach den Vorgaben des 2. Kapitels der VerfO. Da keine Gründe vorgetragen wurden, die eine Unwesentlichkeit des Unterschieds belegen, wird die Aufnahme zum jetzigen Zeitpunkt nicht mitgetragen.

KZBV und PatV	GKV-SV
Im Regelfall ist eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich, sowohl bei Erstverordnung als auch bei Folgeverordnung, mit bedarfsweise insgesamt bis zu 20 Einheiten medizinisch indiziert.	Im Regelfall ist eine Verordnungsmenge von bis zu 6 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich, sowohl bei Erstverordnung als auch bei Folgeverordnung, mit bedarfsweise insgesamt bis zu 18 Einheiten medizinisch indiziert.

Bei den vorgenannten Maßnahmen kann ein Eigenübungsprogramm des Patienten, welches durch die Therapeutin oder den Therapeuten vermittelt wird, einen wesentlichen Beitrag zur erfolgreichen Behandlung leisten.

I.4. Lymphabflussstörungen (LYZ)

KZBV und PatV	GKV-SV
<p>LYZ 1</p> <p>In Abhängigkeit des Schweregrades und des Ausmaßes des durch Traumata bedingten betroffenen Areals, ist eine Verordnung einer 30-minütigen (MLD-30) Therapiesitzung sinnvoll. Diese kann jeweils adjuvant durch Maßnahmen der Kälte-/Wärme- oder Elektrotherapie unterstützt werden. Eine Verordnungsmenge von 6 Heilmittelanwendungen je Verordnung, sowohl bei Erstverordnung, als auch in der Folgeverordnung ist dem Regelfall angemessen. Aufgrund der Leitsymptomatik zur Verhinderung der Ausbildung eines fixierten Lymphödems ist eine hohe Therapiefrequenz mit 1 bis 2 Anwendungen pro Woche indiziert. Bei Schmerzen oder Funktions- und Belastungsstörungen durch lokale Schwellungen steht die Schmerzreduktion durch Reduzierung von Schwellung und Reizung im Vordergrund.</p>	<p>LYZ 1</p> <p>In der Indikationsgruppe LYZ 1 sind Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf bei sekundärer Schädigung des Lymphsystems nach tumorchirurgischen Eingriffen und nach Traumata mit Unterbrechung der Lymphabflusswege im Mund- und/oder Kieferbereich enthalten.</p> <p>In Abhängigkeit des Schweregrades und des Ausmaßes des durch tumorbedingte Operationen oder durch Traumata bedingten betroffenen Areals ist eine Verordnung einer 30-minütigen (MLD-30) Therapiesitzung sinnvoll. Diese kann jeweils adjuvant durch Maßnahmen der Kälte-/Wärme- oder Elektrotherapie unterstützt werden. Eine Verordnungsmenge von 6 Heilmittelanwendungen je Verordnung, sowohl bei Erstverordnung, als auch in der Folgeverordnung ist dem Regelfall angemessen. Aufgrund der Leitsymptomatik zur Verhinderung der Ausbildung eines fixierten Lymphödems ist eine hohe Therapiefrequenz mit 1 bis 2 Anwendungen pro Woche indiziert. Bei Schmerzen oder Funktions- und Belastungsstörungen durch lokale Schwellungen steht die Schmerzreduktion durch Reduzierung von Schwellung und Reizung im Vordergrund.</p> <p>Tumorerkrankungen sind in dieser Indikationsgruppe ebenfalls aufzuführen, da nicht alle Tumorerkrankungen oder deren behandlungsbedingten Folgeerscheinungen, ein Ausmaß haben, das generell eine Frequenz von 30 Verordnungen im Regelfall (vgl. Indikationsgruppe LYZ2) erforderlich macht.</p> <p>Medizinisch ist vielmehr nach Art des jeweiligen Tumors, dem Malignitätsgrad, der Tumorausdehnung, dem Lymphknotenbefall sowie dem Grad der Metastasierung zu unterscheiden. So ist beispielsweise bei einem Carcinoma in situ oder einem T1-Tumor ohne Metastasen (TNM: Tis bzw. T1N0M0), falls es nach operativer Revision zu passa-</p>

	<p>geren Lymphabflussstörungen kommen sollte, i.d.R. eine kurzzeitige Behandlung mit niedrigerer Verordnungsmenge indiziert und ausreichend.</p> <p>Im Heilmittelkatalog Zahnärzte sollten diese unterschiedlichen medizinischen Sachverhalte durch eine differenzierte Darstellung in den Indikationsgruppen LYZ1 und LYZ2 erhalten bleiben.</p> <p>Zur Klarstellung sollte in der Indikationsgruppe LYZ1 auf einen Diagnosezusatz „...mit systematischer Entfernung der Lymphabflusswege“ verzichtet werden, da diese in den oben beschriebenen und ähnlich gelagerten Fällen nicht durchgeführt wird.</p>
<p>LYZ2</p> <p>Bei sekundären Schädigungen des Lymphsystems mit chronischem schmerzlosem oder schmerzhaftem, länger bestehendem bzw. dauerhaft manifestem Lymphödem aufgrund schwerer Traumata im Mund- und Kieferbereich auch mit Sekundärschäden an Haut und Unterhautgewebe und/oder mit Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers ist eine Verordnung einer 30-minütigen (MLD-30) oder 45-minütigen (MLD-45) Therapiesitzung sinnvoll. Eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung, sowohl bei Erstverordnung, als auch in der Folgeverordnung ist dem Regelfall angemessen. Aufgrund der Schwere der Leitsymptomatik ist eine gegenüber der LYZ1 erhöhte Möglichkeit der Frequenzempfehlung von 1 bis 3 Anwendungen pro Woche indiziert.</p>	<p>LYZ2</p> <p>In der Indikationsgruppe LYZ2 des Heilmittelkatalogs Zahnärzte sind chronische Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich mit prognostisch länger andauerndem Behandlungsbedarf nach ausgedehnten tumorchirurgischen Eingriffen mit systematischer Entfernung der Lymphabflusswege sowie bei der Behandlung nach Bestrahlungen und schweren Traumata mit Unterbrechung der Lymphabflusswege im Mund- und Kieferbereich enthalten.</p> <p>Analog der Indikationsgruppe LY3 zum vertragsärztlichen Bereich umfasst die Indikationsgruppe LYZ2 im vertragszahnärztlichen Heilmittelkatalog somit auch chronische bzw. länger bestehende Lymphabflussstörungen u.a. bei bösartigen Erkrankungen.</p> <p>Im vertragszahnärztlichen Bereich sind die manuellen Lymphdrainagen jedoch auf den Mund- und Kieferbereich und ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich beschränkt.</p> <p>Im vertragsärztlichen Bereich umfasst die Indikationsgruppe LY3 die Behandlung von schwergradigen Lymphödemen als Großbehandlung bzw. Ganzbehandlung mit manueller Lymphdrainage von zwei Körperteilen, wie z.B. eines Armes und des Kopfes, einschließlich des Halses. Nur bei schwergradigen Lymphödemen mit Komplikationen durch Strahlenschäden (wie z.B. Plexusschädigungen, Schultersteife, Hüftsteife) ist die manuelle Lymphdrainage</p>

	<p>im vertragsärztlichen Bereich auf einen Körperteil wie beispielsweise den Kopf, einschließlich des Halses, beschränkt. Diese Bedingungen liegen im vertragszahnärztlichen Bereich nicht vor und die Indikationsgruppe LY22 ist medizinisch nicht vollständig mit der Indikationsgruppe LY3 des vertragsärztlichen Bereiches gleichsetzbar.</p> <p>In der Indikationsgruppe LY22 des Heilmittelkatalogs Zahnärzte, der chronische Lymphabflussstörungen bei bösartigen Erkrankungen beschränkt auf den Mund-Kieferbereich umfasst, ist somit aus medizinischer Sicht eine Verordnungsmenge in der Erst- und Folgeverordnung auf jeweils bis zu 10 Verordnungen mit einer Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles von 30 Verordnungen angezeigt. Eine medizinische Begründung, die Gesamtverordnungsmenge im vertragszahnärztlichen Bereich für diese Indikationsgruppe im Regelfall auf 50 Verordnungen zu erhöhen, ist fachlich nicht herzuweisen</p>
<p>LYZ3</p> <p>Bei sekundären Schädigungen des Lymphsystems mit chronischem schmerzlosem oder schmerzhaftem, länger bestehendem bzw. dauerhaft manifestem Lymphödem aufgrund schwerer Traumata im Mund- und Kieferbereich auch mit Sekundärschäden an Haut und Unterhautgewebe und/oder mit Bewegungseinschränkungen des Unterkiefers nach ausgedehnten tumorchirurgischen Eingriffen/Bestrahlungen mit Unterbrechung und/oder systematischer Entfernung der Lymphabflusswege bei Malignomen im Kopf- und/oder Halsbereich ist eine intensivere Heilmitteltherapie zur Entstauung sowie Besserung des lymphatischen Rückflusses und insbesondere zur Vermeidung weiterer Sekundärkomplikationen und funktionellen Beeinträchtigungen durch ein fixiertes Lymphödem erforderlich. Aufgrund der Chronifizierung ist eine Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles von bis zu 50 Einheiten erforderlich und sinnvoll.</p>	<p>LYZ3</p> <p>Die Einführung einer Indikationsgruppe LYZ3 analog der Indikationsgruppe LY3 im vertragsärztlichen Bereich ist nicht angezeigt, da hier kein zum vertragsärztlichen Bereich vergleichbarer Indikationsbereich vorliegt.</p> <p>Wie oben ausgeführt, umfasst im vertragsärztlichen Bereich die Indikationsgruppe LY3 die Behandlung von schwergradigen Lymphödemen als Großbehandlung bzw. Ganzbehandlung mit manueller Lymphdrainage von zwei Körperteilen, wie z.B. eines Armes und des Kopfes, einschließlich des Halses sowie die Therapie bei schwergradigen Lymphödemen mit Komplikationen durch Strahlenschäden (wie z.B. Plexusschädigungen, Schultersteife, Hüftsteife).</p> <p>Die in der vertragszahnärztlichen Richtlinie zu regelnden chronischen Lymphabflussstörungen im Mund- und Kieferbereich einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich mit prognostisch länger andauerndem Behandlungsbedarf nach ausgedehnten tumorchirurgischen Eingriffen mit Unterbrechung/Entfernung der Lymphabflusswege sowie die Behandlung nach Bestrahlungen und den dadurch induzierten Schäden, sind in der Indikationsgruppe</p>

	<p>LY22 bereits enthalten.</p> <p>Im vertragszahnärztlichen Bereich sind die manuellen Lymphdrainagen auf den Mund- und Kieferbereich und ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich beschränkt. Die Erweiterung der vorgeschlagenen Indikationsgruppe LY23 auf Tumore des Kopf- und/oder Halsbereiches kann daher fachlich ebenfalls nicht nachvollzogen werden, da diese nicht Gegenstand der zahnärztlichen Behandlung sind, sondern in erster Linie den Hals-Nasen-Ohrenarzt-Bereich, aber auch dermatologische und neurochirurgische Indikationsbereiche umfassen.</p>
--	--

2.3.2 Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie

Der Heilmittelkatalog sieht bei den Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie als vertragszahnärztlich verordnungsfähige Indikationen die Störungen des Sprechens (SPZ), Störungen des oralen Schluckaktes (SCZ) sowie orofaziale Funktionsstörungen (OFZ) vor.

II.1. Störungen des Sprechens

Treten beispielsweise in Folge von Mund- und Kieferanomalien, nach orthognathen Operationen, Anomalien der Zahnstellung oder Kieferfehlbildungen, Störungen der Lautbildung oder des orofazialen Muskelgleichgewichts auf, ist zur Normalisierung der Lautbildung und Wiederherstellung und/oder Verbesserung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten eine durch Logopädinnen oder Logopäden oder entsprechend akademisch ausgebildete Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten durchzuführende Sprechtherapie angezeigt. Die Sprechtherapie, welche im Heilmittelkatalog unter der Diagnosegruppe SPZ aufgeführt ist, kann zur Normalisierung der Lautbildung auch Elemente zur Verbesserung der Mundatmung und des oralen Schluckaktes enthalten, aber nicht durch Störungen der Atmung oder des Schluckaktes ausgelöst werden.

In Abhängigkeit von der Schwere des Störungsbildes sowie der Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten ist eine 30-minütige oder 45-minütige Therapiesitzung angezeigt. Innerhalb des Regelfalls ist sowohl bei Erstverordnung, als auch in der Folgeverordnung eine Verordnungsmenge von 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich möglich. Die bei entsprechender medizinischer Indikation mögliche Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls beträgt bedarfsabhängig bis zu 30 Einheiten.

II.2. Störungen des oralen Schluckaktes

Bei motorischen und sensorischen Störungen der oralen Phase des Schluckaktes, beispielsweise in Folge von Traumata im Mund-Kieferbereich, Tumoroperationen oder nach operativer Versorgung von orofazialen Fehlbildungen, kann nach diesem Katalog im Rahmen der Indikation SCZ eine Sprech- oder Sprachtherapie mit einer durch die Schwere des Störungsbildes sowie der Belastbarkeit der Patientin/des Patienten bestimmten Therapiedauer von jeweils 30, 45 oder 60 Minuten verordnet werden.

Bei Erstverordnung sowie in der Folgeverordnung innerhalb des Regelfalls ist bei medizinischer Notwendigkeit eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich möglich. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls beträgt bedarfsabhängig bis zu 30 Einheiten.

II.3. Orofaziale Funktionsstörungen

Kommt es beispielsweise infolge von Traumata im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, Tumor – Operationen oder angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen zu Störungen der orofazialen Funktion mit Störungen der Bewegungs- und Koordinationsabläufe sowie des muskulären Gleichgewichts im Mund- und Kieferbereich, kann nach diesem Katalog bei der Indikation OFZ eine Sprech- oder Sprachtherapie mit einer durch die Schwere des Störungsbildes sowie der Belastbarkeit der Patientin/des Patienten bestimmten Therapiedauer von jeweils 30 oder 45 Minuten verordnet werden.

Speziell bei Zahn- und Kieferfehlstellungen können OFZ über das Kindesalter hinaus bestehen und auch im Erwachsenenalter behandlungsbedürftig mit Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie sein.

Ziele der Behandlung sind u.a. die Verbesserung/Wiederherstellung der gestörten orofazialen Funktionen und Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System.

Bei Störungen der orofazialen Funktion infolge von schweren Zahn- und Kieferfehlstellungen in der Wachstumsphase kann eine störungsbildabhängige Sprech- und Sprachtherapie zur Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster und Vermeidung/Abbau einer Fehlentwicklung der muskulären und koordinativen Funktionen verordnet werden.

Des Weiteren besteht ein Leistungsanspruch zur Sprech- und Sprachtherapie über das 18. Lebensjahr hinaus für Versicherte, die gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung Abschnitt B Nr. 4 Satz 1 und 2 i.V.m. § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V unter schweren Kieferanomalien leiden, die ein Ausmaß haben, welche kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordern. Schwere Kieferanomalien in diesem Sinne liegen nach der Maßgabe der Anlage 3 bei angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer, skelettalen Dysgnathien sowie bei verletzungsbedingten Kieferstellungen vor.

Innerhalb des Regelfalls ist bei Erstverordnung sowie in der Folgeverordnung eine Verordnungsmenge von bis zu 10 Heilmittelanwendungen je Verordnung mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich möglich. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls beträgt bedarfsabhängig bis zu 30 Einheiten.

3 Würdigung der Stellungnahmen

[zu ergänzen]

4 Bürokratiekostenermittlung

Laut 1. Kapitel § 5a Abs. 1 VerfO ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu die in den Beschlüssen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Der vorliegende Beschluss beinhaltet die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Im Folgenden werden die in der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung enthaltenen Informationspflichten für Leistungserbringer dargestellt und die damit einhergehenden Bürokratiekosten abgeschätzt. Leistungserbringer sind in diesem Zusammenhang die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie die adressierten Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer (Therapeuten).

a) Verordnung von Heilmitteln im Regelfall

Gemäß § 3 Abs. 1 setzt die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen eine Verordnung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt voraus. § 6 Abs. 1 sieht vor, dass der Heilmittelverordnung ein definierter Regelfall zugrunde liegt. Für einen solchen Regelfall ergeben sich die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen je Verordnung aus dem Heilmittelkatalog.

Hinsichtlich der Heilmittelverordnung im Regelfall wird gemäß § 6 Abs. 5 zwischen einer Erst- und einer eventuellen Folgeverordnung unterschieden. Es wird in diesem Zusammenhang davon ausgegangen, dass sich der Aufwand für das Ausstellen einer Verordnung nicht danach unterscheidet, ob es sich um eine Erst- oder eine Folgeverordnung handelt.

Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. Gemäß Messungen des Statistischen Bundesamtes erfordert das Ausstellen einer Heilmittelverordnung im vertragsärztlichen Bereich einen zeitlichen Aufwand von 4 Minuten. Es wird davon ausgegangen, dass für vertragszahnärztliche Heilmittelverordnungen ein ähnlicher zeitlicher Aufwand erforderlich ist. Allerdings können aktuell weder Aussagen zur Anzahl der derzeit von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten ausgestellten Heilmittelverordnungen getroffen werden, noch lässt sich abschätzen, wie sich die Fallzahlen künftig mit Inkraftsetzung einer zahnärztlichen Heilmittel-Richtlinie entwickeln werden. Eine Abschätzung der Bürokratiekosten ist somit zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

b) Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls sowie für den langfristigen Heilmittelbedarf

Darüber hinaus regelt § 7 die Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls. Dies kann erforderlich werden, wenn sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen lässt. Im Gegensatz zu Verordnungen im Regelfall bedürfen Verordnungen außerhalb des Regelfalls einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung auf der Verordnung sowie einer Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse.

Die Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls erfolgt ebenfalls ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. Gemäß Messungen des Statistischen Bundesamtes erfordert das Ausstellen einer Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls im vertragsärztlichen Bereich einen zeitlichen Aufwand von 8 Minuten. Es wird davon ausgegangen, dass für vertragszahnärztliche Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls ein ähnlicher zeitlicher Aufwand erforderlich ist. Eine Schätzung der Fallzahl ist jedoch aus den unter a) genannten Gründen zu diesem Zeitpunkt nicht möglich.

Zudem sieht § 8 vor, dass auf Antrag der oder des Versicherten die Krankenkasse über die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs entscheidet. Auch die Verordnung von langfristigem Heilmittelbedarf erfordert eine Begründung durch den verordnenden Vertragszahnarzt. Insofern ist auch an dieser Stelle mit einem fallweisen zeitlichen Aufwand von rund 8 Minuten zu rechnen. Eine Schätzung der jährlichen Fallzahl ist jedoch auch in diesem Zusammenhang zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

c) Dokumentation einer einvernehmlichen Änderung der Behandlungsfrequenz auf dem Verordnungsvordruck

Gemäß § 15 Abs. 2 ist die einvernehmliche Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Diese Vorgabe stellt eine bürokratiearme Regelung dar, indem die Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung nach Rücksprache mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt durch die Therapeutin oder den Therapeuten selbst erfolgen kann und somit der Verordnungsvordruck nicht zunächst an die verordnende Zahnärztin oder den verordnenden Zahnarzt zurück geschickt werden muss, damit diese oder dieser die Frequenz der Heilmittelbehandlung entsprechend ändert. Der dem Therapeuten oder der Therapeutin entstehende Aufwand im Zuge der Dokumentation der einvernehmlichen Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung auf dem Verordnungsvordruck wird als gering eingeschätzt. Es ist da-

von auszugehen, dass der Therapeutin oder dem Therapeuten und der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt im Zuge der einvernehmlichen Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung ein fallweiser zeitlicher Aufwand von jeweils rund drei Minuten entsteht. Dies entspricht dem Zeitwert für die Standardaktivität „Beschaffung von Daten“ bei einfacher Komplexität. Eine Fallzahl zur Häufigkeit solcher einvernehmlicher Änderungen der Behandlungsfrequenz kann nicht abgeschätzt werden.

Als geringfügiger Aufwand wird in diesem Zusammenhang auch die Verpflichtung der Therapeutin oder des Therapeuten eingeschätzt, begründete Unterbrechungen der Behandlung auf der Verordnung zu dokumentieren (§ 15 Abs. 3).

d) Schriftlicher Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten

§ 15 Abs. 5 sieht vor, dass die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach Ende der Behandlungsserie von der Therapeutin oder von dem Therapeuten einen schriftlichen Bericht über den Therapieverlauf anfordern kann. Im Allgemeinen wird angenommen, dass für die Erstellung eines schriftlichen Berichts über den Therapieverlauf ein zeitlicher Aufwand von durchschnittlich 15 Minuten erforderlich ist.

Eine Einschätzung darüber, wie häufig ein Therapiebericht der Therapeutin oder des Therapeuten angefordert werden wird, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht vornehmen.

e) Nachweis spezieller Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten

Der Nachweis der speziellen Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten – erforderlich für die Erbringung und Abrechnung der entsprechenden Positionen – erzeugt im Rahmen der hier vorliegenden Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte keinen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, da die Therapeutinnen und Therapeuten ihre Qualifikation hierzu auch schon gemäß der bislang geltenden Heilmittel-Richtlinie gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen haben.

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
17.04.2014	Plenum	Beschluss, dass die Regelungen zu vertragszahnärztlichen Spezifika für die Verordnung von Heilmitteln in einer eigenen Richtlinie mit einem eigenen Heilmittel-Katalog für den vertragszahnärztlichen Sektor verortet werden sollen (HeilM-RL ZÄ)
20.04.2016	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten bei Erstfassung der HeilM-RL ZÄ
TT.MM.JJJJ	Wählen Sie ein Gremium aus.	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	Wählen Sie ein Gremium aus.	<i>Anhörung</i>
TT.MM.JJJJ	Wählen Sie ein Gremium aus.	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)
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 ¹		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ ²		Inkrafttreten

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

²s. Fußnote 1

Anlage 3

6 Fazit

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

25

B-6 Schriftliche Stellungnahmen

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Kapitel D-9 abgebildet. In den nachstehenden Tabellen sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

B-6.1 Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
1.	DGL	In allen Texten „Fixiertes“ Lymphödem in „chronisches“ Lymphödem umändern	Die gesamte medizinische Literatur, ob allgemein medizinisch oder speziell lymphologisch kennt nur den Begriff chronisches Lymphödem: Stadium II und III eines Lymphödems, sekundäre. i.d.R. nicht komplett rückbildungsfähige Gewebsveränderungen (Fibrose, Fibrosklerose, Pachydermie u.m.)	Zustimmende Kenntnisnahme	ja, unter LYZ 1, LYZ 2 wird jeweils in der Spalte „Ziel der Therapie“ das Wort „fixiert“ durch „chronisch“ ersetzt
2.	BZÄK	Die BZÄK begrüßt es sehr, dass die bestehende Rechtsunsicherheit einer Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragszahn-ärztlichen Versorgung mit dem vorliegenden Richtlinienentwurf einschließlich seines Heilmittelkatalogs beendet wird und hierbei den besonderen Belangen psychisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie chronisch kranker Menschen bei der Versorgung mit Heilmitteln Rechnung getragen wird.		Zustimmende Kenntnisnahme	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
3.	dbs	<p>Derzeit „sind Vertragszahnärzte grundsätzlich berechtigt, Heilmittel im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verordnen, soweit die Verordnung zur Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gehört. Der Vertragszahnarzt, der sprachtherapeutische [...] Maßnahmen im Rahmen der Zahnheilkunde für indiziert hält, darf den Versicherten nicht darauf verweisen, sich eine Verordnung bei einem Arzt, z.B. HNO-Arzt, zu besorgen. Er hat in diesem Fall selbst zu entscheiden, ob er derartige Maßnahmen für notwendig hält und diese dann selbst verordnet.“ [1]</p> <p>Die geplanten HeilM-RL ZÄ sollten daher so ausgestaltet sein, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertragszahnärzte weiterhin sämtliche sprachtherapeutische Maßnahmen, die sie für indiziert halten, eigenständig verordnen können. • die zahnärztliche Versorgung der Patienten nicht eingeschränkt, sondern im Gegenteil erhalten oder verbessert wird. <p>Empfehlenswert wäre deshalb, die HeilM-RL ZÄ soweit als möglich analog zur bestehenden Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) [2] zu gestalten. Dies macht die Verordnungspraxis für Zahnärzte und Ärzte, aber auch für die Kostenträger übersichtlicher und transparenter.</p> <p>Der nun vorliegende Entwurf sieht hingegen nur noch folgende Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie vor:</p> <p>II.1. SPZ: Störungen des Sprechens II.2. SCZ: Störungen des oralen Schluckakts II.3. OFZ: Orofaziale Funktionsstörungen</p> <p>Damit bleiben die geplanten HeilM-RL ZÄ deutlich hinter den HeilM-RL zurück. Dies schränkt nicht nur die Verordnungskompetenz von Vertragszahnärzten in unbegründeter Weise ein, sondern behindert gleichzeitig die umgehende und direkte Versorgung von Patienten mit erforderlichen Heilmitteln.</p> <p>Die folgende Tabelle stellt die Indikationsschlüssel der HeilM-RL [2] dem Entwurf des Heilmittelkatalog-Zahnärzte gegenüber.</p>		<p>Kenntnisnahme</p> <p>Verordnung außerhalb der genannten Indikation auf Grund § 1 Abs. 3 Zahnheilkundegesetz nicht möglich</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf		
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in den HeiM-RL</th> <th style="width:50%;">Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie im Entwurf Heilmittelkatalog-Zahnärzte</th> </tr> </table>		Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in den HeiM-RL	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie im Entwurf Heilmittelkatalog-Zahnärzte		
Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in den HeiM-RL	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie im Entwurf Heilmittelkatalog-Zahnärzte						
		1 Störungen der Stimme (ST) <ul style="list-style-type: none"> • Organische Störungen der Stimme (ST1) • Funktionelle Störungen der Stimme (ST2) • Psychogene Störungen der Stimme (ST3, ST4) 	FEHLT <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • fehlt • fehlt 				
		2 Störungen der Sprache (SP) <ul style="list-style-type: none"> • Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung (SP1) • Störungen der auditiven Wahrnehmung (SP2) • Störungen der Artikulation (SP3) • Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit (SP4) • Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung (SP5) • Störungen der Sprechmotorik (SP6) 	Störungen des Sprechens (SPZ) <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • fehlt • Störungen des Sprechens (SPZ) • fehlt • fehlt • fehlt 				
		3 Störungen des Redeflusses (RE) <ul style="list-style-type: none"> • Stottern (RE1) • Poltern (RE2) 	FEHLT <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • fehlt 				
		4 Störungen der Stimm- und Sprechfunktion (SF) <ul style="list-style-type: none"> • Rhinophonie (SF) 	FEHLT <ul style="list-style-type: none"> • fehlt 				
		5 Störungen des Schluckaktes (SC) <ul style="list-style-type: none"> • Dysphagie (SC1) • Schädigungen im Kopf-Hals-Bereich (SC2) 	Störungen des oralen Schluckaktes (SCZ) <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • Störungen des oralen Schluckaktes (SCZ) 				
		FEHLT	Orofaziale Funktionsstörungen (OFZ)				

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p data-bbox="461 363 978 392"></p> <p data-bbox="461 443 1559 531">Die Gegenüberstellung zeigt, dass bei Einführung der HeilM-RL ZÄ die vertragszahnärztliche Verordnung von Heilmitteln bei folgenden sprachtherapeutischen Indikationen vermutlich nicht mehr möglich sein wird:</p> <ul data-bbox="510 555 1182 762" style="list-style-type: none"> • Stimmstörungen • Sprachentwicklungsstörungen • Störungen der auditiven Wahrnehmung • Sprachstörungen bei Hörstörungen und Taubheit • Aphasie und Sprechapraxie • Redefluss-Störungen • Rhinophonie <p data-bbox="461 786 1525 874">Die geplante HeilM-RL ZÄ ist somit grundsätzlich zu kritisieren, da sie voraussichtlich bestimmte Patientengruppen von der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Heilmitteln ausschließt. Dies betrifft insbesondere</p> <ul data-bbox="510 898 1570 1137" style="list-style-type: none"> • Kinder mit frühkindlichem Karies, der neben Sprech- und Schluck- auch Kommunikationsstörungen auslösen kann [vgl. 3] • geriatrische Patienten, bei denen altersbedingte Veränderungen zu einer abnehmenden Mundgesundheit und zu Schwierigkeiten beim Sprechen und Schlucken führen [vgl. 4] • Patienten mit neurologischen Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz), die zu einer abnehmenden Mundgesundheit und zu Schwierigkeiten beim Sprechen und Schlucken führen <p data-bbox="461 1161 539 1182"><u>Quellen</u></p> <p data-bbox="461 1182 1536 1230">[1] Rundschreiben der KZBV zur Verordnung von Heilmitteln vom 20.11.2002; zitiert in: http://www.kzvn.de/fileadmin/media/zahnaerzte-nr/Downloads/11_Heilmittel_neu.pdf</p> <p data-bbox="461 1246 1182 1267">[2] https://www.g-ba.de/downloads/62-492-532/HeilM-RL_2011-05-19_bf.pdf</p> <p data-bbox="461 1283 1559 1331">[3] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2014). Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern.</p>	<p data-bbox="1037 363 1559 392">- Orofaziale Funktionsstörungen (OFZ)</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		[4] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2010). Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.			
4.	dbl	<p>Die Einführung einer Heilmittel-Richtlinie für die zahnärztliche Versorgung ist aus Sicht einer Kosten-/Nutzenanalyse mehr als fraglich. Sie beinhaltet formale und inhaltliche Restriktionen und bedeutet für alle an der Versorgung beteiligten Personen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand, der nicht durch einen Nutzen kompensiert wird.</p> <p>Es muss bei Einführung einer solchen sichergestellt sein, dass die zahnärztliche Versorgung mit Heilmitteln nicht eingeschränkt, sondern mindestens erhalten wenn nicht sogar verbessert wird. Dies macht diverse Änderungen und vor allem auch inhaltliche Ergänzungen des Heilmittel-Kataloges erforderlich, auf die wir im Weiteren eingehen werden.</p>	<p>Bislang bestand stets Konsens, dass Vertragszahnärzte grundsätzlich berechtigt sind, Heilmittel im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verordnen, soweit die Verordnung zur Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gehört. Leistungserbringer, z. B. Logopäden haben daher Verordnungen von Zahnärzten entgegenzunehmen und die verordneten Leistungen durchzuführen; die Krankenkassen haben diese Leistungen zu bezahlen. Unter formalen Gesichtspunkten sind bislang die notwendigen Maßnahmen vom Zahnarzt zu Lasten der Primärkassen auf Muster 16 verordnungsfähig, im Ersatzkassenbereich kann die Verordnung auch formlos erfolgen.</p> <p>Es ist gängige Praxis, dass die Verordnung folgende Angaben enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heilmittel, - Diagnose, - Menge, - Therapiezeit, - ggf. Hausbesuch und ggf. spätester Behandlungsbeginn. <p>Diese Ordnungspraxis hat sich in der Praxis bewährt, sie stellt eine wirtschaftliche Versorgung mit den medizinisch notwendigen Maßnahmen sicher. Es ist weiterhin davon auszu-</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Verordnung außerhalb der genannten Indikation auf Grund § 1 Abs. 3 Zahnheilkundegesetz nicht möglich</p> <p>TrGr nicht Gegenstand des SN-Verfahrens</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>gehen, dass, wenn ein Zahnarzt eine Maßnahme verordnet, diese medizinisch notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig ist. Nach dem Rundschreiben der KZBV zur Verordnung von Heilmitteln vom 20.11.2002, welches bis dato zur Anwendung kommt, darf der Vertragszahnarzt, der sprachtherapeutische (...) Maßnahmen im Rahmen der Zahnheilkunde für indiziert hält, den Versicherten nicht darauf verweisen, sich eine Verordnung bei einem Arzt, z.B. einem HNO-Arzt, zu besorgen. Er hat in diesem Fall selbst zu entscheiden, ob er derartige Maßnahmen für notwendig hält und diese dann selbst zu verordnen. Mit dem vorliegenden Entwurf des Heilmittel-Kataloges wird diese weit reichende Verordnungsbefugnis des Zahnarztes erheblich beschnitten und limitiert. Diese stark eingeschränkte Verordnungsbefugnis der Zahnärzte wird die zahnärztliche Versorgung der Patienten einschränken. Ziel sollte jedoch sein, die Versorgung zu erhalten, wenn nicht sogar zu verbessern.</p> <p>Der Heilmittel-Katalog in der vorliegenden Entwurfssfassung umfasst entgegen der gängigen Praxis keine Verordnungskompetenz für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimmstörungen, - Sprachentwicklungsstörungen, - Störungen der auditiven Wahrnehmung, - Sprachstörungen bei Hörstörungen und Taubheit, - Aphasie und Sprechapraxie, 		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<ul style="list-style-type: none"> - Redeflussstörungen und - Rhinophobie. <p>Dies wird nach Überzeugung unserer Fachleute zu einem Ausschluss insbesondere folgender Patientengruppen von der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Heilmitteln führen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder mit frühkindlichem Karies, der Sprech-, Schluck- und Kommunikationsstörungen nach sich ziehen kann. - Geriatrische Patienten, bei denen infolge einer abnehmenden Mundgesundheit (durch altersbedingte Veränderungen) Sprech- und Schluckstörungen auftreten - Patienten mit neurologischen Erkrankungen (wie. z. B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz), bei denen infolge einer abnehmenden Mundgesundheit Sprech- und Schluckstörungen auftreten. <p>Dabei steht schon jetzt fest, dass mangels einer ausreichenden Datenlage zur Versorgungssituation eine Bewertung der Folgen einer Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte für die Versorgung nicht festgehalten werden kann. Ausweislich der tragenden Gründe zur Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte ist nicht bekannt, wie viele Verordnungen bislang von Vertragszahnärzten ausgestellt wurden, noch kann abgeschätzt</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>werden, wie sich die Fallzahlen nach Inkraftsetzung einer etwaigen Richtlinie entwickeln werden. Mangels einer entsprechenden Datenlage ist damit schon jetzt zu statuieren, dass ein Verordnungsrückgang und damit eine Verschlechterung der Versorgungslage der Versicherten mangels Vergleichszahlen nicht feststellbar wäre. Darüber hinaus entstünde bei Umsetzung der Richtlinie für alle Beteiligten ein deutlicher bürokratischer Mehraufwand. Die unter der Ziffer 4 der Tragenden Gründe gemachten Schätzungen zum zeitlichen Mehraufwand können nicht mitgetragen werden, der Verwaltungsaufwand ist deutlich höher anzusetzen: Beispielhaft wurde der Verwaltungsaufwand für die einvernehmliche Änderung der Frequenz fallweise mit drei Minuten beziffert. Hierbei kann allenfalls die reine Gesprächsdauer zwischen Zahnarzt und Leistungserbringer berücksichtigt worden sein. Erforderlich ist jedoch zunächst die Organisation einer Abstimmung von Zahnarzt und Leistungserbringer. In der Praxis sucht der Logopäde den betreffenden Zahnarzt persönlich auf, nimmt Wartezeiten in Kauf oder verfasst schriftlich eine fachlich begründete Anfrage, legt diese auf Termin und kontrolliert den Eingang einer ärztlichen Antwort auf seine Anfrage. Der Verwaltungsaufwand ist daher in der Regel allein auf Seiten des nichtärztlichen Leistungserbringers durchschnittlich pro Fall mit einer Zeitstunde und nicht wie angenommen mit drei Minuten zu beziffern. Auch der Zeitaufwand für</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			den Therapiebericht ist deutlich zu niedrig angesetzt. Der Mehraufwand wird mit entsprechenden Folgekosten in den Vergütungsverhandlungen nach § 125 Abs. 2 SGB V geltend gemacht werden.		
5.	SHV	Befundung/ Standardisierte Heilmittelkombination	<p>Ein evidenzbasiertes Vorgehen erfordert eine Eingangsbefundung, die weder vom verordnenden Zahnarzt noch im Rahmen einer physiotherapeutischen Einzelbehandlung möglich ist. Dazu gehört beispielsweise das Observieren, Messen und Palpieren der Mundöffnung, der Latero- und Protrusion und muskulärer Strukturen. Auf diese Art ist erkennbar, ob die Beschwerden der Patienten vorwiegend craniomandibuläre Ursachen haben oder andere umgebende Strukturen betroffen sind. Ein Physiotherapeut braucht mehrere Informationen für eine gute und zielgerichtete Behandlung, die sich in einer Untersuchung anderer vergleichbarer Zeichen und beitragender Faktoren (z. B. eine schlechte Okklusion) fortsetzt. Um eine angemessene und evidenzbasierte Therapie sicherzustellen, sprechen wir uns daher ausdrücklich für eine Befundposition aus, die einmalig innerhalb eines Regelfalls erbracht werden kann.</p> <p>Erst nach der umfassenden Befundung von Strukturen und Funktionen kann eine gezielte multimodale Therapie stattfinden, die nach bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ganzheitlich ausgerichtet sein sollte und neben</p>	<p>Befundung: nicht Gegenstand der HeilM-RL sondern berührt das bilaterale Vertragsverhältnis zwischen Krankenkassen und Heilmittelerbringern nach § 125 SGB V</p> <p>Standardisierte Heilmittelkombination: Die Heilmittel, die bei der standardisierten Heilmittelkombination im vertragsärztlichen Bereich eingesetzt werden, finden im vertragszahnärztlichen Bereich keine Anwendung. Dies gilt insbesondere für die Klassische Massagetherapie, hydroelektrischer Bäder, Traktion, Peloid und KG-Gerät.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>aktiven und passiven Maßnahmen auch die Patientenedukation einschließen muss (American association for dental research 2015). Diese Therapie macht eine gewisse Flexibilität in der Auswahl und Kombination therapeutischer Leistungen erforderlich. Es wäre daher sinnvoll, für die Heilmittelverordnungen der Zahnärzte eine kombinierte und komplexe Heilmittelposition einzuführen, wie sie als „standardisierte Heilmittelkombination“ bei orthopädisch-chirurgischen Indikationen verordnungsfähig ist.</p>		
6.	VDB	Übergangszeit notwendig	<p>Die Zahnärzte haben noch keine Erfahrungen mit der Verordnung von Heilmitteln unter den Vorgaben einer Heilmittelrichtlinie. Verordnungsfehler, die die Versorgung erschweren, sind vorprogrammiert. Es braucht ein Quartal Übergangszeit, indem Abweichungen von dieser HMR-ZÄ nicht zu Ungültigkeit der VO führen. Die Übergangszeit ist auch nötig wegen der Praxissoftware, die erst entwickelt werden muss.</p>	<p>Kenntnisnahme Der Umgang mit fehlerhaften Verordnungen im Rahmen der Abrechnung gem. § 125 und die Praxisverwaltungssoftware nach § 73 Abs. 8 SGB V fallen nicht in die Regelungskompetenz des G-BA.</p>	nein

B-6.2 Stellungnahmen zur Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

B-6.2.1 § 2 Heilmittel

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
7.	dbs	Abs. 1: Es bedarf der Ergänzung der Schlucktherapie, die nicht unter die Sprech- und Sprachtherapie subsumiert werden sollte. Bitte in „einzelne Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ändern.		Kenntnisnahme Die Schlucktherapie wird wie in der vertragsärztlichen HeilM-RL unter Sprech- und Sprachtherapie subsumiert.	nein
8.	dbl	Es bedarf der Aufnahme und Regelung der Stimm- und Schlucktherapie	Die Schlucktherapie wird weiterhin unter Sprech- und Sprachtherapie subsumiert. Als Berufs- und Fachverband sehen wir die dringende Notwendigkeit, die logopädische Intervention durch die Aufnahme des Begriffs „Schlucktherapie“ zu konkretisieren. Die infantile Form des Schluckens muss zu einem gaumengerichteten, physiologischen Schlucken umgestellt werden. Falls ein ad- oder interdentes Schluckmuster besteht, entwickelt sich eine myofunktionelle Störung mit Auswirkungen auf den orofazialen Bereich und den Ganzkörperonus (Myofunktionelle Diagnostik und Therapie, A. Kittel, N. Förster, Der Freie Zahnarzt, S.76, 04/2016 Springer-Medizin)	Kenntnisnahme Die Schlucktherapie wird wie in der vertragsärztlichen HeilM-RL unter Sprech- und Sprachtherapie subsumiert. Stimmtherapie: siehe Ausführungen unter 3.	nein
9.	dba	Abs. 2 Satz 2: zu ergänzen: - einzelnen Maßnahmen der Sprech- und Schluck -Therapie (§§ 23-25).	Zu den Sprechstörungen zählen: Störungen - der Artikulation - der Sprechmotorik - des Redeflusses.	Kenntnisnahme Die Schlucktherapie wird wie in der vertragsärztlichen HeilM-RL unter Sprech- und Sprachtherapie subsumiert.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Diese erfordern Sprech-Therapie. Zu den Sprachstörungen zählen: Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - vor Abschluss der Sprachentwicklung, - nach Abschluss der Sprachentwicklung, - bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit, - bei auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung. <p>Diese erfordern Sprach-Therapie und stehen nicht im Zusammenhang mit zahnärztlicher Behandlung.</p> <p>Störungen des Schluckaktes</p> <ul style="list-style-type: none"> - i.S. Anlage 2 II.2. HeilM-RL ZÄ erfordern Schluck-Therapie. <p>Sprech- resp. Sprach-Therapie ist keine Schluck-Therapie. Das spiegelt auch der „Heilmittelkatalog Zahnärzte“ wider:</p> <p>Dem Heilmittel sind keine Indikationen der Sprach-Therapie zugeordnet.</p>	<p>und siehe Ausführungen unter 3.</p>	
10.	VDB	<u>Abs. 2 S 3:</u> streichen	<p>Richtig ist, dass der vorliegende Entwurf durch § 2 Abs 2 S 1 dem Zahnarzt die Zuständigkeit für die Behandlung von Störungen im Bereich Mund/Kiefer zuweist. Dies entspricht dem Inhalt und der Reichweite der zahnärztlichen Approbation. Das Tätigkeitsfeld eines Zahnarztes</p>	<p>Kenntnisnahme siehe Ausführungen unter 3.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>beinhaltet Prävention, Diagnose und Therapie von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.</p> <p>§ 2 Abs 2 S 3 fordert aber darüberhinaus für die Verordnungsfähigkeit, dass die Ursache der strukturellen/funktionellen Schädigungen im Mund, Kiefer oder Gesichtsbereich liegen müssen. Dies ist zu eng.</p> <p>Die aus dem Entwurf zwingend folgende Abgrenzung der Zuständigkeit Zahnarzt / andere Facharztgruppen wird in der Praxis dazu führen, dass die genannten Störungsbilder weder von der einen noch von der anderen Arztgruppe behandelt werden und somit eine Versorgungslücke entsteht. Die qualifizierte physiotherapeutische Befundung des CMD-Patienten spiegelt den Zusammenhang, in dem sie vom Kiefer ausgeht und die gesamte Kette bis zum Fuß erfasst. In der Regel führt ein multifaktorielles Geschehen zur Störung im Kieferbereich.</p> <p>Weiterhin bestehen Widersprüche des § 2 Abs 2 S 3 zu anderen Vorschriften der HMR und zum HMK.</p> <p>Es kann für die Zuständigkeit des Zahnarztes und die Verordnungsfähigkeit von Heilmitteln nicht entscheidend sein, ob die Ursache im Bereich Mund/Kiefer/Gesicht liegt. Es kommt nur darauf an, ob die in diesem Bereich manifestierte Störung eine Ursache hat, die mit Heilmitteln zu behandeln und zu bekämpfen ist. Die enge Grenzziehung des § 2 Abs 2 S 3</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>steht in Widerspruch zu § 19 Abs. 2 u 4 des Entwurfs. Im Rahmen der Bewegungstherapie wird ausdrücklich die manuelle Therapie erwähnt, und zwar zur Behandlung reversibler Funktionseinschränkungen der Gelenke u. ä., ohne Bezug oder Beschränkung auf die Ursache der Gelenkprobleme. Dies kann auch im Bereich des § 2 Abs. 2 Satz 3 nicht anders gesehen werden, weil es auf die Beseitigung der Erkrankung im Bereich Mund/Kiefer/Gesicht ankommt und nicht darauf, wo im Körper die Krankheit ihre Ursache hat.</p> <p>Wenn behandelbare Störungsbilder exklusiv auf die Regionen Kiefer/Gesicht beschränkt werden, warum darf dann nach dem HMK die KG verordnet werden, die doch Bewegung für den ganzen Körper bedeutet? Oder muss die Bewegung im Rahmen der KG dann beschränkt auf den Bereich oberhalb der Schulter stattfinden?</p>		
11.	VDB	<p><u>Abs 3 iVm § 3 Abs 3 und § 5:</u> Widersprüche innerhalb des Entwurfs sowie zum Gesetz</p>	<p>§ 2 Abs. 3 regelt, dass der Heilmittelkatalog ZÄ Bestandteil der Richtlinie ist, wonach nach § 3 Abs. 3 die Indikation ableiten lässt, die allerdings nicht allein aus der Diagnose folgt, sondern unter Berücksichtigung der Gesamtbeurteilung der strukturellen funktionellen Schädigung festzustellen ist, sowie der Beeinträchtigung unter Berücksichtigung von individuellen Kontextfaktoren. Diese ergeben sich dann allerdings aus § 4 Abs. 2, der die Indikationen im Einzelnen regelt. Diese ergeben sich nämlich</p>	<p>Kenntnisnahme Die Indikationen sind abschließend und ergeben sich aus dem HeilM-Katalog.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>aus dem Heilmittelkatalog und zwar inklusive der verordnungsfähigen Mengen. Zu diesem System steht im Widerspruch zunächst § 4 Abs. 3. Wenn der Heilmittelkatalog abschließend ist, sind dort nicht mögliche Indikationen, sondern sämtliche Indikationen enthalten, die zu einer Heilmittelverordnung führen können. Es muss zumindest klargestellt werden, ob die Indikationen für eine Verordnung nach § 3 Abs. 3 des Entwurfs Interpretationen und Spielraum zulassen oder ob der Katalog abschließend ist, auch hinsichtlich der aufgeführten Indikationen. Hierfür spricht § 4 Abs. 2 erster Spiegelstrich, woraus sich ergibt, dass die Indikationen im Katalog enthalten sind, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind. Daraus folgt, dass andere Indikationen möglicherweise vorhanden sind, aber eine Verordnung von Heilmitteln nicht rechtfertigen.</p> <p>Ebenfalls im Widerspruch stehen die Verordnungsaußschlüsse nach § 5. Nach Absatz 1 dürfen anstelle von nach § 34 Abs. 1 SGB V ausgeschlossenen Arzneimittel keine Heilmittel verordnet werden. Allerdings regelt § 34 eben auch die ausgeschlossenen Heilmittel. Die in § 34 Abs. 6 SGB V ausgeschlossenen Arzneimittel stehen einer Heilmittelverordnung ohnehin entgegen (Erkältungskrankheiten, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel u. ä.). Die Bindung des Verordnungsverbotes für Heilmittel an ausgeschlossene Arzneimittel</p>	<p>zu § 5 Abs. 1: Kenntnisnahme</p> <p>Durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) mit Wirkung zum 1. Januar 2011 wurde § 34 SGB V angepasst. Nunmehr ist die bislang in Absatz 4 geregelte Ermächtigung an das BMG, durch Rechtsverordnung Heilmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischem Nutzen oder geringem Abgabepreis auszuschließen, entfallen. Daneben wurde auch</p>	<p>ja, Streichung § 5 Abs. 1</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			wäre dem Gesetz und der danach zu ergehenden Verordnung vorbehalten, wohl nicht aber dem GBA.	Absatz 5 aufgehoben, wonach die Substitution von nach § 34 Absatz 1 SGB V ausgeschlossenen Arzneimitteln durch Heilmittel verboten wurde.	
12.	DGFDT	<u>Abs. 1, Satz 2 zweiter Spiegelstrich</u> „Maßnahmen der Physikalischen Therapie“ sollte ersetzt werden durch „Maßnahmen der Physikalischen Therapie und der Physiotherapie“	Physikalische Therapie umfasst nach üblicher Wahrnehmung der angesprochenen Verkehrskreise die therapeutische Anwendung von Wärme, Kälte und elektrischem Strom (lt. §18 mittels thermischer oder elektrischer Energie). Im Gegensatz dazu wirkt Physiotherapie durch körperliche Beeinflussung (lt. §18 mittels kinetischer oder mechanischer Energie) der betreffenden Gewebe, sei es aus Sicht der oder des Patienten passive Maßnahmen oder durch unter Anleitung aktiv durchgeführte Übungen. Beide können sich sinnvoll ergänzen, so kann z.B. die Physiotherapie von Muskeln nach deren Behandlung mittels physikalischer Therapie (hier: Wärmeanwendung) wirksamer sein, weil dann die Gefäße geweitet sind.	zustimmende Kenntnisnahme Änderung in „Maßnahmen der Physikalischen Therapie und der Physiotherapie“	ja, in § 2 Absatz 1, Satz 2, zweiter Spiegelstrich, § 11 Absatz 3 und 4, § 16 Überschrift sowie Absatz 1 und 2, § 18 Überschrift sowie Absatz 1, 2 und 3 sowie im <heilM-Katalog unter I. werden hinter den Worten „Maßnahmen der Physikalischen Therapie“ die Worte „und der Physiotherapie“ ergänzt
13.	DGFDT	<u>Abs. 2 Satz 3:</u> Anstelle der Worte „Die Ursache“ sollte der Satz beginnen mit „Der Schwerpunkt“.	Sofern Physiotherapie zur Behandlung craniomandibulärer Dysfunktionen dient so ist nicht abschließend geklärt, was deren Ursache ist. Da die Physiotherapie auch nicht deren Ursache beseitigt, sondern die Folgen mildert oder	Kenntnisnahme Das Wort „Schwerpunkt“ würde Untersuchungen erfor-	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>beseitigt ist der Bezug auf die Ursache unnötig im Zweifel eines Tages problematisch. Gemeint ist im Grunde aber, dass die zahnärztliche Verordnung zur Behandlung von Beschwerden dienen soll, die Ihren Schwerpunkt im craniomandibulären System und damit im Zuständigkeitsbereich des Zahnarztes nach dem Zahnheilkundegesetz haben. Die Umformulierung wird dem gerecht.</p>	<p>dern, die außerhalb des Zuständigkeitsbereiches des Zahnarztes gemäß § 1 Abs. 3 Zahnheilkundegesetz liegen würden.</p>	

