

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Vom 19. September 2019

Inhalt

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

2.1.20	§ 19 Bewegungstherapie	20
2.1.21	§ 21 Maßnahmen der Elektrotherapie.....	20
2.1.22	Streichung § 26 Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie	20
E.	Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.....	21
2.1.23	Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Teil F)	21
2.1.24	§ 30 Grundlagen.....	21
2.1.25	§ 33a Schlucktherapie (neu)	21
2.1.26	§ 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	21
F.	Maßnahmen der Ergotherapie	23
2.1.27	§ 35 Grundlagen Maßnahmen der Ergotherapie.....	23
2.1.28	§ 36 Motorisch-funktionelle Behandlung	23
2.1.29	§ 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung.....	24
2.1.30	§ 38 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung.....	25
2.1.31	§ 39 Psychisch-funktionelle Behandlung.....	26
2.1.32	§ 40 Therapieergänzende Maßnahmen sowie Heilmittelkatalog EN1	27
2.1.33	Bisheriger § 41 „Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Ergotherapie“	27
G.	Ernährungstherapie.....	28
2.1.34	§ 42 „Grundlagen“	28
2.2	Neufassung des zweiten Teils der Richtlinie (Heilmittelkatalog)	29
2.2.1	Überarbeitung der Spalte Diagnosegruppen.....	29
2.2.2	Anpassung Spalte Leitsymptomatik	30
2.2.3	Überführung der Therapieziele in den Richtlinien text.....	30
2.2.4	Anpassung Spalte Heilmittelverordnung	30
I. A	Maßnahmen der Physiotherapie.....	31
2.2.5	Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsorgane	31
2.2.6	Erkrankungen des Nervensystems	32
2.2.7	Erkrankungen der inneren Organe.....	33
2.2.8	Sonstige Erkrankungen	35
I. B	Maßnahmen der Podologischen Therapie	36
II.	Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.....	37
2.2.9	Störungen der Stimme.....	37
2.2.10	Störungen der Sprache und des Sprechens	37
2.2.11	Störungen des Redeflusses.....	37
2.2.12	Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	38
2.2.13	Störungen des Schluckaktes	38
III.	Maßnahmen der Ergotherapie	39
2.2.14	Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane (SB1 bis SB3).....	39
2.2.15	Erkrankungen des Nervensystems (EN1 bis EN3).....	40
2.2.16	Psychische Störungen (PS1 bis PS3).....	40
IV.	Ernährungstherapie.....	41
2.3	Änderungen in der Anlage 2 zur HeilM-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V.....	42
2.4	Inkrafttreten.....	45

2.5	Evaluation der Änderungen der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkatalogs	45
3.	Bürokratiekostenermittlung	46
4.	Verfahrensablauf	50
Anlage:	Fragen-/Antworten-katalog zur Heilmittel-Richtlinie	51

1. Rechtsgrundlage

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

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

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

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

2.1 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)

A. Allgemeine Grundsätze

2.1.1 § 1 Grundlagen

Zu Absatz 5 und Absatz 6

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

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

Zu Absatz 7

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

2.1.2 § 2 Heilmittel

Zu Absatz 1 Satz 2

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

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

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

Zu Absatz 2 Satz 2

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

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

2.1.3 § 3 Voraussetzungen der Verordnung

Zu Absatz 3

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

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

Zu Absatz 4

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

Zu Absatz 5

Absatz 5 wurde sprachlich angepasst.

2.1.4 § 4 Heilmittelkatalog

Zu Absatz 2

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

2.1.5 § 6 Verordnungsausschlüsse

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

2.1.6 § 6a Ärztliche Diagnostik (neu)

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

2.1.7 § 7 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung (neu)

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

Zu Absatz 1

Durch den Wegfall des Genehmigungsverhaltes entfällt künftig die Notwendigkeit, zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalles zu unterscheiden. Vor dem Hintergrund der Änderung der grundlegenden Systematik wird auch die Begrifflichkeit des „Regelfalles“ ersetzt. In Absatz 1 erfolgt eine Definition des „Verordnungsfalls“, die klarstellen soll, wann eine Verordnung demselben Verordnungsfall zuzuordnen ist und wann es sich um einen

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

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

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

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

Zu Absatz 4

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

verordnet werden. Die über die orientierende Behandlungsmenge hinausgehenden Verordnungen sind ebenfalls dem jeweiligen Ordnungsfall zuzurechnen. Die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt dokumentiert die medizinischen Gründe in der Patientendokumentation seiner Praxis, aus der das Erfordernis der Fortführung der Heilmittelbehandlung hervorgeht.