B-6.2.2 § 5 Verordnungsausschlüsse

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
14.	VDB	Abs 2 S 4: Versorgungslücke könnte entstehen	Danach sollen Heilmittel nicht verordnet werden, wenn Leistungen des Kapitel 7 des SGB IX geboten, aber nicht durchgeführt werden können. Hier müsste überprüft werden, ob Patienten damit nicht versorgt sind bzw. wie die Versorgung mit Heilmitteln dann sichergestellt werden muss.	Kenntnisnahme Die Regelung entspricht der gesetzlichen Vorgabe und ergibt sich aus der Zuständigkeitsaufteilung zwischen SGB V und SGB IX.	nein
15.	VDB	Abs 3: Risiko des Entstehens einer Versorgungslücke	§ 5 Abs. 3 verbietet die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der Frühförderung. Es ist nachzuvollziehen, dass eine Doppelversorgung unterbleiben soll. Allerdings regelt die Heilmittelrichtlinie nach § 3 Abs. 2 dritter Spiegelstrich Kurativbehandlungen, während im SGB IX Erkennung von (Risiken für) Behinderungen und Vorbeugung gegen sowie Förderung bei Behinderung im Vordergrund steht. Von daher ist von der Zielsetzung des Gesetzes her nicht nachzuvollziehen, dass ein Verordnungsausschluss auch dann in Betracht kommt, wenn zeitgleich zur Förderung ein Bedarf für eine Heilbehandlung besteht.	siehe Nummer 14	nein

B-6.2.3 § 6 Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
16.	SHV	<p>§ 6 III S. 2</p> <p>Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosegruppe...</p>	Anpassung an die Formulierung von § 7 IV S. 2 HeilM-RL	Zustimmende Kenntnisnahme Ergänzung der Wörter: „ <i>derselben Indikationsgruppe</i> “ zur <i>Klarstellung. statt von Diagnosegruppe wird in der HeilM-RL ZÄ von „Indikationsgruppe“ gesprochen, weshalb auch hier der Terminus Indikationsgruppe verwendet wird.</i>	ja, nach dem Wort Erkrankung werden die Wörter „derselben Indikationsgruppe“ angefügt.
17.	VDB	<p>Abs 4 S 1:</p> <p>Forderung nach Ausnahmen für das behandlungsfreie Intervall</p>	Das behandlungsfreie Intervall von 12 Wochen ist allgemein ein Problem für alle behandelnden Ärzte. In der Praxis ist durch den Arzt nicht immer erkennbar, ob das Intervall eingehalten ist. Für die Zahnärzte kommt eine fachliche Problematik hinzu: Wenn im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung durch Kronen, Brücken oder Dritte Zähne der Aufbiss verändert wird, ist die laufende Fortsetzung der Heilmittelbehandlung geboten, insbesondere, wenn Aufbiss-Abdruck zur Schienenanfertigung durchgeführt werden muss.	Kenntnisnahme Wenn ein weiterer Behandlungsbedarf besteht, kann diese über die Verordnung außerhalb des Regelfalls durchgeführt werden.	nein

B-6.2.4 § 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
18.	dbl	Der Begriff der längerfristigen Verordnung bedarf der Erläuterung.	Die Richtlinie unterscheidet ebenso wie die Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung Erst-, Folgeverordnungen und Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Hinzu kommen Verordnungen außerhalb des Regelfalls in der besonderen Ausgestaltung des langfristigen Heilmittelbedarfs, siehe § 8. Daneben ist der Begriff der längerfristigen Verordnung nicht geregelt.	zustimmende Kenntnisnahme	ja, Änderung § 7 Abs. 1 Satz 1 neuer Satz 1: <i>„Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungs menge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalls möglich.“</i>
19.	SHV	§ 7 IV S. 4 Sie informiert hierüber die Kassenzahnärztliche Vereinigung und den Spitzenverband der Heilmittelverbände.	Die Ergänzung ist notwendig, da nur dadurch die unverzügliche und notwendige Information der Heilmittelerbringer gewährleistet werden kann.	Kenntnisnahme Es gibt im Heilmittelbereich keine gesetzlich normierte Organisation der Leistungserbringer, die alle von der Richtlinie betroffenen Leistungserbringer vertritt.	nein

B-6.2.5 § 8 langfristiger Heilmittelbedarf

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
20.	VDB	<p>Abs 2 S 2 u 3: Frist entspricht nicht den Vorgaben des SGB V</p>	<p>Die gesetzliche Regelung des § 13 Abs. 3 a SGB V sieht andere Fristen vor, die vorrangig zu beachten sind. Sodann kann die Entscheidungsfrist nach dem vorliegenden Entwurf „unterbrochen“ werden, wenn zur Entscheidung ergänzende Informationen erforderlich sind. Dies kann so nicht bleiben. Denn „Unterbrechung“ würde bedeuten, dass die Frist von vorne zu laufen beginnt. Dies kommt in keinem Fall in Betracht, sondern nur eine Hemmung, wobei nach Beseitigung des Informationsdefizites die gehemmte Frist einfach weiterläuft, ohne dass es zu einer Verlängerung der Frist kommt.</p>	<p>Kenntnisnahme Keine Änderung da die Regelung des § 32 Abs. 1a Satz 3 in die RL übernommen wurde und diese als lex specialis vorrangig vor § 13 Abs. 3a SGBV Anwendung findet.</p>	nein

B-6.2.6 § 10 Ort der Leistungserbringung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
21.	dbs	Abs. 1: Es wird begrüßt, dass Heilmittel als Behandlung in einer tagesstrukturierenden Einrichtung explizit verordnet werden können.		Zustimmende Kenntnisnahme	nein
22.	dbl	Abs. 2 S. 3, 4 bedürfen der Konkretisierung	Hier wurden die Regelungen aus der vertragsärztlichen Richtlinie von 2011 übernommen. Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. hat die Einführung dieser Regelung damals unter Berücksichtigung der familien- und arbeitsmarktpolitischen Entwicklung begrüßt. Bis heute bestehen jedoch erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit dieser Regelung, auf die wir wiederholt gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss wie auch gegenüber den einzelnen Krankenkassen hingewiesen haben. Teilweise wird von Kostenträgern bestritten, dass auch eine Regelschule die Voraussetzungen erfüllen könne. Auch werden unterschiedliche und divergierende Auffassungen der Kostenträger vertreten, welcher Personenkreis unter die Regelung falle (nur behinderte mit Behindertenausweis oder auch von Behinderung bedrohte Kinder mit entsprechend erhöhtem Förderbedarf?) und wann eine Einrichtung ganztägig sei. Hieraus folgt eine erhebliche Rechtsunsicherheit für die Praxis und eine entsprechend unsichere Versorgungslage für die bedürftigen Kinder und Jugendliche.	Kenntnisnahme Ist hinreichend in den TrGr erläutert und bedarf keiner weiteren Ausführung im RL-Text.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
23.	dba	<p>Abs. 2, Satz 2 zu ergänzen:</p> <p>Die Verordnung eines Hausbesuchs für die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin ist ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig (mindestens 7 Stunden, mindestens bis 15:00 Uhr) in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung (dazu zählen im Rahmen der Inklusion auch Regelschulen) untergebracht sind, ...</p>	<p>Hier werden die Grundsätze der Heilmittel-Richtlinie durchbrochen:</p> <p>Der Therapeut beurteilt eigenständig, ob ein Hausbesuch stattfinden soll oder nicht. Damit ist in die Beurteilungsbefugnis des Therapeuten gestellt, ob die ärztliche Begründung bezüglich Schwere und Langfristigkeit der Schädigung eine Therapie außerhalb der therapeutischen Praxis erfordert.</p> <p>Es ist nicht nachvollziehbar, warum dem Arzt die Entscheidungsbefugnis entzogen wird, die ihm in gleich gearteten Fällen obliegt. Unabhängig davon sollte die Therapie grundsätzlich auch erwachsenen behinderten Menschen in ihrer Tageseinrichtung ermöglicht werden.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Die Beurteilung, ob ein Hausbesuch notwendig ist, bedarf einer medizinischen Beurteilung und fällt daher in die Kompetenz der Vertragszahnärztin und des Vertragszahnarztes.</p> <p>Für Behandlungen in tagesstrukturierenden Fördereinrichtungen kann kein Hausbesuch verordnet werden.</p>	nein
24.	dba	<p>Abs. 2, Satz 4 zu ergänzen:</p> <p>Voraussetzung ist, dass sich aus der zahnärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/ funktionellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und die Tageseinrichtung (dazu zählen im Rahmen der Inklusion auch Regelschulen) auf die Förderung dieses Personenkreises (.....) ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.</p>	<p>Der „Personenkreis“ bedarf der Konkretisierung. Die tägliche Praxis zeigt, dass die Definition von Seiten der Kostenträger uneinheitlich, weil unklar, ist.</p> <p>Im Interesse der Gleichbehandlung der Versichertengruppe muss hier eine Klarstellung erfolgen, z.B.: GdS von mindestens 50, regelhaft Hilflosigkeit</p>	siehe Nummer 22.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
25.	VDB	<p>Behandlung mit Physiotherapie in der Zahnarztpraxis,</p> <p>Kritik an unklaren Definitionen, Unvereinbarkeit mit VO-Vordruck Muster 13</p>	<p>§ 10 Abs. 1 ist zu ergänzen. Ein neuer Spiegelstrich ist einzufügen: „Eine Behandlung mit Heilmitteln in der Zahnarztpraxis ist vorzusehen, wenn ein Aufbißabdruck bzw. eine Relationsbestimmung der Kiefer für eine Schienentherapie oder zur prothetischen Versorgung erfolgen soll.“ Für eine Schienentherapie bzw. eine prothetische Therapie ist es fachlich geboten und unabdingbar, dass direkt nach der Physiotherapie mit der erfolgten Lockerung der Muskulatur eine Bißnahme für die weitere Behandlung erfolgt. Dies ist gegeben, wenn die physiotherapeutischen Behandlungen direkt in der Zahnarztpraxis und kurz vor der Bißnahme erfolgen kann. Medizinisch ist dies geboten, weil die Durchführung der physiotherapeutischen Behandlung in der Praxis gewährleistet, dass sich die Bißlage nicht mehr verändert, ein Risiko, dass sich auf dem Weg vom Physiotherapeuten zum Zahnarzt realisieren kann, z.B. schon bei einem leichten Verstolpern auf unebenem Untergrund.</p> <p>In Absatz 1 sind drei Behandlungsmöglichkeiten eröffnet, nämlich in der Praxis, in der „häuslichen Umgebung“ als Hausbesuch oder als Behandlung in einer tagesstrukturierenden Fördereinrichtung für Kinder und Jugendliche. Diese Unterscheidungen sind auf dem vereinbarten Verordnungsvordruck (Muster 13 für Physiotherapie) nicht vorgesehen. Dort kann bis jetzt nur angekreuzt werden Hausbesuch ja oder nein, womit zumindest die dritte Alternative gar nicht markiert werden kann.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Begründung ist fachlich nicht geboten und deshalb ist die Leistungserbringung eines Physiotherapeuten in der Zahnarztpraxis nicht vorgesehen</p> <p>Das Verordnungsmuster ist nicht Regelungsgegenstand des G-BA.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Im Übrigen sind die Begriffe deutlicher zu definieren (tagesstrukturierende Fördereinrichtung/Hausbesuch in der „häuslichen Umgebung“). Zählt ein Internat zur häuslichen Umgebung, wenn Schüler dort wohnen?</p> <p>Letztlich stellt sich die Frage, warum ein Patient nicht mit einem Heilmittelerbringer einen Vertrag schließen kann, nach dem ein nicht verordneter Hausbesuch in Anspruch genommen wird und der Patient die Kosten für den Hausbesuch selber bezahlt. Wenn eine Leistung sowohl im Hausbesuch als auch in der Praxis abgegeben werden kann, ist nicht zu erklären, warum ein Patient dies nicht auch dann in Anspruch nehmen darf, wenn der Hausbesuch gewünscht, aber nicht unbedingt notwendig ist, wenn er die Kosten selber übernimmt.</p> <p>Hinzu kommt, dass nach § 10 Abs. 2 Satz 4 eine zahnärztliche Begründung mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigung der Aktivitäten erforderlich ist. Diese ist auf dem Vordruck ebenfalls so nicht vorgesehen. Es stellt sich hier die Frage, wer überprüft, ob eine solche Begründung vorhanden ist, ob sie zahnmedizinisch zutreffend ist, also einen Hausbesuch legitimiert. Im Rahmen der Verordnungsprüfung durch den Heilmittelerbringer ist die Überprüfung des formal richtigen Ausfüllens der Verordnung geboten, nicht aber die Prüfung der inhaltlichen Richtigkeit der Begründung. Allenfalls kann also geprüft werden, ob überhaupt eine Begründung vorliegt.</p>		

B-6.2.7 § 11 Auswahl der Heilmittel

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
26.	dba	Abs. 4, Satz 1 zu ergänzen: ... Maßnahmen der Sprech- und Schluck- Therapie) ...	s. Begründung zu § 2	siehe Nummer 8	nein
27.	VDB	Abs. 3 Satz 2: isolierte Verordnung von ergänzenden Heilmitteln	Die Ultraschall-Wärmetherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels ist fachlich nicht vertretbar. Große Teile des m. masseter sowie der m. pterygoideus lateralis (als einziger Antagonist des m. masseter) werden vom Ramus Zygomaticus (Jochbein) abgedeckt und sind somit mittels Ultraschall nicht erreichbar.	zustimmende Kenntnisnahme Streichung als isoliertes Heilmittel	ja, § 11 Absatz 3 Satz 2 Streichung der Wörter „Oder die Ultraschall-Wärmetherapie“ § 21 Absatz Streichung der Wörter „mit Ausnahme der Ultraschallwärmetherapie“
28.	DGFDT	(3) Satz 1: Statt Soweit medizinisch erforderlich, kann in der physikalischen Therapie“ sollte es hier heißen „ Soweit medizinisch erforderlich, kann in der physikalischen Therapie und Physiotherapie“	Da physikalische Therapie nach üblicher Wahrnehmung der angesprochenen Verkehrskreise die therapeutische Anwendung von Wärme, Kälte und elektrischem Strom (z.B. „TENS“) umfasst und Physiotherapie durch körperliche Beeinflussung der betreffenden Gewebe wirkt sollte dies hier unterschieden werden.	siehe Nummer 12	ja, siehe Nummer 12
29.	DGFDT	(3) Satz 1:	Der Vorstand und wissenschaftliche Beirat der DGFDT haben sich intensiv mit den Therapie-	Kenntnisnahme; Die Verordnung von maximal 3 HM zur Erzielung besserer klinischer	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>die DGFDT spricht sich ausdrücklich für die Verordnung von maximal 3 Therapiemitteln aus für die Indikationen CRZ1 und CSZ</p>	<p>mitteln befasst. Die Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie des Vorstands haben sich mit Nachdruck einstimmig dafür ausgesprochen, dass für die Indikationen CRZ1 und CSZ bis zu 3 Therapiemittel verordnet werden sollen: KG/MT UND Massage als vorrangige Therapiemittel UND ein weiteres im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“. Nach den klinischen Erfahrungen der Spezialisten kann die Kombination mehrerer Heilmittel deutlich bessere Ergebnisse erzielen als die Verordnung eines vorrangigen Therapiemittels und/oder eines ergänzenden Heilmittels alleine. Um die Chronifizierung der in der Gruppe CRZ1 zusammen gefassten Indikation zu vermeiden sollten dem Zahnarzt möglichst suffiziente nicht invasive Therapiemittel an die Hand gegeben werden, mit deren Hilfe es möglich ist, deutlich invasivere und kostspieligere Maßnahmen zu vermeiden. Derzeit sieht die Therapiestrategie einer CRZ1- Indikation vor, zunächst konservative, reversible Maßnahmen zu ergreifen. Es gilt jedoch die Vorgabe, frühzeitig minimal-invasive chirurgische Maßnahmen einzuleiten bei Patienten, bei denen mit den initialen zahnärztlichen und begleitenden Maßnahmen nicht der gewünschte Erfolg hinsichtlich Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung erzielt werden kann (siehe aktuelle wissenschaftliche Mitteilung „Zur Therapie der funktionellen Erkrankungen des craniomandibulären Systems“ (www.dgfdt.de)).</p>	<p>Ergebnisse ist fachlich nachvollziehbar, zum gegenwärtigen Zeitpunkt aber ohne suffiziente Datenlage. Des Weiteren würde dies eine wesentliche Erweiterung i.S. des 2. Kap. § 2 Abs. 1b VerFO darstellen und war nicht Bestandteil in der Erarbeitung der HeilM-RL, sondern wäre ggf. einem separatem Prüfungsverfahren gemäß § 138 und § 135 Abs. 1 S. 1 zu unterziehen.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Bei chronifizierten Beschwerden kann insbesondere durch die Aktivierung der körpereigenen inhibitorischen Schmerzregulation positiv Einfluss genommen werden, um damit der peripheren wie zentralen Schmerzsensibilisierung entgegenzuwirken.</p> <p>Die Reduktion der zahnärztlichen Verordnung auf nur zwei Therapiemittel würde eine erhebliche Einbuße für das unschätzbare Potenzial minimal invasiver Therapieansätze der Physiotherapie bedeuten.</p> <p>Die Datenlage der Literatur ist leider nicht suffizient. Ein aktuelles Review kann angeführt werden: Susan Armijo-Olivo, Laurent Pitance, Vandana Singh, Francisco Neto, Norman Thie, Ambra Michelotti: Effectiveness of Manual Therapy and Therapeutic Exercise for Temporomandibular Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. PHYS THER. 2016; 96:9-25.</p>		
30.	DGFDT	<p>(3) Satz 3: statt „oder die Ultraschall-Wärmetherapie“ sollte der Satzteil lauten „oder die Wärmetherapie“</p>	<p>Die Anwendung von Ultraschall-Wärmetherapie ist hier weniger üblich und wird durch die Anwendung von Infrarot-Wärmetherapiegeräten ersetzt – neben den anderen unter §21 genannten Verfahren.</p>	<p>Die RL umfasst unter § 21 Abs. 2 unter anderem auch die Anwendung von Infrarot-Wärmetherapie</p>	<p>ja, Präzisierung unter § 21 Abs. 2 Nummer 2: neu: 2. Wärmetherapie mittels Heißluft, als strahlende oder geleitete Wärme</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
					zur Muskeldetonisierung und Schmerzlinderung,
31.	DGZMK (AK PP)	Änderung, dass 3 Heilmittel je Verordnung möglich sind, neben einem vorrangigem, je 1 ergänzendes und ein optionales	Ergibt sich aus dem Änderungsvorschlag zu CRZ1 (siehe dort)	Es sind keine optionalen Heilmittel vorgesehen und im übrigen wird auf Nummer 29 verwiesen.	nein

B-6.2.8 § 12 Verordnungsvordruck

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
32.	dbl	<p>Entsprechend der bisher gelebten Praxis sollten in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie folgende Angaben auf der Verordnung enthalten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angaben zur Krankenkasse, zum Versicherten und zum Vertragszahnarzt nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks - Heilmittel, - Diagnose, - Menge, - Therapiezeit, - ggf. Hausbesuch und ggf. spätester Behandlungsbeginn. 	<p>Diese Verordnungspraxis hat sich in der Praxis bewährt, sie stellt eine wirtschaftliche Versorgung mit den medizinisch notwendigen Maßnahmen sicher.</p> <p>Die Erfahrungen im vertragsärztlichen Bereich zeigen, dass viele auf dem Verordnungsvordruck Muster 14 abgefragte Angaben nicht für die Behandlung im Einzelfall erforderlich sind. Dies vor allem vor dem Hintergrund der logopädischen Befunderhebung, die die zahnärztliche Diagnostik ergänzt und die die Basis für den vom Logopäden zu erstellenden Behandlungsplan bildet.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband hat zusammen mit den stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Verbänden von der Empfehlungskompetenz nach § 125 Abs. 1 Nr. 3 a Gebrauch gemacht und Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung gemacht sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung getroffen. Es ist kein Grund ersichtlich, diese Regelungen nicht auch auf den zahnärztlichen Bereich zu übertragen.</p> <p>Danach ist insbesondere die Angabe des Hausbesuchs, des Therapieberichts und die Angabe, ob die Therapie als Einzel- oder als Gruppentherapie durchzuführen ist optional und damit nicht zwingend. Dies gilt auch für die Angabe des Heilmittels. Zur Begründung heißt es: Abhängig vom Indikationsschlüssel</p>	<p>Kenntnisnahme, die aufgeführten Angaben sind in der RL enthalten und die weiteren Angaben sind erforderlich.</p>	<p>nein</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>können stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Maßnahmen sowohl einzeln als auch in Kombination zum Einsatz kommen, wobei die einzelnen Elemente nicht in jedem Fall vollständig voneinander abgrenzbar sind.</p> <p>Zur Frequenzempfehlung besteht Einvernehmen, dass, wenn diese nicht angegeben ist, die Frequenzempfehlung des Heilmittel-Kataloges verbindlich anzuwenden ist.</p> <p>Gerade vor dem Hintergrund, dass Zahnärzte in der Regel quantitativ weniger mit Heilmittelverordnungen befasst sind als andere Vertragsärzte, sollten die Anforderungen an das Ausstellen einer Verordnung niedrig gehalten und der bürokratische Aufwand auf ein Mindestmaß reduziert werden.</p>		
33.	dba	<p>Abs. 2, Satz 3 zu ergänzen: Anzugeben sind insbesondere für</p> <p>2. die Sprech- und Schluck-Therapie</p> <p><u>Pflichtangaben:</u></p> <p>a. Angaben zur Krankenkasse, zur oder zum Versicherten und zu der Vertragszahnärztin oder zu dem Vertragszahnarzt nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks,</p> <p>b. die Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls),</p>	<p>Die einzelnen Heilmittel haben unterschiedliche Anforderungen und bedürfen differenzierter Betrachtungen. Aus diesem Grund haben GKV-SV und die Verbände der Heilmittelerbringer zum 01.07.2013 sektorale „Rahmempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ (SSST) vorgelegt.</p> <p>„ ... damit [liegt erstmals] eine eigenständige Empfehlung für diesen Bereich der Heilmittelversorgung vor, mit der auf die inhaltlichen Besonderheiten der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie eingegangen wird. Teil der</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Die Ausgestaltung der notwendigen Angaben auf der Verordnung wird gem. § 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3a SGB V von den entsprechenden Vertragspartnern reguliert. Darüber hinaus wird auf Nummer 32. verwiesen.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>c. die Verordnungsmenge d. die Frequenzangabe, e. die Therapiedauer (Sprech- und Sprachtherapie 30, 45 oder 60 Minuten), f. der vollständige Indikationsschlüssel (Diagnosengruppe und ggf. Leitsymptomatik, z. B. SPZ), g. die therapierelevante(n) Diagnose(n), h. Vertragsarztstempel und -unterschrift</p> <p><u>Optionale Pflichtangaben:</u></p> <p>a. Hausbesuch (ja oder nein), b. Therapiebericht (ja oder nein), c. ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 14 notwendig, d. das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ, e. ergänzende Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen) f. die Therapieziele, falls sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben,</p>	<p>Rahmenvereinbarung ist eine Arbeitshilfe [die Anlage 3¹], die über die notwendigen Angaben auf der Verordnung informiert. Damit wird deutlich, welche Informationen in welchen Fällen und in welcher Form auf den Verordnungen vermerkt respektive unter bestimmten Umständen nicht angegeben werden müssen. Missverständnissen wird so vorgebeugt. Beide Vertragsseiten hoffen, dass so die Arbeit für die Therapeuten wie auch für die Kassen einfacher und reibungsloser wird, ...“²</p> <p>¹ Rahmenempfehlung Anlage 3: Notwendige Angaben auf Heilmittelverordnungen für Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (SSST) in der Fassung vom 01.07.2013</p> <p>² Gemeinsame PM von GKV-SV und dba/dbl/dbs 03.07.2013 zur SSST</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>g. die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls oder langfristigem Heilmittelbedarf,</p> <p>h. ICD-Code der Diagnose</p>			
34.	VDB	<p>Abs. 1 u 2: Ergänzungsbedarf</p>	<p>§ 73 Abs 8 S 9 SGB V muss auf Zahnärzte entsprechende Anwendung finden: notwendig ist zertifizierte Software auch für Zahnärzte zur Sicherstellung einer zuverlässigen Versorgung. § 12 Abs 2 lit. c muss an die Verordnungsvorgaben des § 10 Abs 1 angepasst werden (häusliche Umgebung / tagesstrukturierende Fördereinrichtung).</p>	<p>Kenntnisnahme, zertifizierte Software nicht Regelungsgegenstand des G-BA</p> <p>zu § 12 Abs 2 lit. c: Es ist nur ein medizinisch notwendiger Hausbesuch verordnungsfähig. Der Aufenthalt in einer tagesstrukturierenden Fördereinrichtung allein, ist kein Grund für einen Hausbesuch. Zur Klarstellung sind daher Konkretisierungen in § 10 notwendig.</p> <p>Die Vorgaben zur Ausgestaltung der notwendigen Angaben auf der Verordnung sind bereits in § 12 Abs. 2 enthalten.</p>	<p>ja, Anpassung in § 10</p> <p>in § 10 Abs. 1 wird der dritte Spiegelstrich gestrichen und Satz 1 bis 2 aus Absatz 2 verschoben in Absatz 1 und nach Satz 1 des Absatz 1 eingefügt</p> <p>In Absatz 2 wird in Satz 1 der Klammerzusatz tagesstrukturierte Fördereinrichtung ergänzt.</p>

B-6.2.9 § 13 Grundlagen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
35.	VDB	<u>Abs 1</u> Weshalb heißt es „Abs 1“ wenn es keinen Abs 2 gibt?		zustimmende Kenntnisnahme	ja, Streichung Nummerierung

B-6.2.10 § 14 Beginn der Heilmittelbehandlung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
36.	BZÄK	Die BZÄK folgt dem Vorschlag der KZBV und PatV.	Die Erfahrung zeigt, dass die Physiotherapeuten nicht regelhaft einen Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen gewährleisten können. Insofern ist die Trennung zwischen dringlichem Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen und dem möglichen Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Tagen sinnvoll.	<p>KZBV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme, um eine Ungleichbehandlung zwischen der vertragszahnärztlichen Versorgung und vertragsärztlichen Versorgung zu vermeiden, wird dem Vorschlag des GKV-SV gefolgt</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme siehe TrGr; jedoch Klarstellung in Satz 2, dass der Vertragsarzt auch einen früheren oder späteren Behandlungsbeginn als die 14 Tage festlegen kann.</p>	<p>KZBV/PatV: ja, analog der Position des GKV-SV</p> <p>GKV-SV: ja, Satz 2 wird nun wie folgt gefasst: „<i>Als spätester Behandlungsbeginn nach Absatz 1 kann auch ein Zeitpunkt vor oder nach Ablauf der Frist von 14 Kalendertagen nach Satz 1 nach Verordnung durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragsarzt auf der Verordnung angegeben werden.</i>“</p>
37.	dbs	Die Position von KZBV und PatV wird ausdrücklich unterstützt.	Ein Beginn innerhalb von 14 Tagen ist nur bei dringendem Behandlungsbedarf erforderlich. Mit der 28 Tage Frist wird eine praxistaugliche Regelung geschaffen.	siehe Nummer 36	siehe Nummer 36

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
38.	DGZMK (DGI)	Vorschlag Frist auf 42 und 28 Tage verlängern	Die meisten Erkrankungen verlaufen nicht akut, gerade bei begleitenden Maßnahmen im Rahmen langfristiger Therapien, zB bei Dysgnathie ist ein Behandlungsbeginn innerhalb von 28 nicht immer realistisch	Kenntnisnahme, in Ausnahmefällen medizinisch notwendige längere Fristen können durch den Zeitpunkt der Verordnung geregelt werden	nein
39.	dbl	Der dbl unterstützt ausdrücklich die Position der KZBV und der Patientenvertretung.	Der Vorschlag der KZBV und der Patientenvertretung zu einem Beginn innerhalb von 28 Tagen wird den Anforderungen der Patienten an eine freie Therapeutenwahl gerecht und stellt zugleich eine medizinisch sinnvolle und wirtschaftliche Versorgung sicher. Damit liegt ein praxistauglicher Konsens vor.	siehe Nummer 36	siehe Nummer 36
40.	SHV	Der SHV schließt sich der Auffassung der KZBV und der PatV an.	Insbesondere bei chronisch Kranken ist ein Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen medizinisch nicht zwingend notwendig. Es ist für den Therapieerfolg entscheidender, dass die Therapie kontinuierlich durchgeführt wird. Der Patient wendet sich daher in diesen Fällen häufig erst später an den Heilmittelerbringer, wenn es in seinen persönlichen Zeitplan passt. Z. B. bei unspezifischen CMD-Beschwerden wie Kiefergelenksgeräuschen, Beschwerden im Bereich der Kaumuskulatur usw. ist eine Spanne von 28 Tagen ausreichend und angemessen. In Akutfällen kann der Vertragszahnarzt einen schnelleren Behandlungsbeginn durch Vermerk auf der Verordnung auslösen.	siehe Nummer 36	siehe Nummer 36

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
41.	dba	Ein Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Tagen ist für die Sprech- und Schluck-Therapie vertretbar.	Die Wahrscheinlichkeit, dass sich die im Rahmen der HeilM-RL ZÄ benannten Störungen des Sprechens und Schluckens spontan von selbst zurückbilden oder verschlechtern ist auszuschließen.	siehe Nummer 36	siehe Nummer 36
42.	VDB	VDB unterstützt Position von KZBV/PatV Weshalb heißt es „Abs 1“ wenn es keinen Abs 2 gibt?		siehe Nummer 35 und 36	ja, Streichung Absatznummerierung siehe Nummer 36
43.	DGFDT	Der Vorschlag der KZBV und der PatV sollte umgesetzt werden, also der Beginn innerhalb von 28 Tagen, bei dringendem Behandlungsbedarf innerhalb 14 Tagen.	In der Mehrzahl der Fälle sind die hier zu behandelnden Erkrankungen craniomandibuläre Dysfunktionen. Diese verlaufen in Ihrer Mehrzahl nicht hoch akut, daher ist kein dringender Behandlungsbeginn nötig. Oft ist es zudem medizinisch sinnvoll, nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit mit zahnärztlichen Maßnahmen zu beginnen und die Physiotherapie/Physikalische Therapie erst später aufzunehmen. Dennoch macht es Sinn, schon bei Planung der Behandlung mittels Physiotherapie/Physikalische Therapie zu verordnen, um Patienten und Therapeuten die Terminvereinbarung passend zu beider zeitlicher Möglichkeiten mit angemessenem Vorlauf zu ermöglichen. In Sonderfällen (z.B. Kieferklemme) wird der Zahnarzt/die Zahnärztin ohnehin gemäß §13 mit der Physiotherapie/Physikalischen Therapie Kontakt aufnehmen, um eine unmittelbare Behandlungsaufnahme abzustimmen.	siehe Nummer 36	siehe Nummer 36

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
44.	DGZMK (AK PP)	Der AKPP unterstützt den Vorschlag der KZBV/PatV	Ein Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen kann und muss nicht immer gewährleistet werden. Es ist vielmehr sinnvoll oft knappe Ressourcen für dringende Fälle gezielt einzusetzen. Auf diese Weise sind Termine mit 28tägiger Vorlaufmöglichkeit besser planbar und es vergrößert sich die Chance auf eine ortsnahe Therapiemöglichkeiten für jeden Patienten.	siehe Nummer 36	siehe Nummer 36

B-6.2.11 § 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
45.	SHV	<p>§ 15 II 1</p> <p>Eine Abweichung von der Frequenzangabe ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde.</p>	<p>Die Anpassung ist eine Folgeanpassung und erforderlich, weil der Empfehlungscharakter der Frequenzangabe anders als in der HeilM-RL gestrichen wurde.</p>	<p>zustimmende Kenntnisnahme</p>	<p>ja, entsprechend Vorschlag. Formulierung lautet jetzt wie folgt: „Eine Abweichung von der Frequenzangabe ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde.“</p>
46.	dba	<p>Abs. 4, Satz 2 zu ergänzen:</p> <p>Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des Therapie-Ziels, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.</p>	<p>Gemäß HeilM-RL ZÄ gibt der Vertragszahnarzt auf der Verordnung das Therapie-Ziel, nicht den Therapie-Plan, an.</p> <p>Gemäß Rahmenempfehlung Anlage 2 (Leistungsbeschreibung) Nr. 2 Spiegelstrich 2 ist der Therapie-Plan Teil der Leistung des Heilmittelerbringers.</p> <p>Gemäß § 18 Lit. b Rahmenempfehlung (SSST) hat der Heilmittelerbringer, sofern sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer</p>	<p>zustimmende Kenntnisnahme, ersetzen von „Therapieplan“ durch „Therapieziel“ zur Auflösung des Missverständnisses</p>	<p>ja, ersetzen von „Therapieplan“ durch „Therapieziel“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			ergibt, dass das auf der Verordnung benannte Therapie-Ziel durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, darüber unverzüglich den Arzt zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapie-Plans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung mit einem geänderten Therapie-Ziel zu erhalten. Der Vertragsarzt entscheidet dann über Änderung oder Ergänzung des Therapie-Ziels.		
47.	VDB	Abs 2 S 1: Es besteht ein Widerspruch zu § 12	Nach § 15 Abs 2 S 1 wäre eine Frequenzangabe des verordnenden Arztes nicht zwingend vorgeschrieben – ein Widerspruch zu § 12 Abs 2 lit h, der das Vorliegen der Frequenzabgabe zur Voraussetzung der Gültigkeit der Verordnung macht.	Kenntnisnahme Abweichungen von der Frequenzangabe sind nur zulässig, wenn zuvor zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Therapeut ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde. Siehe auch Nr. 45	ja Siehe auch Nr. 45
48.	DGZMK (AK PP)	Abs. 3: Es sollte ein längerer Unterbrechungszeitraum (21 Tage) möglich sein	Der Erfolg physiotherapeutischer Maßnahmen hängt vielfach von der regelmäßigen Mitarbeit der Patienten ab. Ein entsprechendes Programm muss initial geübt und auch kurzfristig reevaluiert werden. Es sollte jedoch einmal im Rahmen einer Verordnung eine längere eigenständige Übungsphase mit erneutem Kontrolltermin möglich sein. Dieses sollten zumindest 21 Tage sein.	Kenntnisnahme Bei angemessener Begründung besteht gemäß §15 Abs. 3 die Möglichkeit eines längeren Unterbrechungszeitraumes	nein

B-6.2.12 § 17 Zahnärztliche Diagnostik bei, Sprech- und Sprachtherapie

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
49.	dbs	Auch hier bitten wir um Ergänzung der Schlucktherapie.		Kenntnisnahme Die Schlucktherapie wird wie in der vertragsärztlichen HeilM-RL unter Sprech- und Sprachtherapie subsumiert. Siehe Nummer 8	nein
50.	dbl	Abs. 1: Ergänzung Schlucktherapie	Seitens der Zahnärzte und Kieferorthopäden sind schriftliche Mitteilungen über Diagnosen, kieferorthopädische Geräte, geplante Behandlungen für die Therapeutin/den Therapeuten erforderlich. (Myofunktionelle Diagnostik und Therapie, A. Kittel, N.Förster, Der Freie Zahnarzt, S.83, 04/2016 Springer-Medizin)	Kenntnisnahme Die Schlucktherapie wird wie in der vertragsärztlichen HeilM-RL unter Sprech- und Sprachtherapie subsumiert. Siehe Nummer 8	nein
51.	dba	Ergänzung Schlucktherapie	s. Begründung zu § 2	Kenntnisnahme Die Schlucktherapie wird wie in der vertragsärztlichen HeilM-RL unter Sprech- und Sprachtherapie subsumiert. Siehe Nummer 8	nein

B-6.2.13 § 19 Bewegungstherapie

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
52.	DGOOC	1.Krankengymnastik, KG-ZNS Kinder und KG-ZNS mit PNF bzw. Therapien nach Bobath und Vojta. Eine Indikation für die analog dem Heilmittelkatalog gestalteten gesonderten Maßnahmen KG-ZNS Kinder und KG-ZNS mit Therapien nach Bobath und Vojta bzw. PNF wird seitens der DGOOC nicht gesehen,...	...da zum einen die Curricula für die Bobath-Weiterbildung keine speziellen Inhalte für den Mund-Kiefer-Gesichtsbereich beinhalten und i.d.R. diese Patienten primär von Pädiatern, Neurologen bzw. HNO-Ärzten und Orthopäden und weder ausschließlich noch überwiegend von Zahnärzten behandelt werden. Dadurch ist eine physiotherapeutische Versorgung der Patienten mit zentral bedingten Bewegungsstörungen auch mit den spezifischen Elementen der KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS gewährleistet. Die cranio-mandibulären Bewegungsstörungen sind vielmehr als zusätzliche Symptomatik einer komplexen Schädigung zu sehen.	KZBV & PatV: Kenntnisnahme siehe TrGr zum SN-Verfahren GKV-SV: Kenntnisnahme	nein
53.	BZÄK	Die BZÄK stimmt der Aufnahme der Absätze 2 und 3 in § 19 zu.	Die Berücksichtigung der Patientengruppen unter und über 18 Jahren mit zentralnervösen Störungen erscheint sinnvoll, da es sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung handelt.	KZBV & PatV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme, Position von KZBV und PatV wird übernommen	GKV-SV: ja, Position von KZBV und PatV wird übernommen
54.	SHV	Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen der ZNS	Kinder mit neurologischen Grunderkrankungen, die in dieser Indikationsgruppe subsumiert werden, sind in der Regel bei Therapeuten mit neurologischer Zusatzqualifikation (z. B. Bobath) in Behandlung. Die Behandlung von orofazialen Problemen erfolgt bisher von diesen Therapeuten zumeist im Rahmen der Position KG-ZNS, um ein einheitliches und ganzheitliches Therapieregime zu gewährleisten. In der Ausbildung erwerben Therapeuten	zustimmende Kenntnisnahme zu KG-ZNS und KG-ZNS-Kinder Ablehnung Aufnahme von MT als ergänzendes HM: Gemäß § 19 Abs. 2./4. erfolgt die MT allein zur Behandlung reversibler Funktionseinschränkungen. MT als ergänzendes HM	siehe Nr. 53

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>für die Behandlung des Mund-Kiefer-Gesichtsbereichs bei angeborenen ZNS-Erkrankungen ein Grundwissen. Allerdings setzt ein optimales Behandlungsergebnis eine Fortbildung und ein entsprechendes Zertifikat über KG-ZNS voraus. Daher reicht die Verordnungsposition der allgemeinen Krankengymnastik keinesfalls in allen Fällen aus.</p> <p>Die Behandlung von angeborenen cranio- und orofazialen Problemen kann nur sinnvoll im Rahmen einer Therapie nach KG-ZNS erfolgen, da die neurologische Grunderkrankung im Mittelpunkt steht. Eine Ergänzung des vorrangigen Heilmittels KG-ZNS um die Möglichkeit einer Manuellen Therapie als „ergänzendes Heilmittel“ wäre an dieser Stelle sinnvoll. Als alleiniges Heilmittel wäre jedoch die Versorgung der Kinder gefährdet, da Physiotherapeuten, die über KG-ZNS abrechnen, nicht zwangsläufig über ein Zertifikat zur Manuellen Therapie verfügen.</p>	<p>ist aufgrund des Schädigungsbildes nicht angezeigt.</p>	
55.	DGFDT	2+3 sollten eingeschlossen sein	<p>Die Aufnahme der Sonderfälle 2 + 3 in §19 ist gut, um Zahnärzten neben der allgemeinen Behandlung durch Ärzte auch eine Mitbehandlung zu ermöglichen. Der Zahnarzt / die Zahnärztin sollte daher in der Lage sein, eine durch ihn/sie indizierte und inhaltlich konzipierte und überwachte Behandlung auch zu verordnen. Die Behandlung wie in 2+3 beschreiben ist sinnvoll und sollte daher in die Verordnung eingeschlossen sein. Was die Einschlüsse der</p>	siehe Nummer 53	siehe Nummer 53

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Behandlung des craniomandibulären Systems anbelangt, so ist selbst ohne explizite Einschlüsse der Techniken nach Bobath, Vojta oder der PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) in die Ausbildungsgänge gewährleistet, dass die Grundkompetenzen vermittelt werden, um diese Techniken in die Behandlung des craniomandibulären Systems zu übertragen. Zusätzliche Qualifizierungsmaßnahmen, wie z.B. das „Curriculum Physiotherapie bei CMD der Akademie Praxis + Wissenschaft der DGZMK sowie des ZVK Zentralverband der Krankengymnasten und Physiotherapeuten“ schulen diese Inhalte seit Jahren praktisch.</p>		
56.	DGFDT	<p>zu 4. Die DGFDT spricht sich nachdrücklich dafür aus, dass als weitere vorrangige Therapie die Massage aufgenommen wird.</p>	<p>Die klassische Massage dient als Vorbereitung auf die MT oder KG. Die klassische Massage aktiviert die subkutanen Mechanorezeptoren, beeinflusst somit mechanisch die Haut, das Bindegewebe und die Muskulatur durch Dehnung, Zug- und Druckreize.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>War nicht Bestandteil der Beratung zur HeilM-RL ZÄ und siehe Nr. 29. Zudem ist eine alleinige Massage bei der vorliegenden zahnmedizinischen Indikation medizinisch nicht indiziert.</p> <p>Bei der Manuellen Therapie handelt es sich um ein physiotherapeutisches Behandlungskonzept bei prinzipiell reversiblen Störungen von Muskelfunktionen, Gelenkfunktionen mit Bewegungseinschränkung ei-</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>nes Gelenkes sowie Nerven- funktionen. Mittels spezieller Grifftechniken erfolgt eine möglichst selektive Behand- lung des die Beschwerden ver- ursachenden Gewebes. Sie beinhaltet aktive und passive Dehnung verkürzter muskulä- rer und neuraler Strukturen, Kräftigung der abgeschwäch- ten Antagonisten, Gelenkmobi- lisation durch translatorische Gelenkmobilisation, Anwen- dung einer gezielten impulslo- sen Mobilisation und von Weichteiltechniken. Wesentli- che therapeutische Wirkungen sind die Wiederherstellung der Gelenkfunktion, Schmerzlinde- rung und Unterbrechung eines pathologischen Reflexgesche- hens. Bei den Indikationsgrup- pen CD1, CD2 und CSZ ist die Verordnung von Manueller Therapie als vorrangiges Heil- mittel daher medizinisch indi- ziert.</p> <p>Bei der Massage handelt es sich um eine manuelle Me- thode, bei der mechanische Reizwirkungen auf Haut, Un- terhaut, Muskeln, Sehnen und</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>Bindegewebe ausgeübt werden. Es gibt verschiedene Formen der Massagetherapie. Die hier intendierte Klassische Massagetherapie (KMT) ist eine überwiegend muskuläre Massageform einzelner oder mehrerer Körperteile zur Erzielung einer entstauenden, tonisierenden, detonisierenden, schmerzlindernden und hyperämisierenden Wirkung. Sie wird in der Physiotherapie überwiegend zusammen mit anderen Behandlungsformen eingesetzt.</p> <p>Die Wirksamkeit von Massagen bei craniomandibulären Erkrankungen ist nicht ausreichend belegt. Eine alleinige Massagetherapie als vorrangiges Heilmittel ist bei den vorliegenden zahnmedizinischen Indikationen somit nicht indiziert. Unter Berücksichtigung des derzeitigen medizinischen Kenntnisstandes kann die Anwendung von Massagetechniken im Rahmen von Maßnahmen der Manuellen Therapie oder Krankengymnastik zur lo-</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				kalen Beeinflussung des Behandlungsgebietes als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme erfolgen (vgl. Leistungsbeschreibung Physiotherapie).	
57.	DGZMK (AKPP)	Der AKPP stimmt der Aufnahme der Absätze 2 und 3 in § 19 zu. Ergänzung im Vorspann	<p>Die Berücksichtigung der Patientengruppen unter und über 18 Jahren mit zentralnervösen Störungen erscheint sinnvoll, da es sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung handelt.</p> <p>Die Beispiele im Vorspann sollten ergänzt werden um die Punkte „Operationen und Operationsfolgen“</p>	siehe Nummer 53	siehe Nummer 53

B-6.2.14 § 20 Manuelle Lymphdrainage*

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
58.	DGZMK (DGI)	statt „tumorchirurgischen Eingriffen“ besser „umfangreichen chirurgischen Eingriffen“	Auch andere umfangreiche chirurgische Eingriffe, z.B. extraorale Abszessinzisionen können mit Lymphödemene oder funktionellen Dysfunktionen einhergehen.	Zustimmung, zur Verdeutlichung der hierunter intendierten Indikationen Umformulierung in: „...nach umfangreichen chirurgischen Eingriffen wie tumorchirurgischen Eingriffen sowie deren Nachbehandlung und bei der Behandlung von Traumata sowie deren Nachbehandlung.“	ja, Umformulierung in: „...nach umfangreichen chirurgischen Eingriffen wie tumorchirurgischen Eingriffen sowie deren Nachbehandlung und bei der Behandlung von Traumata sowie deren Nachbehandlung.“
59.	DGFDT	statt „tumorchirurgischen Eingriffen“ sollte die Formulierung lauten „chirurgischen Eingriffen“	auch chirurgische Eingriffe, die nicht der Behandlung von Tumoren dienen, können mit erheblichem Lymphstau einhergehen, z.B. bei der Resektion des Proc. Stylohyoideus. Die allgemeinere Formulierung sollte daher derartige Verordnungen ermöglichen.	Kenntnisnahme, siehe Nummer 58	ja, siehe Nr. 58

B-6.2.15 § 21 Thermotherapie (Wärme-/Kältetherapie)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
60.	BZÄK	Entsprechend § 19 stimmt die BZÄK dem Vorschlag der KZBV und PatV in § 21 zu.	Siehe zu § 19	Kenntnisnahme siehe Nummer 53	siehe Nummer 53
61.	DGFDT	Abs. 3: Die Formulierung der KZBV und der PatV sollte gewählt werden.	Aus der Begründung zu § 19 ergibt sich hier das Votum für die Formulierung der KZBV + d. PatV	Kenntnisnahme siehe Nummer 53	siehe Nummer 53
62.	DGFDT	Abs. 2 4. und Abs. 3: Ersatz von „Ultraschall“ durch „Ultraschall oder Infrarotwärmelampen“	Die Anwendung von Ultraschall-Wärmetherapie ist hier weniger üblich und wird zumindest teilweise durch die Anwendung von Infrarot-Wärmetherapiegeräten ersetzt – neben den anderen unter § 21 genannten Verfahren.	Kenntnisnahme, siehe Nummer 30	ja, siehe Nummer 30
63.	DGZMK (AK PP)	Entsprechend § 19 stimmt der AKPP dem Vorschlag der KZBV und PatV in § 21 zu.	Siehe zu § 19	Kenntnisnahme siehe Nummer 53	siehe Nummer 53

B-6.2.16 § 23 Grundlagen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
64.	dbs	Überschrift vor § 23 (F. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie) und § 23: Auch hier bitten wir um Ergänzung der Schlucktherapie.		siehe Nummer 8	nein
65.	dbl	Die Überschrift sollte lauten: F. §23 „Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. “ Entsprechend ist die Schlucktherapie in den folgenden drei Absätzen des § 23 zu ergänzen.	Vorgesehen ist nur Sprech- und Sprachtherapie, die Schlucktherapie wird der Sprechtherapie subsumiert, was aus hiesiger Sicht unzureichend ist, (siehe oben).	siehe Nummer 8	nein
66.	dba	F. §23 „Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. “	s. Begründung zu § 2	siehe Nummer 8	nein
67.	DGZMK (AK PP)	Abs. 1: Änderung des dem Begriffs „orale Phase“	Der Begriff der oralen Phase ist nicht eindeutig. Sollte er im Freud'schen Sinne gemeint sein, dann würde das bedeuten, dass die Therapie nur für Störungen anzuwenden ist, die in dieser frühkindlichen Phase entstanden sind. Damit käme die Verordnung bei Schluckstörungen als Folge einer Tumoroperation nicht zur Anwendung. Gemeint sind hier vermutlich die orale Vorbereitungs- und Transportphase.	zustimmende Kenntnisnahme Änderung in „Störungen der oralen Phasen des Schluckaktes“ zur fachlichen Präzisierung in Anlehnung an Prosiemel & Weber (2013). Dysphagie: Diagnostik und Therapie. Springer.	ja, Änderung in Störungen der oralen Phasen des Schluckaktes

B-6.2.17 § 24 Sprechtherapie

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
68.	dbs	§ 24 sollte um die Schlucktherapie ergänzt werden oder ein eigener § für die Schlucktherapie eingeführt werden. Die einzelnen Maßnahmen der Schlucktherapie sollten ergänzt werden.		siehe Nummer 8	nein
69.	dbl	<p>Abs. 1: Die Sprechtherapie dient der Anbahnung, Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen Sprechleistung und der damit in Zusammenhang stehenden Schädigungen des oralen Schluckaktes bzw. der Kaufunktion.</p> <p>Abs. 2: sollte geändert werden in: Die Schlucktherapie umfasst insbesondere Maßnahmen - zur Erlangung der Zungen- und Lippenruhelage, - Eutonisierung der Zungen-, Kiefer- und Gesichtsmuskulatur auch bei CMD, - des gaumengerichteten Schluckens, der gezielten Anbahnung und Förderung der Artikulation, der Sprechgeschwindigkeit, der koordinativen Leistung des Sprechapparates, der Atmung sowie der Schluckorgane, ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.</p>	Wir können nicht davon ausgehen, dass die gewünschten Sprechleistungen zuvor bestanden haben. Sie müssen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen angebahnt werden.	<p>zustimmende Kenntnisnahme, zum besseren Verständnis leichte Modifizierung erforderlich.</p> <p>Bei der Anbahnung handelt es sich um kein übergeordnetes Therapieziel sondern um eine therapeutische Teilmaßnahme, die in Absatz 2 verortet ist.</p>	ja, Absatz 1 soll wie folgt lauten: (1) Die Sprechtherapie dient der , Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung sowie der Funktion der oralen Phasen des Schluckaktes.“
70.	dba	Abs. 1: zu streichen:	Sprechen ist nicht Schlucken	siehe Nummer 8	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		„sowie des Schluckvorganges“			
71.	dba	Abs. 2 Spiegelstrich 4 zu streichen: „des Schluckvorganges in der oralen Phase,“	Sprech-Therapie ist keine Schluck-Therapie	siehe Nummer 8	nein
72.	dba	zu ergänzen: § 26 Schluck-Therapie (1) Die Schluck-Therapie dient der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt des motorischen und sensorischen Schluckvorganges in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase. (2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur <ul style="list-style-type: none"> - Aufbau, Verbesserung, Korrektur, ggf. Kompensation des krankheitsbedingt eingeschränkten Funktionsmechanismus der oralen Nahrungsaufnahme oder der orofazialen Muskulatur - Regulation des Schluckvorgangs - Beseitigung der Dysfunktionen der Zungenmuskulatur - Besserung und Erhalt des oralen Schluckvorganges - ggf. unter Einbeziehung der Bezugspersonen 	s. Begründung zu § 2	siehe Nummer 8	nein

B-6.3 Stellungnahmen zum Heilmittelkatalog Zahnärzte

B-6.3.1 I. Maßnahmen der Physikalischen Therapie

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
73.	BZÄK	Die BZÄK spricht sich für eine Substitution des Begriffs Physikalische Therapie durch den Begriff Physiotherapie aus.	Anstelle des Begriffs Physikalische Therapie sollte die Bezeichnung Physiotherapie verwendet werden, da es sich hierbei um den Oberbegriff für die Krankengymnastik und die physikalische Therapie handelt.	zustimmende Kenntnisnahme, siehe Nummer 12	ja, siehe Nummer 12
74.	DGMKG	Leitsymptomatik	Statt des Begriffs „Habits“ - myogene, psychogene oder neurogene Parafunktionen der Kau-muskulatur	Kenntnisnahme, Konkretisierung des Begriffes in „orale Habits“, da dieser Begriff in der Fachliteratur verwendet wird	ja, im Heilmittelkatalog wird unter „II.3 Orofaziale Funktionsstörungen“ in der Spalte Leitsymptomatik das Wort „„orale“ vor dem Wort „ Habits“ ergänzt

B-6.3.2 I.1. Craniomandibuläre Störungen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
75.	BZÄK	<p><u>Zu CRZ1:</u> Die BZÄK stimmt dem Vorschlag der KZBV/PatV hinsichtlich der Verordnungsmenge zu.</p>	<p>Myofunktionelle Störungen sind häufig bedingt durch Habits der Patienten, so dass die physiotherapeutische Behandlung längerfristig angelegt sein muss. Da der Zahnarzt die Indikation zur Folgeverordnung durch eine Untersuchung verifizieren muss, ist es sinnvoller die Erstverordnungsmenge mit 10 anzugeben.</p>	<p>Kenntnisnahme, Die medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit einer generell auf 10 Einheiten erhöhte Verordnungsmenge je VO ergibt sich nicht allein aus der Diagnose einer myofunktionellen Störung. Hierbei handelt es vielmehr sich um nach Genese und Ausprägung der Symptomatik heterogene Krankheitsbilder, bei denen nicht generell von einer medizinischen Notwendigkeit für 10 Verordnungen in der Erst- und Folgeverordnung ausgegangen werden kann. Auch eine erforderliche ärztliche Untersuchung zur Prüfung der Indikation zu einer Folgeverordnung, ergibt keine medizinische Indikation einer erhöhten Verordnungsmenge und wurde vom Stellungnehmer fachlich nicht begründet. Der Behandlungsverlauf und das Ansprechen auf die Therapie sind aus medizinischer Sicht auch im zahnärztlichen Indikationsbereich innerhalb von 6 Therapieeinheiten beurteilbar</p>	<p>KZBV und PatV: ja, analog der Position des GKV-SV</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
76.	dbs	<p><u>CRZ2/Ergänzung</u></p> <p>Die craniomandibulären Störungen sollten um Maßnahmen der Sprachtherapie ergänzt werden, wenn sie mit einer begleitenden Sprech-, Sprach-, Schluck-, Stimm- oder Redeflussstörung einhergehen.</p>		<p>Kenntnisnahme, keine Änderung</p> <p>Liegen sowohl craniomandibuläre als auch Sprech- oder Sprachstörungen vor, ist die Verordnung von Sprech- und Sprachtherapie ebenfalls möglich</p>	nein
77.	dbl	<p><u>CRZ2/Ergänzung</u></p> <p>II.4. Craniomandibuläre Störungen, sofern sie mit einer begleitenden Sprech-, Sprach-, Schluck-, Stimm- oder Redeflussstörung einhergehen</p> <p>Indikationsgruppe gemäß der Physikalischen Therapie zu CRZ2: Craniomandibuläre Störungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf insbesondere wegen multiplen, strukturellen oder funktionellen Schädigungen mit Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten wie das Kauen und/oder Sprechen und/oder den oralen Schluckvorgang bei - Fehlbildungssyndromen - angeborenen Fehlbildungen (LKG)</p> <p>Leitsymptomatik gem. CRZ2 in der Physiotherapie unter Berücksichtigung der folgenden Ergänzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nasalität - Dysphonien 	<p>Entsprechend I.1. (Physikalische Therapie) Craniomandibuläre Störungen Ergänzungen aus der Logopädie. Zur Behandlung dieser PatientInnen ist das Heilmittel Krankengymnastik nicht ausreichend spezifisch.</p> <p>Die Behandlung kann beispielsweise durch die Behandlungsmethode PNF (propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) erreicht werden. Durch die Fazilitation wird die Muskulatur aktiviert, sowie die konzentrische und exzentrische Muskelaktivität zur Erlangung einer besseren Koordination stabilisiert. Diese Behandlung kann auch durch das Heilmittel Logopädie erfolgen.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>siehe Nummer 76, darüber hinaus sind vertragszahnärztliche Verordnungen bei Störungen der Stimme und des Redeflusses aufgrund § 1 Abs. 3 Zahnheilkundegesetz nicht möglich.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> - Schluck-, Kaufunktionsstörung - Schmerzen und Funktionseinschränkungen im Kiefergelenksbereich <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wiederherstellung des physiologischen Schluckablaufs - Ausgleich des orofazialen Gleichgewichts - Erarbeiten der physiologischen Artikulation - Überwindung der Nasalität - Wiederherstellung der physiologischen Stimme - Abbau von Habits <p>Heilmittel:</p> <p>Sprech-, Schluckund Stimmtherapie unter Einsatz begleitender bzw. vorbereitender logopädischmanueller Methoden</p>			
78.	SHV	<p><u>I.I.1 Verordnungsmenge</u></p> <p>Der SHV hält jeweils „bis zu 10x/VO“ sowie die daraus resultierende Gesamtverordnungsmenge für angemessen.</p>	<p>Aus unserer Sicht ist eine Beschränkung auf 6 Termine der Komplexität der Behandlung nicht angemessen, die Verordnung von 6 Terminen ist aber in leichten Fällen möglich, wenn es lautet „bis zu 10x/VO“. In allen anderen Fällen führt es dazu, dass die Patienten nochmals in die Zahnarztpraxis müssen und bei einer Folgeverordnung in jedem Fall einen um 10 Euro höheren Eigenanteil zu entrichten haben.</p>	siehe Nummer 75	siehe Nummer 75

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
79.	VDB	CRZ: ändern in „CM“	Der komplette Indikationsschlüssel passt nicht in die auf dem VO-Vordruck vorgegebenen 4 Felder, Beispiel „CRZ1a“. Eine softwaremäßige Umsetzung des fünfstelligen Indikationsschlüssels wird sich nur mit sehr viel Aufwand realisieren lassen. Hier ist eine Veränderung der Indikationsgruppenbezeichnung auf z.B. „CM1“ geboten, so dass ein vollständiger Schlüssel mit maximal 4 Stellen z.B. lautet „CM1a“.	Kenntnisnahme Umformulierung in „CD“ Bei der Abkürzung CSZ steht der Buchstabe C für chronifiziert und nicht für craniomandibulär. Die Buchstabenkombination CD steht beim Indikationsschlüssel CD1+2 für craniomandibuläre Dysfunktionen.	ja, im Heilmittelkatalog wird die Abkürzung „CRZ“ durch „CD“ ersetzt
80.	VDB	CRZ1 b. und c.: KMT einführen	Die KMT sollte als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig sein insbesondere zur Behandlung von Muskelhypertonie, Muskelspannungsstörungen sowie zur Entspannung der Muskulatur des craniomandibulären Systems.	Kenntnisnahme, Keine Aufnahme von KMT, da sowohl KG als auch MT als verordnungsfähiges HM ebenfalls Weichteiltechniken zur Behandlung von Muskelspannungsstörungen beinhaltet. siehe auch Nummern 29 und 56	nein
81.	VDB	CRZ1: Unterstützung Position von KZBV/PatV	Der VDB unterstützt die Position von KZBV/PatV im Hinblick auf die Verordnungsmengen im Regelfall. Dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird besser Rechnung getragen, wenn 10 Behandlungen pro Verordnung durchgeführt werden können, weil damit der nächste Arztkontakt später stattfindet und Verordnungen außerhalb des Regelfalles seltener werden. Abweichungen der	siehe Nummer 75	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			Verordnungsmenge nach unten richten sich nach § 11 Abs 1 u 2.		
82.	VDB	<u>CR22 b. c. und e. :</u> KMT einführen	Die KMT sollte als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig sein insbesondere zur Behandlung von Muskelhypertonie, Muskelspannungsstörungen sowie zur Entspannung der Muskulatur des craniomandibulären Systems.	Kenntnisnahme, siehe Nummer 56 Keine Aufnahme von KMT, da die sowohl KG als auch MT als verordnungsfähiges HM ebenfalls Weichteiltechniken zur Behandlung von Muskelspannungsstörungen beinhaltet. siehe auch Nummern 29 und 56	nein
83.	DGFDT	Die Abkürzungen <u>CRZ1+2</u> sollten ersetzt werden durch CDZ1+2	Wenn bei der Abkürzung CSZ die Buchstaben C für craniomandibulär und S für Schmerzen stehen ist es verwirrend, wenn bei CRZ1+2 der Begriff craniomandibulär mit CR abgekürzt wird. Analog zum S für Schmerz sollte dann hier das D für Dysfunktion stehen, also CDZ1 und CDZ2.	Kenntnisnahme Umformulierung in „CD“ Bei der Abkürzung CSZ steht der Buchstabe C für chronifiziert und nicht für craniomandibulär. Die Buchstabenkombination CD steht beim Indikationsschlüssel CD1+2 für craniomandibuläre Dysfunktionen.	ja, im Heilmittelkatalog wird die Abkürzung „CRZ“ durch „CD“ ersetzt
84.	DGFDT	<u>CRZ1:</u> Die DGFDT spricht sich nachdrücklich dafür aus, dass als 2. Vorrangiges Therapiemittel	Neben der MT/KG ist die Massage eine wichtige und sinnvolle Erweiterung der Therapie. Sie bereitet den Patienten auf die MT oder KG	Kenntnisnahme, siehe Nummer 56 Keine Aufnahme von KMT, da die sowohl KG als auch MT als	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		die Massage verordnet werden kann und zusätzlich ein „ergänzendes Heilmittel“.	vor. Weitere Ausführungen siehe oben zu §11 (3).	verordnungsfähiges HM ebenfalls Weichteiltechniken zur Behandlung von Muskelspannungsstörungen beinhaltet. siehe auch Nummern 29 und 56	
85.	DGFDT	<p><u>I.I.1 Verordnungsmenge</u> Die Erstverordnung sollte bis 10x/VO umfassen.</p>	Bei schwereren Fällen, die eine zweimalige (in Ausnahmefällen dreimalige) Behandlung / Woche erfordern ist die Möglichkeit einer Verordnung von 10 Anwendungen sinnvoller, um eine Wiedervorstellung d. Pat nach Ablauf eines Monats zu ermöglichen, andernfalls konkurriert die notwendige Wiedervorstellung d. Pat. beim Zahnarzt mit der PT, da die Patienten in der Regel auch andere Pflichten in Ihrem Leben (Arbeit, Familien, Pflege) haben und daher nicht unbegrenzt Termine ermöglichen können. Schon 2 Termine PT/Woche sind für viele Patientinnen und Patienten eine schwere Belastung. Zudem entsteht durch eine zu schnelle Wiedervorstellung zusätzlicher Untersuchungsaufwand sowie ein erneuter Bürokratieaufwand entsprechend der Bürokratiekostenermittlung in den tragenden Gründen. Im Einzelfall kann der Zahnarzt/die Zahnärztin ja problemlos die Anzahl der Anwendungen auf 6 beschränken.	siehe Nummer 75	siehe Nummer 75
86.	DGKFO	<u>CRZ1</u>	Strukturelle Veränderungen und/oder funktionelle Dysbalancen der orofazialen Muskulatur	siehe Nummer 75	siehe Nummer 75

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		KG/MT als vorrangiges oder ergänzendes Heilmittel auch bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Gelenkfunktionsstörungen/ Schmerzen sowie mit Behinderungen (neuro-muskulären Bewegungsstörungen) und angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen (z.B. LKG-Fehlbildungen, Oto-mandibuläre Dysplasien, Trisomie 21) sind aus medizinischer Sicht wichtig.	und der Muskulatur des Halses, ggf. asymmetrischer Muskelfunktionen, könnten gezielt unterstützend trainiert werden. Begleitende/ergänzende Therapien tragen somit zur Normalisierung physiologischer Muskelfunktionen erheblich bei. Dieser Aspekt ist medizinisch äußerst relevant. Die Gesamtverordnungsmenge sollte sich nach den Empfehlungen der KZBV/PatV richten. Zusätzlich gilt es eine Reduktion eventueller Schmerzen und eine Funktionsverbesserung der Kiefergelenke zu erreichen.		
87.	DGKFO	<u>CRZ2</u> KG/MT ist ergänzend bei craniomandibulären Störungen mit Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten (Kauen/Sprechen/oraler Schluckvorgang) sind insbesondere bei Fehlbildungssyndromen und bei angeborenen Fehlbildungen (z.B. LKG-Fehlbildungen) medizinisch nicht zu unterschätzen und damit Therapie-relevant.	Besserung und Rekoordinierung der orofazialen – und der Kaumuskulatur, um alltagsrelevante Aktivitäten zu trainieren und evtl. Muskelhyper- oder –hypotonien zu verbessern. Dies besitzt besondere medizinische Bedeutung in Bezug auf kieferorthopädische Diagnosen.	Kenntnisnahme	nein
88.	DGMKG	<u>I.1. Frequenzempfehlung</u> 1 bis 2 wöchentlich statt 1 bis 3	Therapiedauer ggf. zu kurz, höhere Motivation und bessere Voraussetzung für Eigenübungsprogramm bei geringere Frequenz	Kenntnisnahme Die Frequenzempfehlung ist optional und wird individuell auf den jeweiligen Pat.fall angepasst.	nein
89.	DGMKG	<u>CRZ2</u>	Bei diesen Patienten ist ebenfalls eine längere Langzeitbetreuung und –therapie erforderlich	Kenntnisnahme,	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		Indikationsgruppen (CRZ2) erweitern: auch chronische systemische Erkrankungen mit Beteiligung des craniomandibulären Systems wie z.B: rheumatische Erkrankungen		es handelt sich um eine nicht-abschließende Aufzählung und wäre damit auch erfasst.	
90.	DGZMK (AK PP)	<p>CRZ1</p> <p>Der AKPP stimmt dem Vorschlag der KZBV/PatV hinsichtlich der Verordnungsmenge zu.</p> <p>Ergänzung der Heilmittel Kategorie B um „Massage“</p>	<p>Insbesondere bei Zustand nach Tumorerkrankung oder orthognathen Operationen sind längerfristige Therapien unumgänglich. Gerade angesichts dieser Patientengruppen und vor dem Hintergrund des Therapieziels sei an dieser Stelle nochmals betont, dass eine Unterbrechung länger als 14 Kalendertage möglich sein sollte.</p> <p>Die Ergänzung um den Aspekt „Massage“ ergibt sich aus der Notwendigkeit, dass vor allem initial bestehende „Versteifungen der oralen Muskulatur“ als Folge von Fehl- und Schonhaltungen kurzfristig therapiert werden müssen, um nach entsprechender Entlastung ein physiologisches Übungsprogramm mit den Patienten trainieren zu können. Ohne dem wird ein Übungsprogramm deutlich länger massiv von schmerzbedingten Schonhaltungen überlagert und die Therapiedauer unnötig prolongiert. (§ 11 (3) entsprechende Änderung, dass 3 Heilmittel je Verordnung möglich sind, neben einem vorrangigem, je 1 ergänzendes und ein optionales; s.o.)</p>	<p>zur Verordnungsmenge: siehe Nummer 75</p> <p>zur Massage:</p> <p>Kenntnisnahme: Es sind keine optionalen Heilmittel (Kategorie B) vorgesehen und im übrigen wird auf Nummer 31 verwiesen. Zudem ist die Normalisierung des Muskeltonus bei möglichen bestehenden initialen Versteifungen der oralen Muskulatur durch Weichteiltechniken, als Bestandteil der MT abgedeckt. siehe ebenfalls Nrn. 29,56 und 80</p>	siehe Nr. 75
91.	DGZMK (AK PP)	CRZ2	Die Rehabilitation nach Tumoroperation und auch die Behandlung von Fehlbildungssyndromen zieht sich in der Regel über mehrere	Kenntnisnahme, Erhöhung Gesamtvolumen: Wenn ein weite-	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Das Gesamtvolumen sollte auf 40 erhöht werden</p> <p>Ergänzung der Heilmittel Kategorie B um „Massage“ analog zu CRZ 1</p>	<p>Jahre. Um sowohl eine initial intensive Behandlung als auch eine längerfristige begleitende Behandlung zu ermöglichen ist eine Erhöhung des Gesamtvolumens erforderlich.</p>	<p>rer Behandlungsbedarf besteht, kann diese über die Verordnung außerhalb des Regelfalls durchgeführt werden § 7 Abs. 1 S.1.</p> <p>Ergänzung der Heilmittel Kategorie B</p> <p>Es sind keine optionalen Heilmittel vorgesehen.</p>	
92.	DGZMK (Gnathologischer Arbeitskreis Stuttgart e.V.)	<p>Gesamtverordnungsmenge erhöhen, bzw. offenhalten</p>	<p>Es sollte dem Rechnung getragen werden, dass in dieser Indikationsgruppe Störungen mit kurzzeitigem und mittelfristigem Behandlungsbedarf zusammengefasst sind. Für einige der funktionellen, besonders aber der strukturellen Schädigungen werden mitunter deutlich mehr Sitzungen benötigt und auch das Patientenalter sowie deren allgemeiner Gesundheitszustand sind entscheidend für ein frühes oder spätes Erreichen des Behandlungszieles. Diese Unterschiede sollten sich in der Verordnung niederschlagen. So fordert auch die Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte die Einbeziehung patientenindividueller Faktoren: „Die Indikation für die Verordnung [...] ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der strukturellen/funktionellen Schädigungen [...] und unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren eine Heilmittelanordnung notwendig ist“ (§3</p>	<p>Siehe Nummer 91</p>	<p>nein</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			Abs.3 HeilM-RL ZÄ). Der behandelnde Zahnarzt sollte einzelfallabhängig entscheiden können, wie häufig und wie lange das Heilmittel anzuwenden ist.		

B-6.3.3 I.2. Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
93.	DGOOC	<u>Ergänzung der Krankengymnastik durch Manuelle Therapie</u> Von Seiten der DGOOC wird vorgeschlagen, wie bei den „Craniomandibulären Störungen bei der Therapie von Fehlfunktionen infolge angeborener cranio- und orofazialer Fehlbildungen bzw. Fehlfunktionen infolge Störungen des ZNS zur Krankengymnastik auch die Manuelle Therapie zu ergänzen.	Es geht neben der Behandlung der ZNS-Störungen immer auch um eine notwendige Behandlung des Gelenkes und hier speziell des Gelenkspiels (joint play) sowie der reflektorischen Interaktion Gelenk – Muskel, wobei vorrangig manuelle Techniken genutzt werden.	Kenntnisnahme; siehe Nr. 54	siehe Nr. 54
94.	BZÄK	<u>ZNSZ:</u> Die BZÄK unterstützt die Aufnahme dieser speziellen Patientengruppe.	Die Aufnahme dieser speziellen Patientengruppe mit angeborenen und/oder zentralnervösen Störungen ist sinnvoll.	zustimmende Kenntnisnahme	siehe Nr. 54
95.	DGFDT	Aufnahme der Verordnungsfähigkeit durch Zahnärzte/Zahnärztinnen gemäß Votum der KZBV und PatV im Rahmen §19	Hier gelten analog die Ausführungen zu §19 und mithin sollte die Verordnung dem Zahnarzt möglich sein.	zustimmende Kenntnisnahme	siehe Nr. 54
96.	DGKFO	<u>ZNSZ:</u> KG-ZNS/ KG-ZNS-Kinder bei der genannten Patientengruppe mit neuromuskulären Bewegungsstörungen medizinisch von hoher klinischer Bedeutung	Korrektur von pathologischen Funktionsmustern der mimischen Muskulatur, der Zungen-, Kau- sowie der Schlundmuskulatur mit dem Ziel der Funktionsverbesserung unterstützend zu kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Therapiekonzepten. Die Gesamtverordnungsmenge ist wie von der KZBV/PatV empfohlen, uneingeschränkt zu befürworten.	zustimmende Kenntnisnahme	siehe Nr. 54

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
97.	DGZMK (AK PP)	<p><u>ZNSZ</u> Der AKPP unterstützt die Aufnahme dieser speziellen Patientengruppe.</p>	<p>Die Aufnahme dieser speziellen Patientengruppe mit angeborenen und/oder zentralnervösen Störungen ist sinnvoll.</p>	<p>zustimmende Kenntnisnahme</p>	<p>siehe Nr. 54</p>

B-6.3.4 I.3. Chronifiziertes Schmerzsyndrom

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
98.	DGOOC	<p><u>Verordnungsmenge von Heilmittelanwendungen beim chronifizierten Schmerzsyndrom</u></p> <p>Beim chronifizierten Schmerzsyndrom werden nach Ansicht der DGOOC aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei der Verordnungsmenge durchaus bis zu 10 Therapieeinheiten je Verordnung - mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich, sowohl bei Erstverordnung als auch bei Folgeverordnung, mit bedarfsweise insgesamt bis zu 20 Einheiten - für sinnvoll erachtet.</p>	[...] aufgrund der chronischen Schmerzstörung [...]	Kenntnisnahme, siehe Nr. 54	siehe Nr. 54
99.	DGOOC	<p><u>Manuelle Therapie bei chronifizierten Schmerzsyndromen</u></p> <p>Keine Aufnahme des Heilmittels „Manuelle Therapie“ (MT) bei der Indikation „chronifiziertes Schmerzsyndrom“</p>	Für die Aufnahme des Heilmittels „Manuelle Therapie“ (MT) bei der Indikation „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ gibt es bislang keinen nachgewiesenen Nutzen / keine Evidenz. Die für die vertragsärztliche Versorgung geltende HeilM-RL als bislang einzige HeilM-RL sieht MT bei der Indikation „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ nicht vor.	<p>Kenntnisnahme, Keine Zustimmung.</p> <p>Die Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie unter der Indikationsgruppe der chronifizierten Schmerzsyndrome in die vertragszahnärztlichen Versorgung begründet sich dadurch, dass die in Einzeltherapie durchzuführenden Techniken der Manuellen Therapie u.a. der Schmerzlinderung durch Weichteiltechniken und Mobilisation der Kiefergelenke dienen, welche im zahnärztlichen Bereich häufiger Ursache von chronischen Schmerzsyndromen sind. Beispielfhaft sei-</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				en hier die craniomandibulären Dysfunktionen genannt.	
100.	BZÄK	CSZ: Die BZÄK folgt den Vorschlägen der KZBV/PatV hinsichtlich der Verordnungsmenge und der Therapieoptionen (Krankengymnastik / Manuelle Therapie).	Analog zu den Ausführungen unter CRZ1 folgt die BZÄK dem Vorschlag der KZBV/PatV hinsichtlich der Verordnungsmenge 10, siehe auch unter CRZ1. Zu den Physiotherapien sollte neben der Krankengymnastik auch die manuelle Therapie aufgenommen werden, da sie insbesondere bei den besonderen Strukturen im Mund-, Kiefer, Gesichtsbereich eine erfolgreiche Behandlungsmethode darstellt. Die manuelle Therapie findet auch heute schon bei der Behandlung chronischer Schmerzzustände Anwendung.	Aufnahme MT: zustimmende Kenntnisnahme Verordnungsmenge: Kenntnisnahme, siehe Nr. 105	siehe Nr. 105
101.	SHV	I.3 Der SHV hält jeweils „bis zu 10x/VO“ sowie die daraus resultierende Gesamtverordnungsmenge für angemessen.	Aus unserer Sicht ist eine Beschränkung auf 6 Termine der Komplexität der Behandlung nicht angemessen, die Verordnung von 6 Terminen ist aber in leichten Fällen möglich, wenn es lautet „bis zu 10x/VO“. In allen anderen Fällen führt es dazu, dass die Patienten nochmals in die Zahnarztpraxis müssen und bei einer Folgeverordnung in jedem Fall einen um 10 Euro höheren Eigenanteil zu entrichten haben.	Kenntnisnahme, siehe Nr. 105	siehe Nr. 105
102.	SHV	I.3	...da die Diagnose häufig erst nach langer Krankheitsgeschichte gestellt wird.Bis zu diesem Zeitpunkt wurden in vielen Fällen	zustimmende Kenntnisnahme	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Derzeit werden beim chronifizierten Schmerzsyndrom durchaus Verordnungen über Manuelle Therapie im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung ausgestellt. Wir befürworten daher die Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie bei der Indikation „chronifiziertes Schmerzsyndrom“, ...</p>	<p>schon Heilmittelverordnungen für angrenzende Regionen ausgestellt, häufig mit Manueller Therapie. Grund hierfür ist, dass man mithilfe der Manuellen Therapie Funktionsstörungen am Bewegungsapparat auf verschiedenen Ebenen behandeln kann. Hierzu gehört die Gelenkmobilisation, Kräftigung, Dehnung und Weichteilmobilisation. All diese Techniken sollen bei den Patienten zur Linderung, bzw. Behebung der Symptome führen. Wenn der Zahnarzt zu Rate gezogen wird und das chronifizierte Schmerzsyndrom im Kiefergelenksbereich diagnostiziert, wird er die vorherige Patientenakte hinzuziehen. Wurde hier schon einmal Manuelle Therapie verordnet und der Patient berichtet, dass es Linderung, jedoch keine Schmerzfreiheit aufgrund der falschen Lokalisation, gegeben hat, kann der Zahnarzt dies weiter verordnen. Alle Techniken der Manuellen Therapie zielen auf eine Schmerzlinderung ab, die dem Patienten in seinem Krankheitsbild eine deutliche Erleichterung bringen können.</p>		
103.	VDB	<p>CSZ: Unterstützung Position von KZBV/PatV</p>	<p>Manuelle Therapie: Der VDB unterstützt die Position von KZBV/PatV im Hinblick auf die Verordnungsfähigkeit der Manuellen Therapie. Die Manuelle Therapie erweitert die Optionen zur Ursachenbekämpfung insbesondere dann, wenn durch Eigenbewegung des Patienten im</p>	<p>Aufnahme MT: zustimmende Kenntnisnahme, ist auch Position GKV-SV Verordnungsmenge:</p>	siehe Nr. 105

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Rahmen der KG Schmerzgrenzen nicht überwunden werden können.</p> <p>Verordnungsmengen: Der VDB unterstützt die Position von KZBV/PatV im Hinblick auf die Verordnungsmengen im Regelfall. Dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird besser Rechnung getragen, wenn 10 Behandlungen pro Verordnung durchgeführt werden können, weil damit der nächste Arztkontakt später stattfindet und Verordnungen außerhalb des Regelfalles seltener werden. Abweichungen der Verordnungsmenge nach unten sind im Einzelfall möglich (§ 11 Abs 1 u 2), nach oben nicht.</p>	<p>siehe Nr. 105 Kenntnisnahme, siehe Nr. 105</p>	
104.	VDB	<p>CSZ: KMT einführen</p>	<p>Die KMT sollte als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig sein insbesondere zur Behandlung von Muskelhypertonie, Muskelspannungsstörungen sowie zur Entspannung der Muskulatur des craniomandibulären Systems.</p>	<p>Kenntnisnahme, Keine Aufnahme von KMT, da sowohl KG als auch MT als verordnungsfähiges HM ebenfalls Weichteiltechniken zur Behandlung von Muskelspannungsstörungen beinhaltet. siehe auch Nummern 29 und 56</p>	nein
105.	DGFDT	<p>Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie, Verordnungsmenge bis zu 10x/VO; Gesamtverordnungsmenge bis zu 20 Einheiten</p>	<p>Die Position Bänke und PatV ist nachvollziehbar und zielt inhaltlich darauf ab, dass „die damit verbundenen Schmerzen (...) im Rahmen der Bewegungstherapie einer</p>	<p>Aufnahme MT: zustimmende Kenntnisnahme Verordnungsmenge:</p>	<p>Verordnungsmenge: KZBV</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Besserung zugeführt werden, indem die Gelenkbeweglichkeit sowie die Durchblutung der Muskeln gefördert werden.“</p> <p>Nach der Position des Vorsitzenden ist dabei formal die Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie vom Nachweis der Wirksamkeit abhängig. Nachweise hierzu liegen vor, exemplarisch in der Deutschen Dissertation des ausgewiesenen kundigen Physiotherapeuten Stelzenmüller aus Frankfurt, u.a. Autor eines Standardwerkes aus dem Thieme-Verlag und Gewinner eines Tagungsbestpreises der DGFDT. (Evaluation der Wirksamkeit von Physiotherapie bei craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) mit Hilfe von Schmerzlokalisierungsbogen und Oberflächen-EMG</p> <p>Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Theoretischen Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes, 2013). Darin wird zunächst die vorhandene Literatur aufbereitet und wie folgt zusammengefasst (Literaturangaben aus der Dissertation in Klammern):</p> <p>„Die Unterscheidung zwischen manueller Therapie und anderen physiotherapeutischen Techniken findet sich ab den beginnenden 1980er Jahren z.B. bei Weisberg und Friedman[201]. Danach wurde der</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Eine Verordnungsmenge bis zu 10 Einheiten in der Erst- und Folgeverordnung und einer Gesamtverordnungsmenge bis zu 20 Einheiten im Regelfall wird als fachlich nicht begründet abgelehnt.</p> <p>Im vertragsärztlichen Bereich werden unter der Indikation „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ für die Behandlung von Schmerzen, Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, Muskelspannungsstörungen etc. bei den Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phantomschmerzen nach Amputationen - Neuralgie, Kausalgie - Neuropathischen Schmerzen - Chronischem regionalem Schmerzsyndrom (Synonym Morbus Sudeck) - Fibromyalgie <p>als Behandlungsfrequenz in der Erst- und Folgeverordnung ebenfalls jeweils bis zu 6 Ver-</p>	<p>und PatV: analog der Position des GKV-SV</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Begriff manuelle Therapie und Techniken der manuellen Therapie u.a. von Gelb[64] 1985, Hansson[77] 1988, Bell[11] und Okeson 1989 und 1990 eingeführt. Des Weiteren wurde der Einsatz von manueller Therapie bei CMD z.B. in Studien von dos Santos[46] 1995, Fink[55] 2001, Medlincott und Harns[124] 2006 überprüft und wird bis heute bei der Therapie von CMD[180] eingesetzt.“</p> <p>Die existente Literatur wurde nach den Behandlungsarten wie folgt unterteilt erfasst:</p> <p>„In Studien wurden die folgenden Therapieformen untersucht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manuelle Therapie [94,95,187,201,203,64,65,123,46,117,135,23,55,68,56,101,177] - Kombination verschiedener Therapieformen mit manueller Therapie [61,27,76,77,11,144,96,182,45,44,23,199,188,124,121,101,2,3,179,180] - Allgemeine Krankengymnastik, Haltungsschulung [165,100,168,43,58,109,157,140-142] - Physikalische Therapie: Wärme oder Kälte [78,73,27,12] 	<p>ordnungen und daraus folgend eine Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles von 18 Verordnungen angesetzt. Unter diesen Erkrankungen befinden sich vorwiegend chronische und multilokuläre ausgebreitete Schmerzsyndrome, Schmerzsyndrome mit stark ausgeprägter Schmerzintensität (z.B. Phantomschmerzen) sowie Schmerzsyndrome, die verschiedene sensible Qualitäten betreffen und zusätzlich Störungen des vegetativen Nervensystems umfassen (z. B. Neuropathie).</p> <p>Die im Heilmittel-Katalog genannten zahnärztlichen Beschwerde- und Krankheitsbilder verursachen einen ähnlichen Bedarf an Heilmittelbehandlung. Vor diesem Hintergrund ist der Vorschlag, die Verordnungsmenge bereits in der Erst- und Folgeverordnung auf 10 Verordnungen und die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles auf 20 Verordnungen zu erhöhen, medizinisch nicht nachvollziehbar.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Die meisten der o.g. Studien bestätigen der manuellen Therapie eine hohe Wirksamkeit, die bei Bedarf mit Techniken der allgemeinen Physiotherapie (z.B. Arbeit an der Körperhaltung) gekoppelt werden kann. Die Techniken der Mobilisation wurden bereits von Evjent und Kaltenborn Mitte der 1960er Jahre z.T. durch Röntgenbilder nachuntersucht[94].“</p> <p>Fasst man die verschiedenen Punkte zusammen, so ergibt sich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das aus den Positionen Bänke und PatV resultierende Ziel wird durch die Manuelle Therapie erreicht. - Die Vorgabe des Vorsitzenden, dass die Wirksamkeit der Manuellen Therapie belegt sein müsse, ist nach der vorliegenden Literatur grundsätzlich erfüllt. - Demnach sollte eine Verordnung von Manuelle Therapie möglich sein, zumal damit für die Verkehrskreise der Umgang mit der Verordnung erleichtert wird, weil sich die Handhabung der Indikationsgruppen gleicht. - Als weiteres vorrangiges Therapiemittel muss es möglich sein, die Massage zur Vorbereitung der MT 		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>oder KG verordnen zu können (siehe oben unter § 11 (3)).</p> <p>Da praktisch das initiale Behandlungsziel sich bei den Gruppen CRZ (besser CDZ, siehe oben) und CSZ gleich gelten die Ausführungen zur Position der KZBV im Vergleich zur Position des GKV-SV hier analog, es sollte entsprechend dem Vorschlag der KZBV und des PatV bis zu 10x/VO und bis zu einer Gesamtverordnungsmenge von 20 Einheiten verordnet werden.</p>		
106.	DGKFO	<p>CSZ:</p> <p>Die KG ist als vorrangiges Heilmittel bei den genannten Indikationsgruppen therapeutisch hoch relevant</p>	Schmerzlinderung, Entlastung der Gelenkstrukturen und Verbesserung der schmerzbedingten Funktionseinschränkungen sind vorrangig. Der von der KZBV/PatV empfohlenen Gesamtverordnungsmenge ist zuzustimmen.	Kenntnisnahme, siehe Nr. 105	siehe Nr. 105
107.	DGMKG	Ergänzung um schmerzhafte Trigeminusneuropathie , alt. Neuropathische Beschwerden	Überbegriff für die aufgeführten Erkrankungen wie atypische Odontalgie	<p>Kenntnisnahme, zur Klarstellung wird in der Spalte Indikationsgruppe folgende Änderung vorgenommen: Ergänzung der Formulierung:</p> <p>„Folgen nach oder bei neuropathischen Erkrankungen im Mund- und Kieferbereich“</p> <p>Streichung der Formulierung:</p>	<p>ja, Aufnahme</p> <p>„Folgen nach oder bei neuropathischen Erkrankungen im Mund- und Kieferbereich“</p> <p>Streichung „Persistierendem idiopathischen Gesichtsschmerz“</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				„Persistierendem idiopathischen Gesichtsschmerz“	
108.	DGZMK (AK PP)	<p>CSZ: Der AKPP folgt den Vorschlägen der KZBV/PatV hinsichtlich der Therapieoptionen (KG/MT) und den Vorschlägen der GKV-SV hinsichtlich der Verordnungsmenge</p>	<p>Da Patienten mit chronifizierten Beschwerden in der Regel verschiedene Therapiemaßnahmen erfahren haben und es sehr wahrscheinlich ist, dass Krankengymnastik und manuelle Therapie bereits in Anspruch genommen wurden auf dem Weg zu dieser Diagnose, sind 6 VO ausreichend, um Eigenübungen zu erlernen, ohne dass durch weitere Maßnahmen der Aspekt der „somatisch fixierten Chronifizierung“ intensiviert wird.</p> <p>Die Aufnahme der manuellen Therapie stellt in jedem Fall eine sinnvolle Ergänzung des Therapiespektrums dar.</p>	<p>Aufnahme MT: zustimmende Kenntnisnahme Verordnungsmenge: Kenntnisnahme, siehe Nr. 105</p>	siehe Nr. 105
109.	DGZMK (Gnathologischer Arbeitskreis Stuttgart e.V.)	als Heilmittel auch weitere Therapien zulassen, z.B. manuelle Therapie	Aufgrund der großen Divergenz der angegebenen Indikationsgruppen und die Einbeziehung idiopathischer Schmerzen, halten wir es nicht für sinnvoll, lediglich ein Heilmittel (KG) zuzulassen. Für unsere Patienten mit diesem Beschwerdebild streben wir eine größere Auswahl an. Eine Verordnung für diesen Patientenkreis darf nicht auf eine Ja/Nein-Entscheidung reduziert werden.	zustimmende Kenntnisnahme zur Aufnahme manueller Therapie	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
110.	DGZMK (Gnathologischer Arbeitskreis Stuttgart e.V.)	<p><u>Verordnungsmenge</u> 10x/VO, Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls erhöhen, bzw. offenhalten</p>	<p>Eine Verordnungsmenge von nur 6 Einheiten pro Verordnung ist gerade beim chronifizierenden Charakter dieses Beschwerdebildes nicht ausreichend. Wird diese Diagnose gestellt, ist ein akutes Schmerzgeschehen, also ein mit kurzfristigen Mitteln wirksam therapierbares, schon ausgeschlossen worden. Die medizinisch sinnvolle Festlegung der Gesamtmenge der Verordnungen sollte aus demselben Grund dem behandelnden Zahnarzt obliegen. Wir gehen davon aus, dass in vielen Fällen „im Rahmen der Gesamtversorgungsmenge“ von nur 18 Einheiten des Regelfalls, „das angestrebte Therapieziel“ nicht „erreicht werden kann“ (gemäß §6 Abs. 3 HeilM-RL ZÄ)</p>	<p>siehe Nr. 105 siehe Nr. 105 Kenntnisnahme, siehe Nr. 105</p>	<p>siehe Nr. 105</p>

B-6.3.5 I.4. Lymphabflussstörungen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
111.	DGL	LYZ1 GKV-SV: Einfügen nach tumorchirurgischen Eingriffen u./o. strahlentherapeutischen Behandlungen mit Unterbr.....	Sehr oft wird eine zusätzliche Strahlentherapie durchgeführt, welche die Lymphabflußstörung dramatisch verstärkt.	Zustimmung	ja, Ergänzung „oder strahlentherapeutischer Behandlung“ in der Spalte Indikationsgruppe unter LYZ 1 und LYZ 2
112.	DGL	LYZ2 Spalte HMV im Regelfall unter B ergänzen: Bewegungstherapie	Die Bewegungstherapie/Übungsbehandlungen stellen einen wichtigen Teilaspekt der kombinierten Entstauungstherapie bei Lymphödemen dar, besonders wenn Bandagieren nur eingeschränkt möglich ist, wie z.B. bei Kopf/Halslymphödemen. Bei schwergradigen Lymphödemen, besonders nach zusätzlicher Bestrahlung, bestehen oft massive Radiofibrosen mit daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen, chronischen Schmerzzuständen, Schluckbeschwerden. In diesen Fällen ist eine zusätzliche Übungsbehandlung erforderlich. Nur die Übungsbehandlung (HMR Positionsnummer 20301) ist mit der manuellen Lymphdrainage (MLD) in einer Verordnung kombinierbar; Physiotherapie erfordert eine zusätzliche Verordnung.)	zustimmende Kenntnisnahme Ergänzung von „Übungsbehandlung“ als ergänzendes Heilmittel	ja, Ergänzung von „Übungsbehandlung“ als ergänzendes Heilmittel in LYZ 1-2 und Aufnahme in § 19 der RL
113.	DGL	Einteilung LYZ1 bis LYZ3 Für uns stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, die vertragsärztliche Einteilung LY1 bis LY3 für den zahnärztlichen HM-Katalog in der Form zu abzuändern, dass a)	Bei LY1 handelt es sich um keine Lymphödeme, sondern um i.d.R. passagere Lymphabflussstörungen: Diese finden sich bei traumatischen/postoperativen Schwellungssituationen, die auf eine MLD sehr gut ansprechen, bei denen aber nur ein kurzes Zeitfenster von maximal 10 Behandlungen ausreicht. Bei schwergradigen Lymphödemen im Kopf/Halsbereich nach ausgedehnten zahnärztlich-kieferchirurgischen Eingriffen wegen maligner Tumoren ist als komplette Entstauungstherapie durchaus die Behandlung des gesamten Schultergürtels als erster Teil der mindestens 45 minütigen Behandlung erforderlich. Es wird	PatV & KZBV: Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 118	siehe lfd. Nr. 118

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		in LYZ1 auch LO nach Tumorbehandlungen Eingang finden und b) LYZ 3 aufgegeben wird.	also die zitierte „Großbehandlung“ von mehreren Körperteilen durchgeführt wie sie im vertragsärztlichen Heilmittelkatalog für das LY3 vorgesehen ist. U.E. handelt es sich bei diesen Fällen durchaus auch um Behandlungsfolgen ausschließlich kieferchirurgisch/zahnärztlicher Behandlungen. Wir würden vorschlagen, LYZ3 zu erhalten, um eine bessere Differenzierung unterschiedlicher Grade einer Lymphabflußstörung zu ermöglichen		
114.	BZÄK	Die BZÄK befürwortet die Aufnahme von LYZ3 als separate Indikationsgruppe, wodurch die Erwähnung dieser Indikationsgruppe in LYZ1-2 entfällt.	Die eigenständige Indikationsgruppe LYZ3 ist sinnvoll, da die Unterbrechung der lymphabführenden Bahnen aufgrund von Tumoroperationen ggf. mit Bestrahlung einen erheblichen Eingriff in das Lymphsystem bedeutet.	siehe lfd. Nr. 113 und 118	siehe lfd. Nr. 118
115.	SHV	Mit der KZVB sind wir der Auffassung, dass eine neue Indikationsgruppe LYZ3 sinnvoll ist.	<p>Die Gruppe LYZ1 umfasst Störungen mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf, die durchaus auch eine 30minütige Therapiesitzung indiziert. Nach bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen sollte jedoch gerade im Akutstadium die Frequenz der Therapie bei bis zu 5 Behandlungen wöchentlich liegen</p> <p>Mit der KZVB sind wir der Auffassung, dass eine neue Indikationsgruppe LYZ3 sinnvoll ist. Sollte diese nicht konsentierbar sein, können die hier aufgeführten Diagnosen in LYZ2 überführt werden. Dann muss aber Folgendes gewährleistet sein:</p> <p>Eine Behandlung von Tumorerkrankungen ist in einem kurzzeitigen Behandlungsintervall und einer 30minütigen Therapiesitzung nicht möglich, da bei der Manuellen Lymphdrainage auch immer umliegende Strukturen mitbehandelt werden müssen. Diese können bei einer Tumorerkrankung großflächiger ausfallen und nehmen daher mehr Zeit in Anspruch. Aufgrund dessen muss ein Zeitintervall von 45 Minuten, in schwerwiegenden Fällen auch 60</p>	siehe lfd. Nr. 113 und 118	siehe lfd. Nr. 118