Zu Absatz 5

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

Zu Absatz 6

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

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

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

2.1.8 Streichung § 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls

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

Der Genehmigungsvorbehalt entfällt jedoch erst mit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zur orientierenden Behandlungsmenge. Dies ergibt sich aus dem Zusammenspiel von § 32 Absatz 1b SGB V und § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V in der Fassung des TSVG. In § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, indikationsbezogene orientierende Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten

je Verordnung zu regeln. Etwaige Genehmigungsvorbehalte der Krankenkassen können somit erst dann entfallen, wenn der G-BA den Auftrag nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V erfüllt hat, was mit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie dann der Fall ist. Für bis zum Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie ausgestellte Verordnungen außerhalb des Regelfalls gemäß § 8 Absatz 4 HeilM-RL gilt ein ggf. ausgesprochener Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse fort.

2.1.9 § 8 Langfristiger Heilmittelbedarf (neu)

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

Zu Absatz 3

Zur besseren Lesbarkeit erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 6

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

Zu § 8a Absatz 8 (bisherige Fassung)

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

2.1.10 § 9 Wirtschaftlichkeit

Zu Absätze 2

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

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

2.1.11 § 11 Ort der Leistungserbringung

Zu Absatz 1

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

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

Zu Absatz 2

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

2.1.12 § 12 Auswahl der Heilmittel

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

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

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

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

Zu Absatz 5 und 8

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

Zu Absatz 7

Mit der Neufassung des § 12 Absatz 7 wird die orientierende Behandlungsmenge der standardisierten Heilmittelkombination und der Maßnahmen der Massagetherapie je Verordnungsfall auf insgesamt höchstens 12 Einheiten einheitlich festgelegt. Die Regelung bezieht sich hierbei auf eine zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffene Auslegung im konsentierten Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Fragen Nr. 32 und 33) ([siehe Anlage](#)) und trägt damit zur Regelungsklarheit und Entbürokratisierung bei. Mit der Anpassung der maximalen Verordnungsmenge von 10 auf 12 Einheiten ist keine Ausweitung der Verordnungsmenge verbunden. Mit der bisherigen Begrenzung auf 10 Einheiten war eine Fehlerquelle insbesondere im Zusammenhang mit Folgeverordnungen verbunden. Mit der Vereinheitlichung auf ein Vielfaches von sechs wird eine einfache Bemessung von Verordnungsmengen ermöglicht. Einer solchen Vereinfachung stehen keine medizinischen Erkenntnisse entgegen. Die

Anhebung von 10 auf 12 Einheiten stellt vor diesem Hintergrund keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO dar. Bei der absoluten Begrenzung auf 12 Einheiten ist zu berücksichtigen, dass in § 19 Absatz 3 Nummer 3 klargestellt wurde, dass auch Massagetechniken als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung zur lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet zur Anwendung kommen können. Für die im Heilmittelkatalog gelisteten Indikationen „Störung der Atmung (AT)“, „Störung der Dickdarmfunktion (SO1)“, „Sekundäre periphere trophische Störungen bei Erkrankungen (SO4)“ sowie „chronische Adnexitis oder chronische Prostatitis (SO5)“ gilt die Begrenzung auf 12 Massageeinheiten je Verordnungsfall nicht. Bei diesen Erkrankungen kann aus medizinischen Gründen auch darüber hinaus eine Verordnung von Massagetherapie notwendig sein.

Zu Absatz 8

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

In § 12 Absatz 9 wurde eine Regelung aufgenommen, wonach ein vorrangiges Heilmittel in medizinisch begründeten Ausnahmefällen auch als Doppelbehandlung verordnet und erbracht werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um dasselbe vorrangige Heilmittel handelt. Sofern Doppelbehandlungen verordnet wurden, sind die beiden Behandlungseinheiten zusammenhängend abzugeben. Bei der Verordnung darf die in der Richtlinie definierte Höchstverordnungsmenge je Verordnung nicht überschritten werden. Auch bei der Erbringung dürfen die auf der Verordnung angegebenen Behandlungseinheiten nicht überschritten werden. Wenn also 6 Behandlungseinheiten verordnet wurden, dürfen 3 Doppelbehandlungen à 2 Behandlungseinheiten abgegeben werden.