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Minuten, bei Tumorerkrankungen verordnungsfähig sein, bei einer Gesamtverordnungsmenge von bis zu 50 Einheiten.</p> <p>Ein eventuell ausgestellter Kompressionsstrumpf für den Kopf muss ebenfalls in der Therapiezeit an- und ausgezogen werden können.</p>		
116.	VDB	<p>LYZ1: Einschub GKV-SV aus Indikationsgruppen streichen</p>	<p>In die Indikationsgruppen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf passt die Behandlung „nach tumorchirurgischem Eingriff mit Unterbrechung der Lymphabflusswege“ nicht hinein, weil diese Fälle erfahrungsgemäß mindestens einen mittelfristig andauernden oder länger andauernden Behandlungsbedarf aufweisen.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Tumorerkrankungen sind in der Indikationsgruppe LYZ1 ebenfalls aufzuführen, da eben nicht alle Tumorerkrankungen oder deren behandlungsbedingten Folgeerscheinungen, ein Ausmaß haben, das generell eine Frequenz von 30 Einheiten im Regelfall (vgl. Indikationsgruppe LYZ2) erforderlich macht.</p> <p>Medizinisch ist vielmehr nach Art des jeweiligen Tumors, dem Malignitätsgrad, der Tumorausdehnung, dem Lymphknotenbefall sowie dem Grad der Metastasierung zu unterscheiden. So ist beispielsweise bei einem Carcinoma in situ oder einem T1-Tumor ohne Metastasen (TNM: Tis bzw. T1N0M0), falls es nach operativer Revision zu passageren Lymphabflussstörungen</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>kommen sollte, i.d.R. eine kurzzeitige Behandlung mit niedrigerer Verordnungsmenge indiziert und ausreichend.</p> <p>Im Heilmittelkatalog Zahnärzte sollten diese unterschiedlichen medizinischen Sachverhalte durch eine differenzierte Darstellung in den Indikationsgruppen LYZ 1 und LYZ 2 erhalten bleiben.</p>	
117.	VDB	<p><u>LYZ2:</u> VDB unterstützt Einschub GKV-SV in Indikationsgruppen und fordert eine Veränderung</p>	<p>In die Indikationsgruppen mit prognostisch länger andauerndem Behandlungsbedarf passt die Behandlung dieser Fälle hinein. Es muss aber eine Änderung vorgenommen werden in: „nach tumorchirurgischen Eingriffen oder Bestrahlungen mit Unterbrechung und / oder systematischer Entfernung der Lymphabflusswege“. Es entfällt der Terminus „ausgedehnt“.</p>	<p>Kenntnisnahme, Änderung in „umfangreich“</p> <p>Der Begriff „umfangreich“ ist hier erforderlich, um eine medizinische und inhaltliche Abgrenzung zur Indikationsgruppe LYZ1 herzustellen. Eine Einschränkung der Versorgung der Patienten besteht durch die gegebene Unterteilung in LYZ1 und 2 nicht.</p>	<p>ja, in LYZ 2 wird „ausgedehnt“ gestrichen und durch „umfangreich“ ersetzt</p>
118.	VDB	<p><u>LYZ3:</u> in LYZ2 integrieren</p>	<p>Die Indikationsgruppen von „LYZ2“ und „LYZ3“ sind schwer abgrenzbar. Der VDB empfiehlt die Integration der „LYZ3“ in „LYZ2“ unter Übernahme der Gesamtverordnungsmenge im Regelfall (50) und Berücksichtigung der oben für LYZ2 empfohlenen Textänderung. Die Verordnungsmenge kann und muss nach den</p>	<p>Zustimmende Kenntnisnahme in Bezug auf Einteilung LYZ1 und LYZ2, keine Zustimmung zur Erhöhung der VO-Mengen;</p>	<p>KZBV und PatV: Streichung LYZ 3</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			Kriterien des § 11 Abs 1 u 2 im Einzelfall im Rahmen der Verordnung festgelegt werden.	siehe Entwurf TrGr zum Zeitpunkt des SN-Verfahrens (Ausführungen unter 1.4 Lymphabflussstörungen)	
119.	DGKFO	LYZ1-3 Mit den Ergänzungen der GKV-SV und KZBV einverstanden.	Für die Indikationsgruppen sinnvoll im Hinblick für die Verbesserung des Lymphabflusses und die Vermeidung weiterer Komplikationen.	Kenntnisnahme, siehe Entwurf TrGr zum Zeitpunkt des SN-Verfahrens (Ausführungen unter 1.4 Lymphabflussstörungen), siehe lfd. Nr. 113 und 118	siehe lfd. Nr. 118
120.	DGMKG	LYZ1, GKV-SV: nach ausgedehnten chirurgischen Eingriffen z.B. Tumor	Die Einschränkung auf tumorchirurgische Operationen schränkt die Therapiemöglichkeiten stark ein	zustimmende Kenntnisnahme, Aufnahme der Formulierung „chirurgische Eingriffe“ im HeilM-Katalog unter LYZ1	ja, neue Formulierung unter LYZ1 und LYZ 2: „bei dauerhafter oder temporärer Unterbrechung der Lymphabflusswege nach - umfangreichem tumorchirurgischen oder chirurgischem Eingriff ...“
121.	DGZMK (AK PP)	Der AKPP befürwortet die Aufnahme von LYZ3	Die eigenständige Indikationsgruppe LYZ3 ist sinnvoll, da die Unterbrechung der lymphabführenden Bahnen aufgrund von Tumoroperationen ggf. mit Bestrahlung einen erheblichen Eingriff in	Kenntnisnahme, siehe Entwurf TrGr zum Zeitpunkt des SN-	siehe lfd. Nr. 118

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		als separate Indikationsgruppe, wodurch die Erwähnung dieser Indikationsgruppe in LYZ1-2 entfällt.	das Lymphsystem bedeutet mit langfristigen Folgen, weshalb das Gesamtvolumen von 50 Einheiten in jedem Fall gerechtfertigt ist.	Verfahrens (Ausführungen unter 1.4 Lymphabflussstörungen), siehe lfd. Nr. 113 und 118	

B-6.3.6 II. Sprech- und Sprachtherapie bei:

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
122.	dbS	Überschrift II: Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie Der Titel „Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ sollte zu „Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ erweitert werden, um die Indikation SCZ ausdrücklich einzuschließen.		Kenntnisnahme, siehe Nummern 7 bis 9	nein
123.	dbl	Wie bereits zu u.a. zu § 23 und 24 der Richtlinie dargelegt, bedarf es der Aufnahme der „Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“. Die Aufnahme der Indikationsgruppen und damit des Heilmittels Schlucktherapie begrüßen wir inhaltlich, naturgemäß sollte sich dies in den Überschriften und Regelungen auch namentlich unter dem Begriff der Schlucktherapie finden.		Kenntnisnahme, siehe Nummern 7 bis 9	nein
124.	dba	II. Sprech- und Schluck -Therapie bei II.4. Kiefergelenkserkrankungen und Cranio- mandibulärer Dysfunktion (CMD)	CMD können auch mit Stimmstörungen und Schluckstörungen einhergehen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit aus den Bereichen Zahnheilkunde, Physiotherapie sowie Stimm-, Sprech-, Schluck-Therapie ist zielführend.	Kenntnisnahme, siehe Nummern 7 bis 9 Liegen sowohl cranio- mandibuläre als auch Sprech- oder Sprachstörungen vor, ist die Verordnung von Sprech- und Sprachtherapie ebenfalls möglich	nein

B-6.3.7 II.1. Störungen des Sprechens

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
125.	DGZMK (DG Paro)	Ergänzung zu den Beispielen bei den Indikationsgruppen: große interdental Lücken im Frontzahnbereich nach schwerer Parodontitis und ihrer Therapie	Parodontitis ist eine hochprävalente Erkrankung, die häufig erst in der Spätphase erkannt und therapiert wird. Sind die oberen Frontzähne betroffen, führt dies häufig zu Sprachstörungen. Da es sich hierbei um ein Krankheitsbild handelt, das sich gravierend von den beispielhaft aufgeführten Indikationsgruppen unterscheidet, sollte dies explizit genannt werden.	Kenntnisnahme Da die Indikationsgruppen nicht abschließend sind, ist bei entsprechender Leitsymptomatik auch bei den genannten Beispielen eine Verordnung möglich.	nein
126.	DGZMK (DG Paro)	Treten beispielsweise in Folge von Mund- und Kieferanomalien, parodontitisbedingtem Verlust interdentaler Gewebe mit ausgeprägter Lückenbildung im Frontzahnbereich , nach orthognathen Operationen		Kenntnisnahme siehe Ausführungen unter 125	nein
127.	dbs	<u>SPZ/Indikationsgruppe:</u> hier sollte eine Änderung in Störungen des Sprechens z. B. bei/nach Mund-, Kieferanomalien (z. B. bei offenem Biss, Sigmatismus interdentalis, Sigmatismus addentalis, Schetismus) orthognathen Operationen erfolgen. <u>SPZ/Leitsymptomatik:</u> Es sollte keine ausdrückliche Beschränkung auf alveolare und dentale Artikulationsorte erfolgen. Auch velare Artikulationsstörungen (z.B. fehlerhafte Bildung des /k/ und /g/) können auf Zungenfehlfunktionen beruhen. Passender wäre daher die allgemeine Angabe „Störungen in der Lautbildung“		Kenntnisnahme <u>SPZ/Indikationsgruppe:</u> Kenntnisnahme zur Indikationsgruppe Beispielhafte Aufzählung nicht abschließend, sodass „Schetismus“ nicht ausgeschlossen ist <u>SPZ/Leitsymptomatik:</u> zustimmende Kenntnisnahme zur Leitsymptomatik, da fachlich korrekt nicht nur ausschließlich die Lautbildung bei alveolaren	ja, Änderung in „Störungen der Lautbildung im Mund- Kiefer-, Gesichtsbe- reich“

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				und dentale Artikulationsorte betroffen sein können Änderung siehe Spalte rechts	
128.	DGZMK (DGI)	SPZ alt: „nach orthognathen Operationen“; besser: „bei/nach orthognathen Operationen“ analog SCZ	Insbesondere bei der Klasse II kommt der präoperativen Dehnung der Suprahyoidalen Muskulatur eine dokumentierte prognostische Bedeutung zu (Wriedt et al. 2014)	Kenntnisnahme, Formulierung redaktionell angepasst und das Wort „nach“ verschoben	ja, nach dem Wort „bei“ wird das Wort „nach“ eingefügt und vor dem Wort orthognathen wird das Wort „nach“ gestrichen
129.	dbl	Störungen des Sprechens und der Sprache SPZ/Indikationsgruppe: Ergänzung um: <ul style="list-style-type: none"> - Mund-, Kieferanomalien (...) - vor und nach orthognathen Operationen - (...) SPZ/Leitsymptomatik: Ergänzung um: <ul style="list-style-type: none"> - Störungen der Lautbildung - Störungen des Sprachklangs - fehlender Mundschluss, Mundatmung - fehlende Zungen-/Lippenruhelage - falsches Schluckmuster SPZ/Ziele der Therapie: Ergänzung um: <ul style="list-style-type: none"> - Normalisierung der muskulären Balance 	Wenn keine orofaziale/myofunktionelle Therapie vor der OP erfolgt, ist erfahrungsgemäß ein Rezidiv vorprogrammiert. Zur Vermeidung eines Rezidivs ist präoperativ myofunktionelle/orofaziale Therapie notwendig. Die offene Mundhaltung hat Auswirkungen auf die primären oralen Funktionen (=Atmung und Nahrungsaufnahme), die sekundären Funktionen (=Sprechen und Stimmgebung), auf Wachstum und Entwicklung des Gebisses und auf den gesamten Organismus und sollte daher als Leitsymptomatik aufgeführt werden (M.Furtenbach, I.Adamer).	Kenntnisnahme, zur Indikationsgruppe: es handelt sich um eine beispielhafte Aufzählung zur Leitsymptomatik: siehe Nr. 127 und der Spiegelstrich orofasiales Muskelgleichgewicht subsummiert die Ergänzungsvorschläge zu Zielen der Therapie: von der allgemeinen Formulierung umfasst	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> - Anbahnung sprachlicher Äußerungen - Aufbau von Kommunikationsstrategien - Abbau von Habits (z.B. Daumenlutschen, Schnuller) <p><u>SPZ/Heilmittel:</u> Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</p>	<p>Solange ein Kind in der Lutschgewohnheit verharrt, verstärkt es seine dysfunktionalen Bewegungsmuster und kann in der Therapie keine neuen physiologischen Bewegungsabläufe lernen (M.Furtenbach, I.Adamer), Frey Sophie (Hrsg.): Pädiatrisches Dysphagiemanagement, Urban & Fischer, 1. Auflage 2011, Elsevier GmbH, München</p>	<p>zur Schlucktherapie: Die Schlucktherapie ist keine eigenständige Therapie, sondern im Rahmen der Sprech- und Sprachtherapie abgedeckt. Die Ergänzungsvorschläge sind unter der Leitsymptomatik und unter dem Therapieziel subsumiert. Zudem sind die Indikationsgruppen nicht abschließend und bei entsprechender Leitsymptomatik ist auch bei den genannten Beispielen eine Verordnung möglich.</p>	
130.	dba	<p><u>SPZ/Indikationsgruppen</u> Störungen des Sprechens z.B. bei</p> <p>Spiegelstrich 2 zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vor und nach orthognathen Operationen <p><u>SPZ/Leitsymptomatik</u> zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fehlender Mundschluss - Mundatmung - fehlende Zungen- und Lippenruhelage - mangelhaftes Schluckmuster - Störungen der Lautbildung - Störungen des Stimmklangs 	<p>Es gilt, Rückfall in präoperative Muster zu verhindern.</p> <p>Das komplexe Störungsbild erfordert in Einzelfällen 60 Minuten, um das in der Therapie Erlernte unter kontrollierten Bedingungen zu wiederholen und zu überprüfen.</p>	<p>Kenntnisnahme siehe Ausführungen unter 129</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p><u>SPZ/Ziel der Therapie</u> zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalisierung und Verbesserung des Kauens - Normalisierung und Verbesserung des Sprechens, der Laut- und Lautverbindungsbildung - Abbau von Habits - Verbesserung bis zur Normalisierung des Schluckvorgangs - Verbesserung der Stimmqualität und der stimmlichen Belastbarkeit bis zur Normalisierung einer stimmlichen Kommunikationsfähigkeit <p><u>SPZ/Heilmittel</u> zu ergänzen:</p> <p>Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schluck-Therapie</p> <p><u>SPZ/Verordnungsmenge</u> zu ergänzen:</p> <p>30/45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p>			
131.	DGKFO	<p><u>SPZ</u></p> <p>Im Rahmen der Sprech- und Sprachtherapie sollten die genannten Indikationsgruppen durch folgende ergänzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angeborenen Fehlbildungen (z.B. LKG-Spalten, Trisomie 21) 	<p>Verbesserung und Normalisierung der Lautbildung und damit der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten. Verbesserung des orofazialen muskulären Gleichgewichts. Dadurch werden kieferorthopädische und kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapiemaßnahmen wesentlich unterstützt und die Rezidivgefährdung reduziert.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Da die Indikationsgruppen nicht abschließend sind, ist bei entsprechender Leitsymptomatik auch bei den genannten Beispielen eine Verordnung möglich.</p>	nein

B-6.3.8 II.2. Störungen des oralen Schluckaktes

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
132.	dbs	SCZ/Heilmittel: Hier sollte die Heilmittelangabe um Schlucktherapie ergänzt werden.		Kenntnisnahme, siehe Nummern 7 bis 9	nein
133.	dbl	SCZ/Leitsymptomatik: Ergänzung um: <ul style="list-style-type: none"> - Störungen der Muskelfunktion - fehlender Mundschluss - Mundatmung - Beeinträchtigung der Kaufunktion - Fütterstörung, Ess- und Trinkstörung - kindliche Dysphagien SCZ/Ziele der Therapie: Ergänzung um: <ul style="list-style-type: none"> - Eutonisierung der orofazialen Motorik und Sensität - Verbesserung des Mundschlusses, der Nasenatmung - Verbesserung der Kaufunktion, - - Abbau von Habits (z.B. Daumenlutschen, Schnuller) 	Da sich myofunktionelle Störungen oft bereits im Säuglings- oder Kleinkindalter ankündigen, sollten sie so früh wie möglich erkannt und behandelt werden, um nachfolgende Hör- und Sprachentwicklungsstörungen zu vermeiden (R.Schönweiler, B.Schönweiler, H.-J.Radü, m.Ptok)	Kenntnisnahme siehe Ausführungen unter 129	nein
134.	dba	SCZ/Leitsymptomatik: zu ergänzen: <ul style="list-style-type: none"> - fehlender Mundschluss - Mundatmung - fehlende Zungen- und Lippenruhelage - Störungen der Kaufunktion - Fütter- und Schluckstörungen bei Kindern - Störungen der Lautbildung - Störungen des Stimmklangs 		Kenntnisnahme siehe Ausführungen unter 129	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p><u>SCZ/Ziele der Therapie:</u> zu ergänzen: Abbau von Habits</p> <p><u>SCZ/Heilmittel:</u> zu ergänzen: Schluck-Therapie</p>			
135.	DGKFO	<p><u>SCZ</u> Störungen des oralen Schluckaktes sind für die gesamte Zahnmedizin und insbesondere für die Kieferorthopädie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen von direkter diagnostisch und therapeutisch relevanter Bedeutung.</p>	<p>Verbesserung bzw. Normalisierung der Schluckfunktion und dadurch positiv korrigierender Einfluss auf die Zungenfunktion. Dies unterstützt wesentlich kieferorthopädische Therapiemaßnahmen und reduziert die Gefahr von Rezidiven. Ein fehlerhaftes Schluckmuster besitzt u.a. ätiologische Bedeutung für die Entstehung eines offenen Bisses. Die Sprech- und Sprachtherapie ist somit als präventiven Charakter.</p>	Kenntnisnahme	nein

B-6.3.9 II.3.Orofaziale Störungen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
136.	dbs	<p>OFZ/Indikation:</p> <p>Die Aufnahme des neu geschaffenen Indikationsschlüssels OFZ wird als positiv bewertet.</p>	<p>Der Indikationsschlüssel OFZ umfasst ausdrücklich Störungen der orofazialen Funktion ohne Beeinträchtigung der Artikulation. Dieser Fall wird von den bestehenden HeilM-RL bisher nicht adäquat erfasst, so dass die vorliegende Erweiterung der HeilM-R-ZÄ sehr sinnvoll ist. Diese Maßnahmen sollten nicht auf die Wachstumsphase beschränkt werden. Entsprechende Diagnosen bestehen ebenfalls im Erwachsenenalter. Oft ist die therapeutische Einstellung des orofazialen Muskelgleichgewichtes eine Voraussetzung für eine weitere kieferorthopädische oder kieferchirurgische Behandlung. Weitere mögliche Erscheinungsformen, die zu einer medizinisch indizierten Behandlungsbedürftigkeit führen, können im Erwachsenenalter neben Artikulations- und Schluckstörungen u.a. sein: Globusgefühl und Enge im Hals, Verhaltensweisen wie Räuspern, Lippenbeißen oder -zucken, ebenso wie funktionelle Stimmstörungen mit Hochatmung, Hals-, Kopf-, Schulter- und/oder Rückenschmerzen sowie Verspannungen. Ziel ist die Funktionsverbesserung, Veränderung des Funktionsmusters, Wiederherstellung/ Normalisierung der physiologischen Muskelfunktion und die Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System. Neben einer zahn- und kieferorthopädischen Behandlung können im Rahmen der Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie außerdem zusätzliche Methoden zum Stressabbau sowie gezielte Entspannungstechniken für den Mund-Gesichts-Bereich angewendet werden.</p>	<p>Kenntnisnahme, siehe Entwurf TrGr zum Zeitpunkt des SN-Verfahrens (2.3.2 Orofaziale Funktionsstörungen)</p>	<p>nein</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
137.	dbl	<p>OFZ/Indikation: Ergänzung und Klärstellung der Indikationsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - angeborene und erworbene cranio- und orofaziale Fehlbildungen (z.B. offener Biss durch Zungenpressen) - persistierende Kiefergelenkschmerzen/ Kiefermuskelschmerz <p>OFZ/Leitsymptomatik: Ergänzung um:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schmerzbedingte Funktions-/ Bewegungsstörungen - Störungen der Schluckfunktion - Störungen der Kaufunktion - Fütterstörung <p>OFZ/Ziele: Ergänzung um:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufbau /Anbahnung, Festigung und - Stabilisierung der Muskelbalance im orofazialen System - Aufbau und Korrektur der Körper-, bzw. Kopfhaltung - Normalisierung der Schluckfunktion - Normalisierung der Kaufunktion - Regulierung der schmerzhaften Muskelspannung, der 	<p>Die Indikation besteht nicht nur während der Wachstumsphase. Beispiel: Ein Erwachsener mit viszeralem Schluckmuster erleidet nach einem operiertem offenem Biss ein Rezidiv. Die logopädische Schlucktherapie sollte daher präventiv erfolgen, um den Operationserfolg zu sichern.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Die Indikationsgruppen unter II.3. sind nicht abschließend.</p> <p>Zu „Leitsymptomatik“:</p> <p>Der Begriff „Störungen der orofazialen Funktion“ bedarf keiner weiteren Differenzierung; Schluckfunktionsstörungen werden unter SCZ behandelt</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Durchblutung, des Stoffwechsels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abbau von Habits (z.B. Dau-menlutschen, Schnuller) <p>OFZ/Heilmittel: Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</p>			
138.	dba	<p>OFZ/Indikationsgruppen: zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - angeborenen und erworbene cranio- und orofazialen Fehlbildungen - persistierende Kiefergelenk- und Kiefermuskelschmerzen <p>OFZ/Leitsymptomatik zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Störungen der Kaufunktion - Störungen der Schluckfunktion - Fütter- und Schluckstörungen bei Kindern <p>OFZ/Heilmittel zu korrigieren: Schluck-Therapie</p>	<p>Cranio- und orofaziale Fehlbildungen, Zahn- und Kieferfehlstellungen sind nicht nur angeboren und treten auch nicht nur in der Wachstumsphase auf. Verbesserung des Funktionsmusters und Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System können sowohl prä- als auch postoperative Maßnahmen sein um das Behandlungsziel effektiver und wirtschaftlicher zu erreichen.</p> <p>Sinnvoll kann ergänzende Physiotherapie (CRZ1) sein.</p>	Kenntnisnahme, siehe Nummer 137	nein
139.	DGFDT	<p>Orofaziale Funktionsstörungen sind zwar auch Funktionsstörungen und daher von der Bezeichnung her dem Tätigkeitsgebiet der DGFDT zuzuordnen. Da die Behandlungsführung in der Re-</p>		Kenntnisnahme	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		gel in das Feld der kieferorthopädischen Behandlung fällt sollte die DGKFO hier als zuständige Fachgesellschaft primär gehört werden.			
140.	DGKFO	<p>OFZ</p> <p>Die Indikationsgruppen sollten unbedingt durch die von der PatV genannten Erweiterungen präzisiert werden.</p> <p>Die von GKV-SV/KZBV genannten Ausnahmefälle mit schweren Kieferanomalien grenzen die Indikationsgruppen zu sehr ein.</p>	Orofaziale Funktionsstörungen stellen einen direkten ätiologischen Faktor für die Entstehung und die Progredienz von gewissen Kieferanomalien im Wachstumsalter dar. Die Wiedererlangung der Muskelbalance ist somit auch im Hinblick auf das kieferorthopädische Behandlungsergebnis und dessen Stabilität von hoher klinischer Bedeutung.	Kenntnisnahme, siehe Entwurf TrGr zum Zeitpunkt des SN-Verfahrens (2.3.2 Orofaziale Funktionsstörungen)	nein

B-6.3.10 Weitere Anmerkungen zum HeiIM-Katalog ZÄ

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
141.	dbs	Die Indikationsschlüssel ST2 der HeiIM-RL sollten auch in den HeiIM-RL ZÄ abgedeckt werden.	Die Verordnung dieser Indikationsschlüssel ist aus zahnärztlicher Sicht relevant, wenn eine orofaziale Dysfunktion zu einer gestörten Muskelbalance im Hals- und Nackenbereich führt [1] und diese sich auf die angrenzende, an der Stimmbildung beteiligte Muskulatur überträgt. Heiserkeit und zunehmende Stimmermüdung können die Folge sein [2]. Es konnte gezeigt werden, dass Muskelverspannungen im Phonationstrakt durch Kiefergelenksstörungen ausgelöst werden können [3].	Kenntnisnahme Verordnung außerhalb der genannten Indikation aufgrund § 1 Abs. 3 Zahnheilkundengesetz nicht möglich.	
142.	dbs	Neben dem Indikationsschlüssel SPZ (entspricht SP3) sollten auch die Indikationsschlüssel SP1 sowie SP5 und SP6 durch die HeiIM-RL ZÄ abgedeckt werden. Der Indikationsschlüssel SPZ sollte weiter gefasst werden.	Zu SP1: Frühkindliche Karies, orofaziale Dysfunktionen und Kieferanomalien können neben Sprech- und Schluckstörungen auch Kommunikationsstörungen auslösen (z.B. durch soziale Ausgrenzung, vgl. [4]). In diesem Fall ist auch aus zahnärztlicher Sicht die Verordnung der Indikation SP1 relevant, da hier nicht nur die Artikulation, sondern die gesamte sprachliche Entwicklung eines Kindes betroffen ist. Zu SP5/SP6: Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz), aber auch der Alterungsprozess an sich, können zu orofazialen Veränderungen und einer abnehmenden Mundgesundheit und daher zu Schwierigkeiten beim Sprechen führen. Die vorliegenden Konzepte zur zahnärztlichen Versorgung von geriatrischen Personen und Menschen mit Behinderungen [5] zeigen, dass sich Zahnärzte ihrer besonderen Verantwortung bei der Behandlung dieser Patienten bewusst sind. Damit eine umfassende Versorgung gewährleistet ist, sollten Zahnärzte die Möglichkeit haben, auch die Indikationsschlüssel SP5/SP6 zu verordnen.	Kenntnisnahme Verordnung außerhalb der genannten Indikation aufgrund § 1 Abs. 3 Zahnheilkundengesetz nicht möglich.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs-vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be-schluss-entwurf
143.	dbs	Der Indikationsschlüssel SF sollte auch in den HeilM-RL ZÄ abgedeckt werden.	Rhinophonien können organische Ursachen haben, z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildungen, und fallen dann in den zahnärztlichen Versorgungsauftrag [6]	Kenntnisnahme; siehe Nr. 3 Kein eigenständiger Indikati-onsschlüssel SF nötig, da der Indikationsschlüssel SPZ Lip-pen-, Kiefer-, Gaumenspalten mit abdeckt.	nein
144.	dbs	Neben dem Indikationsschlüssel SCZ (entspricht SC2) sollte auch der Indikationsschlüssel SC1 durch die HeilM-RL ZÄ abgedeckt werden.	Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkin-son, Demenz) aber auch der Alterungsprozess an sich können zu orofazialen Veränderungen und einer abneh-menden Mundgesundheit und daher zu Schwierigkeiten beim Schlucken führen. Die vorliegenden Konzepte zur zahnärztlichen Versorgung von geriatrischen Personen und Menschen mit Behinderungen [5] zeigen, dass sich Zahnärzte ihrer besonderen Verantwortung bei der Be-handlung dieser Patienten bewusst sind. Damit eine um-fassende Versorgung gewährleistet ist, sollten Zahnärzte generell die Möglichkeit haben, Maßnahmen zur Verbes-derung des Schluckaktes zu verordnen. Die Beschrän-kung auf Störungen des oralen Schluckaktes ist nicht an-gemessen.	Kenntnisnahme Verordnung außerhalb der ge-nannten Indikation aufgrund § 1 Abs. 3 Zahnheilkundegesetz nicht möglich.	
145.	dbl	Folgende Indikationsschlüssel und Diagnosegruppen fehlen bislang vollständig. Dies hätte zur Folge, dass Vertragszahn-ärzte diese Leistungen dann grds. nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversiche-rung verordnen könnten. Dies würde nicht nur einen erhebli-		Kenntnisnahme siehe Nr. 144.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		chen Eingriff in die Verordnungshoheit der Zahnärzte bedeuten, sondern auch die vertragszahnärztliche Versorgung mit Heilmitteln deutlich reduzieren. Daher sprechen wir uns ausdrücklich für die Aufnahme der folgenden Diagnosegruppen und Indikationsschlüssel im vertragszahnärztlichen Bereich aus:			
146.	dbl	Störungen der Stimme (ST) einschl. ST1-ST4	Führt eine orofaziale Dysfunktion zu einer gestörten Muskelbalance im Hals- und Nackenbereich führt und überträgt sich auf die angrenzende, an der Stimmbildung beteiligte Muskulatur, kann dies zu Heiserkeit und zunehmende Stimmermüdung führen. Kiefergelenksstörungen können ursächlich sein für Muskelverspannungen im Phonationstrakt.	Kenntnisnahme siehe Nr. 144.	
147.	dbl	Störungen der Sprache (SP) einschl. SP1-SP6	Orofaziale Störungen und Kieferanomalien können auch Kommunikationsstörungen zur Folge haben. Neurologische Erkrankungen können in orofazialen Veränderungen und damit in Sprechstörungen münden.	Kenntnisnahme siehe Nr. 144.	
148.	dbl	Redeflussstörungen (RE) einschl. RE1-RE2	Polternde Patienten leiden häufig unter orofazialen Störungen (verwaschene Artikulation, geringe orale propriozeptive Wahrnehmung, erhöhtes Sprechtempo), so dass hier die Verordnungskompetenz beim Zahnarzt liegt.	Kenntnisnahme siehe Nr. 144.	
149.	dbl	Störungen der Stimm- und Sprechfunktion (SF)	Rhinophonien z.B. infolge einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel- Fehlbildung fallen in den zahnärztlichen Versorgungsbereich.	Kenntnisnahme siehe Nr. 144.	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
150.	dbl	Störungen des Schluckaktes (SC) einschl. SC1	Neurologische Erkrankungen können in orofazialen Veränderungen und damit in Schluckstörungen münden.	Kenntnisnahme siehe Nr. 144.	
151.	SHV	Berücksichtigung der Ergotherapie	<p>Mit großer Überraschung nehmen wir zur Kenntnis, dass die Ergotherapie bisher noch keine Berücksichtigung findet. Bereits jetzt nutzen Zahnärzte die Möglichkeiten der Ergotherapie. Ein Ausschluss würde den betroffenen Patienten eine wichtige Therapieoption nehmen. Es ist nicht erklärlich, warum man mit der neuen Richtlinie hinter dem bewährten Status Quo zurück bleiben will.</p> <p>Gerade im Alltagsbereich und in der orofazialen Therapie kommt die Ergotherapie als Leistung aufgrund zahnärztlicher Verordnung in Betracht (so sind die Fortbildungen z.B. in FOTT - Coombes - oder Castillo Morales interdisziplinär angelegt und werden auch von Ergotherapeuten besucht, sie sind in der Leistungsbeschreibung Ergotherapie aufgeführt). Ergotherapie kann Menschen mit Problemen im Kiefer-/Mundbereich und bei der Zahnhygiene helfen, und zwar zum einen bei unmittelbar zahnärztlichen Diagnosen, aber zum anderen auch bei Begleiterkrankungen wie z.B. einer geistigen, seelischen und körperlichen Behinderung oder Parkinson-Syndrom.</p> <p>Einen entsprechenden Ergänzungsvorschlag finden Sie in diesem Sinne anbei, der dann unter III. Maßnahmen der Ergotherapie Berücksichtigung finden sollte. Wird ein Heilmittelkatalog für die Ergotherapie nicht in Betracht gezogen, schlagen wir vor, zumindest im allgemeinen Text der Heilmittel-Richtlinie eine Klausel aufzunehmen, die es den</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Verordnung außerhalb der genannten Indikation aufgrund § 1 Abs. 3 Zahnheilkundegesetz nicht möglich.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf															
			Zahnärzten ermöglicht, auf das Heilmittel der Ergotherapie zurückzugreifen.																	
152.	SHV	<p style="text-align: center;">" Indikationen für Ergotherapie in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung "</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="497 507 645 555">Indikationsgruppe</th> <th data-bbox="645 507 831 699">Schädigung, Funktionsstörung</th> <th data-bbox="831 507 1003 699">Leitsymptomatik: Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)</th> <th data-bbox="1003 507 1227 699">Ziel der Therapiemaßnahmen (Ergotherapie)</th> <th data-bbox="1227 507 1458 699">Heilmittelverordnung im Regelfall A. Vorrangiges Heilmittel C. ergänzendes Heilmittel Verordnungsmengen je Diagnose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="497 699 645 1002"> Krankheiten der Mundhöhle, der Zähne und des Kiefers, z. B. → Zahnkaries → Parodontitis → Dentofaziale Anomalien → crânio-/ orofaziale Fehlbildungen → Craniomandibuläre Störungen z. B. bei → Cerebralparese → genetisch bedingte Erkrankungen </td> <td data-bbox="645 699 831 1002"> 1. → der orofazialen Funktion (motorisch und sensorisch) 2. → der Körperhaltung, den Bewegungsfunktionen (Grob- und Feinmotorik) und der Koordination 3. → der propriozeptiven Funktionen 4. → der Sinnesfunktionen bzgl. Temperatur und anderer Reize, z. B. Temperatur-, Vibrations-, Druck- und Berührungsempfinden, Schmerzen 5. → der Durchführung komplexer Bewegungshandlungen (Praxie) 6. → Störungen in der oralen </td> <td data-bbox="831 699 1003 1002"> Einschränkung 1. → im Bereich der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung wie der Mund- und Zahnhygiene 2. → Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten wie das Kauen und/oder Sprechen und/oder den oralen Schluckvorgang 3. → im Bereich der Bewegung im Alltag </td> <td data-bbox="1003 699 1227 1002"> → Verbesserung Beweglichkeit und der Geschicklichkeit → Verbesserung und ermöglichen der Selbstversorgung (z. B. Mund-/Zahnhygiene) → Verbesserung des (fein)motorischen Hand- und Armgebrauches → Wiederherstellung/Normalisierung der physiologischen Muskelfunktion z. B. Unterkieferbewegung </td> <td data-bbox="1227 699 1458 1002"> A1. Sensomotorisch/perzeptive Behandlung A2. Motorisch-funktionelle Behandlung C. Thermische Anwendung Erst-VO: bis zu 10x/VO Folge-VO: bis zu 10x/VO </td> </tr> <tr> <td data-bbox="497 1002 645 1161"> Behinderungen (z. B. Trisomie 21) → schweren Entwicklungsstörungen → Schädelhirntrauma → M. Parkinson → Apoplex/Demenz </td> <td data-bbox="645 1002 831 1161"> Phase des Schluckakts (motorisch und sensorisch) 7. → Störungen des Antriebs und des Willens </td> <td data-bbox="831 1002 1003 1161"> z. B., Dinge greifen, heben, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch (mit/ohne Hilfsmittel) </td> <td data-bbox="1003 1002 1227 1161"></td> <td data-bbox="1227 1002 1458 1161"> Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: mindestens 1x wöchentlich </td> </tr> </tbody> </table>	Indikationsgruppe	Schädigung, Funktionsstörung	Leitsymptomatik: Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)	Ziel der Therapiemaßnahmen (Ergotherapie)	Heilmittelverordnung im Regelfall A. Vorrangiges Heilmittel C. ergänzendes Heilmittel Verordnungsmengen je Diagnose	Krankheiten der Mundhöhle, der Zähne und des Kiefers, z. B. → Zahnkaries → Parodontitis → Dentofaziale Anomalien → crânio-/ orofaziale Fehlbildungen → Craniomandibuläre Störungen z. B. bei → Cerebralparese → genetisch bedingte Erkrankungen	1. → der orofazialen Funktion (motorisch und sensorisch) 2. → der Körperhaltung, den Bewegungsfunktionen (Grob- und Feinmotorik) und der Koordination 3. → der propriozeptiven Funktionen 4. → der Sinnesfunktionen bzgl. Temperatur und anderer Reize, z. B. Temperatur-, Vibrations-, Druck- und Berührungsempfinden, Schmerzen 5. → der Durchführung komplexer Bewegungshandlungen (Praxie) 6. → Störungen in der oralen	Einschränkung 1. → im Bereich der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung wie der Mund- und Zahnhygiene 2. → Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten wie das Kauen und/oder Sprechen und/oder den oralen Schluckvorgang 3. → im Bereich der Bewegung im Alltag	→ Verbesserung Beweglichkeit und der Geschicklichkeit → Verbesserung und ermöglichen der Selbstversorgung (z. B. Mund-/Zahnhygiene) → Verbesserung des (fein)motorischen Hand- und Armgebrauches → Wiederherstellung/Normalisierung der physiologischen Muskelfunktion z. B. Unterkieferbewegung	A1. Sensomotorisch/perzeptive Behandlung A2. Motorisch-funktionelle Behandlung C. Thermische Anwendung Erst-VO: bis zu 10x/VO Folge-VO: bis zu 10x/VO	Behinderungen (z. B. Trisomie 21) → schweren Entwicklungsstörungen → Schädelhirntrauma → M. Parkinson → Apoplex/Demenz	Phase des Schluckakts (motorisch und sensorisch) 7. → Störungen des Antriebs und des Willens	z. B., Dinge greifen, heben, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch (mit/ohne Hilfsmittel)		Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: mindestens 1x wöchentlich		Kenntnisnahme siehe Nummer 151	nein
Indikationsgruppe	Schädigung, Funktionsstörung	Leitsymptomatik: Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)	Ziel der Therapiemaßnahmen (Ergotherapie)	Heilmittelverordnung im Regelfall A. Vorrangiges Heilmittel C. ergänzendes Heilmittel Verordnungsmengen je Diagnose																
Krankheiten der Mundhöhle, der Zähne und des Kiefers, z. B. → Zahnkaries → Parodontitis → Dentofaziale Anomalien → crânio-/ orofaziale Fehlbildungen → Craniomandibuläre Störungen z. B. bei → Cerebralparese → genetisch bedingte Erkrankungen	1. → der orofazialen Funktion (motorisch und sensorisch) 2. → der Körperhaltung, den Bewegungsfunktionen (Grob- und Feinmotorik) und der Koordination 3. → der propriozeptiven Funktionen 4. → der Sinnesfunktionen bzgl. Temperatur und anderer Reize, z. B. Temperatur-, Vibrations-, Druck- und Berührungsempfinden, Schmerzen 5. → der Durchführung komplexer Bewegungshandlungen (Praxie) 6. → Störungen in der oralen	Einschränkung 1. → im Bereich der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung wie der Mund- und Zahnhygiene 2. → Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten wie das Kauen und/oder Sprechen und/oder den oralen Schluckvorgang 3. → im Bereich der Bewegung im Alltag	→ Verbesserung Beweglichkeit und der Geschicklichkeit → Verbesserung und ermöglichen der Selbstversorgung (z. B. Mund-/Zahnhygiene) → Verbesserung des (fein)motorischen Hand- und Armgebrauches → Wiederherstellung/Normalisierung der physiologischen Muskelfunktion z. B. Unterkieferbewegung	A1. Sensomotorisch/perzeptive Behandlung A2. Motorisch-funktionelle Behandlung C. Thermische Anwendung Erst-VO: bis zu 10x/VO Folge-VO: bis zu 10x/VO																
Behinderungen (z. B. Trisomie 21) → schweren Entwicklungsstörungen → Schädelhirntrauma → M. Parkinson → Apoplex/Demenz	Phase des Schluckakts (motorisch und sensorisch) 7. → Störungen des Antriebs und des Willens	z. B., Dinge greifen, heben, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch (mit/ohne Hilfsmittel)		Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: mindestens 1x wöchentlich																

B-6.4 Literatur aus dem Stellungnahmeverfahren

dbb

- [1] Böhme, G. (1996). Phoniatrie und Pädaudiologie. In: Berghaus, A., Rettinger, G. & Böhme, G. (Hrsg.). Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Hippokrates verlag Stuttgart.
- [2] Nawka, T. & Wirth, G. (2007). Stimmstörungen. Deutscher Ärzte Verlag.
- [3] Hülse, M. & Losert-Bruggner, B. (2005). Muskelverspannungen im Phonationstrakt, ausgelöst durch Kiefergelenksstörungen und/oder funktionelle Halswirbelsäulenstörungen. Vortrag auf der 22. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie/ dem 24. Kongress der Union Europäischer Phoniater. Berlin.
- [4] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2014). Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern.
- [5] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2010). Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.
- [6] Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde. Die Rolle der myofunktionellen Therapie in der interdisziplinären Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalten. Online abrufbar unter: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Myofunktionelle_Therapie_bei_LKG.pdf

dbi

- A. Kittel, N. Förster „**Myofunktionelle Diagnostik und Therapie**“, Der Freie Zahnarzt 04/2016, Springer-Medizin –
- M.Furtenbach „**Prävention orofazialer Dysfunktionen im Spannungsfeld von KFO und Logopädie**“ aus: “Information aus Orthodontie und Kieferorthopädie“ 2014, G.Thieme Verlag
- R.Schönweiler, B.Schönweiler, H.- J.Radü, m.Ptok “**Myofunktionelle Störungen und deren mögliche Auswirkungen auf die Hör- und Sprachentwicklung**”,2000, G.Thieme Verlag
- F. Stahl, R. Grabowski, M. Gaebel, G. Kundt “**Zusammenhang von Okklusionsbefunden und orofazialen myofunktionellen Status im Milchund frühen Wechselgebiss**”, Journal of orofacial orthopedics, 2007, Urban&Vogel
- F.Stahl, R. Grabowski “**Gebissanomalien und orofaziale Dysfunktionen**”, Zahnmedizin up2date 2011 • Frey Sophie (Hrsg.): **Pädiatrisches Dysphagiemanagement**, Urban & Fischer, 1. Auflage 2011, Elsevier GmbH, München

B-7 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 7. September 2016 eingeladen.

B-7.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

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

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 7. September 2016 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V							
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	Herr Prof. Dr. Oesterreich	nein	nein	nein	nein	ja	ja
dbs e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten	Frau Karin Schubert	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Frau Pollex-Fischer	nein	nein	ja	nein	nein	nein
	Frau Frauke Kern	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)	Frau Marion Malzahn	nein	nein	nein	nein	nein	nein
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	Herr Heinz-Christian Esser	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Dr. Claudia Kemper	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Organisation gem. 1. Kapitel § 8 Absatz 1 lit. a) VerFO							
VDB-Physiotherapieverband e.V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie	Herr Dr. Michael Stehr	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Herr Wilfried Hofmann	Nein	Nein	Nein	Nein	nein	Nein
Deut. Gesellschaft für Lymphologie (DGL)	Herr Dr. Schuchardt	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Deut. Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)	Herr Dr. Oliver Ahlers	ja	nein	ja	nein	ja	ja
Deut. Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)	Herr Prof. Dr. Dr. Neff	nein	ja	ja	ja	ja	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

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

Frage 2: Beratungsverhältnisse

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

Frage 3: Honorare

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

Frage 4: Drittmittel

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

Frage 5: Sonstige Unterstützung

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

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

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

B-7.2 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 4 VerfO).

B-8 Würdigung der Stellungnahmen

Vor Entscheidungen des G-BA über die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/Heilmittel-ZÄ) wird nach § 92 Abs. 6 S. 2 SGB V sowie 1. Kapitel § 8 Absatz 1 lit. a) VerfO den hierzu berechtigten Organisationen der betroffenen Heilmittelerbringer auf Bundesebene und nach § 91 Abs. 5 und 5a SGB V der Bundeszahnärztekammer, der Bundesärztekammer und der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu der geplanten Richtlinienänderung gegeben. Die Stellungnahmen werden in die Entscheidung einbezogen.

Der G-BA hat die schriftlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation in Abschnitt B dokumentiert.

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

- In § 2 Absatz 1, erster Spiegelstrich werden die Worte „der Physiotherapie und“ ergänzt.
- § 5 Absatz 1 wird gestrichen.
- Im zweiten Satz in § 6 Absatz 3 werden die Worte „derselben Indikationsgruppe“ ergänzt. Der neue Satz lautet wie folgt:

„Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Indikationsgruppe auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungsvordrucke auszustellen sind.“

- Unter § 7 Absatz 1 wird der Klammerzusatz im ersten Satz „(Verordnungen außerhalb des Regelfalls, insbesondere längerfristige Verordnungen)“ gestrichen und die Worte außerhalb des Regelfalls im Satz ergänzt. Satz 1 lautet demnach:

„Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen außerhalb des Regelfalls möglich.“

- Im § 10 wird im ersten Absatz der dritte Spiegelstrich gestrichen und die folgenden Sätze 2 und 3 (vorher Satz 2 und 3 in Absatz 2) ergänzt:

„Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die Behandlung in einer Einrichtung (z.B. tagesstrukturierende Förder-einrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.“

- Im § 10 werden im zweiten Absatz die ersten drei Sätze gestrichen. Im dann ersten Satz wird hinter den Begriffen „auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung“ der Klammerzusatz „(tagesstrukturierte Fördereinrichtung)“ ergänzt.
- In § 11 Absatz 3 werden im ersten Satz die Worte „der Physiotherapie und“ ergänzt und im zweiten Satz die Worte „oder die Ultraschall-Wärmetherapie“ gestrichen. §11 Absatz 3 Satz 1 und 2 lauten wie folgt:

„Soweit medizinisch erforderlich, kann in der Physiotherapie und der physikalischen Therapie zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes „ergänzendes Heilmittel“ (C) verordnet werden (d.h. maximal zwei Heilmittel je Verordnung). Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie/-stimulation oder die Ultraschall-Wärmetherapie auch

ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.“

- In § 11 Absatz 4 werden im ersten Satz die Worte „der Physiotherapie und“ ergänzt. §11 Absatz 4 Satz 1 lautet wie folgt:

„Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie und Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig.“

- In den §§ 13 und 14 werden die Absatznummerierungen gestrichen.
- In § 15 Absatz 2 wird der erste Teil des ersten Satzes gestrichen und der Satz wie folgt gefasst:

„Eine Abweichung davon der Frequenzangabe ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde.“

- § 15 Absatz 4, Satz 2: das Wort „Therapieplans“ wird durch das Wort „Therapieziels“ ersetzt.
- In § 16 werden in der Überschrift sowie im ersten und zweiten Absatz jeweils hinter dem Wort „Maßnahmen“ die Worte „der Physiotherapie und“ ergänzt.
- In der Überschrift zu Abschnitt „E.“ werden hinter dem Wort „Maßnahmen“ die Worte „der Physiotherapie und“ ergänzt.
- In § 18 werden im ersten, zweiten und dritten Absatz jeweils hinter dem Wort „Maßnahmen“ die Worte „der Physiotherapie und“ ergänzt.
- In § 19 wird der Passus „Übungsbehandlung“ ergänzt:

„5. Übungsbehandlung: Die Übungsbehandlung als gezielte und kontrollierte Maßnahme dient der Dehnung verkürzter Muskel- und Sehnenstrukturen und Vermeidung von Kontrakturen sowie Kräftigung der Muskulatur bei krankhafter Muskelinsuffizienz und -dysbalance und Funktionsverbesserung funktionsgestörter Gelenke, des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung und des Stoffwechsels.“

- In § 20 werden im Abschnitt zur „Manuellen Lymphdrainage“ im ersten Satz die Worte „umfangreichen chirurgischen Eingriffen wie“ ergänzt.
- In § 21 Absatz 2 wird unter 2. das „und“ durch ein „oder“ ersetzt.
- In § 21 Absatz 3 werden die Worte „mit Ausnahme der Ultraschallwärmetherapie“ gestrichen.
- In § 23 wird im ersten Absatz die Formulierung „Schluckstörungen der oralen Phase“ durch die Formulierung „Störungen der oralen Phasen des Schluckaktes“ ersetzt.
- In § 24 wird im ersten Absatz die Formulierung „sowie des Schluckvorganges“ ersetzt durch „sowie der Funktion der oralen Phasen des Schluckaktes“.
- Im Heilmittelkatalog ZÄ ergeben sich folgende Änderungen:
 - o In der Überschrift zu Abschnitt I. werden hinter dem Wort „Maßnahmen“ die Worte „der Physiotherapie und“ ergänzt.
 - o Im Abschnitt „I.1. Craniomandibuläre Störungen“ wird in der Spalte „Indikationsgruppen“ die Abkürzung „CRZ1“ ersetzt durch „CD1“.
 - o Im Abschnitt „I.1. Craniomandibuläre Störungen“ wird in der Spalte „Indikationsgruppen“ die Abkürzung „CRZ2“ ersetzt durch „CD2“.

- Im Abschnitt „I.3. Chronifiziertes Schmerzsyndrom“ wird in der Spalte „Indikationsgruppen“ nach dem ersten Anstrich folgender neuer zweiter Anstrich ergänzt: *„Folgen nach oder bei neuropathischen Erkrankungen im Mund- und Kieferbereich“*
- Im Abschnitt „I.4. Lymphabflussstörungen“ werden unter LYZ1 in der Spalte „Indikationsgruppen“ die Position des GKV-SV und der Anstrich „nach Traumata mit Unterbrechung der Lymphabflusswege“ gestrichen und durch folgende konsentrierte Formulierung ersetzt:
 - „bei dauerhafter oder temporärer Unterbrechung der Lymphabflusswege nach*
 - *tumorchirurgischem oder chirurgischem Eingriff oder*
 - *strahlentherapeutischer Behandlung oder*
 - *Trauma“*
- Im Abschnitt „I.4. Lymphabflussstörungen“ wird in der Spalte „Ziel der Therapie“ das Wort „fixierten“ durch das Wort „chronischen“ ersetzt.
- Im Abschnitt „I.4. Lymphabflussstörungen“ wird unter LYZ1 in der Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ unter „C.“ die „Übungsbehandlung“ und in der Spalte „weitere Hinweise“ die Wörter „Ziel: Erlernen eines Eigenübungsprogramms“ ergänzt.
- Im Abschnitt „I.4. Lymphabflussstörungen“ wird unter LYZ2 in der Spalte „Indikationsgruppen“ folgende Ergänzung vorgenommen:
 - „bei dauerhafter oder temporärer Unterbrechung der Lymphabflusswege nach*
 - *umfangreichem tumorchirurgischen oder chirurgischem Eingriff oder*
 - *strahlentherapeutischer Behandlung oder*
 - *schwerem Trauma“*
- Im Abschnitt „I.4. Lymphabflussstörungen“ wird unter LYZ2 in der Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ unter „C.“ die „Übungsbehandlung“ und in der Spalte „weitere Hinweise“ die Wörter „Ziel: Erlernen eines Eigenübungsprogramms“ ergänzt.
- Im Abschnitt „II.1. Störungen des Sprechens“ wird in der Spalte „Indikationsgruppen“ hinter „z.B. bei“ das Wort „/nach“ ergänzt und im zweiten Anstrich das Wort „nach“ gestrichen.
- Im Abschnitt „II.1. Störungen des Sprechens“ wird in der Spalte „Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung“ der erste Anstrich wie folgt neu gefasst:
 - „ - der Lautbildung im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich“*
- Im Abschnitt „II.3. Orofaziale Funktionsstörungen“ wird in der Spalte „Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung“ vor dem Wort „Habits“ das Wort „orale“ ergänzt.

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

B-9 Anhang: Stellungnahmen

B-9.1 Schriftliche Stellungnahmen


Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

Bundeszahnärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.	
26.05.2016	
Vorbemerkung	
Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) bedankt sich für die durch den zuständigen Unterausschuss „Veranlasste Leistungen“ gewährte Möglichkeit einer Stellungnahme zum Entwurf der Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte. Die BZÄK begrüßt es sehr, dass die bestehende Rechtsunsicherheit einer Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung mit dem vorliegenden Richtlinienentwurf einschließlich seines Heilmittelkatalogs beendet wird und hierbei den besonderen Belangen psychisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie chronisch kranker Menschen bei der Versorgung mit Heilmitteln Rechnung getragen wird.	
Stellungnahme im Einzelnen / Änderungsvorschlag	Begründung
Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte	
Zu § 14: Die BZÄK folgt dem Vorschlag der KZBV und PatV.	Die Erfahrung zeigt, dass die Physiotherapeuten nicht regelhaft einen Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen gewährleisten können. Insofern ist die Trennung zwischen dringlichem Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen und dem möglichen Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Tagen sinnvoll.
Zu § 19: Die BZÄK stimmt der Aufnahme der Absätze 2 und 3 in § 19 zu.	Die Berücksichtigung der Patientengruppen unter und über 18 Jahren mit zentralnervösen Störungen erscheint sinnvoll, da es sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung handelt.
Zu § 21: Entsprechend § 19 stimmt die BZÄK dem Vorschlag der KZBV und PatV in § 21 zu.	Siehe zu § 19
Heilmittelkatalog Zahnärzte	
Zu I. Maßnahmen der Physikalischen Therapie: Die BZÄK spricht sich für eine Substitution des Begriffs Physikalische Therapie durch den Begriff Physiotherapie aus.	Anstelle des Begriffs Physikalische Therapie sollte die Bezeichnung Physiotherapie verwendet werden, da es sich hierbei um den Oberbegriff für die Krankengymnastik und die physikalische Therapie handelt.
Zu CRZ1: Die BZÄK stimmt dem Vorschlag der KZBV/PatV hinsichtlich der Verordnungsmenge zu.	Myofunktionelle Störungen sind häufig bedingt durch Habits der Patienten, so dass die physiotherapeutische Behandlung längerfristig angelegt sein muss. Da der Zahnarzt die Indikation zur Folgeverordnung durch eine Untersuchung verifizieren muss, ist es sinnvoller die Erstverordnungsmenge mit 10 anzugeben.

Bundeszahnärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.	
26.05.2016	
Zu ZNSZ: Die BZÄK unterstützt die Aufnahme dieser speziellen Patientengruppe.	Die Aufnahme dieser speziellen Patientengruppe mit angeborenen und/oder zentralnervösen Störungen ist sinnvoll.
Zu CSZ: Die BZÄK folgt den Vorschlägen der KZBV/PatV hinsichtlich der Verordnungsmenge und der Therapieoptionen (Krankengymnastik / Manuelle Therapie).	Analog zu den Ausführungen unter CRZ1 folgt die BZÄK dem Vorschlag der KZBV/PatV hinsichtlich der Verordnungsmenge 10, siehe auch unter CRZ1. Zu den Physiotherapien sollte neben der Krankengymnastik auch die manuelle Therapie aufgenommen werden, da sie insbesondere bei den besonderen Strukturen im Mund-, Kiefer, Gesichtsbereich eine erfolgreiche Behandlungsmethode darstellt. Die manuelle Therapie findet auch heute schon bei der Behandlung chronischer Schmerzzustände Anwendung.
Zu LYZ1-3: Die BZÄK befürwortet die Aufnahme von LYZ3 als separate Indikationsgruppe, wodurch die Erwähnung dieser Indikationsgruppe in LYZ1-2 entfällt.	Die eigenständige Indikationsgruppe LYZ3 ist sinnvoll, da die Unterbrechung der lymphabführenden Bahnen aufgrund von Tumoroperationen ggf. mit Bestrahlung einen erheblichen Eingriff in das Lymphsystem bedeutet.



Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

	<p>dbS e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten</p> <p>Goethestr. 16 - 47441 Moers - www.dbS-ev.de</p>						
<p>25.05.2016</p>							
<p>Vorbemerkung:</p>							
<p>Derzeit „sind Vertragszahnärzte grundsätzlich berechtigt, Heilmittel im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verordnen, soweit die Verordnung zur Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gehört. Der Vertragszahnarzt, der sprachtherapeutische [...] Maßnahmen im Rahmen der Zahnheilkunde für indiziert hält, darf den Versicherten nicht darauf verweisen, sich eine Verordnung bei einem Arzt, z.B. HNO-Arzt, zu besorgen. Er hat in diesem Fall selbst zu entscheiden, ob er derartige Maßnahmen für notwendig hält und diese dann selbst verordnet.“ [1]</p>							
<p>Die geplanten Heilm-RL ZÄ sollten daher so ausgestaltet sein, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertragszahnärzte weiterhin sämtliche sprachtherapeutische Maßnahmen, die sie für indiziert halten, eigenständig verordnen können. • die zahnärztliche Versorgung der Patienten nicht eingeschränkt, sondern im Gegenteil erhalten oder verbessert wird. 							
<p>Empfehlenswert wäre deshalb, die Heilm-RL ZÄ soweit als möglich analog zur bestehenden Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilm-RL) [2] zu gestalten. Dies macht die Verordnungspraxis für Zahnärzte und Ärzte, aber auch für die Kostenträger übersichtlicher und transparenter.</p>							
<p>Der nun vorliegende Entwurf sieht hingegen nur noch folgende Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie vor:</p>							
<p>II.1. SPZ: Störungen des Sprechens II.2. SCZ: Störungen des oralen Schluckakts II.3. OFZ: Orofaziale Funktionsstörungen</p>							
<p>Damit bleiben die geplanten Heilm-RL ZÄ deutlich hinter den Heilm-RL zurück. Dies schränkt nicht nur die Verordnungscompetenz von Vertragszahnärzten in unbegründeter Weise ein, sondern behindert gleichzeitig die umgehende und direkte Versorgung von Patienten mit erforderlichen Heilmitteln.</p>							
<p>Die folgende Tabelle stellt die Indikationsschlüssel der Heilm-RL [2] dem Entwurf des Heilmittelkatalog-Zahnärzte gegenüber.</p>							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in den Heilm-RL</th> <th style="text-align: left;">Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie im Entwurf Heilmittelkatalog-Zahnärzte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 1 Störungen der Stimme (ST) <ul style="list-style-type: none"> • Organische Störungen der Stimme (ST1) • Funktionelle Störungen der Stimme (ST2) • Psychogene Störungen der Stimme (ST3, ST4) </td> <td> FEHLT <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • fehlt • fehlt </td> </tr> <tr> <td> 2 Störungen der Sprache (SP) <ul style="list-style-type: none"> • Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung (SP1) • Störungen der auditiven Wahrnehmung (SP2) </td> <td> Störungen des Sprechens (SPZ) <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • fehlt </td> </tr> </tbody> </table>	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in den Heilm-RL	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie im Entwurf Heilmittelkatalog-Zahnärzte	1 Störungen der Stimme (ST) <ul style="list-style-type: none"> • Organische Störungen der Stimme (ST1) • Funktionelle Störungen der Stimme (ST2) • Psychogene Störungen der Stimme (ST3, ST4) 	FEHLT <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • fehlt • fehlt 	2 Störungen der Sprache (SP) <ul style="list-style-type: none"> • Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung (SP1) • Störungen der auditiven Wahrnehmung (SP2) 	Störungen des Sprechens (SPZ) <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • fehlt 	
Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in den Heilm-RL	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie im Entwurf Heilmittelkatalog-Zahnärzte						
1 Störungen der Stimme (ST) <ul style="list-style-type: none"> • Organische Störungen der Stimme (ST1) • Funktionelle Störungen der Stimme (ST2) • Psychogene Störungen der Stimme (ST3, ST4) 	FEHLT <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • fehlt • fehlt 						
2 Störungen der Sprache (SP) <ul style="list-style-type: none"> • Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung (SP1) • Störungen der auditiven Wahrnehmung (SP2) 	Störungen des Sprechens (SPZ) <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • fehlt 						



	dbS e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten Goethestr. 16 - 47441 Moers - www.dbs-ev.de
25.05.2016	
<ul style="list-style-type: none"> • Störungen der Artikulation (SP3) • Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwermörligkeit oder Taubheit (SP4) • Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung (SP5) • Störungen der Sprechmotorik (SP6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Störungen des Sprechens (SPZ) • fehlt • fehlt • fehlt
3 Störungen des Redeflusses (RE) <ul style="list-style-type: none"> • Stottern (RE1) • Poltern (RE2) 	FEHLT <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • fehlt
4 Störungen der Stimm- und Sprechfunktion (SF) <ul style="list-style-type: none"> • Rhinophonie (SF) 	FEHLT <ul style="list-style-type: none"> • fehlt
5 Störungen des Schluckaktes (SC) <ul style="list-style-type: none"> • Dysphagie (SC1) • Schädigungen im Kopf-Hals-Bereich (SC2) 	Störungen des oralen Schluckaktes (SCZ) <ul style="list-style-type: none"> • fehlt • Störungen des oralen Schluckaktes (SCZ)
FEHLT	Orofaziale Funktionsstörungen (OFZ) <ul style="list-style-type: none"> • Orofaziale Funktionsstörungen (OFZ)

Die Gegenüberstellung zeigt, dass bei Einführung der HeilM-RL ZÄ die vertragszahnärztliche Verordnung von Heilmitteln bei folgenden sprachtherapeutischen Indikationen vermutlich nicht mehr möglich sein wird:

- Stimmstörungen
- Sprachentwicklungsstörungen
- Störungen der auditiven Wahrnehmung
- Sprachstörungen bei Hörstörungen und Taubheit
- Aphasie und Sprechapraxie
- Redefluss-Störungen
- Rhinophonie

Die geplante HeilM-RL ZÄ ist somit grundsätzlich zu kritisieren, da sie voraussichtlich bestimmte Patientengruppen von der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Heilmitteln ausschließt. Dies betrifft insbesondere

- Kinder mit frühkindlichem Karies, der neben Sprech- und Schluck- auch Kommunikationsstörungen auslösen kann [vgl. 3]
- geriatrische Patienten, bei denen altersbedingte Veränderungen zu einer abnehmenden Mundgesundheit und zu Schwierigkeiten beim Sprechen und Schlucken führen [vgl. 4]
- Patienten mit neurologischen Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz), die zu einer abnehmenden Mundgesundheit und zu Schwierigkeiten beim Sprechen und Schlucken führen

Quellen

[1] Rundschreiben der KZBV zur Verordnung von Heilmitteln vom 20.11.2002; zitiert in: http://www.kzvn.de/fileadmin/media/zahnaerzte-nr/Downloads/11_Heilmittel_neu.pdf

[2] https://www.g-ba.de/downloads/62-492-532/HeilM-RL_2011-05-19_bf.pdf

[3] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2014). *Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern.*

[4] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2010). *Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.*



	<p>dbS e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten</p> <p>Goethestr. 16 - 47441 Moers - www.dbS-ev.de</p>
<p>25.05.2016</p>	
<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag und Begründung</p>	
<p>Zu der geplanten Erstfassung möchten wir im Detail wie folgt Stellung nehmen:</p>	
<p>Richtlinientext:</p>	
<p>§ 2 Abs. 1: Es bedarf der Ergänzung der Schlucktherapie, die nicht unter die Sprech- und Sprachtherapie subsumiert werden sollte. Bitte in „einzelne Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ändern.</p>	
<p>§ 10 Abs. 1: Es wird begrüßt, dass Heilmittel als Behandlung in einer tagesstrukturierenden Einrichtung explizit verordnet werden können.</p>	
<p>§ 14 Die Position von KZBV und PatV wird ausdrücklich unterstützt. Ein Beginn innerhalb von 14 Tagen ist nur bei dringendem Behandlungsbedarf erforderlich. Mit der 28 Tage Frist wird eine praxistaugliche Regelung geschaffen.</p>	
<p>§ 17, Überschrift vor § 23 und § 23: Auch hier bitten wir um Ergänzung der Schlucktherapie.</p>	
<p>§ 24 sollte um die Schlucktherapie ergänzt werden oder ein eigener § für die Schlucktherapie eingeführt werden. Die einzelnen Maßnahmen der Schlucktherapie sollten ergänzt werden.</p>	
<p>Heilmittelkatalog:</p>	
<p>Überschrift II: Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie Der Titel „Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ sollte zu „Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ erweitert werden, um die Indikation SCZ ausdrücklich einzuschließen.</p>	
<p>SPZ/Indikationsgruppe: hier sollte eine Änderung in Störungen des Sprechens z. B. bei/nach - Mund-, Kieferanomalien (z. B. bei offenem Biss, Sigmatismus interdentalis, Sigmatismus addentalis, Schetismus) - orthognathen Operationen erfolgen.</p>	
<p>SPZ/Leitsymptomatik: Es sollte keine ausdrückliche Beschränkung auf alveolare und dentale Artikulationsorte erfolgen. Auch velare Artikulationsstörungen (z.B. fehlerhafte Bildung des /k/ und /g/) können auf Zungenfehlfunktionen beruhen. Passender wäre daher die allgemeine Angabe „Störungen in der Lautbildung“</p>	
<p>SCZ/Heilmittel: Hier sollte die Heilmittelangabe um Schlucktherapie ergänzt werden</p>	
<p>OFZ/Indikation: Die Aufnahme des neu geschaffenen Indikationsschlüssels OFZ wird als positiv bewertet.</p>	



	dbS e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten Goethestr. 16 - 47441 Moers - www.dbs-ev.de
25.05.2016	
<p>Der Indikationsschlüssel OFZ umfasst ausdrücklich Störungen der orofazialen Funktion ohne Beeinträchtigung der Artikulation. Dieser Fall wird von den bestehenden HeiM-RL bisher nicht adäquat erfasst, so dass die vorliegende Erweiterung der HeiM-R-ZÄ sehr sinnvoll ist.</p>	
<p>Diese Maßnahmen sollten nicht auf die Wachstumsphase beschränkt werden. Entsprechende Diagnosen bestehen ebenfalls im Erwachsenenalter. Oft ist die therapeutische Einstellung des orofazialen Muskelgleichgewichtes eine Voraussetzung für eine weitere kieferorthopädische oder kieferchirurgische Behandlung. Weitere mögliche Erscheinungsformen, die zu einer medizinisch indizierten Behandlungsbedürftigkeit führen, können im Erwachsenenalter neben Artikulations- und Schluckstörungen u.a. sein: Globusgefühl und Enge im Hals, Verhaltensweisen wie Räuspern, Lippenbeißen oder -zucken, ebenso wie funktionelle Stimmstörungen mit Hochatmung, Hals-, Kopf-, Schulter- und/oder Rückenschmerzen sowie Verspannungen. Ziel ist die Funktionsverbesserung, Veränderung des Funktionsmusters, Wiederherstellung/ Normalisierung der physiologischen Muskelfunktion und die Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System. Neben einer zahn- und kieferorthopädischen Behandlung können im Rahmen der Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie außerdem zusätzliche Methoden zum Stressabbau sowie gezielte Entspannungstechniken für den Mund-Gesichts-Bereich angewendet werden.</p>	
<p>CRZ2/Ergänzung Die craniomandibulären Störungen sollten um Maßnahmen der Sprachtherapie ergänzt werden, wenn sie mit einer begleitenden Sprech-, Sprach-, Schluck-, Stimm- oder Redeflussstörung einhergehen.</p>	
<p>Fehlende Indikationen im Heilmittelkatalog-ZÄ (siehe auch Vorbemerkung):</p>	
<p>Die Indikationsschlüssel ST2 der HeiM-RL sollten auch in den HeiM-RL ZÄ abgedeckt werden. Die Verordnung dieser Indikationsschlüssel ist aus zahnärztlicher Sicht relevant, wenn eine orofaziale Dysfunktion zu einer gestörten Muskelbalance im Hals- und Nackenbereich führt [1] und diese sich auf die angrenzende, an der Stimmbildung beteiligte Muskulatur überträgt. Heiserkeit und zunehmende Stimmermüdung können die Folge sein [2]. Es konnte gezeigt werden, dass Muskelverspannungen im Phonationstrakt durch Kiefergelenkstörungen ausgelöst werden können [3].</p>	
<p>Neben dem Indikationsschlüssel SPZ (entspricht SP3) sollten auch die Indikationsschlüssel SP1 sowie SP5 und SP6 durch die HeiM-RL ZÄ abgedeckt werden. Der Indikationsschlüssel SPZ sollte weiter gefasst werden.</p>	
<p>Zu SP1: Frühkindliche Karies, orofaziale Dysfunktionen und Kieferanomalien können neben Sprech- und Schluckstörungen auch Kommunikationsstörungen auslösen (z.B. durch soziale Ausgrenzung, vgl. [4]). In diesem Fall ist auch aus zahnärztlicher Sicht die Verordnung der Indikation SP1 relevant, da hier nicht nur die Artikulation, sondern die gesamte sprachliche Entwicklung eines Kindes betroffen ist.</p>	
<p>Zu SP5/SP6: Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz), aber auch der Alterungsprozess an sich, können zu orofazialen Veränderungen und einer abnehmenden Mundgesundheit und daher zu Schwierigkeiten beim Sprechen führen. Die vorliegenden Konzepte zur zahnärztlichen Versorgung von geriatrischen Personen und Menschen mit Behinderungen [5] zeigen, dass sich Zahnärzte ihrer besonderen Verantwortung bei der Behandlung dieser Patienten bewusst sind. Damit eine umfassende Versorgung</p>	



	<p>dbS e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten</p> <p>Goethestr. 16 - 47441 Moers - www.dbs-ev.de</p>
<p>25.05.2016</p>	
<p>gewährleistet ist, sollten Zahnärzte die Möglichkeit haben, auch die Indikationsschlüssel SP5/SP6 zu verordnen.</p>	
<p>Der Indikationsschlüssel SF sollte auch in den HeiM-RL ZÄ abgedeckt werden. Rhinophonien können organische Ursachen haben, z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildungen, und fallen dann in den zahnärztlichen Versorgungsauftrag [6].</p>	
<p>Neben dem Indikationsschlüssel SCZ (entspricht SC2) sollte auch der Indikationsschlüssel SC1 durch die HeiM-RL ZÄ abgedeckt werden. Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz) aber auch der Alterungsprozess an sich können zu orofazialen Veränderungen und einer abnehmenden Mundgesundheit und daher zu Schwierigkeiten beim Schlucken führen. Die vorliegenden Konzepte zur zahnärztlichen Versorgung von geriatrischen Personen und Menschen mit Behinderungen [5] zeigen, dass sich Zahnärzte ihrer besonderen Verantwortung bei der Behandlung dieser Patienten bewusst sind. Damit eine umfassende Versorgung gewährleistet ist, sollten Zahnärzte generell die Möglichkeit haben, Maßnahmen zur Verbesserung des Schluckaktes zu verordnen. Die Beschränkung auf Störungen des oralen Schluckaktes ist nicht angemessen.</p>	
<p>Quellen (Stellungnahme zum Heilmittelkatalog)</p> <p>[1] Böhme, G. (1996). Phoniatrie und Pädaudiologie. In: Berghaus, A., Rettinger, G. & Böhme, G. (Hrsg.). Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Hippokrates verlag Stuttgart.</p> <p>[2] Nawka, T. & Wirth, G. (2007). Stimmstörungen. Deutscher Ärzte Verlag.</p> <p>[3] Hülse, M. & Losert-Bruggner, B. (2005). Muskelverspannungen im Phonationstrakt, ausgelöst durch Kiefergelenksstörungen und/oder funktionelle Halswirbelsäulenstörungen. Vortrag auf der 22. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie/ dem 24. Kongress der Union Europäischer Phoniatler. Berlin.</p> <p>[4] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2014). <i>Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern.</i></p> <p>[5] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2010). <i>Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.</i></p> <p>[6] Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. <i>Die Rolle der myofunktionellen Therapie in der interdisziplinären Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalten.</i> Online abrufbar unter: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_sdzgmkdocuments/Myofunktionelle_Therapie_bel_LKG.pdf</p>	



Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
24.05.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Vorbemerkung Die Einführung einer Heilmittel-Richtlinie für die zahnärztliche Versorgung ist aus Sicht einer Kosten-/Nutzenanalyse mehr als fraglich. Sie beinhaltet formale und inhaltliche Restriktionen und bedeutet für alle an der Versorgung beteiligten Personen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand, der nicht durch einen Nutzen kompensiert wird.</p> <p>Es muss bei Einführung einer solchen sichergestellt sein, dass die zahnärztliche Versorgung mit Heilmitteln nicht eingeschränkt, sondern mindestens erhalten wenn nicht sogar verbessert wird. Dies macht diverse Änderungen und vor allem auch inhaltliche Ergänzungen des Heilmittel-Kataloges erforderlich, auf die wir im Weiteren eingehen werden.</p>	<p>Bislang bestand stets Konsens, dass Vertragszahnärzte grundsätzlich berechtigt sind, Heilmittel im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verordnen, soweit die Verordnung zur Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gehört. Leistungserbringer, z. B. Logopäden haben daher Verordnungen von Zahnärzten entgegenzunehmen und die verordneten Leistungen durchzuführen; die Krankenkassen haben diese Leistungen zu bezahlen.</p> <p>Unter formalen Gesichtspunkten sind bislang die notwendigen Maßnahmen vom Zahnarzt zu Lasten der Primärkassen auf Muster 16 verordnungsfähig, im Ersatzkassenbereich kann die Verordnung auch formlos erfolgen.</p> <p>Es ist gängige Praxis, dass die Verordnung folgende Angaben enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heilmittel, • Diagnose, • Menge, • Therapiezeit, • ggf. Hausbesuch und ggf. späterer Behandlungsbeginn. <p>Diese Verordnungspraxis hat sich in der Praxis bewährt, sie stellt eine wirtschaftliche Versorgung mit den medizinisch notwendigen Maßnahmen sicher. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass, wenn ein Zahnarzt eine Maßnahme verordnet, diese medizinisch notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig ist.</p> <p>Nach dem Rundschreiben der KZBV zur Verordnung von Heilmitteln vom 20.11.2002, welches bis dato zur Anwendung kommt, darf der Vertragszahnarzt, der sprachtherapeutische (...) Maßnahmen im Rahmen der Zahnheilkunde für indiziert hält, den Versicherten nicht darauf verweisen, sich eine Verordnung bei einem Arzt, z.B. einem HNO-Arzt, zu besorgen. Er hat in diesem Fall selbst zu entscheiden, ob er derartige Maßnahmen für notwendig hält und diese dann selbst zu verordnen. Mit dem vorliegenden Entwurf des Heilmittel-Kataloges wird diese weit reichende Verordnungsbefugnis des Zahnarztes erheblich beschnitten und limitiert. Diese stark eingeschränkte Verordnungsbefugnis der Zahnärzte wird die zahnärztliche Versorgung der Patienten einschränken. Ziel sollte jedoch sein, die Versorgung zu erhalten, wenn nicht sogar zu verbessern.</p> <p>Der Heilmittel-Katalog in der vorliegenden Entwurfsfassung umfasst <u>entgegen der gängigen Praxis keine Verordnungskompetenz für</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimmstörungen,



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
24.05.2016	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachentwicklungsstörungen, • Störungen der auditiven Wahrnehmung, • Sprachstörungen bei Hörstörungen und Taubheit, • Aphasie und Sprechapraxie, • Redeflussstörungen und • Rhinophobie. <p>Dies wird nach Überzeugung unserer Fachleute zu einem Ausschluss insbesondere folgender Patientengruppen von der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Heilmitteln führen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder mit frühkindlichem Karies, der Sprech-, Schluck- und Kommunikationsstörungen nach sich ziehen kann. • Geriatrische Patienten, bei denen infolge einer abnehmenden Mundgesundheit (durch altersbedingte Veränderungen) Sprech- und Schluckstörungen auftreten • Patienten mit neurologischen Erkrankungen (wie z. B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz), bei denen infolge einer abnehmenden Mundgesundheit Sprech- und Schluckstörungen auftreten. <p>Dabei steht schon jetzt fest, dass mangels einer ausreichenden Datenlage zur Versorgungssituation eine Bewertung der Folgen einer Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte für die Versorgung nicht festgehalten werden kann. Ausweislich der tragenden Gründe zur Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte ist nicht bekannt, wie viele Verordnungen bislang von Vertragszahnärzten ausgestellt wurden, noch kann abgeschätzt werden, wie sich die Fallzahlen nach Inkraftsetzung einer etwaigen Richtlinie entwickeln werden. Mangels einer entsprechenden Datenlage ist damit schon jetzt zu statuieren, dass ein Verordnungsrückgang und damit eine Verschlechterung der Versorgungslage der Versicherten mangels Vergleichszahlen nicht feststellbar wäre.</p> <p>Darüber hinaus entstünde bei Umsetzung der Richtlinie für alle Beteiligten ein deutlicher bürokratischer Mehraufwand. Die unter der Ziffer 4 der Tragenden Gründe gemachten Schätzungen zum zeitlichen Mehraufwand können nicht mitgetragen werden, der Verwaltungsaufwand ist deutlich höher anzusetzen: Beispielhaft wurde der Verwaltungsaufwand für die einvernehmliche Änderung der Frequenz fallweise mit drei Minuten beziffert. Hierbei kann allenfalls die reine Gesprächsdauer zwischen Zahnarzt und Leistungserbringer berücksichtigt worden sein. Erforderlich ist jedoch zunächst die Organisation einer Abstimmung von Zahnarzt und Leistungserbringer. In der Praxis sucht der Logopäde den betreffenden Zahnarzt persönlich auf, nimmt Wartezeiten in Kauf oder verfasst schriftlich eine fachlich begründete Anfrage, legt diese auf Termin und kontrolliert den Eingang einer ärztlichen Antwort auf seine Anfrage. Der Verwaltungsaufwand ist daher in der Regel allein auf Seiten des nichtärztlichen</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
24.05.2016	
	<p>Leistungserbringers durchschnittlich pro Fall mit einer Zeitstunde und nicht wie angenommen mit drei Minuten zu beziffern. Auch der Zeitaufwand für den Therapiebericht ist deutlich zu niedrig angesetzt. Der Mehraufwand wird mit entsprechenden Folgekosten in den Vergütungsverhandlungen nach § 125 Abs. 2 SGB V geltend gemacht werden.</p>
Zum Ersten Teil - Richtlinientext	
§ 2 Es bedarf der Aufnahme und Regelung der Stimm- und Schlucktherapie	<p>Die Schlucktherapie wird weiterhin unter Sprech- und Sprachtherapie subsumiert. Als Berufs- und Fachverband sehen wir die dringende Notwendigkeit, die logopädische Intervention durch die Aufnahme des Begriffs „Schlucktherapie“ zu konkretisieren.</p> <p>Die infantile Form des Schluckens muss zu einem gaumengerichteten, physiologischen Schlucken umgestellt werden. Falls ein ad- oder interdentes Schluckmuster besteht, entwickelt sich eine myofunktionelle Störung mit Auswirkungen auf den orofazialen Bereich und den Ganzkörper-tonus (Myofunktionelle Diagnostik und Therapie, A. Kittel, N. Förster, Der Freie Zahnarzt, S.76, 04/2016 Springer-Medizin)</p>
§7 Der Begriff der längerfristigen Verordnung bedarf der Erläuterung.	<p>Die Richtlinie unterscheidet ebenso wie die Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung Erst-, Folgeverordnungen und Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Hinzu kommen Verordnungen außerhalb des Regelfalls in der besonderen Ausgestaltung des langfristigen Heilmittelbedarfs, siehe § 8. Daneben ist der Begriff der längerfristigen Verordnung nicht geregelt.</p>
§ 10 Abs. 2 S. 3, 4 bedürfen der Konkretisierung	<p>Hier wurden die Regelungen aus der vertragsärztlichen Richtlinie von 2011 übernommen. Der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. hat die Einführung dieser Regelung damals unter Berücksichtigung der familien- und arbeitsmarktpolitischen Entwicklung begrüßt. Bis heute bestehen jedoch erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit dieser Regelung, auf die wir wiederholt gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss wie auch gegenüber den einzelnen Krankenkassen hingewiesen haben. Teilweise wird von Kostenträgern bestritten, dass auch eine Regelschule die Voraussetzungen erfüllen könne. Auch werden unterschiedliche und divergierende Auffassungen der Kostenträger vertreten, welcher Personenkreis unter die Regelung falle (nur behinderte mit Behindertenausweis oder auch von Behinderung bedrohte Kinder mit entsprechend erhöhtem Förderbedarf?) und wann eine Einrichtung ganztägig sei. Hieraus folgt eine erhebliche Rechtsunsicherheit für die Praxis und eine entsprechend unsichere Versorgungslage für die bedürftigen Kinder und Jugendliche.</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
24.05.2016	
<p>§11 Absatz 4</p> <p>Wir begrüßen den interdisziplinären Ansatz im Bereich der CMD-Behandlung.</p>	<p>Eine Interdisziplinarität mit der Physiotherapie ist im Bereich der CMD wünschenswert, sofern bei dem Patienten/der Patientin mit CMD zusätzlich auch Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- oder Redeflussstörungen vorliegen.</p> <p>In der Praxis profitieren PatientInnen von der Anwendung manueller logopädischer Methoden, z.B. integriert oder vorbereitend zur störungsspezifisch logopädischen Therapie und von logopädischer myofunktionaler Therapie. (Myofunktionelle Diagnostik und Therapie, A. Kittel, N. Förster, Der Freie Zahnarzt, S.76, 04/2016 Springer-Medizin)</p>
<p>§ 12</p> <p>Entsprechend der bisher gelebten Praxis sollten in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie folgende Angaben auf der Verordnung enthalten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angaben zur Krankenkasse, zum Versicherten und zum Vertragszahnarzt nach Maßgabe des Verordnungsvordrucks • Heilmittel, • Diagnose, • Menge, • Therapiezeit, • ggf. Hausbesuch und ggf. spätestester Behandlungsbeginn. 	<p>Diese Verordnungspraxis hat sich in der Praxis bewährt, sie stellt eine wirtschaftliche Versorgung mit den medizinisch notwendigen Maßnahmen sicher.</p> <p>Die Erfahrungen im vertragsärztlichen Bereich zeigen, dass viele auf dem Verordnungsvordruck Muster 14 abgefragte Angaben nicht für die Behandlung im Einzelfall erforderlich sind. Dies vor allem vor dem Hintergrund der logopädischen Befunderhebung, die die zahnärztliche Diagnostik ergänzt und die die Basis für den vom Logopäden zu erstellenden Behandlungsplan bildet.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband hat zusammen mit den stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Verbänden von der Empfehlungskompetenz nach § 125 Abs. 1 Nr. 3 a Gebrauch gemacht und Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung gemacht sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung getroffen. Es ist kein Grund ersichtlich, diese Regelungen nicht auch auf den zahnärztlichen Bereich zu übertragen.</p> <p>Danach ist insbesondere die Angabe des Hausbesuchs, des Therapieberichts und die Angabe, ob die Therapie als Einzel- oder als Gruppentherapie durchzuführen ist optional und damit nicht zwingend. Dies gilt auch für die Angabe des Heilmittels. Zur Begründung heißt es: Abhängig vom Indikationsschlüssel können stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Maßnahmen sowohl einzeln als auch in Kombination zum Einsatz kommen, wobei die einzelnen Elemente nicht in jedem Fall vollständig voneinander abgrenzbar sind.</p> <p>Zur Frequenzempfehlung besteht Einvernehmen, dass, wenn diese nicht angegeben ist, die Frequenzempfehlung des Heilmittel-Kataloges verbindlich anzuwenden ist.</p> <p>Gerade vor dem Hintergrund, dass Zahnärzte in der Regel quantitativ weniger mit Heilmittelverordnungen befasst sind als andere Vertragsärzte, sollten die Anforderungen an das Ausstellen einer Verordnung niedrig gehalten und der bürokratische Aufwand auf ein Mindestmaß reduziert werden.</p>



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
24.05.2016	
§14 Der dbl unterstützt ausdrücklich die Position der KZBV und der Patientenvertretung.	Der Vorschlag der KZBV und der Patientenvertretung zu einem Beginn innerhalb von 28 Tagen wird den Anforderungen der Patienten an eine freie Therapeutenwahl gerecht und stellt zugleich eine medizinisch sinnvolle und wirtschaftliche Versorgung sicher. Damit liegt ein praxistauglicher Konsens vor.
§17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie Absatz 1: (Ergänzung)	Seitens der Zahnärzte und Kieferorthopäden sind schriftliche Mitteilungen über Diagnosen, kieferorthopädische Geräte, geplante Behandlungen für die Therapeutin/den Therapeuten erforderlich. (Myofunktionelle Diagnostik und Therapie, A. Kittel, N.Förster, Der Freie Zahnarzt, S.83, 04/2016 Springer-Medizin)
Die Überschrift sollte lauten: F. §23 „Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.“ Entsprechend ist die Schlucktherapie in den folgenden drei Absätzen des § 23 zu ergänzen.	Vorgesehen ist nur Sprech- und Sprachtherapie, die Schlucktherapie wird der Sprechtherapie subsumiert, was aus hiesiger Sicht unzureichend ist, (siehe oben).
§ 24 Sprech- und Schlucktherapie Abs. 1: Die Sprechtherapie dient der Anbahnung , Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der koordinierten motorischen Sprechleistung und der damit in Zusammenhang stehenden Schädigungen des oralen Schluckaktes bzw. der Kaufunktion. Abs. 2 sollte geändert werden in: Die Schlucktherapie umfasst insbesondere Maßnahmen - zur Erlangung der Zungen- und Lippenruhelage, - Eutonisierung der Zungen-, Kiefer- und Gesichtsmuskulatur auch bei CMD, - des gaumengerichteten Schluckens, der gezielten Anbahnung und Förderung der Artikulation, der Sprechgeschwindigkeit, der	Wir können nicht davon ausgehen, dass die gewünschten Sprechleistungen zuvor bestanden haben. Sie müssen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen angebahnt werden.



Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	
24.05.2016	
koordinativen Leistung des Sprechapparates, der Atmung sowie der Schluckorgane, ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.	
Zum Heilmittelkatalog	Unsere Stellungnahme zu diesem entnehmen Sie bitte der Anlage.

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte, hier: zum Heilmittelkatalog Zahnärzte,
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 24.05.2016, Seite 1



II. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie

Wie bereits zu u.a. zu § 23 und 24 der Richtlinie dargelegt, bedarf es der Aufnahme der „Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“.

Die Aufnahme der Indikationsgruppen und damit des Heilmittels Schlucktherapie begrüßen wir inhaltlich, naturgemäß sollte sich dies in den Überschriften und Regelungen auch namentlich unter dem Begriff der Schlucktherapie finden.

II.1. Störungen des Sprechens und der Sprache

	Indikationen		Ziel der Therapie	Heilmittel
	Indikationsgruppen	Leitsymptomatik: Strukturelle/Funktionelle Schädigung		
SPZ	<u>Ergänzung um:</u> - Mund-, Kieferanomalien (...) - vor und nach orthognathen Operationen (...)	<u>Ergänzung um:</u> - Störungen der Lautbildung - Störungen des Sprachklangs - fehlender Mundschluss, Mundatmung - fehlende Zungen-/Lippenruhelage - falsches Schluckmuster	<u>Ergänzung um:</u> -Normalisierung der muskulären Balance -Anbahnung sprachlicher Äußerungen -Aufbau von Kommunikationsstrategien - Abbau von Habits (z.B. Daumenlutschen, Schmuller)	Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
	Begründung: Wenn keine orofaziale/myofunktionelle Therapie vor der OP erfolgt, ist erfahrungsgemäß ein Rezidiv vorprogrammiert. Zur Vermeidung eines Rezidivs ist präoperativ myofunktionelle/orofaziale Therapie notwendig.	Begründung: Die offene Mundhaltung hat Auswirkungen auf die primären oralen Funktionen (=Atmung und Nahrungsaufnahme), die sekundären Funktionen (=Sprechen und Stimmgebung), auf Wachstum und Entwicklung des Gebisses und auf den gesamten Organismus und sollte daher als Leitsymptomatik aufgeführt werden (M.Furtenbach, I.Adamer).	Begründung: Solange ein Kind in der Lutschgewohnheit verharrt, verstärkt es seine dysfunktionalen Bewegungsmuster und kann in der Therapie keine neuen physiologischen Bewegungsabläufe lernen (M.Furtenbach, I.Adamer), Frey Sophie (Hrsg.): Pädiatrisches Dysphagiemanagement, Urban & Fischer, 1. Auflage 2011, Elsevier GmbH, München	

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte, hier: zum Heilmittelkatalog Zahnärzte,
 Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 24.05.2016, Seite 2



II. 2. Störungen des oralen Schluckaktes

SCZ		<u>Ergänzung der Leitsymptomatik um</u> - Störungen der Muskelfunktion - fehlender Mundschluss - Mundatmung - Beeinträchtigung der Kaufunktion - Fütterstörung, Ess- und Trinkstörung - kindliche Dysphagien	<u>Ergänzung der Ziele um:</u> - Eutonisierung der orofazialen Motorik und Sensitivität - Verbesserung des Mundschlusses, der Nasenatmung - Verbesserung der Kaufunktion, - Abbau von Habits (z.B. Daumenlutschen, Schnuller)	Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
		Begründung: Da sich myofunktionelle Störungen oft bereits im Säuglings- oder Kleinkindalter ankündigen, sollten sie so früh wie möglich erkannt und behandelt werden, um nachfolgende Hör- und Sprachentwicklungsstörungen zu vermeiden (R.Schönweiler, B.Schönweiler, H.-J.Radü, m.Ptok)		

II. 3. Orofaziale Funktionsstörungen

OFZ	Ergänzung und Klarstellung der Indikationsgruppen: - angeborene und erworbene cranio- und orofaziale Fehlbildungen (z.B. offener Biss durch Zungenpressen) - persistierende Kiefergelenkschmerzen/Kiefermuskelschmerz	<u>Ergänzung der Leitsymptomatik um:</u> - Schmerzbedingte Funktions-/Bewegungsstörungen - Störungen der Schluckfunktion - Störungen der Kaufunktion - Fütterstörung	<u>Ergänzung der Ziele um:</u> - Aufbau /Anbahnung, Festigung und Stabilisierung der Muskelbalance im orofazialen System - Aufbau und Korrektur der Körper-, bzw. Kopfhaltung - Normalisierung der Schluckfunktion - Normalisierung der Kaufunktion - Regulierung der schmerzhaften Muskelspannung, der Durchblutung, des Stoffwechsels	Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
-----	---	--	--	--------------------------------------

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte, hier: zum Heilmittelkatalog Zahnärzte,
 Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 24.05.2016, Seite 3



			- Abbau von Habits (z.B. Daumenlutschen, Schmilser)	
	Begründung: Die Indikation besteht nicht nur während der Wachstumsphase. Beispiel: Ein Erwachsener mit viszeralem Schluckmuster erleidet nach einem operiertem offenem Biss ein Rezidiv. Die logopädische Schlucktherapie sollte daher präventiv erfolgen, um den Operationserfolg zu sichern.			

II.4. Craniomandibuläre Störungen, sofern sie mit einer begleitenden Sprech-, Sprach-, Schluck-, Stimm- oder Redeflussstörung einhergehen

<u>CRZ2</u>	Indikationsgruppe gemäß der Physikalischen Therapie zu CRZ2: Craniomandibuläre Störungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf insbesondere wegen multiplen, strukturellen oder funktionellen Schädigungen mit Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten wie das Kauen und/oder Sprechen und/oder den oralen Schluckvorgang bei - Fehlbildungssyndromen - angeborenen Fehlbildungen (LKG)	Leitsymptomatik gem. CRZ2 in der Physiotherapie unter Berücksichtigung der folgenden Ergänzung: - Nasalität - Dysphonien - Schluck-, Kau- und Artikulationsstörung - Schmerzen und Funktionseinschränkungen im Kiefergelenksbereich	Ziel: - Wiederherstellung des physiologischen Schluckablaufs - Ausgleich des orofazialen Gleichgewichts - Erarbeiten der physiologischen Artikulation - Überwindung der Nasalität - Wiederherstellung der physiologischen Stimme - Abbau von Habits	Sprech-, Schluck- und Stimmtherapie unter Einsatz begleitender bzw. vorbereitender logopädisch-manueller Methoden
-------------	---	---	---	---

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte, hier: zum Heilmittelkatalog Zahnärzte,
 Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 24.05.2016, Seite 4



<p>Begründung: Entsprechend I.1. (Physikalische Therapie) Craniomandibuläre Störungen Ergänzungen aus der Logopädie. Zur Behandlung dieser PatientInnen ist das Heilmittel Krankengymnastik nicht ausreichend spezifisch.</p>		<p>Die Behandlung kann beispielsweise durch die Behandlungsmethode PNF (propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) erreicht werden. Durch die Fazilitation wird die Muskulatur aktiviert, sowie die konzentrische und exzentrische Muskelaktivität zur Erlangung einer besseren Koordination stabilisiert. Diese Behandlung kann auch durch das Heilmittel Logopädie erfolgen.</p>	<p>Literaturhinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A. Kittel, N. Förster „Myofunktionelle Diagnostik und Therapie“, Der Freie Zahnarzt 04/2016, Springer-Medizin - M.Furtenbach “Prävention orofazialer Dysfunktionen im Spannungsfeld von KFO und Logopädie” aus: “Information aus Orthodontie und Kieferorthopädie“ 2014, G.Thieme Verlag • R.Schönweiler, B.Schönweiler, H.-J.Radü, m.Ptok “Myofunktionelle Störungen und deren mögliche Auswirkungen auf die Hör- und Sprachentwicklung”,2000, G.Thieme Verlag • F. Stahl, R. Grabowski, M. Gaebel, G. Kundt “Zusammenhang von Okklusionsbefunden und orofazialen myofunktionellen Status im Milch- und frühen Wechselgebiss”, Journal of orofacial orthopedics, 2007, Urban&Vogel • F.Stahl, R. Grabowski “Gebissanomalien und orofaziale Dysfunktionen”, Zahnmedizin up2date 2011 • Frey Sophie (Hrsg.): Pädiatrisches Dysphagiemanagement, Urban & Fischer, 1. Auflage 2011, Elsevier GmbH, München 	
--	--	--	--	--

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte, hier: zum Heilmittelkatalog Zahnärzte,
 Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 24.05.2016, Seite 5



Folgende Indikationsschlüssel und Diagnosegruppen fehlen bislang vollständig. Dies hätte zur Folge, dass Vertragszahnärzte diese Leistungen dann grds. nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen könnten. Dies würde nicht nur einen erheblichen Eingriff in die Verordnungshoheit der Zahnärzte bedeuten, sondern auch die vertragszahnärztliche Versorgung mit Heilmitteln deutlich reduzieren. Daher sprechen wir uns ausdrücklich für die Aufnahme der folgenden Diagnosegruppen und Indikationsschlüssel im vertragszahnärztlichen Bereich aus:

Störungen der Stimme (ST) einschl. ST1-ST4	Führt eine orofaziale Dysfunktion zu einer gestörten Muskelbalance im Hals- und Nackenbereich führt und überträgt sich auf die angrenzende, an der Stimmbildung beteiligte Muskulatur, kann dies zu Heiserkeit und zunehmende Stimmermüdung führen. Kiefergelenksstörungen können ursächlich sein für Muskelverspannungen im Phonationstrakt.
Störungen der Sprache (SP) einschl. SP1-SP6	Orofaziale Störungen und Kieferanomalien können auch Kommunikationsstörungen zur Folge haben. Neurologische Erkrankungen können in orofazialen Veränderungen und damit in Sprechstörungen münden.
Redeflussstörungen (RE) einschl. RE1-RE2	Polternde Patienten leiden häufig unter orofazialen Störungen (verwaschene Artikulation, geringe orale propriozeptive Wahrnehmung, erhöhtes Sprechtempo), so dass hier die Verordnungskompetenz beim Zahnarzt liegt.
Störungen der Stimm- und Sprechfunktion (SF)	Rhinophonien z.B. infolge einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildung fallen in den zahnärztlichen Versorgungsbereich.
Störungen des Schluckaktes (SC) einschl. SC1	Neurologische Erkrankungen können in orofazialen Veränderungen und damit in Schluckstörungen münden.