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

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

2.1.13 § 13 Verordnungsvordruck

Zu Absatz 1

Absatz 1 wurde zur besseren Lesbarkeit umstrukturiert.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe a.

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe b.

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe d.

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

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

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe e. (neu)

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe f. (neu)

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe h. (neu)

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe i. (neu)

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

ist. Wird die Verordnungsmenge auf einer Verordnung auf mehrere (vorrangige) Heilmittel aufgeteilt, bezieht sich die Angabe der Therapiefrequenz auf die Behandlung insgesamt und nicht auf das einzelne Heilmittel. Unterschiedliche Frequenzen oder Frequenzspannen für die auf der Verordnung angegebenen vorrangigen Heilmittel sind nicht zulässig.

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

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe j. (neu)

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe k. (neu)

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

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

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

Die Regelungen zur Angabe der Leitsymptomatik werden angepasst. Demnach besteht unverändert die Möglichkeit eine buchstabenkodierte Leitsymptomatik und/oder den entsprechenden Klartext aus dem Katalog auf die Verordnung zu übernehmen. Die Ärztin oder der Arzt kann auch gleichzeitig mehrere Leitsymptomatiken angeben. Darüber hinaus besteht künftig die Möglichkeit, eine oder mehrere patientenindividuelle Leitsymptomatik(en) als Freitext anzugeben, die für die Heilmittelbehandlung der Patientin oder des Patienten handlungsleitend ist/sind. Voraussetzung ist, dass die patientenindividuelle Leitsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppe zugeordnet werden kann und aus Sicht des Arztes mit den im Heilmittelkatalog aufgeführten Regelbeispielen a), b) oder c) vergleichbar ist. Damit soll die Angabe spezifischer individueller Informationen zu den Schädigungen der Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, ohne dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt auf die definierten Leitsymptomatiken nach HMK zurückgreifen muss.

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

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m. (neu)

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

2.1.14 § 13a Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern

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

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

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

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

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

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

Zu Absatz 3

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

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

C. Zusammenarbeit zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern

2.1.15 § 15 Beginn der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

2.1.16 § 16 Durchführung der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

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

Zu Absatz 3

Wird in der Physiotherapie, Ergotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprach- und Schlucktherapie die Behandlung ohne angemessene Begründung länger als 14 Kalendertage unterbrochen, verliert die Verordnung für die verbleibenden Therapieeinheiten grundsätzlich ihre Gültigkeit; mit der Folge, dass die Behandlung abgebrochen werden muss. Im Interesse der Patientinnen und Patienten sehen die Rahmenempfehlungen und -verträge nach § 125 SGB V

schon heute vor, dass die Heilmitteltherapie z. B. krankheits-, ferien-, oder urlaubsbedingt unterbrochen werden oder eine Unterbrechung therapeutisch indiziert sein kann. Solche begründeten Unterbrechungen stellen dann auch keine Abweichung von der Frequenz dar.

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

Zu Absatz 4)

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung.

Zu Absatz 5

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

Zu Absatz 6

Absatz 6 bleibt unverändert.

2.1.17 § 16a Entlassmanagement

Zu Absatz 5

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

D. Maßnahmen der Physiotherapie

2.1.18 § 17 Grundlagen

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 3

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

2.1.19 § 18 Massagetherapie

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 2 Nummer 7

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

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

Darüber hinaus erfolgte eine begriffliche Anpassung in Buchstabe b.

2.1.20 § 19 Bewegungstherapie

Zu Absatz 1

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

Zu Nummer 3 Buchstabe a.

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

Zu Nummer 3 Buchstabe c.

Es erfolgte eine sprachliche Anpassung.