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V., Deutzer Freiheit 72-74, 50679 Köln	
25.5.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Vorwort</p> <p>Befundung/ Standardisierte Heilmittelkombination</p>	<p>Ein evidenzbasiertes Vorgehen erfordert eine Eingangsbefundung, die weder vom verordnenden Zahnarzt noch im Rahmen einer physiotherapeutischen Einzelbehandlung möglich ist. Dazu gehört beispielsweise das Observieren, Messen und Palpieren der Mundöffnung, der Latero- und Protrusion und muskulärer Strukturen. Auf diese Art ist erkennbar, ob die Beschwerden der Patienten vorwiegend craniomandibuläre Ursachen haben oder andere umgebende Strukturen betroffen sind. Ein Physiotherapeut braucht mehrere Informationen für eine gute und zielgerichtete Behandlung, die sich in einer Untersuchung anderer vergleichbarer Zeichen und beitragender Faktoren (z. B. eine schlechte Okklusion) fortsetzt. Um eine angemessene und evidenzbasierte Therapie sicherzustellen, sprechen wir uns daher ausdrücklich für eine Befundposition aus, die einmalig innerhalb eines Regelfalls erbracht werden kann.</p> <p>Erst nach der umfassenden Befundung von Strukturen und Funktionen kann eine gezielte multimodale Therapie stattfinden, die nach bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ganzheitlich ausgerichtet sein sollte und neben aktiven und passiven Maßnahmen auch die Patientenedukation einschließen muss (American association for dental research 2015). Diese Therapie macht eine gewisse Flexibilität in der Auswahl und Kombination therapeutischer Leistungen erforderlich. Es wäre daher sinnvoll, für die Heilmittelverordnungen der Zahnärzte eine kombinierte und komplexe Heilmittelposition einzuführen, wie sie als „standardisierte Heilmittelkombination“ bei orthopädisch-chirurgischen Indikationen verordnungsfähig ist.</p>

Erster Teil:

<p>§ 6 III S. 2</p> <p>Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosegruppe...</p>	<p>Anpassung an die Formulierung von § 7 IV S. 2 HeilM-RL</p>
<p>§ 7 IV S. 4</p> <p>Sie informiert hierüber die Kassenzahnärztliche Vereinigung und den Spitzenverband der Heilmittelverbände.</p>	<p>Die Ergänzung ist notwendig, da nur dadurch die unverzügliche und notwendige Information der Heilmittelerbringer gewährleistet werden kann.</p>
<p>-</p> <p>§ 11 Auswahl des Heilmittels:</p>	
<p>§14 Beginn der Heilmittelbehandlung</p>	<p>Der SHV schließt sich der Auffassung der KZBV und der PatV an. Insbesondere bei chronisch Kranken ist ein Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen medizinisch nicht zwingend notwendig. Es ist für den Therapieerfolg entscheidender, dass die Therapie kontinuierlich durchgeführt wird. Der Patient wendet sich daher in diesen Fällen häufig erst später an den Heilmittelerbringer, wenn es in seinen persönlichen Zeitplan passt. Z. B. bei unspezifischen CMD-Beschwerden wie Kiefergelenksgeräuschen, Beschwerden im Bereich der Kaumuskulatur usw. ist eine Spanne von 28 Tagen ausreichend und angemessen. In Akutfällen kann der Vertragszahnarzt einen schnelleren Behandlungsbeginn durch Vermerk auf der Verordnung auslösen.</p>
<p>§ 15 II 1</p>	<p>Die Anpassung ist eine Folgeanpassung und erforderlich, weil der Empfehlungscharakter</p>

<p>Eine Abweichung von der Frequenzangabe ist nur zulässig, wenn zuvor zwischen der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt und der Therapeutin oder dem Therapeuten ein abweichendes Vorgehen verabredet wurde.</p>	<p>der Frequenzangabe anders als in der HeilM-RL gestrichen wurde.</p>
<p>§ 18 Grundlagen der physikalischen Therapie:</p>	
<p>§ 19 und Heilmittelkatalog – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen</p> <p>Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen der ZNS</p>	<p>Kinder mit neurologischen Grunderkrankungen, die in dieser Indikationsgruppe subsumiert werden, sind in der Regel bei Therapeuten mit neurologischer Zusatzqualifikation (z. B. Bobath) in Behandlung. Die Behandlung von orofazialen Problemen erfolgt bisher von diesen Therapeuten zumeist im Rahmen der Position KG-ZNS, um ein einheitliches und ganzheitliches Therapieregime zu gewährleisten. In der Ausbildung erwerben Therapeuten für die Behandlung des Mund-Kiefer-Gesichtsbereichs bei angeborenen ZNS-Erkrankungen ein Grundwissen. Allerdings setzt ein optimales Behandlungsergebnis eine Fortbildung und ein entsprechendes Zertifikat über KG-ZNS voraus. Daher reicht die Verordnungsposition der allgemeinen Krankengymnastik keinesfalls in allen Fällen aus.</p> <p>Die Behandlung von angeborenen cranio- und orofazialen Problemen kann nur sinnvoll im Rahmen einer Therapie nach KG-ZNS erfolgen, da die neurologische Grunderkrankung im Mittelpunkt steht. Eine Ergänzung des vorrangigen Heilmittels KG-ZNS um die Möglichkeit einer Manuellen Therapie als „ergänzendes Heilmittel“ wäre an dieser Stelle sinnvoll. Als alleiniges Heilmittel wäre jedoch die Versorgung der Kinder gefährdet, da Physiotherapeuten, die über KG-ZNS abrechnen, nicht zwangsläufig über ein Zertifikat zur Manuellen Therapie verfügen.</p>

Zweiter Teil:

<p>I.1.1 I.3</p>	<p>Der SHV hält jeweils „bis zu 10x/VO“ sowie die daraus resultierende Gesamtverordnungsmenge für angemessen. Aus unserer Sicht ist eine Beschränkung auf 6 Termine der Komplexität der Behandlung nicht angemessen, die Verordnung von 6 Terminen ist aber in leichten Fällen möglich, wenn es lautet „bis zu 10x/VO“. In allen anderen Fällen führt es dazu, dass die Patienten nochmals in die Zahnarztpraxis müssen und bei einer Folgeverordnung in jedem Fall einen um 10 Euro höheren Eigenanteil zu entrichten haben.</p>
<p>I.3. Chronifiziertes Schmerzsyndrom</p>	<p>Derzeit werden beim chronifizierten Schmerzsyndrom durchaus Verordnungen über Manuelle Therapie im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung ausgestellt. Wir befürworten daher die Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie bei der Indikation „chronifiziertes Schmerzsyndrom“, da die Diagnose häufig erst nach langer Krankheitsgeschichte gestellt wird. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden in vielen Fällen schon Heilmittelverordnungen für angrenzende Regionen ausgestellt, häufig mit Manueller Therapie. Grund hierfür ist, dass man mithilfe der Manuellen Therapie Funktionsstörungen am Bewegungsapparat auf verschiedenen Ebenen behandeln kann. Hierzu gehört die Gelenkmobilisation, Kräftigung, Dehnung und Weichteilmobilisation. All diese Techniken sollen bei den Patienten zur Linderung, bzw. Behebung der Symptome führen. Wenn der Zahnarzt zu Rate gezogen wird und das chronifizierte Schmerzsyndrom im Kiefergelenksbereich diagnostiziert, wird er die vorherige Patientenakte hinzuziehen. Wurde hier schon einmal Manuelle Therapie verordnet und der Patient berichtet, dass es Linderung, jedoch keine Schmerzfreiheit aufgrund der falschen Lokalisation, gegeben hat, kann der Zahnarzt dies weiter verordnen. Alle Techniken der Manuellen Therapie zielen auf eine Schmerzlinderung ab, die dem Patienten in seinem Krankheitsbild eine deutliche Erleichterung bringen können.</p>
<p>I.4. Lymphabflussstörungen</p>	<p>Die Gruppe LYZ1 umfasst Störungen mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf, die durchaus auch eine 30minütige Therapiesitzung indiziert. Nach bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen sollte jedoch gerade im Akutstadium die Frequenz der Therapie bei bis zu 5 Behandlungen wöchentlich liegen</p>

	<p>Mit der KZVB sind wir der Auffassung, dass eine neue Indikationsgruppe LYZ3 sinnvoll ist. Sollte diese nicht konsentierbar sein, können die hier aufgeführten Diagnosen in LYZ2 überführt werden. Dann muss aber Folgendes gewährleistet sein:</p> <p>Eine Behandlung von Tumorerkrankungen ist in einem kurzzeitigen Behandlungsintervall und einer 30minütigen Therapiesitzung nicht möglich, da bei der Manuellen Lymphdrainage auch immer umliegende Strukturen mitbehandelt werden müssen. Diese können bei einer Tumorerkrankung großflächiger ausfallen und nehmen daher mehr Zeit in Anspruch. Aufgrund dessen muss ein Zeitintervall von 45 Minuten, in schwerwiegenden Fällen auch 60 Minuten, bei Tumorerkrankungen verordnungsfähig sein, bei einer Gesamtverordnungsmenge von bis zu 50 Einheiten.</p> <p>Ein eventuell ausgestellter Kompressionsstrumpf für den Kopf muss ebenfalls in der Therapiezeit an- und ausgezogen werden können.</p>
<p>Heilmittelkatalog – Berücksichtigung der Ergotherapie</p>	<p>Mit großer Überraschung nehmen wir zur Kenntnis, dass die Ergotherapie bisher noch keine Berücksichtigung findet. Bereits jetzt nutzen Zahnärzte die Möglichkeiten der Ergotherapie. Ein Ausschluss würde den betroffenen Patienten eine wichtige Therapieoption nehmen. Es ist nicht erklärlich, warum man mit der neuen Richtlinie hinter dem bewährten Status Quo zurück bleiben will.</p> <p>Gerade im Alltagsbereich und in der orofazialen Therapie kommt die Ergotherapie als Leistung aufgrund zahnärztlicher Verordnung in Betracht (so sind die Fortbildungen z.B. in FOTT - Coombes - oder Castillo Morales interdisziplinär angelegt und werden auch von Ergotherapeuten besucht, sie sind in der Leistungsbeschreibung Ergotherapie aufgeführt). Ergotherapie kann Menschen mit Problemen im Kiefer-/Mundbereich und bei der Zahnhygiene helfen, und zwar zum einen bei unmittelbar zahnärztlichen Diagnosen, aber zum anderen auch bei Begleiterkrankungen wie z.B. einer geistigen, seelischen und</p>

	<p>körperlichen Behinderung oder Parkinson-Syndrom.</p>
--	---

Einen entsprechenden Ergänzungsvorschlag finden Sie in diesem Sinne anbei, der dann unter III. Maßnahmen der Ergotherapie Berücksichtigung finden sollte. Wird ein Heilmittelkatalog für die Ergotherapie nicht in Betracht gezogen, schlagen wir vor, zumindest im allgemeinen Text der Heilmittel-Richtlinie eine Klausel aufzunehmen, die es den Zahnärzten ermöglicht, auf das Heilmittel der Ergotherapie zurückzugreifen.

Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V., Deutzer Freiheit 72-74, 50679 Köln


25.5.2016


Indikationen für Ergotherapie in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung


Indikation				
Indikationsgruppe	Schädigung, Funktionsstörung	Leitsymptomatik: Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)	Ziel der Therapiemaßnahmen (Ergotherapie)	Heilmittelverordnung im Regelfall A. Vorrangiges Heilmittel C. ergänzendes Heilmittel ----- Verordnungsmengen je Diagnose
Krankheiten der Mundhöhle, der Zähne und des Kiefers, z. B. - Zahnkaries - Parodontitis - Dentofaziale Anomalien - cranio-/ orofaziale Fehlbildungen - Craniomandibuläre Störungen z.B. bei - Cerebralparese - genetisch bedingte Erkrankungen/	1. der orofazialen Funktion (motorisch und sensorisch) 2. der Körperhaltung, den Bewegungsfunktionen (Grob- und Feinmotorik) und der Koordination 3. der propriozeptiven Funktionen 4. der Sinnesfunktionen bzgl. Temperatur und anderer Reize, z.B. Temperatur-, Vibrations- Druck- und Berührungsempfinden, Schmerzen der Durchführung komplexer Bewegungshandlungen (Praxie) 5. Störungen in der oralen	Einschränkung 1. im Bereich der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung wie der Mund- und Zahnhygiene) 2. Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten wie das Kauen und/oder Sprechen und/oder den oralen Schluckvorgang 3. Im Bereich der Bewegung im Alltag,	- Verbesserung Beweglichkeit und der Geschicklichkeit - Verbesserung und ermöglichen der Selbstversorgung (z.B. Mund-/Zahnhygiene) - Verbesserung des (fein)motorischen Hand- und Armgebrauches - Wiederherstellung/Normalisierung der physiologischen Muskelfunktion z. B. Unterkieferbewegung	A1. Sensomotorisch/perzeptive Behandlung A2. Motorisch-funktionelle Behandlung C. Thermische Anwendung Erst-VO: bis zu 10x/VO Folge-VO: bis zu 10x/VO


<p>Behinderungen (z. B. Trisomie 21)</p> <ul style="list-style-type: none"> - schweren Entwicklungsstörungen - Schädelhirntrauma - M. Parkinson - Apoplex/Demenz 	<p>7. Phase des Schluckakts (motorisch und sensorisch) Störungen des Antriebs und des Willens</p>	<p>z.B., Dinge greifen, heben, Hand- und Armgebrauch, feinmotorischer Handgebrauch (mit/ohne Hilfsmittel)</p>		<p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 30 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: mindestens 1x wöchentlich</p>
--	---	---	--	--


Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte


 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrvereinigung Schloffhorst-Andersen e.V.	
26.05.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 2 Abs. 2 Satz 2 zu ergänzen: - einzelnen Maßnahmen der Sprech- und Schluck-Therapie (§§ 23-25).</p>	<p>Zu den Sprechstörungen zählen: Störungen - der Artikulation - der Sprechmotorik - des Redeflusses. Diese erfordern Sprech-Therapie.</p> <p>Zu den Sprachstörungen zählen: Störungen - vor Abschluss der Sprachentwicklung, - nach Abschluss der Sprachentwicklung, - bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit, - bei auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung. Diese erfordern Sprach-Therapie und stehen nicht im Zusammenhang mit zahnärztlicher Behandlung.</p> <p>Störungen des Schluckaktes - i.S. Anlage 2 II.2. HeilM-RL ZÄ erfordern Schluck-Therapie.</p> <p>Sprech- resp. Sprach-Therapie ist keine Schluck-Therapie. Das spiegelt auch der „Heilmittelkatalog Zahnärzte“ wider: Dem Heilmittel sind keine Indikationen der Sprach-Therapie zugeordnet.</p>
<p>§ 10 Abs. 2 Satz 2 zu ergänzen: Die Verordnung eines Hausbesuchs für die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin ist ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung möglich, die ganztägig (mindestens 7 Stunden, mindestens bis</p>	<p>Hier werden die Grundsätze der Heilmittel-Richtlinie durchbrochen: Der Therapeut beurteilt eigenständig, ob ein Hausbesuch stattfinden soll oder nicht. Damit ist in die Beurteilungsbefugnis des Therapeuten gestellt, ob die ärztliche Begründung bezüglich Schwere und Langfristigkeit der Schädigung eine Therapie außerhalb der therapeutischen Praxis erfordert.</p> <p>Es ist nicht nachvollziehbar, warum dem Arzt die Entscheidungsbefugnis entzogen wird, die ihm in gleich gearteten Fällen obliegt.</p> <p>Unabhängig davon sollte die Therapie grundsätzlich auch erwachsenen behinderten Menschen in ihrer Tageseinrichtung ermöglicht werden.</p>


 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrvereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.	
26.05.2016	
15:00 Uhr) In einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung (dazu zählen im Rahmen der Inklusion auch Regelschulen) untergebracht sind, ...	
§ 10 Abs. 2 Satz 4 zu ergänzen: Voraussetzung ist, dass sich aus der zahnärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/ funktionellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und die Tageseinrichtung (dazu zählen im Rahmen der Inklusion auch Regelschulen) auf die Förderung dieses Personenkreises (...) ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.	Der „Personenkreis“ bedarf der Konkretisierung. Die tägliche Praxis zeigt, dass die Definition von Seiten der Kostenträger uneinheitlich, weil unklar, ist. Im Interesse der Gleichbehandlung der Versichertengruppe muss hier eine Klarstellung erfolgen, z.B.: GdS von mindestens 50, regelhaft Hilflosigkeit
§ 11 Abs. 4 Satz 1 zu ergänzen: ... Maßnahmen der Sprech- und Schluck-Therapie) ...	s. Begründung zu § 2
§ 12 Abs. 2 Satz 3 zu ergänzen: Anzugeben sind insbesondere für 2. die Sprech- und Schluck- Therapie Pflichtangaben: a. Angaben zur Krankenkasse, zur oder zum Versicherten und zu der Vertragszahnärztin oder zu dem Vertragszahnarzt nach Maßgabe des Verord- nungsvordrucks, b. die Art der Verordnung	Die einzelnen Heilmittel haben unterschiedliche Anforderungen und bedürfen differenzierter Betrachtungen. Aus diesem Grund haben GKV-SV und die Verbände der Heilmittelerbringer zum 01.07.2013 sektorale „Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ (SSST) vorgelegt. „... damit [liegt erstmals] eine eigenständige Empfehlung für diesen Bereich der Heilmittelversorgung vor, mit der auf die inhaltlichen Besonderheiten der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie eingegangen wird. Teil der Rahmenvereinbarung ist eine Arbeitshilfe [die Anlage 3], die über die notwendigen Angaben auf der Verordnung informiert. Damit wird deutlich, welche Informationen in welchen Fällen und in welcher Form auf den Verordnungen vermerkt respektive unter bestimmten Umständen nicht angegeben werden müssen. Missverständnissen wird so vorgebeugt. Beide Vertragsseiten hoffen, dass so die Arbeit für die Therapeuten wie auch für die

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrvereinigung Schloffhorst-Andersen e.V.	
26.05.2016	
(Erstverordnung, Folgeverordnung oder Verordnung außerhalb des Regelfalls), c. die Verordnungsmenge d. die Frequenzangabe, e. die Therapiedauer (Sprech- und Sprachtherapie 30, 45 oder 60 Minuten), f. der vollständige Indikationsschlüssel (Diagnosengruppe und ggf. Leitsymptomatik, z. B. SPZ), g. die therapierelevante(n) Diagnose(n), h. Vertragsarztstempel und -unterschrift Optionale Pflichtangaben: a. Hausbesuch (ja oder nein), b. Therapiebericht (ja oder nein), c. ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, soweit abweichend von § 14 notwendig, d. das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ, e. ergänzende Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen) f. die Therapieziele, falls sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben, g. die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls oder langfristigem Heilmittelbedarf, h. ICD-Code der Diagnose	Kassen einfacher und reibungsloser wird, ... ² ¹ Rahmenempfehlung Anlage 3: Notwendige Angaben auf Heilmittelverordnungen für Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (SSST) in der Fassung vom 01.07.2013 ² Gemeinsame PM von GKV-SV und dba/dbl/dbs 03.07.2013 zur SSST

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	
26.05.2016	
§ 14	Die Wahrscheinlichkeit, dass sich die im Rahmen der HeilM-RL ZÄ benannten Störungen des Sprechens und Schluckens spontan von selbst zurückbilden oder verschlechtern ist auszuschließen. Ein Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Tagen ist für die Sprech- und Schluck-Therapie vertretbar.
§ 15 Abs. 4 Satz 2 zu ergänzen: Die Vertragszahnärztin oder der Vertrags-zahnarzt entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des Therapie-Ziels, eine neue Verordnung oder die Beendigung der Behandlung.	Gemäß HeilM-RL ZÄ gibt der Vertragszahnarzt auf der Verordnung das Therapie-Ziel, nicht den Therapie-Plan, an. Gemäß Rahmenempfehlung Anlage 2 (Leistungsbeschreibung) Nr. 2 Spiegelstrich 2 ist der Therapie-Plan Teil der Leistung des Heilmittelerbringers. Gemäß § 18 Lit. b Rahmenempfehlung (SSST) hat der Heilmittelerbringer, sofern sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer ergibt, dass das auf der Verordnung benannte Therapie-Ziel durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, darüber unverzüglich den Arzt zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapie-Plans abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung mit einem geänderten Therapie-Ziel zu erhalten. Der Vertragsarzt entscheidet dann über Änderung oder Ergänzung des Therapie-Ziels.
§ 17 zu ergänzen: ... Maßnahmen der Sprech- und Schluck-Therapie ...	s. Begründung zu § 2
F. Maßnahmen der Sprech- und Schluck-Therapie	s. Begründung zu § 2
§ 24 Abs. 1 zu streichen: „sowie des Schluckvorganges“	Sprechen ist nicht Schlucken
§ 24 Abs. 2 Spiegelstrich 4 zu streichen: „des Schluckvorganges in der oralen Phase,“	Sprech-Therapie ist keine Schluck-Therapie
zu ergänzen: § 26 Schluck-Therapie (1) Die Schluck-Therapie dient der Wiederherstellung,	s. Begründung zu § 2

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schloßhorst-Andersen e.V.	
26.05.2016	
Besserung und dem Erhalt des motorischen und sensorischen Schluckvorganges in der oralen, pharyngealen und oesophagealen Phase. (2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur - Aufbau, Verbesserung, Korrektur, ggf. Kompensation des krankheitsbedingt eingeschränkten Funktionsmechanismus der oralen Nahrungsaufnahme oder der orofazialen Muskulatur - Regulation des Schluckvorgangs - Beseitigung der Dysfunktionen der Zungenmuskulatur - Besserung und Erhalt des oralen Schluckvorganges ggf. unter Einbeziehung der Bezugspersonen	
Zweiter Teil Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (Heilmittelkatalog Zahnärzte)	
Inhaltsverzeichnis II. Sprech- und Schluck- Therapie bei II.4. Kiefergelenkerkrankungen und Craniomandibulärer Dysfunktion (CMD)	CMD können auch mit Stimmstörungen und Schluckstörungen einhergehen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit aus den Bereichen Zahnheilkunde, Physiotherapie sowie Stimm-, Sprech-, Schluck- Therapie ist zielführend.
II. Maßnahmen der Sprech- und Schluck- Therapie	
II.1. Störungen des Sprechens Indikationsgruppen <u>SPZ</u>	

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	
26.05.2016	
Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten	
II.2. Störungen des oralen Schluckaktes Indikationsgruppen <u>SCZ</u> Leitsymptomatik zu ergänzen: - fehlender Mundschluss - Mundatmung - fehlende Zungen- und Lippenruhelage - Störungen der Kaufunktion - Fütter- und Schluckstörungen bei Kindern - Störungen der Lautbildung - Störungen des Stimmklang Ziel der Therapie zu ergänzen: - Abbau von Habits Heilmittel zu ergänzen: Schluck-Therapie	
II.3. Orofaziale Funktionsstörungen Indikationsgruppen <u>OFZ</u> zu ergänzen: - angeborenen und erworbene cranio- und orofazialen Fehlbildungen - persistierende Kiefergelenk- und Kiefermuskelschmerzen Leitsymptomatik zu ergänzen: - Störungen der Kaufunktion - Störungen der Schluckfunktion - Fütter- und	Cranio- und orofaziale Fehlbildungen, Zahn- und Kieferfehlstellungen sind nicht nur angeboren und treten auch nicht nur in der Wachstumsphase auf. Verbesserung des Funktionsmusters und Wiedererlangung der Muskelbalance im orofazialen System können sowohl prä- als auch postoperative Maßnahmen sein um das Behandlungsziel effektiver und wirtschaftlicher zu erreichen. Sinnvoll kann ergänzende Physiotherapie (CRZ1) sein.

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrvereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.	
26.05.2016	
Schluckstörungen bei Kindern Heilmittel zu korrigieren: Schluck-Therapie	

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

VDB-Physiotherapieverband e.V.	
25.05.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Heilmittelrichtlinie	
Übergangszeit notwendig	Die Zahnärzte haben noch keine Erfahrungen mit der Verordnung von Heilmitteln unter den Vorgaben einer Heilmittelrichtlinie. Verordnungsfehler, die die Versorgung erschweren, sind vorprogrammiert. Es braucht ein Quartal Übergangszeit, indem Abweichungen von dieser HMR-ZÄ nicht zu Ungültigkeit der VO führen. Die Übergangszeit ist auch nötig wegen der Praxissoftware, die erst entwickelt werden muss.
§ 2 Abs 2 S 3: streichen	<p>Richtig ist, dass der vorliegende Entwurf durch § 2 Abs 2 S 1 dem Zahnarzt die Zuständigkeit für die Behandlung von Störungen im Bereich Mund/Kiefer zuweist. Dies entspricht dem Inhalt und der Reichweite der zahnärztlichen Approbation. Das Tätigkeitsfeld eines Zahnarztes beinhaltet Prävention, Diagnose und Therapie von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.</p> <p>§ 2 Abs 2 S 3 fordert aber darüberhinaus für die Verordnungsfähigkeit, dass die <u>Ursache</u> der strukturellen/funktionellen Schädigungen im Mund, Kiefer oder Gesichtsbereich liegen müssen. Dies ist zu eng.</p> <p>Die aus dem Entwurf zwingend folgende Abgrenzung der Zuständigkeit Zahnarzt / andere Facharztgruppen wird in der Praxis dazu führen, dass die genannten Störungsbilder weder von der einen noch von der anderen Arztgruppe behandelt werden und somit eine Versorgungslücke entsteht. Die qualifizierte physiotherapeutische Befundung des CMD-Patienten spiegelt den Zusammenhang, in dem sie vom Kiefer ausgeht und die gesamte Kette bis zum Fuß erfasst. In der Regel führt ein multifaktorielles Geschehen zur Störung im Kieferbereich.</p> <p>Weiterhin bestehen Widersprüche des § 2 Abs 2 S 3 zu anderen Vorschriften der HMR und zum HMK.</p> <p>Es kann für die Zuständigkeit des Zahnarztes und die Verordnungsfähigkeit von Heilmitteln nicht entscheidend sein, ob die Ursache im Bereich Mund/Kiefer/Gesicht liegt. Es kommt nur darauf an, ob die in diesem Bereich manifestierte Störung eine Ursache hat, die mit Heilmitteln zu behandeln und zu bekämpfen ist. Die enge Grenzziehung des § 2 Abs 2 S 3 steht in Widerspruch zu § 19 Abs. 2 u 4 des Entwurfs. Im Rahmen der Bewegungstherapie wird ausdrücklich die manuelle Therapie erwähnt, und zwar zur Behandlung reversibler Funktionseinschränkungen der Gelenke u. ä., ohne Bezug oder Beschränkung auf die Ursache der Gelenkprobleme. Dies kann auch im Bereich des § 2 Abs. 2 Satz 3 nicht anders gesehen werden, weil es auf die Be-</p>

VDB-Physiotherapieverband e.V.	
25.05.2016	
	<p>seitigung der Erkrankung im Bereich Mund/Kiefer/Gesicht ankommt und nicht darauf, wo im Körper die Krankheit ihre Ursache hat.</p> <p>Wenn behandelbare Störungsbilder exklusiv auf die Regionen Kiefer/Gesicht beschränkt werden, warum darf dann nach dem HMK die KG verordnet werden, die doch Bewegung für den ganzen Körper bedeutet? Oder muss die Bewegung im Rahmen der KG dann beschränkt auf den Bereich oberhalb der Schulter stattfinden?</p>
<p>§ 2 Abs 3 iVm § 3 Abs 3 und § 5: Widersprüche innerhalb des Entwurfs sowie zum Gesetz</p>	<p>§ 2 Abs. 3 regelt, dass der Heilmittelkatalog ZÄ Bestandteil der Richtlinie ist, wonach nach § 3 Abs. 3 die Indikation ableiten lässt, die allerdings nicht allein aus der Diagnose folgt, sondern unter Berücksichtigung der Gesamtbetrachtung der strukturellen funktionellen Schädigung festzustellen ist, sowie der Beeinträchtigung unter Berücksichtigung von individuellen Kontextfaktoren. Diese ergeben sich dann allerdings aus § 4 Abs. 2, der die Indikationen im Einzelnen regelt. Diese ergeben sich nämlich aus dem Heilmittelkatalog und zwar inklusive der verordnungsfähigen Mengen. Zu diesem System steht im Widerspruch zunächst § 4 Abs. 3. Wenn der Heilmittelkatalog abschließend ist, sind dort nicht mögliche Indikationen, sondern sämtliche Indikationen enthalten, die zu einer Heilmittelverordnung führen können. Es muss zumindest klargestellt werden, ob die Indikationen für eine Verordnung nach § 3 Abs. 3 des Entwurfs Interpretationen und Spielraum zulassen oder ob der Katalog abschließend ist, auch hinsichtlich der aufgeführten Indikationen. Hierfür spricht § 4 Abs. 2 erster Spiegelstrich, woraus sich ergibt, dass die Indikationen im Katalog enthalten sind, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind. Daraus folgt, dass andere Indikationen möglicherweise vorhanden sind, aber eine Verordnung von Heilmitteln nicht rechtfertigen.</p> <p>Ebenfalls im Widerspruch stehen die Verordnungsaußschlüsse nach § 5. Nach Absatz 1 dürfen anstelle von nach § 34 Abs. 1 SGB V ausgeschlossenen Arzneimittel keine Heilmittel verordnet werden. Allerdings regelt § 34 eben auch die ausgeschlossenen Heilmittel. Die in § 34 Abs. 6 SGB V ausgeschlossenen Arzneimittel stehen einer Heilmittelverordnung ohnehin entgegen (Erkältungskrankheiten, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel u. ä.). Die Bindung des Verordnungsverbotes für Heilmittel an ausgeschlossene Arzneimittel wäre dem Gesetz und der danach zu ergehenden Verordnung vorbehalten, wohl nicht aber dem GBA.</p>
<p>§ 5 Abs 2 S 4: Versorgungslücke könnte entstehen</p>	<p>Danach sollen Heilmittel nicht verordnet werden, wenn Leistungen des Kapitel 7 des SGB IX geboten, aber nicht durchgeführt werden können. Hier müsste überprüft werden, ob Patienten damit nicht versorgt sind bzw. wie die Versorgung mit Heilmitteln</p>



VDB-Physiotherapieverband e.V.	
25.05.2016	
	dann sichergestellt werden muss.
§ 5 Abs 3: Risiko des Entstehens einer Versorgungslücke	§ 5 Abs. 3 verbietet die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der Frühförderung. Es ist nachzuvollziehen, dass eine Doppelversorgung unterbleiben soll. Allerdings regelt die Heilmittelrichtlinie nach § 3 Abs. 2 dritter Spiegelstrich Kurativbehandlungen, während im SGB IX Erkennung von (Risiken für) Behinderungen und Vorbeugung gegen sowie Förderung bei Behinderung im Vordergrund steht. Von daher ist von der Zielsetzung des Gesetzes her nicht nachzuvollziehen, dass ein Verordnungsabschluss auch dann in Betracht kommt, wenn zeitgleich zur Förderung ein Bedarf für eine Heilbehandlung besteht.
§ 6 Abs 4 S 1: Forderung nach Ausnahmen für das behandlungsfreie Intervall	Das behandlungsfreie Intervall von 12 Wochen ist allgemein ein Problem für alle behandelnden Ärzte. In der Praxis ist durch den Arzt nicht immer erkennbar, ob das Intervall eingehalten ist. Für die Zahnärzte kommt eine fachliche Problematik hinzu: Wenn im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung durch Kronen, Brücken oder Dritte Zähne der Aufbiss verändert wird, ist die laufende Fortsetzung der Heilmittelbehandlung geboten, insbesondere, wenn Aufbiss-Abdruck zur Schienenanfertigung durchgeführt werden muss.
§ 8 Abs 2 S 2 u 3: Frist entspricht nicht den Vorgaben des SGB V	Die gesetzliche Regelung des § 13 Abs. 3 a SGB V sieht andere Fristen vor, die vorrangig zu beachten sind. Sodann kann die Entscheidungsfrist nach dem vorliegenden Entwurf „unterbrochen“ werden, wenn zur Entscheidung ergänzende Informationen erforderlich sind. Dies kann so nicht bleiben. Denn „Unterbrechung“ würde bedeuten, dass die Frist von vorne zu laufen beginnt. Dies kommt in keinem Fall in Betracht, sondern nur eine Hemmung, wobei nach Beseitigung des Informationsdefizites die gehemmte Frist einfach weiterläuft, ohne dass es zu einer Verlängerung der Frist kommt.
§ 10: Behandlung mit Physiotherapie in der der Zahnarztpraxis, Kritik an unklaren Definitionen, Unvereinbarkeit mit VO-Vordruck Muster 13	§ 10 Abs. 1 ist zu ergänzen. Ein neuer Spiegelstrich ist einzufügen: „Eine Behandlung mit Heilmitteln in der Zahnarztpraxis ist vorzusehen, wenn ein Aufbißabdruck bzw. eine Relationsbestimmung der Kiefer für eine Schienentherapie oder zur prothetischen Versorgung erfolgen soll.“ Für eine Schienentherapie bzw. eine prothetische Therapie ist es fachlich geboten und unabdingbar, dass direkt nach der Physiotherapie mit der erfolgten Lockerung der Muskulatur eine Bißnahme für die weitere Behandlung erfolgt. Dies ist gegeben, wenn die physiotherapeutischen Behandlungen direkt in der Zahnarztpraxis und kurz vor der Bißnahme erfolgen kann. Medizinisch ist dies geboten, weil die Durchführung der physiotherapeutischen Behandlung in der Praxis gewährleistet, dass sich die Bißlage nicht mehr verändert, ein Risiko, dass sich auf dem Weg vom Physiotherapeuten zum Zahnarzt realisieren kann, z.B. schon bei einem leichten



<p>VDB-Physiotherapieverband e.V.</p>	
<p>25.05.2016</p>	
	<p>Verstolpern auf unebenem Untergrund.</p> <p>In Absatz 1 sind drei Behandlungsmöglichkeiten eröffnet, nämlich in der Praxis, in der „häuslichen Umgebung“ als Hausbesuch oder als Behandlung in einer tagesstrukturierenden Fördereinrichtung für Kinder und Jugendliche. Diese Unterscheidungen sind auf dem vereinbarten Verordnungsvordruck (Muster 13 für Physiotherapie) nicht vorgesehen. Dort kann bis jetzt nur angekreuzt werden Hausbesuch ja oder nein, womit zumindest die dritte Alternative gar nicht markiert werden kann.</p> <p>Im Übrigen sind die Begriffe deutlicher zu definieren (tagesstrukturierende Fördereinrichtung/Hausbesuch in der „häuslichen Umgebung“). Zählt ein Internat zur häuslichen Umgebung, wenn Schüler dort wohnen?</p> <p>Letztlich stellt sich die Frage, warum ein Patient nicht mit einem Heilmittelerbringer einen Vertrag schließen kann, nach dem ein nicht verordneter Hausbesuch in Anspruch genommen wird und der Patient die Kosten für den Hausbesuch selber bezahlt. Wenn eine Leistung sowohl im Hausbesuch als auch in der Praxis abgegeben werden kann, ist nicht zu erklären, warum ein Patient dies nicht auch dann in Anspruch nehmen darf, wenn der Hausbesuch gewünscht, aber nicht unbedingt notwendig ist, wenn er die Kosten selber übernimmt.</p> <p>Hinzu kommt, dass nach § 10 Abs. 2 Satz 4 eine zahnärztliche Begründung mit einer besonderen Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigung der Aktivitäten erforderlich ist. Diese ist auf dem Vordruck ebenfalls so nicht vorgesehen. Es stellt sich hier die Frage, wer überprüft, ob eine solche Begründung vorhanden ist, ob sie zahnmedizinisch zutreffend ist, also einen Hausbesuch legitimiert. Im Rahmen der Ordnungsprüfung durch den Heilmittelerbringer ist die Überprüfung des formal richtigen Ausfüllens der Verordnung geboten, nicht aber die Prüfung der inhaltlichen Richtigkeit der Begründung. Allenfalls kann also geprüft werden, ob überhaupt eine Begründung vorliegt.</p>
<p>§ 11 Abs. 3 Satz 2: isolierte Verordnung von ergänzenden Heilmitteln</p>	<p>Die Ultraschall-Wärmetherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels ist fachlich nicht vertretbar. Große Teile des m. masseter sowie der m. pterygiodeus lateralis (als einziger Antagonist des m. masseter) werden vom Ramus Zygomaticus (Jochbein) abgedeckt und sind somit mittels Ultraschall nicht erreichbar.</p>
<p>§ 12 Abs. 1 u 2: Ergänzungsbedarf</p>	<p>§ 73 Abs 8 S 9 SGB V muss auf Zahnärzte entsprechende Anwendung finden: notwendig ist zertifizierte Software auch für Zahnärzte zur Sicherstellung einer zuverlässigen Versorgung. § 12 Abs 2 lit. c muss an die Verordnungsvorgaben des § 10 Abs 1 angepasst werden (häusliche Umgebung / tagesstrukturieren-</p>

VDB-Physiotherapieverband e.V.	
25.05.2016	
	de Fördereinrichtung).
§ 13 Abs 1:	Weshalb heißt es „Abs 1“ wenn es keinen Abs 2 gibt?
§ 14: VDB unterstützt Position von KZBV/PatV	Weshalb heißt es „Abs 1“ wenn es keinen Abs 2 gibt?
§ 15 Abs 2 S 1: Es besteht ein Widerspruch zu § 12	Nach § 15 Abs 2 S 1 wäre eine Frequenzangabe des verordnenden Arztes nicht zwingend vorgeschrieben – ein Widerspruch zu § 12 Abs 2 lit h, der das Vorliegen der Frequenzabgabe zur Voraussetzung der Gültigkeit der Verordnung macht.
Heilmittelkatalog	
CRZ: ändern in „CM“	Der komplette Indikationsschlüssel passt nicht in die auf dem VO-Vordruck vorgegebenen 4 Felder, Beispiel „CRZ1a“. Eine softwaremäßige Umsetzung des fünfstelligen Indikationsschlüssels wird sich nur mit sehr viel Aufwand realisieren lassen. Hier ist eine Veränderung der Indikationsgruppenbezeichnung auf z.B. „CM1“ geboten, so dass ein vollständiger Schlüssel mit maximal 4 Stellen z.B. lautet „CM1a“.
CRZ1 b. und c.: KMT einführen	Die KMT sollte als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig sein insbesondere zur Behandlung von Muskelhypertonie, Muskelspannungsstörungen sowie zur Entspannung der Muskulatur des craniomandibulären Systems.
CRZ1: Unterstützung Position von KZBV/PatV	Der VDB unterstützt die Position von KZBV/PatV im Hinblick auf die Verordnungsmengen im Regelfall. Dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird besser Rechnung getragen, wenn 10 Behandlungen pro Verordnung durchgeführt werden können, weil damit der nächste Arztkontakt später stattfindet und Verordnungen außerhalb des Regelfalles seltener werden. Abweichungen der Verordnungsmenge nach unten richten sich nach § 11 Abs 1 u 2.
CSZ: Unterstützung Position von KZBV/PatV	Manuelle Therapie: Der VDB unterstützt die Position von KZBV/PatV im Hinblick auf die Verordnungsfähigkeit der Manuellen Therapie. Die Manuelle Therapie erweitert die Optionen zur Ursachenbekämpfung insbesondere dann, wenn durch Eigenbewegung des Patienten im Rahmen der KG Schmerzgrenzen nicht überwunden werden können. Verordnungsmengen: Der VDB unterstützt die Position von KZBV/PatV im Hinblick auf die Verordnungsmengen im Regelfall. Dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird besser Rechnung getragen, wenn 10 Behandlungen pro Verordnung durchgeführt werden können, weil damit der nächste Arzt-

VDB-Physiotherapieverband e.V.	
25.05.2016	
	kontakt später stattfindet und Verordnungen außerhalb des Regelfalles seltener werden. Abweichungen der Verordnungsmenge nach unten sind im Einzelfall möglich (§ 11 Abs 1 u 2), nach oben nicht.
CRZ2 b. c. und e. : KMT einführen	Die KMT sollte als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig sein insbesondere zur Behandlung von Muskelhypertonie, Muskelspannungsstörungen sowie zur Entspannung der Muskulatur des craniomandibulären Systems.
CSZ: KMT einführen	Die KMT sollte als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig sein insbesondere zur Behandlung von Muskelhypertonie, Muskelspannungsstörungen sowie zur Entspannung der Muskulatur des craniomandibulären Systems.
LYZ1: Einschub GKV-SV aus Indikationsgruppen streichen	In die Indikationsgruppen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf passt die Behandlung „nach tumorchirurgischem Eingriff mit Unterbrechung der Lymphabflusswege“ nicht hinein, weil diese Fälle erfahrungsgemäß mindestens einen mittelfristig andauernden oder länger andauernden Behandlungsbedarf aufweisen.
LYZ2: VDB unterstützt Einschub GKV-SV in Indikationsgruppen und fordert eine Veränderung	In die Indikationsgruppen mit prognostisch länger andauerndem Behandlungsbedarf passt die Behandlung dieser Fälle hinein. Es muss aber eine Änderung vorgenommen werden in: „nach tumorchirurgischen Eingriffen oder Bestrahlungen mit Unterbrechung und / oder systematischer Entfernung der Lymphabflusswege“. Es entfällt der Terminus „ausgedehnt“.
LYZ3: in LYZ2 integrieren	Die Indikationsgruppen von „LYZ2“ und „LYZ3“ sind schwer abgrenzbar. Der VDB empfiehlt die Integration der „LYZ3“ in „LYZ2“ unter Übernahme der Gesamtverordnungsmenge im Regelfall (50) und Berücksichtigung der oben für LYZ2 empfohlenen Textänderung. Die Verordnungsmenge kann und muss nach den Kriterien des § 11 Abs 1 u 2 im Einzelfall im Rahmen der Verordnung festgelegt werden.

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

 <p>DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)</p>		 <p>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGU)</p>	
<p>11.5.2016</p>			
<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</p>		<p>Begründung</p>	
<p>Bewegungstherapie 1.Krankengymnastik</p> <p>KG-ZNS Kinder und KG-ZNS mit PNF bzw. Therapien nach Bobath und Vojta</p>		<p>Eine Indikation für die analog dem Heilmittelkatalog gestalteten gesonderten Maßnahmen KG-ZNS Kinder und KG-ZNS mit Therapien nach Bobath und Vojta bzw. PNF wird seitens der DGOOC nicht gesehen, da zum einen die Curricula für die Bobath-Weiterbildung keine speziellen Inhalte für den Mund-Kiefer-Gesichtsbereich beinhalten und i.d.R. diese Patienten primär von Pädiatern, Neurologen bzw. HNO-Ärzten und Orthopäden und weder ausschließlich noch überwiegend von Zahnärzten behandelt werden. Dadurch ist eine physiotherapeutische Versorgung der Patienten mit zentral bedingten Bewegungsstörungen auch mit den spezifischen Elementen der KG-ZNS-Kinder und KG-ZNS gewährleistet. Die cranio-mandibulären Bewegungsstörungen sind vielmehr als zusätzliche Symptomatik einer komplexen Schädigung zu sehen.</p>	
<p>Verordnungsmenge von Heilmittelanwendungen beim chronifizierten Schmerzsyndrom</p>		<p>Beim chronifizierten Schmerzsyndrom werden nach Ansicht der DGOOC aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei der Verordnungsmenge durchaus bis zu 10 Therapieeinheiten je Verordnung - mit einer Frequenz von ein- bis dreimal wöchentlich, sowohl bei Erstverordnung als auch bei Folgeverordnung, mit bedarfsweise insgesamt bis zu 20 Einheiten - für sinnvoll erachtet.</p>	
<p>Manuelle Therapie bei chronifizierten Schmerzsyndromen</p>		<p>Für die Aufnahme des Heilmittels „Manuelle Therapie“ (MT) bei der Indikation „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ gibt es bislang keinen nachgewiesenen Nutzen / keine Evidenz. Die für die vertragsärztliche Versorgung geltende HeilM-RL als bislang einzige HeilM-RL sieht MT bei der Indikation „chronifiziertes Schmerzsyndrom“ nicht vor.</p>	

 <p>DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)</p>		 <p>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGU)</p>	
11.5.2016			
Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS: -Ergänzung der Krankengymnastik durch Manuelle Therapie		Von Seiten der DGOOC wird vorgeschlagen, wie bei den „Craniomandibulären Störungen bei der Therapie von Fehlfunktionen infolge angeborener cranio- und orofazialer Fehlbildungen bzw. Fehlfunktionen infolge Störungen des ZNS zur „Krankengymnastik auch die Manuelle Therapie zu ergänzen. Es geht neben der Behandlung der ZNS-Störungen immer auch um eine notwendige Behandlung des Gelenkes und hier speziell des Gelenkspiels (joint play) sowie der reflektorischen Interaktion Gelenk – Muskel, wobei vorrangig manuelle Techniken genutzt werden.	

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

Deutsche Gesellschaft für Lymphologie (DGL) Lindenstr. 10 79877 Friedenweiler Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Fachgesellschaft ein	
15. Mai 2016 Bitte klicken Sie hier und fügen das Datum Ihrer Stellungnahme ein	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1. In allen Texten „Fixiertes“ Lymphödem in „chronisches“ Lymphödem umändern 2. Anlage 2, Seite 10 LYZ1 GKV-SV: Einfügen nach tumorchirurgischen Eingriffen u./o. strahlentherapeutischen Behandlungen mit Unterbr..... 3. Anlage 2, Seite 11 LYZ2 Spalte HMV im Regelfall unter B ergänzen: Bewegungstherapie 4. Für uns stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, die vertragsärztliche Einteilung Ly1 bis Ly 3 für den zahnärztlichen HM-Katalog in der Form zu abzuändern, dass a) in LYZ1 auch LO nach Tumorbehandlungen Eingang finden und b) LYZ 3 aufgegeben wird. Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme	1. Die gesamte medizinische Literatur, ob allgemein medizinisch oder speziell lymphologisch kennt nur den Begriff chronisches Lymphödem: Stadium II und III eines Lymphödems, sekundäre. i.d.R. nicht komplett rückbildungsfähige Gewebsveränderungen (Fibrose, Fibrosklerose, Pachydermie u.m.) 2. Sehr oft wird eine zusätzliche Strahlentherapie durchgeführt, welche die Lymphabflußstörung dramatisch verstärkt. 3. Die Bewegungstherapie/Übungsbehandlungen stellen einen wichtigen Teilaspekt der kombinierten Entstauungstherapie bei Lymphödem dar, besonders wenn Bandagieren nur eingeschränkt möglich ist, wie z.B. bei Kopf/Halslymphödem. Bei schwergradigen Lymphödem, besonders nach zusätzlicher Bestrahlung, bestehen oft massive Radiofibrosen mit daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen, chronischen Schmerzzuständen, Schluckbeschwerden. In diesen Fällen ist eine zusätzliche Übungsbehandlung erforderlich. Nur die Übungsbehandlung (HMR Positionsnummer 20301) ist mit der manuellen Lymphdrainage (MLD) in einer Verordnung kombinierbar; Physiotherapie erfordert eine zusätzliche Verordnung.) 4. Bei LY1 handelt es sich um keine Lymphödeme, sondern um i.d.R. passagere Lymphabflußstörungen: Diese finden sich bei traumatischen/postoperativen Schwellungssituationen, die auf eine MLD sehr gut ansprechen, bei denen aber nur ein kurzes Zeitfenster von maximal 10 Behandlungen ausreicht. Bei schwergradigen Lymphödem im Kopf/Halsbereich nach ausgedehnten zahnärztlich-kieferchirurgischen Eingriffen wegen maligner Tumoren ist als komplette Entstauungstherapie durchaus die Behandlung des gesamten Schultergürtels als erster Teil der mindestens 45 minütigen Behandlung erforderlich. Es wird also die zitierte „Großbehandlung“ von mehreren Körperteilen durchgeführt wie sie im vertragsärztlichen Heilmittelkatalog für das LY3 vorgesehen ist. U.E. handelt es sich bei diesen Fällen

<p>Deutsche Gesellschaft für Lymphologie (DGL) Lindenstr. 10 79877 Friedenweiler Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Fachgesellschaft ein</p>	
<p>15. Mai 2016 Bitte klicken Sie hier und fügen das Datum Ihrer Stellungnahme ein</p>	
bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	durchaus auch um Behandlungsfolgen ausschließlich kieferchirurgisch/zahnärztlicher Behandlungen. Wir würden vorschlagen, LYZ3 zu erhalten, um eine bessere Differenzierung unterschiedlicher Grade einer Lymphabflußstörung zu ermöglichen. Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

DGFDT	
25.05.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/Heilm-RL ZÄ	
§2 Satz 2 zweiter Spiegelstrich „Maßnahmen der Physikalischen Therapie“ sollte ersetzt werden durch „Maßnahmen der Physikalischen Therapie und der Physiotherapie“	Physikalische Therapie umfasst nach üblicher Wahrnehmung der angesprochenen Verkehrskreise die therapeutische Anwendung von Wärme, Kälte und elektrischem Strom (lt. §18 mittels thermischer oder elektrischer Energie). Im Gegensatz dazu wirkt Physiotherapie durch körperliche Beeinflussung (lt. §18 mittels kinetischer oder mechanischer Energie) der betreffenden Gewebe, sei es aus Sicht der oder des Patienten passive Maßnahmen oder durch unter Anleitung aktiv durchgeführte Übungen. Beide können sich sinnvoll ergänzen, so kann z.B. die Physiotherapie von Muskeln nach deren Behandlung mittels physikalischer Therapie (hier: Wärmeanwendung) wirksamer sein, weil dann die Gefäße geweitet sind.
§2 (2) Satz 3: Anstelle der Worte „Die Ursache“ sollte der Satz beginnen mit „Der Schwerpunkt“.	Sofern Physiotherapie zur Behandlung craniomandibulärer Dysfunktionen dient so ist nicht abschließend geklärt, was deren Ursache ist. Da die Physiotherapie auch nicht deren Ursache beseitigt, sondern die Folgen mildert oder beseitigt ist der Bezug auf die Ursache unnötig im Zweifel eines Tages problematisch. Gemeint ist im Grunde aber, dass die zahnärztliche Verordnung zur Behandlung von Beschwerden dienen soll, die ihren Schwerpunkt im craniomandibulären System und damit im Zuständigkeitsbereich des Zahnarztes nach dem Zahnheilkundegesetz haben. Die Umformulierung wird dem gerecht.
§11 (3) Satz 1: Statt „1Soweit medizinisch erforderlich, kann in der physikalischen Therapie“ sollte es hier heißen „1Soweit medizinisch erforderlich, kann in der physikalischen Therapie und Physiotherapie“	Da physikalische Therapie nach üblicher Wahrnehmung der angesprochenen Verkehrskreise die therapeutische Anwendung von Wärme, Kälte und elektrischem Strom (z.B. „TENS“) umfasst und Physiotherapie durch körperliche Beeinflussung der betreffenden Gewebe wirkt sollte dies hier unterschieden werden.
§11 (3) Satz 1: die DGFDT spricht sich ausdrücklich für die Verordnung von maximal 3 Therapiemitteln aus für die Indikationen CRZ1 und CSZ	Der Vorstand und wissenschaftliche Beirat der DGFDT haben sich intensiv mit den Therapiemitteln befasst. Die Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie des Vorstands haben sich mit Nachdruck einstimmig dafür ausgesprochen, dass für die Indikationen CRZ1 und CSZ bis zu 3 Therapiemittel verordnet werden sollen: KG/MT UND Massage als vorrangige Therapiemittel UND ein weiteres im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“. Nach den klinischen Erfahrungen der Spezialisten kann die Kombination mehrerer Heilmittel deutlich bessere Ergebnisse erzielen als die Verordnung eines vorrangigen Therapiemittels und/oder eines ergänzenden Heilmittels <i>alleine</i> . Um die Chronifizierung der in der Gruppe CRZ1 zusammen gefassten Indikation zu vermeiden sollten dem

<p>DGFDT</p>	
<p>25.05.2016</p>	
	<p>Zahnarzt möglichst suffiziente nicht invasive Therapiemittel an die Hand gegeben werden, mit deren Hilfe es möglich ist, deutlich invasivere und kostspieligere Maßnahmen zu vermeiden. Derzeit sieht die Therapiestrategie einer CRZ1- Indikation vor, zunächst konservative, reversible Maßnahmen zu ergreifen. Es gilt jedoch die Vorgabe, frühzeitig minimal-invasive chirurgische Maßnahmen einzuleiten bei Patienten, bei denen mit den initialen zahnärztlichen und begleitenden Maßnahmen nicht der gewünschte Erfolg hinsichtlich Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung erzielt werden kann (siehe aktuelle wissenschaftliche Mitteilung „Zur Therapie der funktionellen Erkrankungen des craniomandibulären Systems“ (www.dgfdt.de)).</p> <p>Bei chronifizierten Beschwerden kann insbesondere durch die Aktivierung der körpereigenen inhibitorischen Schmerzregulation positiv Einfluss genommen werden, um damit der peripheren wie zentralen Schmerzsensibilisierung entgegenzuwirken.</p> <p>Die Reduktion der zahnärztlichen Verordnung auf nur zwei Therapiemittel würde eine erhebliche Einbuße für das unschätzbare Potenzial minimal invasiver Therapieansätze der Physiotherapie bedeuten.</p> <p>Die Datenlage der Literatur ist leider nicht suffizient. Ein aktuelles Review kann angeführt werden: Susan Armijo-Olivo, Laurent Pitance, Vandana Singh, Francisco Neto, Norman Thie, Ambra Michelotti: Effectiveness of Manual Therapy and Therapeutic Exercise for Temporomandibular Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. <i>PHYS THER.</i> 2016; 96:9-25.</p>
<p>§11 (3) Satz 3: statt „oder die Ultraschall-Wärmetherapie“ sollte der Satzteil lauten „oder die Wärmetherapie“</p>	<p>Die Anwendung von Ultraschall-Wärmetherapie ist hier weniger üblich und wird durch die Anwendung von Infrarot-Wärmetherapiegeräten ersetzt – neben den anderen unter §21 genannten Verfahren.</p>
<p>§14 (1) Der Vorschlag der KZBV und der PatV sollte umgesetzt werden, also der Beginn innerhalb von 28 Tagen, bei dringendem Behandlungsbedarf innerhalb 14 Tagen.</p>	<p>In der Mehrzahl der Fälle sind die hier zu behandelnden Erkrankungen craniomandibuläre Dysfunktionen. Diese verlaufen in Ihrer Mehrzahl nicht hoch akut, daher ist kein dringender Behandlungsbeginn nötig. Oft ist es zudem medizinisch sinnvoll, nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit mit zahnärztlichen Maßnahmen zu beginnen und die Physiotherapie/Physikalische Therapie erst später aufzunehmen. Dennoch macht es Sinn, schon bei Planung der Behandlung mittels Physiotherapie/Physikalische Therapie zu verordnen, um Patienten und Therapeuten die Terminvereinbarung passend zu beider zeitlicher Möglichkeiten mit angemessenem Vorlauf zu ermöglichen. In Sonderfällen (z.B. Kieferklemme) wird der Zahnarzt/die Zahnärztin ohnehin gemäß §13 mit der Physiotherapie/Physikalischen Therapie Kontakt aufnehmen, um eine unmittelbare Behandlungsaufnahme abzustimmen.</p>
<p>§19 2+3 sollten eingeschlossen sein</p>	<p>Die Aufnahme der Sonderfälle 2 + 3 in §19 ist gut, um Zahnärzten neben der allgemeinen Behandlung durch Ärzte auch eine Mitbehandlung zu ermöglichen. Der Zahnarzt / die Zahnärztin sollte daher in der Lage sein, eine durch ihn/sie indizierte und inhaltlich konzipierte und überwachte Behandlung auch zu verordnen. Die Behandlung wie in 2+3 beschreiben ist sinnvoll und sollte daher in die Verordnung eingeschlossen sein. Was die</p>

DGFDT	
25.05.2016	
	Einschlüsse der Behandlung des craniomandibulären Systems anbelangt, so ist selbst ohne explizite Einschlüsse der Techniken nach Bobath, Vojta oder der PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) in die Ausbildungsgänge gewährleistet, dass die Grundkompetenzen vermittelt werden, um diese Techniken in die Behandlung des craniomandibulären Systems zu übertragen. Zusätzliche Qualifizierungsmaßnahmen, wie z.B. das „Curriculum Physiotherapie bei CMD der Akademie Praxis + Wissenschaft der DGZMK sowie des ZVK Zentralverband der Krankengymnasten und Physiotherapeuten“ schulen diese Inhalte seit Jahren praktisch.
§19 4 Die DGFDT spricht sich nachdrücklich dafür aus, dass als weitere vorrangige Therapie die Massage aufgenommen wird.	Die klassische Massage dient als Vorbereitung auf die MT oder KG. Die klassische Massage aktiviert die subkutanen Mechanorezeptoren, beeinflusst somit mechanisch die Haut, das Bindegewebe und die Muskulatur durch Dehnung, Zug- und Druckreize.
§20 statt „tumor chirurgischen Eingriffen“ sollte die Formulierung lauten „chirurgischen Eingriffen“	Begründung: auch chirurgische Eingriffe, die nicht der Behandlung von Tumoren dienen, können mit erheblichem Lymphstau einhergehen, z.B. bei der Resektion des Proc. Stylohyoideus. Die allgemeinere Formulierung sollte daher derartige Verordnungen ermöglichen.
§21 (3) Die Formulierung der KZBV und der PatV sollte gewählt werden.	Aus der Begründung zu § 19 ergibt sich hier das Votum für die Formulierung der KZBV + d. PatV
§21 (2) 4. und (3) Ersatz von „Ultraschall“ durch „Ultraschall oder Infrarotwärmelampen“	Die Anwendung von Ultraschall-Wärmetherapie ist hier weniger üblich und wird zumindest teilweise durch die Anwendung von Infrarot-Wärmetherapiegeräten ersetzt – neben den anderen unter §21 genannten Verfahren.
Heilmittelkatalog Die Abkürzungen CRZ1+2 sollten ersetzt werden durch CDZ1+2	Wenn bei der Abkürzung CSZ die Buchstaben C für craniomandibulär und S für Schmerzen stehen ist es verwirrend, wenn bei CRZ1+2 der Begriff craniomandibulär mit CR abgekürzt wird. Analog zum S für Schmerz sollte dann hier das D für Dysfunktion stehen, also CDZ1 und CDZ2.
Heilmittelkatalog Zahnärzte	
Indikation CRZ1: Die DGFDT spricht sich nachdrücklich dafür aus, dass als 2. Vorrangiges Therapiemittel die Massage verordnet werden kann und zusätzlich ein „ergänzendes Heilmittel“.	Neben der MT/KG ist die Massage eine wichtige und sinnvolle Erweiterung der Therapie. Sie bereitet den Patienten auf die MT oder KG vor. Weitere Ausführungen siehe oben zu §11 (3).
Heilmittelkatalog I.1. Die Erstverordnung sollte bis 10x/VO umfassen.	Bei schwereren Fällen, die eine zweimalige (in Ausnahmefällen dreimalige) Behandlung / Woche erfordern ist die Möglichkeit einer Verordnung von 10 Anwendungen sinnvoller, um eine Wiedervorstellung d. Pat nach Ablauf eines Monats zu ermöglichen, andernfalls konkurriert die notwendige Wiedervorstellung d. Pat. beim Zahnarzt mit der PT, da die Patienten in der

DGFDT	
25.05.2016	
	<p>Regel auch andere Pflichten in Ihrem Leben (Arbeit, Familien, Pflege) haben und daher nicht unbegrenzt Termine ermöglichen können. Schon 2 Termine PT/Woche sind für viele Patientinnen und Patienten eine schwere Belastung. Zudem entsteht durch eine zu schnelle Wiedervorstellung zusätzlicher Untersuchungsaufwand sowie ein erneuter Bürokratieaufwand entsprechend der Bürokratiekostenermittlung in den tragenden Gründen. Im Einzelfall kann der Zahnarzt/die Zahnärztin ja problemlos die Anzahl der Anwendungen auf 6 beschränken.</p>
<p>Heilmittelkatalog I.2. Aufnahme der Verordnungsfähigkeit durch Zahnärzte/Zahnärztinnen gemäß Votum der KZBV und PatV im Rahmen §19</p>	<p>Hier gelten analog die Ausführungen zu §19 und mithin sollte die Verordnung dem Zahnarzt möglich sein.</p>
<p>Heilmittelkatalog I.3. Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie, Verordnungsmenge bis zu 10x/VO; Gesamtverordnungsmenge bis zu 20 Einheiten</p>	<p>Die Position Bänke und PatV ist nachvollziehbar und zielt inhaltlich darauf ab, dass „die damit verbundenen Schmerzen (...) im Rahmen der Bewegungstherapie einer Besserung zugeführt werden, indem die Gelenkbeweglichkeit sowie die Durchblutung der Muskeln gefördert werden.“</p> <p>Nach der Position des Vorsitzenden ist dabei formal die Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie vom Nachweis der Wirksamkeit abhängig. Nachweise hierzu liegen vor, exemplarisch in der Deutschen Dissertation des ausgewiesenen kundigen Physiotherapeuten Stelzenmüller aus Frankfurt, u.a. Autor eines Standardwerkes aus dem Thieme-Verlag und Gewinner eines Tagungsbestpreises der DGFDT. (Evaluation der Wirksamkeit von Physiotherapie bei craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) mit Hilfe von Schmerzlokalisierungsbogen und Oberflächen-EMG</p> <p>Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Theoretischen Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes, 2013). Darin wird zunächst die vorhandene Literatur aufbereitet und wie folgt zusammengefasst (Literaturangaben aus der Dissertation in Klammern):</p> <p>„Die Unterscheidung zwischen manueller Therapie und anderen physiotherapeutischen Techniken findet sich ab den beginnenden 1980er Jahren z.B. bei Weisberg und Friedman[201]. Danach wurde der Begriff manuelle Therapie und Techniken der manuellen Therapie u.a. von Gelb[64] 1985, Hansson[77] 1988, Bell[11] und Okeson 1989 und 1990 eingeführt. Des Weiteren wurde der Einsatz von manueller Therapie bei CMD z.B. in Studien von dos Santos[46] 1995, Fink[55] 2001, Medlincott und Hams[124] 2006 überprüft und wird bis heute bei der Therapie von CMD[180] eingesetzt.“</p> <p>Die existente Literatur wurde nach den Behandlungsarten wie folgt unterteilt erfasst::</p> <p>„In Studien wurden die folgenden Therapieformen untersucht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manuelle Therapie [94,95,187,201,203,64,65,123,46,117,135,23,55,68,56,101,177] - Kombination verschiedener Therapieformen mit manueller Therapie

DGFDT	
25.05.2016	
	<p>[61,27,76,77,11,144,96,182,45,44,23,199,188,124,121,101,2,3,179,180]</p> <ul style="list-style-type: none"> -Allgemeine Krankengymnastik, Haltungsschulung [165,100,168,43,58,109,157,140-142] -Physikalische Therapie: Wärme oder Kälte [78,73,27,12] <p>Die meisten der o.g. Studien bestätigen der manuellen Therapie eine hohe Wirksamkeit, die bei Bedarf mit Techniken der allgemeinen Physiotherapie (z.B. Arbeit an der Körperhaltung) gekoppelt werden kann. Die Techniken der Mobilisation wurden bereits von Evjent und Kaltenborn Mitte der 1960er Jahre z.T. durch Röntgenbilder nachuntersucht[94]."</p> <p>Fasst man die verschiedenen Punkte zusammen, so ergibt sich:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Das aus den Positionen Bänke und PatV resultierende Ziel wird durch die Manuelle Therapie erreicht. -Die Vorgabe des Vorsitzenden, dass die Wirksamkeit der Manuellen Therapie belegt sein müsse, ist nach der vorliegenden Literatur grundsätzlich erfüllt. -Demnach sollte eine Verordnung von Manuelle Therapie möglich sein, zumal damit für die Verkehrskreise der Umgang mit der Verordnung erleichtert wird, weil sich die Handhabung der Indikationsgruppen gleicht. -Als weiteres vorrangiges Therapiemittel muss es möglich sein, die Massage zur Vorbereitung der MT oder KG verordnen zu können (siehe oben unter § 11 (3)). <p>Da praktisch das initiale Behandlungsziel sich bei den Gruppen CRZ (besser CDZ, siehe oben) und CSZ gleich gelten die Ausführungen zur Position der KZBV im Vergleich zur Position des GKV-SV hier analog, es sollte entsprechend dem Vorschlag der KZBV und des PatV bis zu 10x/VO und bis zu einer Gesamtverordnungsmenge von 20 Einheiten verordnet werden.</p>
Heilmittelkatalog II.3	<p>Orofaziale Funktionsstörungen sind zwar auch Funktionsstörungen und daher von der Bezeichnung her dem Tätigkeitsgebiet der DGFDT zuzuordnen. Da die Behandlungsführung in der Regel in das Feld der kieferorthopädischen Behandlung fällt sollte die DGKFO hier als zuständige Fachgesellschaft primär gehört werden.</p>

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

DGKFO	
23.05.2017	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>I. Physikalische Therapie bei: I.1. Craniomandibulären Störungen <u>CRZ1</u> KG/MT als vorrangiges oder ergänzendes Heilmittel auch bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Gelenkfunktionsstörungen/ Schmerzen sowie mit Behinderungen (neuro-muskulären Bewegungsstörungen) und angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen (z.B. LKG-Fehlbildungen, Oto-mandibuläre Dysplasien, Trisomie 21) sind aus medizinischer Sicht wichtig.</p>	<p>Strukturelle Veränderungen und/oder funktionelle Dysbalancen der orofazialen Muskulatur und der Muskulatur des Halses, ggf. asymmetrischer Muskelfunktionen, könnten gezielt unterstützend trainiert werden. Begleitende/ergänzende Therapien tragen somit zur Normalisierung physiologischer Muskelfunktionen erheblich bei. Dieser Aspekt ist medizinisch äußerst relevant. Die Gesamtverordnungsmenge sollte sich nach den Empfehlungen der KZBV/PatV richten.</p> <p>Zusätzlich gilt es eine Reduktion eventueller Schmerzen und eine Funktionsverbesserung der Kiefergelenke zu erreichen.</p>
<p><u>CRZ2</u> KG/MT ist ergänzend bei craniomandibulären Störungen mit Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten (Kauen/Sprechen/oraler Schluckvorgang) sind insbesondere bei Fehlbildungssyndromen und bei angeborenen Fehlbildungen (z.B. LKG-Fehlbildungen) medizinisch nicht zu unterschätzen und damit Therapie-relevant.</p>	<p>Besserung und Rekoordinierung der orofazialen – und der Kaumuskulatur, um alltagsrelevante Aktivitäten zu trainieren und evtl. Muskelhyper- oder –hypotonien zu verbessern. Dies besitzt besondere medizinische Bedeutung in Bezug auf kieferorthopädische Diagnosen.</p>
<p>I.2. Fehlfunktionen bei angeb. Cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen ... <u>ZNSZ</u> KG-ZNS KG-ZNS-Kinder bei der</p>	<p>Korrektur von pathologischen Funktionsmustern der mimischen Muskulatur, der Zungen-, Kau- sowie der Schlundmuskulatur mit dem Ziel der Funktionsverbesserung unterstützend zu</p>

DGKFO	
23.05.2017	
genannten Patientengruppe mit neuromuskulären Bewegungsstörungen medizinisch von hoher klinischer Bedeutung	kieferorthopädischen und kieferchirurgischen Therapiekonzepten. Die Gesamtverordnungsmenge ist wie von der KZBV/PatV empfohlen, uneingeschränkt zu befürworten.
CSZ Die KG ist als vorrangiges Heilmittel bei den genannten Indikationsgruppen therapeutisch hoch relevant	Schmerzlinderung, Entlastung der Gelenkstrukturen und Verbesserung der schmerzbedingten Funktionseinschränkungen sind vorrangig. Der von der KZBV/PatV empfohlenen Gesamtverordnungsmenge ist zuzustimmen.
1.4. Lymphabflussstörungen LYZ1-3 Mit den Ergänzungen der GKV-SV und KZBV einverstanden.	Für die Indikationsgruppen sinnvoll im Hinblick für die Verbesserung des Lymphabflusses und die Vermeidung weiterer Komplikationen.
II. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie bei: II.1 Störungen des Sprechens SPZ Im Rahmen der Sprech- und Sprachtherapie sollten die genannten Indikationsgruppen durch folgende ergänzt werden: - Angeborenen Fehlbildungen (z.B. LKG-Spalten, Trisomie 21)	Verbesserung und Normalisierung der Lautbildung und damit der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten. Verbesserung des orofazialen muskulären Gleichgewichts. Dadurch werden kieferorthopädische und kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapiemaßnahmen wesentlich unterstützt und die Rezidivgefährdung reduziert.
II.2. Störungen des oralen Schluckaktes SCZ Störungen des oralen Schluckaktes sind für die gesamte Zahnmedizin und insbesondere für die Kieferorthopädie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen von direkter diagnostisch und therapeutisch relevanter Bedeutung.	Verbesserung bzw. Normalisierung der Schluckfunktion und dadurch positiv korrigierender Einfluss auf die Zungenfunktion. Dies unterstützt wesentlich kieferorthopädische Therapiemaßnahmen und reduziert die Gefahr von Rezidiven. Ein fehlerhaftes Schluckmuster besitzt u.a. ätiologische Bedeutung für die Entstehung eines offenen Bisses. Die Sprech- und Sprachtherapie ist somit als präventiven Charakter.
II.3 Orofaziale Funktionsstörungen	

DGKFO	
23.05.2017	
OFZ Die Indikationsgruppen sollten unbedingt durch die von der PatV genannten Erweiterungen präzisiert werden. Die von GKV-SV/KZBV genannten Ausnahmefälle mit schweren Kieferanomalien grenzen die Indikationsgruppen zu sehr ein.	Orofaziale Funktionsstörungen stellen einen direkten ätiologischen Faktor für die Entstehung und die Progredienz von gewissen Kieferanomalien im Wachstumsalter dar. Die Wiedererlangung der Muskelbalance ist somit auch im Hinblick auf das kieferorthopädische Behandlungsergebnis und dessen Stabilität von hoher klinischer Bedeutung.

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

DGMKG	
25.5.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
I.1. Frequenzempfehlung 1 bis 2 wöchentlich statt 1 bis 3	Therapiedauer ggf. zu kurz, höhere Motivation und bessere Voraussetzung für Eigenübungsprogramm bei geringere Frequenz
Indikationsgruppen (CRZ2) erweitern: auch chronische systemische Erkrankungen mit Beteiligung des craniomandibulären Systems wie z.B: rheumatische Erkrankungen	Bei diesen Patienten ist ebenfalls eine längere Langzeitbetreuung und –therapie erforderlich
I.3. Chronifiziertes Schmerzsyndrom: Ergänzung um schmerzhaftes Trigemini-neuropathie, alt. Neuropathische Beschwerden	Überbegriff für die aufgeführten Erkrankungen wie atypische Odontalgie,
I.4. LYZ1,GKV-SV : nach ausgedehnten chirurgischen Eingriffen z.B. Tumor	Die Einschränkung auf tumorchirurgische Operationen schränkt die Therapiemöglichkeiten stark ein
Leitsymptomatik	Statt des Begriffs „Habits“ - myogene, psychogene oder neurogene Parafunktionen der Kaumuskulatur



Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

DG PARO	
23.05.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Anlage 2 Heilmittelkatalog II. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie II.1 Störungen des Sprechens Ergänzung zu den Beispielen bei den Indikationsgruppen: große interdentale Lücken im Frontzahnbereich nach schwerer Parodontitis und ihrer Therapie	Parodontitis ist eine hochprävalente Erkrankung, die häufig erst in der Spätphase erkannt und therapiert wird. Sind die oberen Frontzähne betroffen, führt dies häufig zu Sprachstörungen. Da es sich hierbei um ein Krankheitsbild handelt, das sich gravierend von den beispielhaft aufgeführten Indikationsgruppen unterscheidet, sollte dies explizit genannt werden.
Anlage 3 HeilM-RL ZÄ II.1 Störungen des Sprechens (S. 20): Treten beispielsweise in Folge von Mund- und Kieferanomalien, parodontitisbedingtem Verlust interdentaler Gewebe mit ausgeprägter Lückenbildung im Frontzahnbereich, nach orthognathen Operationen ...	Parodontitis ist eine hochprävalente Erkrankung, die häufig erst in der Spätphase erkannt und therapiert wird. Sind die oberen Frontzähne betroffen, führt dies häufig zu Sprachstörungen. Da es sich hierbei um ein Krankheitsbild handelt, das sich gravierend von den beispielhaft aufgeführten Indikationsgruppen unterscheidet, sollte dies explizit genannt werden.

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

Deutsche Gesellschaft für Implantologie DGI	
23.5.16	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§14 (1) „Beginn innerhalb von 28 Tagen, bei dringendem Behandlungsbedarf innerhalb 14 Tagen.“ Vorschlag Frist auf 42 und 28 Tage verlängern	Die meisten Erkrankungen verlaufen nicht akut, gerade bei begleitenden Maßnahmen im Rahmen langfristiger Therapien, zB bei Dysgnathie ist ein Behandlungsbeginn innerhalb von 28 nicht immer realistisch
§20 statt „tumorchirurgischen Eingriffen“ besser „umfangreichen chirurgischen Eingriffen“	Auch andere umfangreiche chirurgische Eingriffe, z.B extraorale Abszessinzisionen können mit Lymphödemene oder funktionellen Dysfunktionen einhergehen.
Anlage 2 SPZ Störungen des Sprechens; alt: „nach orthognathen Operationen“; besser: „bei/nach orthognathen Operationen“ analog SCZ	Insbesondere bei der Klasse II kommt der präoperativen Dehnung der Suprahyoidalen Muskulatur eine dokumentierte prognostische Bedeutung zu (Wriedt et al. 2014)

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

AKPP	
24.05.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ	
Zu § 11: Änderung, dass 3 Heilmittel je Verordnung möglich sind, neben einem vorrangigem, je 1 ergänzendes und ein optionales	Ergibt sich aus dem Änderungsvorschlag zu CRZ1 (siehe dort)
Zu §14: Der AKPP unterstützt den Vorschlag der KZBV/PatV	Ein Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen kann und muss nicht immer gewährleistet werden. Es ist vielmehr sinnvoll oft knappe Ressourcen für dringende Fälle gezielt einzusetzen. Auf diese Weise sind Termine mit 28tägiger Vorlaufmöglichkeit besser planbar und es vergrößert sich die Chance auf eine ortsnahe Therapiemöglichkeiten für jeden Patienten.
Zu §15 (3). Es sollte ein längerer Unterbrechungszeitraum (21 Tage) möglich sein	Der Erfolg physiotherapeutischer Maßnahmen hängt vielfach von der regelmäßigen Mitarbeit der Patienten ab. Ein entsprechendes Programm muss initial geübt und auch kurzfristig reevaluiert werden. Es sollte jedoch einmal im Rahmen einer Verordnung eine längere eigenständige Übungsphase mit erneutem Kontrolltermin möglich sein. Dieses sollten zumindest 21 Tage sein.
Zu § 19: Der AKPP stimmt der Aufnahme der Absätze 2 und 3 in § 19 zu. Ergänzung im Vorspann	Die Berücksichtigung der Patientengruppen unter und über 18 Jahren mit zentralnervösen Störungen erscheint sinnvoll, da es sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung handelt. Die Beispiele im Vorspann sollten ergänzt werden um die Punkte „Operationen und Operationsfolgen“
Zu § 21: Entsprechend § 19 stimmt der AKPP dem Vorschlag der KZBV und PatV in § 21 zu.	Siehe zu § 19
Zu § 23 (1): Änderung des dem Begriffs „orale Phase“	Der Begriff der oralen Phase ist nicht eindeutig. Sollte er im Freud'schen Sinne gemeint sein, dann würde das bedeuten, dass die Therapie nur für Störungen anzuwenden ist, die in dieser frühkindlichen Phase entstanden sind. Damit käme die Verordnung bei Schluckstörungen als Folge einer Tumoroperation nicht zur Anwendung. Gemeint sind hier vermutlich die orale Vorbereitungs- und Transportphase.

AKPP	
24.05.2016	
Heilmittelkatalog Zahnärzte	
Zu CRZ1: Der AKPP stimmt dem Vorschlag der KZBV/PatV hinsichtlich der Verordnungsmenge zu. Ergänzung der Heilmittel Kategorie B um „Massage“	<p>Insbesondere bei Zustand nach Tumorerkrankung oder orthognathen Operationen sind längerfristige Therapien unumgänglich. Gerade angesichts dieser Patientengruppen und vor dem Hintergrund des Therapieziels sei an dieser Stelle nochmals betont, dass eine Unterbrechung länger als 14 Kalendertage möglich sein sollte.</p> <p>Die Ergänzung um den Aspekt „Massage“ ergibt sich aus der Notwendigkeit, dass vor allem initial bestehende „Versteifungen der oralen Muskulatur“ als Folge von Fehl- und Schonhaltungen kurzfristig therapiert werden müssen, um nach entsprechender Entlastung ein physiologisches Übungsprogramm mit den Patienten trainieren zu können. Ohne dem wird ein Übungsprogramm deutlich länger massiv von schmerzbedingten Schonhaltungen überlagert und die Therapiedauer unnötig prolongiert. (§ 11 (3) entsprechende Änderung, dass 3 Heilmittel je Verordnung möglich sind, neben einem vorrangigem, je 1 ergänzendes und ein optionales; s.o.)</p>
Zu CRZ2: Das Gesamtvolumen sollte auf 40 erhöht werden. Ergänzung der Heilmittel Kategorie B um „Massage“ analog zu CRZ 1	Die Rehabilitation nach Tumoroperation und auch die Behandlung von Fehlbildungssyndromen zieht sich in der Regel über mehrere Jahre. Um sowohl eine initial intensive Behandlung als auch eine längerfristige begleitende Behandlung zu ermöglichen ist eine Erhöhung des Gesamtvolumens erforderlich.
Zu ZNSZ: Der AKPP unterstützt die Aufnahme dieser speziellen Patientengruppe.	Die Aufnahme dieser speziellen Patientengruppe mit angeborenen und/oder zentralnervösen Störungen ist sinnvoll.
Zu CSZ: Der AKPP folgt den Vorschlägen der KZBV/PatV hinsichtlich der Therapieoptionen (KG/MT) und den Vorschlägen der GKV-SV hinsichtlich der Verordnungsmenge	<p>Da Patienten mit chronifizierten Beschwerden in der Regel verschiedene Therapiemaßnahmen erfahren haben und es sehr wahrscheinlich ist, dass Krankengymnastik und manuelle Therapie bereits in Anspruch genommen wurden auf dem Weg zu dieser Diagnose, sind 6 VO ausreichend, um Eigenübungen zu erlernen, ohne dass durch weitere Maßnahmen der Aspekt der „somatisch fixierten Chronifizierung“ intensiviert wird.</p> <p>Die Aufnahme der manuellen Therapie stellt in jedem Fall eine sinnvolle Ergänzung des Therapiespektrums dar.</p>
Zu LYZ1 – 3: Der AKPP befürwortet die Aufnahme von LYZ3 als separate	Die eigenständige Indikationsgruppe LYZ3 ist sinnvoll, da die Unterbrechung der lymphabführenden Bahnen aufgrund von Tumoroperationen ggf. mit Bestrahlung einen erheblichen

AKPP	
24.05.2016	
Indikationsgruppe, wodurch die Erwähnung dieser Indikationsgruppe in LYZ1-2 entfällt.	Eingriff in das Lymphsystem bedeutet mit langfristigen Folgen, weshalb das Gesamtvolumen von 50 Einheiten in jedem Fall gerechtfertigt ist.

Stellungnahme zur Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

Gnathologischer Arbeitskreis Stuttgart e.V.	
10.05.2016	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
I.1 craniomandibuläre Störungen: Gesamtverordnungsmenge erhöhen, bzw. offenhalten	Es sollte dem Rechnung getragen werden, dass in dieser Indikationsgruppe Störungen mit kurzzeitigem und mittelfristigem Behandlungsbedarf zusammengefasst sind. Für einige der funktionellen, besonders aber der strukturellen Schädigungen werden mitunter deutlich mehr Sitzungen benötigt und auch das Patientenalter sowie deren allgemeiner Gesundheitszustand sind entscheidend für ein frühes oder spätes Erreichen des Behandlungszieles. Diese Unterschiede sollten sich in der Verordnung niederschlagen. So fordert auch die Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte die Einbeziehung patientenindividueller Faktoren: „Die Indikation für die Verordnung [...] ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der strukturellen/funktionellen Schädigungen [...] und unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren eine Heilmittelanordnung notwendig ist“ (§3 Abs.3 HeilM-RL ZÄ). Der behandelnde Zahnarzt sollte einzelfallabhängig entscheiden können, wie häufig und wie lange das Heilmittel anzuwenden ist.
I.3 chronifizierendes Schmerzsyndrom: als Heilmittel auch weitere Therapien zulassen, z.B. manuelle Therapie	Aufgrund der großen Divergenz der angegebenen Indikationsgruppen und die Einbeziehung idiopathischer Schmerzen, halten wir es nicht für sinnvoll, lediglich ein Heilmittel (KG) zuzulassen. Für unsere Patienten mit diesem Beschwerdebild streben wir eine größere Auswahl an. Eine Verordnung für diesen Patientenkreis darf nicht auf eine Ja/Nein-Entscheidung reduziert werden.
I.3 chronifizierendes Schmerzsyndrom: Verordnungsmenge 10x/VO, Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls erhöhen, bzw. offenhalten	Eine Verordnungsmenge von nur 6 Einheiten pro Verordnung ist gerade beim chronifizierenden Charakter dieses Beschwerdebildes nicht ausreichend. Wird diese Diagnose gestellt, ist ein akutes Schmerzgeschehen, also ein mit kurzfristigen Mitteln wirksam therapierbares, schon ausgeschlossen worden. Die medizinisch sinnvolle Festlegung der Gesamtmenge der Verordnungen sollte aus demselben Grund dem behandelnden Zahnarzt obliegen. Wir gehen davon aus, dass in vielen Fällen „im Rahmen der Gesamtversorgungsmenge“ von nur 18 Einheiten des Regelfalls, „das angestrebte Therapieziel“ nicht „erreicht werden kann“ (gemäß §6 Abs. 3 HeilM-RL ZÄ)

B-9.2 Mündliche Stellungnahmen

B-9.2.1 Wortprotokoll der Anhörung

Mündliche Anhörung



im Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Abs. 5 bzw. § 92
Abs. 6 S. 2 SGB V

**hier: Erstfassung der Richtlinie für die Verordnung von
Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung
(Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeiM-RL-ZÄ)**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 7. September 2016
von 10.36 Uhr bis 11.42 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer von der **Bundeszahnärztekammer (BZÄK)**:

Herr Prof. Dr. Oesterreich

Angemeldete Teilnehmerin vom **Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs e. V.)**:

Frau Schubert

Angemeldete Teilnehmerinnen vom **Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)**:

Frau Kern

Frau Pollex-Fischer

Angemeldete Teilnehmerin vom **Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaflhorst-Andersen e. V. (dba)**:

Frau Malzahn

Angemeldete Teilnehmer der **Spitzenverbände der Heilmittelverbände e. V. (SHV)**:

Herr Esser

Frau Dr. Kemper

Angemeldete Teilnehmer vom **VDB-Physiotherapieverband e.V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie (VDB)**:

Herr Dr. Stehr

Herr Hofmann

Angemeldeter Teilnehmer von der **Deutschen Gesellschaft für Lymphologie (DGL)**:

Herr Dr. Schuchardt

Angemeldeter Teilnehmer von der **Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)**:

Herr Dr. Ahlers

Angemeldete Teilnehmer von der **Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG)**:

Herr Prof. Dr. Dr. Neff

Beginn der Anhörung: 10.36 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Meine sehr verehrten Damen und Herren, haben Sie alle einen Platz gefunden? – Meine verehrten Damen und Herren, herzlich willkommen zu unserer heutigen mündlichen Anhörung im Stellungnahmeverfahren „Beschlussentwurf zur Erstfassung der Richtlinie für die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung“. Wir haben hierzu ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt. In diesem schriftlichen Stellungnahmeverfahren haben zum einen die Bundeszahnärztekammer, dann der dbs, also der Deutsche Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten, dann der Deutsche Bundesverband für Logopädie, dann der Spitzenverband der Heilmittelverbände und der Deutsche Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. als stellungnahmeberechtigte Organisationen nach § 91 Absatz 5 bzw. § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V eine Stellungnahme abgegeben.

Darüber hinaus haben weitere Organisationen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 1 unserer Verfahrensordnung Stellungnahmen abgegeben. Das waren zum einen der VDB-Physiotherapieverband e. V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie, dann die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, dann die Deutsche Gesellschaft für Lymphologie, dann die Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie, dann die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie, die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Zur heutigen mündlichen Anhörung im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens haben sich folgende Personen angemeldet; ich muss die Teilnehmer jetzt für das Protokoll aufrufen: Für die Bundeszahnärztekammer ist dies Herr Professor Dr. Oesterreich, der anwesend ist, dann für den dbs e. V. Frau Katrin Schubert, die auch anwesend ist, dann sind es für den Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. Frau Frauke Kern und Frau Dörte Pollex-Fischer – sie sind beide da, jawohl –, dann für den Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst Andersen e. V., dba, Frau Marion Malzahn – ja –, dann für den SHV Herr Heinz-Christian Esser und Frau Dr. Claudia Kemper – beide da, jawohl –, dann für den VDB-Physiotherapieverband e. V. Herr Dr. Stehr und Herr Hofmann – ja –, dann für die Deutsche Gesellschaft für Lymphologie Herr Dr. Schuchardt – jawohl –, dann für die Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie Herr Dr. Oliver Ahlers – ja – und für die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Herr Professor Dr. Dr. Neff.

Okay, wenn ich es richtig gesehen habe, sitzt da hinten niemand mehr, der nicht aufgerufen worden ist. Falls dies doch der Fall sein sollte, bitte ich um lautstarke Wortmeldungen. – Das ist nicht der Fall. Dann haben wir die Anwesenheit für die Tagesordnung festgestellt.

Zum Verlauf der heutigen Anhörung: Wir führen Wortprotokoll. Deshalb bitte ich Sie, jeweils das Mikrophon zu benutzen und die entsendende Organisation bzw. den Verband zu benennen und Ihren Namen zu nennen, damit das entsprechend stenografiert werden kann.

Ihre schriftlichen Stellungnahmen sind bekannt. Wir haben uns im Rahmen einer Vorauswertung bereits mit diesen Stellungnahmen befasst. Insofern brauchen wir heute nicht alles zu wiederholen, was von den verschiedenen Institutionen, Verbänden und Organisationen vorgetragen worden ist. Sinn der Anhörung ist zum einen, den Bänken die Gelegenheit zu geben, Fragen zu den Stellungnahmen zu stellen, und zum anderen, Ihnen dann, nachdem eine Fragerunde durchgeführt worden ist, noch einmal die Möglichkeit zu geben, gegebenenfalls Dinge vorzutragen, die aus Ihrer Sicht nach Abgabe

der schriftlichen Stellungnahme noch relevant geworden sind, damit wir das hier eben noch einigermaßen zielführend abwickeln können.

Ich würde damit beginnen, dass ich zunächst den Mitgliedern des Unterausschusses, der Patientenvertretung, die Möglichkeit gebe, sich auf die Stellungnahmen beziehende Fragen an die Stellungnehmer zu richten, Fragen, die selbstverständlich im Zusammenhang mit der Richtlinienänderung stehen. Über das Wesen der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland brauchen wir heute in keinen Grundsatzdiskurs einzutreten. Das wäre sicherlich spannend, aber würde den Rahmen sprengen.

Ich schaue also jetzt in die Runde in Richtung der Bänke: Gibt es Fragestellungen aus Ihrer Sicht, die heute hier an die Stellungnehmer gerichtet werden sollen? – Ja, bitte schön, die Patientenvertretung.

PatV: Ich bin Sprecherin im Unterausschuss Veranlasste Leistungen für die Patientenvertretung und komme vom Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderte e. V. Meine Frage richtet sich an die Logopäden. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, es solle die Angabe „Störung der Lautbildung im Allgemeinen“ formuliert sein. Welche fachlichen Gründe werden gesehen, welche Einschränkungen werden durch die bisherige Formulierung vorgenommen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer macht das, Frau Kern oder Frau Pollex-Fischer?

Frau Kern (dbl): Ich gebe das einmal ab, weil sie meines Erachtens eher weiß, wonach Sie fragen. Ich müsste jetzt erst einmal nachschauen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Also, damit wir hier nicht im Chaos versinken: Frau Kern hat gesagt, sie müsse gucken. Sie gibt aber das Wort weiter. An wen?

Frau Kern (dbl): An Frau Schubert.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): An Frau Schubert, okay. Dann machen wir das, schön ruhig und ordentlich.

Frau Schubert (dbs): In der Heilmittelrichtlinie ist formuliert, dass es vor allen Dingen für Laute im vorderen Bereich gilt, also für dentale Laute. Wir haben aber auch gesagt: Das gilt auch für klare Laute, also für k und g; denn wenn eine Zungendysfunktion vorliegt, sind auch diese Bereiche betroffen, sodass wir dafür plädieren, die gesamte Lautbildung dort hineinzunehmen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Das war jetzt Frau Schubert vom Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten.

Ich frage die Patientenvertreterin, deren Namen wir hier nicht nennen, weil wir ja immer im Protokoll die Namen der Fragesteller nicht nennen: Sind Sie mit der Antwort zufrieden, ja oder nein?

PatV: Mir wäre es schon wichtig, welche fachlichen Gründe für diese allgemeine Formulierung Sie aus Ihrem Blickwinkel sehen – das wäre für uns durchaus wichtig zu wissen – und welche Einschränkungen die bisherige Formulierung bedingte. Welche Einschränkungen sehen Sie durch die bisherige Formulierung, die in der Heilmittelrichtlinie bislang vorgesehen ist? Deswegen frage ich noch einmal nach.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Es antwortet wieder Frau Schubert vom Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten.

Frau Schubert (dbs): Also gern noch einmal: Die Lautbildung an sich wird ja von der Zungenmotorik insgesamt beeinflusst. So, wie es jetzt ist, ist es eine Einschränkung auf die Laute, die im vorderen Bereich gebildet werden, also zum Beispiel s, sch, t usw. Das ist jene Einschränkung, die zurzeit in den Heilmittelrichtlinien verankert ist. Aber aus fachlichen Gründen wird eben die Motorik – Die Zungenmotorik beeinflusst nicht nur die im vorderen Bereich des Mundes gebildeten Laute, sondern auch diejenigen im hinteren Bereich; das sind also Laute wie k und g. Aus diesem Grund haben wir gesagt, dass eine entsprechende Behandlung nicht nur für die Lautbildung im vorderen Mundbereich wichtig ist; vielmehr sollen die Zahnärzte auch die Möglichkeit erhalten, wenn die Funktion im Zungenbereich gestört ist, für die gesamte Lautbildung eine Heilmittelverordnung auszustellen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ist die Frage beantwortet?

PatV: Ja.

(Frau Pollex-Fischer: Ich möchte ergänzen!)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, bitte schön, Frau Pollex-Fischer.

Frau Pollex-Fischer (dbl): Mein Name ist Pollex-Fischer; ich komme vom dbl. Ich würde das auch gerne unterstützen; denn vor allen Dingen die Laute im hinteren Bereich beeinträchtigen die Verständlichkeit des Sprechens enorm, nicht primär ein Sigmatismus, auf den die Heilmittelrichtlinien jetzt abzielen, sondern die Laute, die weiter hinten liegen. – Danke sehr.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Fragen? – Ja, bitte schön, wieder die Patientenvertretung.

PatV: Ich habe an den Spitzenverband der Heilmittelerbringer zwei Rückfragen zur Stellungnahme. Zum einen geht es um die Berücksichtigung der Ergotherapie und darum, ob Sie dazu ausführen können, auf welche Indikationsgruppen das zutreffen würde und ob die Ergotherapie dann als alleiniges Heilmittel indiziert wäre.

Die andere Frage bezieht sich auf die Stellungnahme zu den manuellen Therapien, die bei angeborenen cranio-orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS mit aufgenommen werden sollen. Könnten Sie das noch fachlich begründen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Wer macht das? – Frau Kemper, bitte.

Frau Dr. Kemper (SHV): In dem ersten Teil der Frage ging es um die Ergotherapie und darum, auf welche Indikationsbereiche dies zuträfe. Es ist davon auszugehen, dass durch Störungen in diesem Bereich auch alltagsrelevante Funktionen eingeschränkt sind. Wir können dieses Krankheitsbild ja nicht isoliert sehen; vielmehr sind damit ja in der Regel auch andere Einschränkungen verbunden. Beispielsweise ergibt sich aus größeren Beobachtungsstudien, dass es ein multifaktorielles Bild gibt. Es gibt einen Zusammenhang mit Rückenschmerzen, mit Kopfschmerzen und vielen anderen Dingen, die sich in Beobachtungsstudien herausgestellt haben. Insofern besteht auch immer eine große Wahrscheinlichkeit der Einschränkung von alltagsrelevanten Aktivitäten, und das ist nun einmal ein großes Feld für die Ergotherapie, jetzt einmal im Allgemeinen gesprochen.

Wenn Sie jetzt fragen, ob es als alleiniges Heilmittel – Wir leben in einem interdisziplinären Rahmen, und natürlich wünschte ich mir, dass erst einmal das Symptom selber meinetwegen physiotherapeutisch – Entschuldigung – behandelt wird, aber sicherlich auch diese spezifischen alltagsrelevan-

ten Einschränkungen entsprechend von den Spezialisten in diesem Feld behandelt werden, nämlich von den Ergotherapeuten.

Das Zweite zu der Manuellen Therapie: Wir hatten ja in der Stellungnahme geschrieben, dass wir die Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage eigentlich als das wichtigste verordnungsfähige Heilmittel in diesem Bereich sehen. Nichtsdestotrotz hat die Manuelle Therapie im Moment, wenn ich mir die wissenschaftliche Seite und die Studienlage ansehe, die beste verfügbare Evidenz. Daran führt kein Weg vorbei. Deswegen ist es meines Erachtens als verordnungsfähiges Heilmittel auf jeden Fall notwendig, auch in diesem Bereich, wenngleich – das hatten wir in der Stellungnahme ja geschrieben – die Behandlung von therapeutischer Seite für das ganzheitliche Spektrum von Kindern mit angeborenen Erkrankungen letztendlich eher einer Therapeutin oder eines Therapeuten bedarf, die oder der auf diesem Feld spezialisiert ist. Aber ich würde die Manuelle Therapie nicht ausschließen, weil sie eben die beste Evidenz hat.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ist die Frage beantwortet? – Nachfrage.

PatV: Eine Nachfrage zum ersten Teil der Ergotherapie: Aber es ist so, dass es Inhalt der Ausbildung der Ergotherapeuten ist, spezifisch auf diese zahnärztlichen Krankheitsbilder einzugehen? Wird dies momentan auch schon von den Zahnärzten verschrieben?

(KZBV: Nein, kann ja nicht, dürfen wir ja nicht!)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, ja, klar.

Frau Dr. Kemper (SHV): Wir haben leider – ich habe mich auch schlau gemacht – keine Datenlage von dem Heilmittelinformationssystem, inwiefern und in welchem Umfang zurzeit von Zahnärzten Ergotherapie verordnet wird. Das kann ich leider nicht ersehen. Ich kann vonseiten der Ergotherapeuten eben nur sagen, dass Zahnärzte zurzeit und in der Vergangenheit auch Ergotherapie verordnet haben, wenn sie sahen, dass eben vor allem alltagsrelevante Aktivitäten eingeschränkt waren. Also, das ist offensichtlich eine Tatsache; in welchem Umfang dies geschieht, können wir nicht sagen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Fragen? –

PatV: Danke. – Die Frage richtet sich an den SHV. Welche fachliche Begründung liegt in Bezug auf die klassische Massagetherapie für deren Aufnahme in den Heilmittelkatalog vor bzw. warum sind KG und MT nicht ausreichend, und ist die klassische Massagetherapie als alleiniges Heilmittel indiziert? Sollte eine Aufnahme der KMT als vorrangiges, optionales oder ergänzendes Heilmittel in Betracht gezogen werden?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer macht das?

– Sie sollten sich einigen. – Ich meine, der VDB sollte es zumindest ergänzen.

Frau Dr. Kemper (SHV): Wir hatten in unserer Stellungnahme für eine standardisierte Heilmittelposition plädiert, um eben ein umfassendes Krankheitsbild auch umfassend und flexibel behandeln zu können. Das heißt, relaxierende Maßnahmen, also auch Massagetechniken, halte ich für notwendig, möglicherweise; aber das muss sich eben aus der individuellen Befundung eines Patienten ergeben. Für Massage als vorrangiges Heilmittel haben wir uns in unserer Stellungnahme nicht ausgesprochen. Aber ich würde niemals auf diese Techniken verzichten wollen. Wenn man in die wissenschaft-

liche Literatur zu diesen Krankheitsbildern hineinschaut, dann sieht man, wie umfassend und multifaktoriell diese Krankheitsbilder sind; das hatte ich eben schon gesagt. Deswegen meine ich, dass es auch multimodalen Vorgehens bedarf, und dazu gehört eben auch die Massagetherapie.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ergänzend Herr Dr. Stehr oder Herr Hofmann? – Herr Hofmann, bitte.

Herr Hofmann (VDB): Wir haben den Punkt mit der Massage auch in unsere Stellungnahme hineingeschrieben, weil wir sehen, dass gerade bei Muskelspannungsstörungen und Muskeldysbalancen nur die Manuelle Therapie oder nur eine Krankengymnastik nicht ausreichend ist, um ein umfangreiches Störungsbild zu beseitigen, und dass es sehr wichtig ist, dass man letztendlich von der Behandlung her mit der Massage die Muskelketten entsprechend lockert und die Störung da beseitigt, weil man mit dem alleinigen Heilmittel Krankengymnastik oder Manuelle Therapie da sicherlich zu keinem Behandlungserfolg käme, wobei das auch, bezogen auf die Indikation, eine schwerwiegende Erkrankung ist, ganz klar.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Beantwortet das die Frage? – Jawohl. Weitere Fragen, bitte! – Ja, bitte schön, PatV.

PatV: Es sei noch einmal in die Runde gefragt. Das behandelt das chronifizierte Schmerzsyndrom, das wir ja beispielhaft mit der atypischen Odontalgie aufgeführt haben. Können Sie vielleicht sagen, wie und spezifisch mit welchen Heilmitteln das momentan behandelt wird?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer möchte? – Bitte schön, Herr Dr. Schuchardt.

Herr Dr. Schuchardt (DGL): Mittels der manuellen Lymphdrainage gelingt eine Beeinflussung des in der Regel hohen Sympathikus, der Schmerzen auslöst. Durch die Entödematisierung kommt es zur Schmerzurückbildung. Wir würden dies also als ein sinnvolles Verfahren sehen, um chronische Schmerzproblematik in diesem Bereich zu behandeln.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Beantwortet das die Frage?

PatV: Ist dies das alleinige Heilmittel, oder gibt es noch andere?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Hofmann.

Herr Hoffmann (VDB): Als alleiniges Heilmittel Lymphdrainage sicherlich nicht. Behandelt wird das Störungsbild letztendlich unter Einsatz von mehreren Techniken, unter anderem Manuelle Therapie, Krankengymnastik und Massagetherapie. Das ist der derzeitige Stand, wie eine Behandlung durchgeführt wird.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön.

(Frau Dr. Kemper: Darf ich?)

– Ja, gerne. – Frau Dr. Kemper spricht jetzt; nur für das Protokoll. – Bitte schön, Frau Dr. Kemper.

Frau Dr. Kemper (SHV): Danke schön. – Ich möchte nur kurz auf unsere schriftliche Stellungnahme verweisen. Darin haben wir auch gesagt, dass eben neben der Manuellen Therapie also auf verschiedenen Ebenen behandelt wird: Gelenkmobilisation, Kräftigung, Dehnung und Weichteilmobilisation gehören dazu.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Fragen? – Keine? – Entschuldigung; bitte schön, GKV-SV.