2.1.21 § 21 Maßnahmen der Elektrotherapie

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

2.1.22 Streichung § 26 Ärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie

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

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

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

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

2.1.24 § 30 Grundlagen

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

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

2.1.25 § 33a Schlucktherapie (neu)

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

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

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

2.1.26 § 34 Maßnahmen der Ärztlichen Diagnostik bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen

Zur Streichung Absatz 1 bis 3 (bisherige Fassung)

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

Zu Absatz 1 (neu)

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

Nummer 1 bis 5 „Schlucktherapie“

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

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

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

- bildgebende Verfahren
- endoskopische Untersuchung
- neurologische Untersuchung

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

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

F. Maßnahmen der Ergotherapie

2.1.27 § 35 Grundlagen Maßnahmen der Ergotherapie

Zu Absatz 1

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

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

Zur Streichung Absatz 4 (bisherige Fassung)

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

2.1.28 § 36 Motorisch-funktionelle Behandlung

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

Zu Absatz 2

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

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

Zu Absatz 3

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

Wesentliche Ziele für den Bereich der motorisch-funktionellen Behandlung auf Aktivitätsebene sind die Wiederherstellung und Erhalt der Mobilität im Alltag (z. B. Treppen steigen, Stehen, Sitzen, Heben, Tragen, Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfsmittel) oder die Wiederherstellung und Erhalt der Selbstversorgung (z.B. An- und Auskleiden, Waschen) und der Haushaltsführung (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten). Die ICF sieht in der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation für die Selbstversorgung und das häusliche

Leben eigene Kapitel vor (Kapitel 5 und 6), daher wurden die Ziele getrennt dargestellt. In der alten Fassung fanden sich diese in der Formulierung „Selbständigkeit in der Selbstversorgung (z.B. Ankleiden, Hygiene, Haushalt)“.

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

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

Zu Absatz 4

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

2.1.29 § 37 Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

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

Zu Absatz 2

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

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

Diese sind nun unter therapeutischen Zielen aufgeführt.

Zu Absatz 3

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

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

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

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

Zu Absatz 4

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

2.1.30 § 38 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung

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

Zu Absatz 2

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

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

Zu Absatz 3

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

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

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

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

Zu Absatz 4

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

2.1.31 § 39 Psychisch-funktionelle Behandlung

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

Zu Absatz 2

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

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

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

Zu Absatz 3

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

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

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

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

Zu Absatz 4

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

2.1.32 § 40 Therapieergänzende Maßnahmen sowie Heilmittelkatalog EN1

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

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

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

G. Ernährungstherapie

2.1.34 § 42 „Grundlagen“

Zu den Absätzen 4 und 5

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

2.2 Neufassung des zweiten Teils der Richtlinie (Heilmittelkatalog)

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

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

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

2.2.1 Überarbeitung der Spalte Diagnosegruppen

Zusammenfassung von Diagnosegruppen

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

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

Überarbeitung der Beispieldiagnosen

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

2.2.2 Anpassung Spalte Leitsymptomatik

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

2.2.3 Überführung der Therapieziele in den Richtlinienentext

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

2.2.4 Anpassung Spalte Heilmittelverordnung

Integration optionale in die vorrangigen Heilmittel

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

Benennung der Heilmittel

Unter der Spalte Heilmittel wurde die Bezeichnung und Auswahl der ordnungsfähigen Heilmittel konkretisiert. Durch die Konkretisierung erfolgt keine Aufnahme neuer Heilmittel, sondern lediglich eine Harmonisierung der bisher gültigen Regelung der Heilm-RL im HMK. Bei Heilmitteln, für die im Heilmittelkatalog eine Behandlungszeit vorgegeben wird, wurde die Heilmittelbezeichnung analog der bestehenden Formulierung der MLD um den entsprechenden Minutenwert ergänzt (z.B. „Sprech- und Sprachtherapie-30“). Bei Heilmitteln, die sowohl als Einzeltherapie als auch als Gruppentherapie abgegeben werden können, wurde der Zusatz „Gruppe“ ergänzt und als eigenständiges Heilmittel aufgeführt (z.B. „KG Gruppe“). Bei der Manuellen Lymphdrainage wurden die Heilmittelbezeichnungen um den Zusatz „+ Kompressionsbandagierung“ erweitert und separat aufgeführt (z.B. MLD-60 + Kompressionsbandagie-

nung“). In der Ergotherapie wurden die vorrangigen Heilmittel, bei denen ergänzend eine ergotherapeutische Schiene verordnet werden kann, ebenfalls gesondert mit dem entsprechenden Zusatz aufgeführt (z. B. „motorisch-funktionelle Behandlung mit ergotherapeutischer Schiene“). Die Anpassungen dienen der besseren Abbildung der verordnungsfähigen Heilmittel in der ärztlichen Praxisverwaltungssoftware und sollen Fehler im Zusammenhang mit der Heilmittelauswahl vermeiden.