GKV-SV: Eine Frage an die Bundeszahnärztekammer: Sie hatten sich in Ihrer Stellungnahme für die Aufnahme der Absätze 2 und 3 in § 19 ausgesprochen, sprich die Aufnahme von ZNS-Erkrankungen mit KG-ZNS Kinder und KG-ZNS, und haben in Ihrer Begründung argumentiert, ganz kurz jetzt zusammengefasst, dass Sie das als eine Patientengruppe ansehen, also als Patienten mit neurologischen Erkrankungsbildern und zentralnervösen Störungen. Das seien aus Ihrer Sicht eigenständige Erkrankungsbilder, die durch die Zahnärzte zu behandeln seien. Wie das zu verstehen ist, wollte ich gern einmal von Ihnen erläutert haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Professor Oesterreich, bitte.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Ich bin hier, auf dieser Seite.

GKV-SV: Ach so, Entschuldigung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Aber sie hat jedenfalls in die Richtung der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen geschaut. Das war ja doch noch in der Profession drin.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Sicherlich wird der Kollege das auch noch deutlich ergänzen können. – Unser Aspekt ist, dass es bisher in den entsprechenden Richtlinien noch keine Benennung gab bzw. es in den gesetzlichen Grundlagen noch nicht enthalten war und dass natürlich diese Patientengruppe ein besonderes Klientel darstellt, zweifelsohne eine kleine Gruppe an Patienten, sie aber dennoch Berücksichtigung fand. Das ist unsere grundsätzliche Position dazu.

Dieses Krankheitsbild ist ein komplexes Geschehen, das natürlich nicht ausschließlich durch den ambulant niedergelassenen Zahnarzt therapiert werden kann. Deswegen gucke ich auch noch einmal auf die linke Seite, zu unseren Kollegen der Kiefer- und Gesichtschirurgie oder zu den Funktionsdiagnostikern, weil eben letztendlich dieses Krankheitsbild durch alle gemeinschaftlich behandelt wird. Aber im Grundsatz halten wir es für richtig, dass hier eine Diskussion um dieses Krankheitsbild stattfindet.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Vielleicht gibt es Ergänzungen. Herr Professor Neff oder Herr Dr. Ahlers?

Herr Prof. Dr. Dr. Neff (DGMKG): Wenn ich zuerst kommentieren darf, so ist Folgendes aus Sicht der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie essenziell: Bedenken Sie bitte, dass 25 Prozent der chronischen Schmerzpatienten, die in einer MKG-chirurgischen Ambulanz und einer Spezialdiagnostik von den Funktionsdiagnostikern sind, chronifizierte Schmerzpatienten sind. Das heißt, hier haben wir Krankheitsbilder, auf die wir adäquat reagieren müssen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Noch einmal GKV-SV.

GKV-SV: Es ging jetzt um KG-ZNS, nicht um Schmerzpatienten. Das war jetzt wohl ein Missverständnis. Es ging jetzt nicht um chronische Schmerzen. – Darf ich noch eine Nachfrage stellen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, ja, stellen Sie sie, selbstverständlich.

GKV-SV: Sie haben das jetzt insofern im Gegensatz zu Ihrer Begründung in der Stellungnahme relativiert, dass es also eben doch nicht um eigenständige Erkrankungsbilder geht, die ausschließlich den zahnärztlichen Bereich betreffen; vielmehr sind neurologische Grunderkrankungen beispielhaft genannt, so Trisomie 21, die sich jetzt im Katalog findet, oder andere neurologische Grunderkrankungen, die per se komplexe Schädigungsbilder aufweisen und bei denen im Prinzip die Kinder – sie seien jetzt einmal insbesondere betrachtet – selbstverständlich in neuropädiatrischer Behandlung sind, in sozialpädiatrischen Zentren betreut werden, wobei es insbesondere darauf ankommt, dass ein abgestimmtes Therapiekonzept von Heilmitteln erstellt wird. Natürlich werden die Heilmittel verordnet und werden auch Hilfsmittel verordnet, und das wird regelmäßig vierteljährlich angepasst. Insofern stelle ich folgende Frage an Sie: Welche Konstellationen stellen Sie sich im neurologischen Bereich für den Zahnarzt vor, bei denen er darüber hinaus, über das sozialpädiatrische Zentrum hinaus, tatsächlich auch noch einmal ein solches Heilmittel verordnen würde?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Das ist natürlich etwas konstruiert, weil das nicht Gegenstand eines jeden Zahnarztes ist. Aber auf der anderen Seite muss man sich natürlich folgende Frage stellen: Wer kann die orale funktionelle Situation dieses Kindes letztendlich am besten diagnostizieren oder feststellen? Meines Erachtens hat der Zahnarzt dabei eine Kompetenz; ich wüsste nicht, welche andere Profession gezielt auf diese funktionellen Störungen bzw. die oralen Beeinträchtigungen eingehen soll. Das heißt, diese Abstimmungsprozesse müssen stattfinden. Aber es gibt in diesem Zusammenhang durchaus orale Situationen, bei denen ganz gezielt aus der Zahnmedizin dieser Aspekt oder diese Therapie vorgeschlagen werden sollte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das war jetzt – nur für das Protokoll – Herr Professor Oesterreich von der Bundeszahnärztekammer. – Haben Sie noch eine Nachfrage? Anderenfalls würde ich Herrn Dr. Ahlers auch noch die Möglichkeit geben, sich dazu zu äußern. Dann habe ich eine Frage der Leistungserbringerseite. – Herr Ahlers, bitte.

Herr Dr. Ahlers (DGFDT): Tatsächlich ist es so, dass wir unsere Aussagen hier nicht abgestimmt haben. Aber aus unserer Sicht ist in der Tat die Anzahl der diesbezüglich betroffenen Patienten, bei denen beides gilt, nämlich erstens dieses Krankheitsbild, das Sie eingegrenzt haben, und zweitens die Mitbetroffenheit im zahnärztlichen Bereich, klein. Das heißt, die Patienten werden so, wie Sie es ausgeführt haben, typischerweise durch den Arzt behandelt werden. Letzten Endes ist es aber so, dass in dem Moment, da Fehlfunktionen im Bereich des Kauorgans hinzukommen, sie aber zentral anmoderiert sind, der Zahnarzt in der Mitbehandlung sein wird. Es macht aus unserer Sicht Sinn, wenn der Zahnarzt die Möglichkeit hat, in der Behandlung dann selbst auch aktiv mitzugestalten, so dass er nicht jeweils wieder auf die primär behandelnden Ärzte verweisen muss.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt habe ich eine Frage der KZBV von einem namentlich nicht zu nennenden Fragesteller.

KZBV: Ich habe hierzu eine Zusatzfrage an den VDB. Umfassen die Verordnungen in diesem Bereich auch die Behandlung des Zahn-Mund-Kiefer-Bereiches, des Kopfbereiches, die aus dem ärztlichen Bereich verordnet werden, oder sind sie eher auf den allgemeinen Organismus beschränkt?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Hofmann, bitte.

Herr Hofmann (VDB): Wenn ich die Frage richtig verstehe, geht es um KG-ZNS (?). – Okay. Das heißt, ich habe Patienten mit neurologischen Erkrankungen. Wenn sie bei uns normal in den Praxen

behandelt werden, dann geht man auf die allgemeine Störung ein, nicht speziell auf irgendwelche Kiefersachen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Zusatzfrage.

KZBV: Ja, danke schön für die Erklärung. Die Frage war nur: Ist es auch so verordnet, dass Sie nicht eben auf den Kopfbereich eingehen, sondern eher Rücken, Schulter und weiß ich was verordnet werden?

Herr Hofmann (VDB): In der Regel ja, weil entweder Extremitäten oder Sonstiges betroffen sind. Die Störung im Mund-/Gesichtsbereich wird letztendlich bei der normalen Therapie nicht berücksichtigt, weil dann, wenn es um den Mund-/Kieferbereich geht, die Therapie letztendlich auch wesentlich umfangreicher und intensiver ist. Zudem müssen noch gewisse Voruntersuchungen gemacht bzw. Vorbefunde erhoben werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Das war wieder Herr Hofmann vom VDB. – Ist die Frage damit beantwortet?

KZBV: Ja, danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja. – Dann habe ich noch einmal GKV-SV. – Bitte schön.

GKV-SV: Auch noch einmal zum Bereich KG-ZNS. Der Unterschied zeichnet sich ja dadurch aus, dass man bestimmte Techniken – Bobath, Vojta, PNF – anwendet. Nach unserem Kenntnisstand kommt dort der Zahn-Kiefer-Bereich in der Behandlung als solcher nicht vor. In Bezug auf die Vorstellung, dass Vojta bzw. Bobath tatsächlich dazu führen, dass man das für eine zahnmedizinische Indikation nimmt, ist noch einmal die Bitte, vielleicht an den SHV, noch einmal zu erläutern, in welchem Kontext Bobath und Vojta bei zahnmedizinischen Indikationen zum Einsatz kommen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Dr. Kemper, bitte.

Frau Dr. Kemper (SHV): In der Tat musste ich mich erst bei einer Spezialistin aus Vreden erkundigen, die sich auf diese Krankheitsbilder spezialisiert hatte. Es ist tatsächlich so, dass diejenigen Therapeutinnen und Therapeuten, die Kinder, vorzugsweise eben solche mit angeborenen neurologischen Erkrankungen, behandeln, die eine Problematik im orofazialen Bereich haben, sich im Rahmen ihrer Tätigkeit weiterbilden. Die spezifische Behandlung von orofazialen Syndromen ist nicht Teil des Bobath-Curriculums. Das kann jeder nachlesen, das ist keine Neuigkeit. Aber diejenigen Therapeutinnen, die diese Kinder behandeln, haben sich in einer Methode, die in unserer Stellungnahme auch Erwähnung findet, weitergebildet, und es gibt wissenschaftliche Nachweise zum Zusammenhang des orofazialen Bereiches mit Haltungproblemen, mit Halswirbelsäulen-, mit Schulterproblemen. Sie werden ganzheitlich behandelt.

Wenn Sie herausnehmen, dass diese Therapeutinnen diese Kinder am orofazialen System behandeln, an diesem Zusammenhang behandeln, dann müssten Sie die Kinder zwangsläufig in zwei unterschiedliche therapeutische Richtungen schicken, was meines Erachtens niemand wirklich wollen kann.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Nachfrage GKV-SV.

GKV-SV: Ich habe noch eine Nachfrage dazu: Verstehe ich es richtig, dass es im Kern darum geht, dass die Patienten mit orofazialen Störungen und bei neurologischen Erkrankungen behandelt werden, aber dass die vorgeschlagenen Heilmittel, nämlich KG-ZNS Bobath Vojta, eigentlich nicht für dieses Erkrankungsbild in der Form einschlägig sind, weil sie das eben nicht vorsehen? Also geht es eigentlich nur darum, die Indikation im orofazialen Kontext zu berücksichtigen, bei neurologischen Erkrankungen, aber nicht um diese Heilmittel. Das wollte ich gern noch einmal nachfragen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Dr. Kemper, bitte.

Frau Dr. Kemper (SHV): Es gibt nun in jedem therapeutischen Bereich spezifische Bereiche, auf die man sich spezialisiert, und dazu gehört eben auch der orofaziale Bereich, keine Frage. Das kann nicht jeder behandeln. Aber es behandeln in der Praxis vorzugsweise diejenigen Therapeutinnen und Therapeuten, die sich auf neurologische Krankheitsbilder spezialisiert haben und über dieses Zertifikat abrechnen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Nachfrage GKV-SV.

GKV-SV: Jetzt noch einmal ganz auf den Punkt gebracht: Sie wissen ja, dass KG-ZNS und KG-ZNS Kinder derzeit eine Stern-Position ist, die entsprechend eine sehr umfangreiche Zusatzweiterbildung erfordert. Im Prinzip macht es dann keinen Sinn, KG-ZNS oder KG-ZNS Kinder, Bobath, Vojta, PNF zu fordern, um dann gegebenenfalls den Symptomenkomplex zu behandeln, der auf neurologischer Basis Schädigungen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich ausgelöst hat, weil es ja gar kein Inhalt des Ausbildungscurriculums ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Dr. Kemper als Erste, dann Frau Kern.

Frau Dr. Kemper (SHV): Es sind aber nur diejenigen Therapeutinnen überhaupt in der Lage, einen craniofazialen Bereich, einen orofazialen Bereich zu behandeln, die diese Grundausbildung haben. In der normalen physiotherapeutischen Ausbildung ist dieser Syndromkomplex nicht inkludiert. Das heißt, wenn die Patienten, wenn die Kinder behandelt werden sollen, dann werden sie von Therapeuten behandelt, die im neurologischen Bereich eine Weiterbildung absolviert haben und sich eben insgesamt auf das gesamte multifaktorielle Spektrum spezialisiert haben, und dazu gehört eben der orofaziale Bereich.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ergänzend Frau Kern.

Frau Kern (dbl): Ich möchte gern unterstützen, was Frau Dr. Kemper sagt, und ergänzen, dass wir auch in unserer Stellungnahme noch hinzugefügt haben, dass wir die CMD ebenfalls als einen Teil der Logopädie betrachten, und zwar im Sinne der Interdisziplinarität. Ob es nun das ZNS-gestörte Kind betrifft oder nicht, auch in der Logopädie gilt natürlich: Nur diejenigen Therapeuten, die sich in diesem Bereich fortgebildet haben, können das dann auch machen. Ich möchte ergänzen, dass auch hierbei bereits eine sehr gute Zusammenarbeit gerade mit der Physiotherapie und den Zahnärzten stattfindet und jeder um deren Notwendigkeit weiß.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Eine Frage der Patientenvertretung.

PatV: Die Frage richtet sich an den SHV. Sie haben das eben für Kinder beschrieben. Wie gehen Sie denn mit Erwachsenen, die dieselbe Problematik haben, um? Wie wird da verfahren bzw. wie wird damit im derzeitigen Verfahren umgegangen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Dr. Kemper, bitte.

Frau Dr. Kemper (SHV): Wenn ich hier jetzt von Kindern spreche, dann geschieht dies deswegen, weil sich dieses Spektrum hauptsächlich auf Kinder und junge Erwachsene konzentriert. Ich kann Ihnen nicht sagen, in welchem Umfang es Erwachsene betrifft und in welchem Umfang Erwachsene mit solchen Störungsbildern in Behandlung sind, die eine neurologische Grunderkrankung haben. Aber es ist ein quantitativ kleinerer Bereich. Dennoch wären das Vorgehen und die Argumentation identisch, wie ich es jetzt für Kinder geschildert habe. Sie stehen halt nur mehr im Fokus.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ist damit die Frage beantwortet?

(PatV: Ja!)

– Okay. Weitere Fragen? – Noch einmal KZBV. Bitte!

KZBV: Ich möchte an das anschließen, was vorhin zu den Evidenzen bei der Manualtherapie gesagt wurde. Hier geht zum einen die Frage an Herrn Dr. Ahlers, Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie, und zum anderen hat, wenn ich mich recht erinnere, Frau Dr. Kern vorhin ebenfalls etwas zu den Evidenzen gesagt. Könnten Sie vielleicht noch einmal näher ausführen, was dort an Unterlagen vorliegt?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Dr. Ahlers, bitte.

Herr Dr. Ahlers (DGFDT): Tatsächlich liegen mittlerweile Studien vor, die die Wirksamkeit der Manuellen Therapie bei der Behandlung von craniomandibulären Dysfunktionen bestätigen. Eine schöne Zusammenfassung findet sich beispielsweise in der Dissertation von Herrn Stelzenmüller, als Physiotherapeut promoviert – eine sehr ungewöhnliche Konstellation, die wir wahrscheinlich in Zukunft häufiger hier erleben werden – an der Universität des Saarlandes in der Theoretischen Medizin. Ergebnis ist, dass sowohl Studien vorliegen, die Nachweise für die Wirksamkeit der klassischen Massagetechnik als auch für die Physiotherapie/Manuelle Therapie liefern; das ist in diesem Fall zusammengefügt. Er sammelt zum einen 17 Studien und zum anderen 20 Studien; dies zur Größenordnung. Das ist nicht wenig.

Parallel dazu ist gerade in diesem Jahr ein aktuelles Review herausgekommen, hochrangig veröffentlicht, für das Physiotherapie insgesamt recherchiert wurde, allerdings in einer Metaanalyse. Im Prinzip heißt das, hoch evidente Daten zu sammeln. Aber dabei waren es insgesamt dann oft 3 500 Studien, die am Ende die Inklusionskriterien erreichten, und im Vergleich zu früheren Sammlungen ist der Stand der Evidenz gegenüber 2005 demnach deutlich verbessert.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Bei irgendjemandem klingelt das Handy. Es ist zwar leise gestellt, aber da sollte man einmal nachgucken. – Nachfrage dazu, bevor ich das Wort weitergebe. – GKV, Sie hatten eine Nachfrage.

GKV-SV: Eine ganz kurze Nachfrage: Auf welchem der Evidenzgrade denn?

Herr Dr. Ahlers (DGFDT): Wenn es ein Review ist, ist es eine Metaanalyse, und dies bedeutet Evidenzgrad I.

GKV-SV: Okay.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke. – Dann zur weiteren Evidenz. Ich glaube, das waren Sie, Frau Dr. Kemper, die sich hier zur Evidenz geäußert hatte. – Oder waren Sie es, Frau Kern?

Frau Dr. Kemper: Ich glaube, wir haben dieselben Studien gelesen. Ich habe dem nichts hinzuzufügen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, danke. – Nachfrage, KZBV?

KZBV: Nein, zu diesem Thema nicht.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dann weitere Fragen? – Ja, bitte schön.

KZBV: Ich hätte dann eine Frage an den VDB und die DGFDT zu § 14, Beginn der Heilmittelbehandlung. Wie viele Kalendertage sehen Sie in der Versorgung als praktikabel umsetzbare Obergrenze an? Hier gibt es ja eine Diskrepanz zwischen 14 Tagen Beginn der Behandlung versus 28 Tagen Beginn der Behandlung. Sehen Sie hier, vor allem bezogen auf das chronifizierte Schmerzsyndrom, die Frist von 28 Tagen als zielführend an?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer möchte? – Bitte schön, Herr Dr. Ahlers oder Herr Hofmann. – Herr Ahlers, bitte.

Herr Dr. Ahlers (DGFDT): Die Frist von 28 Tagen ist aus unserer Sicht ausreichend. Wünschenswert wäre ein früherer Therapiebeginn. Sie haben aber explizit nach chronischen Erkrankungen gefragt. Sie sind dadurch definiert, dass sich mittlerweile ein Schmerzgeschehen chronifiziert hat. Das heißt, einerseits ist die typischerweise gegebene Eile zur Verhinderung einer Chronifizierung dann ja gar nicht mehr gegeben. Andererseits sind diese chronischen Erkrankungen extrem therapieresistent, verlangen Spezialkenntnisse, und nach meiner persönlichen praktischen Erfahrung ist es häufig gar nicht realistisch, bei den betreffenden Spezialisten innerhalb von 14 Tagen einen Termin zu sichern, der dann auch noch den Terminmöglichkeiten des Patienten entspricht.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ergänzend Herr Hofmann, bitte.

Herr Hofmann (VDB): Wir haben auch für die 28 Tage plädiert. Erstens: Gerade dann, wenn man in den chronischen Bereich hineingeht, ist die Problematik da, dass bei Spezialisten halt einfach die Zeitschiene fehlt. Zweitens: Wir erleben hin und wieder, dass noch eine Schienenversorgung dazwischenkommt. Das heißt, die Heilmittelverordnung ist schon ausgestellt, dann soll eine Schiene gemacht werden, die ist dann noch nicht ganz fertig. Das heißt, mit 14 Tagen kommt man letztlich praktisch überhaupt nicht mehr hin.

Da es sich um ein chronisches Geschehen handelt, ist es ja letztendlich so: Ich habe keine akute Sache, bei der ich sofort eingreifen und intervenieren muss, sondern es müssen teilweise parallel irgendwelche Therapien nachfolgen, und dann kann es zu einer Zeitverzögerung kommen. Letztlich müsste, wenn die 14 Tage überschritten sind, halt eine neue Heilmittelverordnung wieder ausgestellt werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Nachfrage.

KZBV: Verstehe ich es so richtig, dass Sie bei akuten Erkrankungen auf 14 Tage und bei chronischen Erkrankungen auf 28 Tage plädieren würden?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Hofmann, bitte.

Herr Hofmann (VDB): Danke. – Grundsätzlich nicht, weil es bei akuten Erkrankungen mit der Schienenversorgung etc. genauso hineinspielen kann, und dann haben wir auch wieder die Probleme, die Patienten in der Praxis anzunehmen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Nachfrage oder Frage GKV-SV.

GKV-SV: Im Prinzip zur selben Thematik; Sie hatten ja jetzt selber schon ergänzend nachgefragt: Wie sehen Sie das in Bezug auf akute Erkrankungen? Ich sehe da einen Widerspruch. Der Ausgangspunkt war jetzt erst einmal die Frage nach chronischen Erkrankungen. Herr Dr. Ahlers sagte ja, dann ist es ja schon chronisch geworden, wir können es leider nicht mehr verhindern, das ist bedauerlich. Aber der Heilmittelkatalog Zahnärzte sieht ja durchaus akute Schädigungsbilder vor. Daher frage ich jetzt in die Runde: Wenn ich dann vier Wochen warte, bis überhaupt die Heilmitteltherapie beginnt, provoziere ich dadurch nicht die Chronifizierung?

Andererseits sehe ich auch Indikationen, hinsichtlich derer ich denke, dass es sehr kritisch ist; das ist zum Beispiel die Lymphdrainage. Wenn ich da erst nach vier Wochen mit der Therapie anfangen kann, dann bin ich per se sagen: Dann bin ich im chronischen Stadium, und es wird schwierig, da überhaupt noch etwas zu erreichen.

Ein weiteres Beispiel sind Schluckstörungen. Wir haben ja hier die geballte Kompetenz sitzen. Wenn ich also einen Patienten mit einer akuten Schluckstörung habe, der sein Heilmittel verordnet bekommt und vier Wochen warten muss, bis er therapiert wird, aber dann in dieser Zeit vielleicht mit einer PEG versorgt werden muss, nur weil die Heilmitteltherapie nicht richtig beginnt – – Das möchte ich einfach einmal so im Raum stehen lassen und hätte gern aus der gesamten Runde dazu einmal die Positionen, ob denn in all diesen Fällen vier Wochen als Regelzeit bis zum Beginn der Umsetzung der Heilmittelverordnung für Sie als akzeptabel und patientengerecht anzusehen ist.

PatV: Darf ich dazu gleich nachfragen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, fragen Sie nach.

PatV: Damit das in die Stellungnahme mit einbezogen werden kann, nur zur Richtigstellung: Das sind keine Regelzeiten, sondern das sind Maximalzeiten. Jeder versteht wahrscheinlich – – Oder ich frage das dann eben auch, ohne es wertend mit einzubringen: Würden Sie es dann auch so als gegeben sehen, dass Sie einen Akutfall nicht auf die 28 Tage hinausschieben, sodass er sich im Grunde genommen chronifiziert? Das gilt dann natürlich insbesondere bei Lymphdrainage-Erkrankungen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Fangen wir, wenn wir bei der Lymphdrainage sind, mit Herrn Dr. Schuchardt an; dann hat sich Herr Dr. Ahlers gemeldet, und dann gehen wir einfach einmal so durch.

Herr Dr. Schuchardt (DGL): Die manuelle Lymphdrainage hat sich als direkte postoperative Behandlung äußerst bewährt, indem das entstehende postoperative Ödem rascher abgebaut wird und dadurch die Schmerzdauer verkürzt wird. Das gilt nicht nur für den zahnärztlichen Bereich so, sondern für alle großen operativen Eingriffe. Wir würden also dringend dafür plädieren, dass dies eine Akutbehandlung ist. Deswegen ist gerade die LY1 an sich bei passagerer Lymphabflussstörung – da ist keinerlei Konnexität drin – ideal.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Dr. Ahlers.

Herr Dr. Ahlers (DGFDT): Ich hatte vorhin direkt auf die Frage geantwortet, und die Frage bezog sich auf chronisch. Deshalb habe ich auch chronisch in den Vordergrund gestellt. Sie haben jetzt nach akut nachgefragt. Tatsächlich wäre es bei einem Patienten mit einer akuten Problematik wünschenswert, ihn umgehend in Behandlung zu bekommen. Nur ist es die Frage, ob es den Verkehrskreisen hilft, wenn man jetzt eine Unterscheidung zwischen 14 und 28 Tagen trifft. Das muss ich dann auch noch im Kopf haben. Am Ende kann man meines Erachtens einfach einmal den Menschen trauen, dass sie ja auch nicht ganz blöd sind. Das heißt, wenn ich jetzt einen Patienten mit einem akuten Problem habe, dann will er schnell in Behandlung, und ich will ihn auch schnell in Behandlung haben.

(PatV: So ist es!)

Dass er jetzt, wenn es dann hakt, schon wieder in die Praxis kommen muss, um das Rezept neu ausgestellt zu bekommen, halte ich für übermäßig bürokratisiert. Ich würde deswegen für generell 28 Tage plädieren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. –

Wer ist der Nächste? – Herr Dr. Stehr, bitte.

Herr Dr. Stehr (VDB): Ich würde gerne aus der Sicht eines Berufsverbandes von Selbstständigen dahin gehend ergänzen, dass in der Tat jeder bemüht ist, dem Patienten, der fragt, den nächsten erreichbaren Termin zu geben, dass aber angesichts der hohen Auslastungsgrade unserer Mitgliedspraxen Wartezeiten immer länger werden. Das ist keine Frage der medizinischen Notwendigkeit, sondern der Bewirtschaftung knapper Ressourcen, mit der wir leben müssen, und dementsprechend haben auch wir für die 28 Tage plädiert. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Kern, bitte.

Frau Kern (dbl): Zunächst Frau Pollex-Fischer.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Pollex-Fischer.

Frau Pollex-Fischer (dbl): Ich wollte auch noch einmal auf die 28 Tage und auf den Hinweis mit der PEG-Sonde eingehen. Natürlich ist es so – ich komme aus der Charité –, dass für diejenigen Patienten, die während der stationären Behandlung von den Logopädinnen behandelt werden, bereits in dieser Zeit die ambulante Weiterbehandlung durch die Logopäden in Wohnortnähe organisiert wird. Aus den genannten Gründen ist das jedoch nicht immer einfach. Aber Ziel ist natürlich, vor allen Dingen bei Patienten mit PEG, die also eine große Einschränkung auch in ihrer Lebensqualität haben, sie zeitnah durch direkte Bahnung in die Praxen zu bringen. Das ist tatsächlich der Versuch, das im akuten Fall möglichst schnell zu machen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Schubert, bitte.

Frau Schubert (dbs): Auch ich möchte diese 28 Tage noch einmal unterstützen, aber trotzdem auch auf Ihre Frage bezüglich der Schluckstörung eingehen, auch aus der Sicht des ambulanten Bereichs. Auch wir sind natürlich bemüht und fragen auch bei der Aufnahme, ob es sich um eine akute Störung handelt oder ob wir schauen können, dass wir es noch etwas hinausziehen können. Aber im Hinblick darauf, diesen organisatorischen Rahmen oder diesen organisatorischen Zwang jetzt dahinter zu setzen, sollte man meines Erachtens auf die fachlichen Qualifikationen der Therapeuten und auch auf

die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arzt und Therapeut setzen, um dort eine selbstständige Entscheidung hinzubekommen, wie und wann mit der Therapie zeitnah begonnen werden kann. Letztendlich hat ja auch der Arzt die Möglichkeit, das Verordnungsdatum oder den Verordnungsbeginn einzuschränken, also auch zu verkürzen bezüglich der 28 Tage.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Weitere Fragen? – Bitte schön, GKV-SV.

GKV-SV: Das ist genau der Punkt an dem Vorschlag, zu dem Sie sich jetzt geäußert haben, dass man hier sagt, wenn akut, dann 14 Tage. Der Rest ist sozusagen die Hoffnung, dass der Patient tatsächlich frühzeitig einen Termin bekommt. Bei unserem Vorschlag war es ja im Grunde genommen so: Wir haben als Grundsatz die 14 Tage, sodass es auch eine Gleichbehandlung zu dem vertragsärztlichen Bereich gibt und dass der Zahnarzt dann in dem Punkt sagen kann, wenn es eilig ist, kann es verkürzt werden, wenn es nicht so eilig ist, kann man das auch verlängern. Somit ist das sozusagen der bessere Weg, um hier keine Verschiebungen zwischen den Patientengruppen zu haben und dies als ein vernünftiges Mittel anzuwenden. Aber wenn man dies im Grundsatz generell auf 28 Tage erhöht, dann verschieben sich die Termine; die Organisation der Patienten verschiebt sich – so wird es jeder machen – dann eben automatisch nach hinten. Daher war es unser Ansatz, zu sagen, wir machen 14 Tage, und wir können es verkürzen oder verlängern, je nachdem, welchen Patienten man gerade vor sich hat.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dazu Herr Hofmann.

Herr Hofmann (VDB): In der Zusammenarbeit mit den Zahnärzten und mit uns ist es ja so: Wir sehen schon, wenn ein Patient – Gerade im akuten Fall – das weiß jeder – kann die Behandlung relativ kurz sein, im chronischen Fall dauert sie in der Regel länger. Wir versuchen in unseren Praxen durchaus, das letztendlich zu berücksichtigen. Das Problem, das wir einfach nur haben, ist Folgendes: Teilweise kommt es aufgrund dessen, dass nicht jeder Kollege solche Behandlungen im Mund-Kiefer-Bereich durchführt, tatsächlich zu Einschränkungen. Aber grundsätzlich ist jeder Therapeut bemüht – gerade im akuten Fall, weil er letztendlich auch weiß, dass er da schnell etwas machen kann –, in die Behandlung einzusteigen.

Wir diskutieren ja Gott sei Dank nicht über die Heilmittelrichtlinie Ärzte, sondern wir diskutieren heute über die Heilmittelrichtlinie Zahnärzte. Da sehe ich schon, diese Diskussion könnte man sicherlich auch hinsichtlich der Heilmittelrichtlinie Ärzte führen, okay, aber wir sind jetzt nun einmal bei der Heilmittelrichtlinie Zahnärzte.

Herr Hofmann (VDB): Wir sehen grundsätzlich dieses Problem in der Behandlung der Patienten bzw. in der Terminvergabe. Gerade deshalb, da es hier um spezialisierte Behandlung geht, ist es teilweise nicht möglich. Jeder ist aber bemüht, akute Fälle so schnell wie möglich dranzunehmen. Zum Stichwort Abbau der Bürokratie hier in diesem Fall: Ich hätte dann letztendlich die 28 Tage Zeit.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, okay. – Nachfrage oder Frage KZBV.

KZBV: Letzte Frage: Wir haben auch zwei dissente Positionen zu der Verordnungsmenge, sowohl bei CD1 (?), cranio-mandibuläre Störung mit kurzzeitigem bis mittelfristigem Behandlungsbedarf und bei chronifiziertem Schmerzsyndrom. Wie stehen Sie zu der Verordnungsmenge Erstverordnung zehn versus sechs?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): An wen geht die Frage?

KZBV: Die Frage richtet sich zum einen an den VDB und zum anderen an die DGFD.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer möchte beginnen? – Bitte schön, Herr Dr. Ahlers.

Herr Dr. Ahlers (DGFD): Aus Sicht der DGFD wäre die Verordnung von zweimal zehn Behandlungen sinnvoller, weil auf diese Art und Weise der Patient nicht so früh zu einer Wiedervorstellung in die Zahnarztpraxis kommen muss. Das reduziert die zeitliche Beanspruchung der Patienten; denn letzten Endes bedeutet es, wenn eine solche Behandlung mit ein oder zwei Terminen Physiotherapie pro Woche erfolgt, zusammenfassend gesagt, dass der Patient in seinen Lebensumständen daran gebunden ist, zusätzlich zu seinem normalen Rhythmus ein oder zwei Termine in der Woche wahrzunehmen. Wenn er zwischendurch noch wieder in die Zahnarztpraxis kommen muss, um den Fortbestand der Verordnungsnotwendigkeit prüfen zu lassen, dann macht dies das Leben für die betreffenden Patienten eher noch anstrengend, und genau das ist ja typischerweise einer der Faktoren, die zu einem Überschreiten einer Erkrankungsschwelle führen. – Ist die Frage damit beantwortet?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Hofmann noch.

Herr Hofmann (VDB): Der Indikationskatalog sagt ja, bis zu zehn. Das heißt, es können auch sechs Behandlungen verordnet werden. Wir als Therapeuten sind ja im Rahmen der Wirtschaftlichkeit letztendlich auch gefordert: Wenn wir feststellen, Therapieerfolg ist erreicht, können wir die Behandlung abbrechen und an den Arzt überweisen. Letztendlich ist es aber so, dass man sicherlich bei den Erkrankungen nicht unbedingt von vornherein sagen kann, sechs wäre gut als Erstverordnung oder zehn. Es gibt da so viele Differenzierungen, dass es bei der einen Erkrankung zehn Behandlungen bedarf, bei der anderen sicherlich nur sechs Behandlungen. Diese Möglichkeit habe ich ja bei der Verordnung, eben zu sagen, okay, ich nehme sechs, oder ich nehme zehn, oder ich nehme acht.

Wenn von vornherein die Menge zu stark begrenzt ist, entsteht ja das Problem, dass der Patient immer wieder zum Arzt zurück muss usw. wobei es gerade bei der zahnärztlichen Kieferbehandlung und unserer Behandlung so ist, dass die Zusammenarbeit zwischen den Zahnärzten und uns relativ intensiv ist. Ich will jetzt nicht sagen, sie ist intensiver als bei normalen Ärzten – das will ich nicht unbedingt sagen –; aber sie ist einfach intensiver, weil dabei so viele Behandlungsschritte ineinandergreifen müssen.

Wir haben dies in unserer Stellungnahme auch berücksichtigt, indem wir gesagt haben: Hin und wieder muss vielleicht sogar eine Behandlung in der Zahnarztpraxis stattfinden; denn wenn eine Schiene oder sonst irgendetwas angepasst wird, und der Patient geht damit zu uns in die Praxis, dann sind das auch Unterschiede. Das heißt, wir haben hier einen sehr differenzierten Bereich, und da sollte man auch die Möglichkeit haben, sechs, acht oder auch zehn Behandlungen als Erstverordnung zu verschreiben. Letztendlich kann der Zahnarzt teilweise schon einschätzen, ob man eine längere Behandlungsfrequenz oder eine kurze braucht.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Zusatzfrage von der KZBV.

KZBV: Dann gehe ich an diesem Punkt jetzt nicht darauf ein und frage nur noch einmal: Sehen Sie es auch in diesen beiden Fällen, natürlich vornehmlich bei CS – das ist klar –, bei dem chronifizierten Schmerzsyndrom, aber auch bei der ersten Kategorie, bei den kurzfristigen Behandlungen? Könnten Sie bestätigen, dass diese Therapie in der Regel zehn Behandlungen bedürfen, weil mit einer kürzeren Frequenz das Krankheitsbild nicht dauerhaft geheilt werden kann?

Da ich Mitglied im Nationalen Normenkontrollrat für den Bürokratieabbau bin, kann ich dem Plädieren für die Erstverordnung von zehn Behandlungen nur Nachdruck verleihen. Wenn ich nämlich sechs verordne, aber weiß, dass ich in der Regel zehn brauche, dann erzeuge ich Bürokratie, weil ich den Patienten zurück zum Arzt schicken muss, der wiederum bürokratisch ein solches Rezept erstellen und unterschreiben muss, und der Patient muss sich dann innerhalb dieser Frist die neuen Termine besorgen. Würden Sie mir da zustimmen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Dr. Ahlers und dann Herr Hofmann.

Herr Dr. Ahlers (DGFDT): Ich würde zustimmen.

Herr Hofmann (VDB): Ich würde auch zustimmen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das waren jetzt kurze Antworten. Jetzt kommt GKV-SV. – Ja, bitte.

GKV-SV: Nachfrage: Sie hatten vorhin Ihre Metaanalysen und Reviews erwähnt, und es geht ja jetzt unter anderem auch wieder um die chronische Schmerzstörung. Wie sieht denn die Evidenzlage aus? Mit wie vielen Therapieeinheiten erreiche ich denn welches Therapieziel?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer macht das? – Herr Dr. Ahlers.

Herr Dr. Ahlers (DGFDT): Kurze Antwort: Heterogen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay. Also, auf die krasse Zustimmung folgt Heterogenität.
(Herr Dr. Ahlers: Ich kann es auch ausführlicher erklären!)

Frau Dr. Kemper.

Frau Dr. Kemper (SHV): Ich darf zur Heterogenität etwas ergänzen. Klinische Erfahrung und Praxiserfahrung ist ja auch Evidenz. Meine persönliche Evidenz aus diesen Krankheitsbildern heißt: Es geht eben nicht nur um ein Knirschen und ein Schmerzen im Kiefer, sondern es geht um einige umgebende Strukturen, die mit zu behandeln und mit zu berücksichtigen sind. Meiner Erfahrung und meiner geringen Evidenz nach – es ist halt Erfahrungsevidenz; aber zumindest sie habe ich – ist es mit sechs Behandlungen nicht getan. Wenn dann der Patient wieder weggeschickt wird – das wurde jetzt auch erwähnt –, verursacht dies unnötige Bürokratie, aber eben auch einen Behandlungsabbruch in dem Fall, und das ist sicherlich nicht im Sinne des Patienten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Noch eine Frage,

GKV-SV: Die Frage richtet sich auch noch einmal an Herrn Hofmann, weil er ja gesagt hatte, der Zahnarzt könne ja auch weniger als die zehn verordnen, und darauf, ob es denn da Erfahrungswerte gibt, vielleicht auch aus dem vertragsärztlichen Bereich, in wie vielen Fällen es tatsächlich vorkommt, dass man sich entschließt, dass ein Abbruch der Behandlung oder ein früherer Behandlungstermin stattfindet.

(KZBV: Wir sind jetzt in einem ganz anderen Bereich! Das ist uninteressant!)

Ist es nicht eher statistisch so, wenn sechs verordnet werden, dann finden sechs Behandlungen statt, wenn zehn verordnet werden, dann finden zehn statt? Mich interessiert, ob es da Erfahrungswerte aus Ihrer Praxis gibt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Dr. Ahlers.

Herr Dr. Ahlers (DGFD): Das kann ich aus meiner eigenen praktischen zahnärztlichen Behandlung berichten: Ein Patient, der das Gefühl hat, es ist besser, geht nicht noch einmal zur Physiotherapie. Erstens haben sie etwas anderes zu tun, zweitens sind das ja auch anstrengende Behandlungen – da wird ja keine Wohlfühl-, keine Heiapoepia-Massage gemacht –; dieser Behandlung unterzieht man sich nicht, wenn nicht ein echter Bedarf besteht.

KZBV: Nur deshalb, weil wir Zahnärzte uns ja mit diesem Bereich, der ein neuer Bereich ist, nicht auskennen – deswegen gibt es auch keine Erfahrungswerte –, stelle ich eine Zusatzfrage, ebenfalls aus dem Bürokratiebereich: Ist es richtig, dass pro Verordnung – ich weiß nicht, wer darauf antworten will, vielleicht der VDB – auch ein Eigenanteil des Patienten anfällt?

Herr Hofmann (VDB): Ja, wir haben zum einen die 10 € Verordnungsblattgebühr plus die 10 Prozent Eigenanteil.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das war Herr Hofmann. – Weitere Fragen? – Keine. Dann schaue ich in die Runde und frage die Stellungnehmer ab, ob es aus ihrer Sicht noch Dinge gibt, die sich nach Abgabe der schriftlichen Stellungnahme ergeben haben, die jetzt mit Blick auf die vorangegangene Anhörung auch nicht angesprochen wurden und die Sie aus Ihrer Sicht hier erwähnen oder anbringen möchten. – Die Bundeszahnärztekammer sieht das nicht. – Hat der dbs noch irgendetwas? – Nein. Der dbf? – Auch nicht. Dann der dba? – Auch nicht. Der SHV? – Bitte, Frau Dr. Kemper.

Frau Dr. Kemper (SHV): Wir haben uns in der Zwischenzeit bei der Sichtung von Studien und Material noch einmal mit international anerkannten Diagnostiksystemen befasst. Diese Diagnostiksysteme, die natürlich eine Vielzahl von Informationen liefern sollen, um ein Krankheitsbild adäquat behandeln zu können, unterstreichen unsere schriftliche Eingabe einer eigenständigen Befundposition.

Vor einigen Minuten hatte ich auch die Beobachtungsstudie genannt, die sich mit der Wahrscheinlichkeit befasst, eine CMD zu entwickeln; sie ist bei Rückenschmerzen um 100 Prozent und bei Kopfschmerzen um 70 Prozent erhöht. Das sind nur ein paar Beispiele. Auch aktuelle RCTs belegen diesen multifaktoriellen, multimodalen Bedarf an Behandlung, womit noch einmal unsere Eingabe einer standardisierten Heilmittelposition unterstrichen wird.

Wenn ich mir abschließend – wir sprachen von Formalitäten – folgende Bemerkung erlauben darf: Wir hoffen und wünschen uns natürlich, dass auch in Zukunft die Heilmittelverordnungen durch Zahnärzte reibungslos und formal ohne Probleme ablaufen und vielleicht ja auch mit einer zertifizierten Praxissoftware Probleme ausgeräumt werden können, die bei den anderen Ärzten ebenfalls ausgeräumt werden sollen. – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, wobei ich sage, wie und mit welcher Software und welcher Zertifizierung das dann am Ende abläuft, ist in dem Schritt zu entscheiden, der stattfinden wird, nachdem wir über die Richtlinie entschieden haben werden.

Dann gucke ich in Richtung VDB. – Alles dargestellt. – Herr Dr. Schuchardt.

Herr Dr. Schuchardt (DGL): Ich will noch einmal darauf hinweisen, dass man den LY1 als passagere Lymphabflussstörung nicht streichen sollte; denn gerade in den Akutsituationen ist das eine sehr sinnvolle Behandlungsmaßnahme, wie ich vorhin schon erwähnt hatte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Das war die DGL. – Dann Herr Dr. Ahlers für die DGFDT.

Herr Dr. Ahlers (DGFDT): Keine Ergänzungen; unsere Stellungnahme bildet uns ab.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Professor Neff für die DGMKG.

Herr Prof. Dr. Dr. Neff (DGMKG): Ebenfalls keine Ergänzungen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke. – Ich bedanke mich ganz herzlich für die Diskussion und wünsche Ihnen einen guten Heimweg. Wir müssen das jetzt ein bisschen diskutieren und auswerten. – Danke schön, dass Sie da waren.

Die Anhörung ist beendet.

Schluss der Anhörung: 11.42 Uhr

C Bürokratiekostenermittlung

Laut 1. Kapitel § 5a Abs. 1 VerfO ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu die in den Beschlüssen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Der vorliegende Beschluss beinhaltet die Erstfassung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Im Folgenden werden die in der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung enthaltenen Informationspflichten für Leistungserbringer dargestellt und die damit einhergehenden Bürokratiekosten abgeschätzt. Leistungserbringer sind in diesem Zusammenhang die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie die adressierten Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer (Therapeuten).

a) Verordnung von Heilmitteln im Regelfall

Gemäß § 3 Abs. 1 setzt die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen eine Verordnung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt voraus. § 6 Abs. 1 sieht vor, dass der Heilmittelverordnung ein definierter Regelfall zugrunde liegt. Für einen solchen Regelfall ergeben sich die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen je Verordnung aus dem Heilmittelkatalog.

Hinsichtlich der Heilmittelverordnung im Regelfall wird gemäß § 6 Abs. 5 zwischen einer Erst- und einer eventuellen Folgeverordnung unterschieden. Es wird in diesem Zusammenhang davon ausgegangen, dass sich der Aufwand für das Ausstellen einer Verordnung nicht danach unterscheidet, ob es sich um eine Erst- oder eine Folgeverordnung handelt.

Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. Gemäß Messungen des Statistischen Bundesamtes erfordert das Ausstellen einer Heilmittelverordnung im vertragsärztlichen Bereich einen zeitlichen Aufwand von 4 Minuten. Es wird davon ausgegangen, dass für vertragszahnärztliche Heilmittelverordnungen ein ähnlicher zeitlicher Aufwand erforderlich ist. Allerdings können aktuell weder Aussagen zur Anzahl der derzeit von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten ausgestellten Heilmittelverordnungen getroffen werden, noch lässt sich abschätzen, wie sich die Fallzahlen künftig mit Inkraftsetzung einer zahnärztlichen Heilmittel-Richtlinie entwickeln werden. Eine Abschätzung der Bürokratiekosten ist somit zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

b) Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls sowie für den langfristigen Heilmittelbedarf

Darüber hinaus regelt § 7 die Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls. Dies kann erforderlich werden, wenn sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen lässt. Im Gegensatz zu Verordnungen im Regelfall bedürfen Verordnungen außerhalb des Regelfalls einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung auf der Verordnung sowie einer Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse.

Die Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls erfolgt ebenfalls ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. Gemäß Messungen des Statistischen Bundesamtes erfordert das Ausstellen einer Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls im vertragsärztlichen Bereich einen zeitlichen Aufwand von 8 Minuten. Es wird davon ausgegangen, dass für vertragszahnärztliche Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls ein ähnlicher zeitlicher Aufwand erforderlich ist. Eine Schätzung der Fallzahl ist jedoch aus den unter a) genannten Gründen zu diesem Zeitpunkt nicht möglich.

Zudem sieht § 8 vor, dass auf Antrag der oder des Versicherten die Krankenkasse über die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs entscheidet. Auch die Verordnung von langfristigem Heilmittelbedarf erfordert eine Begründung durch den verordnenden Vertragszahnarzt. Insofern ist auch an dieser Stelle mit einem fallweisen zeitlichen Aufwand von rund 8 Minuten zu rechnen. Eine Schätzung der jährlichen Fallzahl ist jedoch auch in diesem Zusammenhang zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

c) Dokumentation einer einvernehmlichen Änderung der Behandlungsfrequenz auf dem Verordnungsvordruck

Gemäß § 15 Abs. 2 ist die einvernehmliche Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Diese Vorgabe stellt eine bürokratiearme Regelung dar, indem die Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung nach Rücksprache mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt durch die Therapeutin oder den Therapeuten selbst erfolgen kann und somit der Verordnungsvordruck nicht zunächst an die verordnende Zahnärztin oder den verordnenden Zahnarzt zurückgeschickt werden muss, damit diese oder dieser die Frequenz der Heilmittelbehandlung entsprechend ändert. Der dem Therapeuten oder der Therapeutin entstehende Aufwand im Zuge der Dokumentation der einvernehmlichen Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung auf dem Verordnungsvordruck wird als gering eingeschätzt. Es ist davon auszugehen, dass der Therapeutin oder dem Therapeuten und der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt im Zuge der einvernehmlichen Änderung der Frequenz der Heilmittelbehandlung ein fallweiser zeitlicher Aufwand von jeweils rund drei Minuten entsteht. Dies entspricht dem Zeitwert für die Standardaktivität „Beschaffung von Daten“ bei einfacher Komplexität. Eine Fallzahl zur Häufigkeit solcher einvernehmlicher Änderungen der Behandlungsfrequenz kann nicht abgeschätzt werden.

Als geringfügiger Aufwand wird in diesem Zusammenhang auch die Verpflichtung der Therapeutin oder des Therapeuten eingeschätzt, begründete Unterbrechungen der Behandlung auf der Verordnung zu dokumentieren (§ 15 Abs. 3).

d) Schriftlicher Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten

§ 15 Abs. 5 sieht vor, dass die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach Ende der Behandlungsserie von der Therapeutin oder von dem Therapeuten einen schriftlichen Bericht über den Therapieverlauf anfordern kann. Im Allgemeinen wird angenommen, dass für die Erstellung eines schriftlichen Berichts über den Therapieverlauf ein zeitlicher Aufwand von durchschnittlich 15 Minuten erforderlich ist.

Eine Einschätzung darüber, wie häufig ein Therapiebericht der Therapeutin oder des Therapeuten angefordert werden wird, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht vornehmen.

e) Nachweis spezieller Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten

Der Nachweis der speziellen Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten – erforderlich für die Erbringung und Abrechnung der entsprechenden Positionen – erzeugt im Rahmen der hier vorliegenden Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte keinen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, da die Therapeutinnen und Therapeuten ihre Qualifikation hierzu auch schon gemäß der bislang geltenden Heilmittel-Richtlinie gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen haben.