Umbenennung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls in orientierende Behandlungsmenge

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund von § 7.

Frequenzempfehlung als Frequenzspanne

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

Hinweis zum Langfristigen Heilmittelbedarf

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

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

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

I. A Maßnahmen der Physiotherapie

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

2.2.5 Erkrankungen des Stütz-und Bewegungsorgane

Zur Diagnosegruppe WS

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

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

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

Zur Diagnosegruppe EX

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

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

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

2.2.6 Erkrankungen des Nervensystems

Zur Diagnosegruppe ZN

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

Zur Diagnosegruppe PN

Die Diagnosegruppe PN erhält die neue Bezeichnung **Periphere Nervenläsionen/ Muskelerkrankungen**. Die Bezeichnung dieser Diagnosegruppe wurde mit Aufnahme des Begriffs „Muskelerkrankungen“ differenzierter dargestellt und die Beispieldiagnosen um rein muskuläre Krankheitsgruppen (z. B. metabolische Muskelerkrankungen) ergänzt. Diese Diagnosen fanden vorher keine explizite Erwähnung, wurden aber von der Leitsymptomatik der

vormaligen Diagnosengruppe PN umfasst. Die begriffliche Anpassung stellt somit keine wesentliche Änderung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 Verfo des G-BA dar, sondern dient lediglich der Klarstellung.

2.2.7 Erkrankungen der inneren Organe

Zur Diagnosegruppe AT

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

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

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

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

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

sowie kongenitale Malformationen der Atemwege und Lunge, wie

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

- Q34.9 Angeborene Fehlbildung des Atmungssystems, nicht näher bezeichnet

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

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

Zur Diagnosegruppe GE

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

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

Zur Diagnosegruppe LY

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

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

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

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

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

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

Bei der Zusammenlegung der Diagnosegruppen LY1 a.F., LY2 a.F. und LY 3 a.F. zu LY wurde die Gesamtverordnungsmenge auf 30 Behandlungseinheiten vereinheitlicht. Mit der Zusammenlegung und Vereinheitlichung wird der individuelle Leistungsanspruch der/des Versicherten nicht berührt. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls gilt als Orientierungsgröße, die von der Vorstellung ausgeht, dass damit für den Großteil der unter der jeweiligen Diagnosegruppe zusammengefassten Erkrankungen das Therapieziel erreicht werden kann. Der tat-

sächliche medizinische Bedarf richtet sich jedoch nach dem individuellen medizinischen Erfordernis des Einzelfalls (siehe § 7 Abs. 3 HeilM-RL). Insbesondere bei schwerwiegenderen Erkrankungen kann der Bedarf die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls übersteigen. Lässt sich die Behandlung mit der im Heilmittelkatalog bestimmten Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls nicht abschließend, besteht auch weiterhin die Möglichkeit zur Verordnung außerhalb des Regelfalls (vgl. § 8).

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

2.2.8 Sonstige Erkrankungen

Zu den Diagnosegruppen SO1–SO5 (insgesamt)

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

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

Diagnosegruppenspezifische Änderungen:

Zur Diagnosegruppe SO1

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

Zur Diagnosegruppe SO4

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

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

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

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

Diagnosegruppe S05

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

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

I.B Maßnahmen der Podologischen Therapie

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

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

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

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

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

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

2.2.9 Störungen der Stimme

Zur Diagnosegruppe ST3

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

2.2.10 Störungen der Sprache und des Sprechens

Diagnosegruppe SP4

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

Diagnosegruppe SP5

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

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

2.2.11 Störungen des Redeflusses

Leitsymptomatik RE1

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

Diagnosegruppe RE2

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

2.2.12 Störungen der Stimm- und Sprechfunktion

Diagnosegruppe SF

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

2.2.13 Störungen des Schluckaktes

Diagnosegruppe SC

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

III. Maßnahmen der Ergotherapie

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.15 Erkrankungen des Nervensystems (EN1 bis EN3)

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

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

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

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

2.2.16 Psychische Störungen (PS1 bis PS3)

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

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

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

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

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

IV. Ernährungstherapie

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

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

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

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

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

Im Einzelnen erfolgten folgende neue Zuordnungen:

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

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	SP1-SP6	SP1-SP6
	SC	SC1+SC2
	RE1+RE2	RE1+RE2

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

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

- T90.5: Neuordnung zu ZN, AT, EN1 und SC bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.

Entzündliche Polyarthropathie, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien

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

Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem

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

Erkrankungen des Lymphsystems

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

Entwicklungsstörungen

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

- Q93.4: Neuordnung zu WS, EX4, ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q96.0 bis Q96.9: Neuordnung zu ZN und EN1 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.
- Q99.2: Neuordnung zu ZN, EN1 und SB3 bedingt durch die Zusammenlegung bzw. Änderungen der Diagnosegruppen.

Störungen der Atmung

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

Stoffwechselstörungen

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

2.4 Inkrafttreten

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

2.5 Evaluation der Änderungen der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkatalogs

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

3. Bürokratiekostenermittlung

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

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

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

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

1. Verordnung von Heilmitteln

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

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

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

2. Neustrukturierung des Ordnungsfalls und Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes

Die Neustrukturierung des Ordnungsfalls in § 7 und der damit verbundene Wegfall der Unterscheidung in Verordnung im Regelfall und Verordnung außerhalb des Regelfalls resultieren aus der Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Ordnungen außerhalb des Regelfalls und der Einführung von orientierenden Behandlungsmengen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG und gehen mit einer bürokratischen Entlastung einher. In dem neugefassten § 7 wird die Begrifflichkeit „Gesamtverordnungs menge im Regelfall“ durch den Begriff „orientierende Behandlungsmenge“ abgelöst. Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann.

Kann das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, so ist wie bisher über eine erneute Arztkonsultation eine weiterführende Verordnung möglich. Bei Ausstellung dieser Verordnung orientiert sich die Ärztin bzw. der Arzt jedoch zukünftig auch weiterhin an der Höchstmenge je Verordnung. Die bisherige Möglichkeit ab diesem Zeitpunkt die Ordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz für einen Zeit-

raum von 12 Wochen auszustellen (Verordnung außerhalb des Regelfalls) entfällt. Ausgenommen sind hier Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Verordnungsbedarf gemäß § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V oder mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8 HeilM-RL (neu). Bei diesen Patientinnen und Patienten können die notwendigen Heilmittel je Verordnung mit Verordnungsbeginn für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Diese Neustrukturierung der Verordnungssystematik hat zur Folge, dass zukünftig zwar auch Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Verordnungsbedarf gemäß § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V mit Verordnungsbeginn die notwendigen Heilmittel für einen Zeitraum von 12 Wochen verordnet bekommen, so dass sich für diese Gruppe die Anzahl der Verordnungs-ausstellungen vermindert.

Für Patientinnen und Patienten, die jedoch keinen besonderen Verordnungsbedarf gemäß § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V oder einen langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8 HeilM-RL (neu) haben, bedeutet die neue Versorgungssystematik jedoch, dass sie – soweit sie einen Behandlungsbedarf haben, der über die orientierende Behandlungsmenge hinausgeht – fortan häufiger die verordnende Ärztin bzw. den verordnenden Arzt kontaktieren werden, da die Verordnungen sich weiterhin an der Höchstmenge je Verordnung orientieren müssen und nicht mehr für einen Zeitraum von 12 Wochen ausgestellt werden können.

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

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

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

Zukünftig kann innerhalb eines Verordnungsfalles in folgende Verordnungen unterschieden werden:

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

Für die Ex-ante Abschätzung der Bürokratiekosten werden neben dem Wegfall des Genehmigungsvorbehalts für Verordnungen außerhalb des Regelfalls, die Unterscheidung in Verordnung im Regelfall und Verordnung außerhalb des Regelfalls und die Dokumentation der medizinischen Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls auf dem Vordruck auch die weiteren Vereinfachungen (siehe 4.) einbezogen, die den Aufwand für das Ausstellen einer Verordnung reduzieren.

Der zukünftige zeitliche Aufwand, der mit der Verordnung von Heilmitteln einhergeht, lässt sich für die beiden Verordnungsmöglichkeiten wie folgt darstellen:

Tabelle 1: Künftiger Zeitaufwand - Verordnung innerhalb der orientierenden Behandlungsmenge

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

Tabelle 2: Künftiger Zeitaufwand - Verordnung oberhalb der orientierenden Behandlungsmenge

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

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

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

3. Einführung der Blankoverordnung

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

4. Weitere Vereinfachungen

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

- a) Mit Ablösung des behandlungsfreien Intervalls durch den Verordnungsfall gemäß § 7 Abs. 1 muss die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt künftig vor der erneuten Verordnung von Heilmitteln nicht mehr das Datum der letzten Behandlung beim Therapeuten in Erfahrung bringen. Maßgeblich ist das Datum der letzten Verordnung. Dieses liegt der Ärztin oder dem Arzt bereits vor. So ist künftig der Aufwand für die Ermittlung des letzten Behandlungsdatums entbehrlich.
- b) Um die bisherigen alltäglichen Schwierigkeiten der Therapeutinnen und Therapeuten bei unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllten Verordnungen aufzugreifen, wird die Anlage 3 neu eingeführt. Diese Übersicht wird zukünftig Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie und soll die Änderungs- und Korrekturmöglichkeiten einheitlich regeln und möchte Klarheit schaffen, in welchen Fällen eine Änderung auf der Verordnung, wann eine erneute Arztunterschrift mit Datumsangabe erforderlich bzw. in welchen Fällen ein Einvernehmen ausreichend ist und in welcher Form und an welcher Stelle der Verordnung Änderungen bzw. Rücksprachen dokumentiert werden.
- c) Mit der Änderung in § 15 Abs. 1, wonach künftig der Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Kalendertagen (bislang: 14 Kalendertage) nach Verordnung beginnen soll, verringert sich die Zahl derjenigen Fälle, in denen aufgrund Nicht-Einhaltung dieser Frist das Ausstellen neuer Verordnungen oder Rückfragen der Therapeutinnen und Therapeuten an die verordnenden Ärztinnen und Ärzte erforderlich werden.
- d) Für die Heilmittelverordnung wird im Heilmittelkatalog klargestellt, dass die Angabe zur Behandlungsfrequenz auch als Frequenzspanne erfolgen kann. Änderungen der Behandlungsfrequenz bedürfen damit keiner Abstimmung zwischen Therapeuten und verordnender Ärztin bzw. verordnendem Arzt.
- e) Durch die Streichung der Unterscheidung zwischen vorrangigen und optionalen Heilmitteln soll die Komplexität des Heilmittelkatalogs reduziert und die Handhabung erleichtert werden.

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

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
21.09.2017	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens
29.08.2018	UA VL	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
25.10.2018	UA VL	Anhörung
14.12.2018	UA VL	AG HeilM-RL wird beauftragt, die vorgesehen gesetzlichen Änderungen durch das TSVG im BE zu berücksichtigen
30.04.2019	UA VL	Einleitung des zweiten Stellungnahmeverfahrens
10.07.2019	UA VL	Anhörung zum zweiten Stellungnahmeverfahren
19.09.2019	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs
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

Berlin, den 19. September 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

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

2 s. Fußnote 1

Anlage: Fragen-/Antworten-katalog zur Heilmittel-Richtlinie

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

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

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

1

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

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

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

2

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

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

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

3

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

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

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

4

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

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

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

5

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

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

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

6

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

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

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

7

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

Nr. 3 (Stand: 22.11.2005)

Fragen	Antworten
<p>23) Dürfen Kinder neben der Versorgung in einer Frühförderstelle mit Maßnahmen aus dem Bereich der Heilmittel-Richtlinien versorgt werden?</p>	<p>Grundsätzlich ist die Heilmittelerbringung laut Frühförderverordnung Aufgabe der Frühförderereinrichtung. Sollte diese die Heilmittelerbringung nicht leisten können, ist ausnahmsweise eine ambulante Heilmittelerbringung möglich. Dieser Ausnahmefall ist jedoch von der Frühförderstelle zu begründen.</p>
<p>24) Welche Behandlungsmengen sind auf die Gesamt-Verordnung anzurechnen?</p>	<p>Die Verordnungsmenge des vorrangigen Heilmittels ist entscheidend, soweit in Kombination verordnet wird.</p>

8

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

9

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

10

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

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

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

13

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

14

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

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

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

15

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

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

16

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

Ergotherapie

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

