



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Abschlussbericht

Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen

Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Klarstellungen in § 7 (Behandlungsdauer von 12 Wochen), § 12 Absatz 6 (Verordnungsmenge) sowie im Heilmittelkatalog (Leitsymptomatik Unguis Incarnatus) und weitere Änderungen

Stand: 17. November 2022

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

A	Tragende Gründe und Beschluss	1
A-1	Rechtsgrundlage.....	1
A-2	Eckpunkte der Entscheidung	1
A-2.1	Zu § 2a Absatz 1 Nummer 2	1
A-2.2	Zu § 7 Absatz 6 und 7	1
A-2.3	Zu § 12 Absatz 6.....	2
A-2.4	Zur redaktionellen Änderung im Heilmittelkatalog.....	2
A-2.5	Würdigung der Stellungnahmen	2
A-3	Bürokratiekostenermittlung.....	3
A-4	Verfahrensablauf.....	3
A-6	Beschluss.....	4
A-7	Prüfung durch das BMG.....	6
B	Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA.....	7
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen	7
B-2	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	8
B-2.1	Beschlussentwurf	8
B-2.2	Tragende Gründe	11
B-3	Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen.....	21
B-4	Schriftliche Stellungnahmen	22
B-4.1	Eingereichte Stellungnahmen.....	22
B-5	Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen	49
B-5.1	Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen	49
B-5.1.1	I. Stellungnahmen zum Richtlinienentwurf.....	49
B-5.1.1.1	Stellungnahmen zu § 7 Absatz 6.....	49
B-5.1.1.2	Stellungnahmen zu § 12 Absatz 6	62
B-5.1.2	II. Stellungnahmen zum Heilmittelkatalog (Zweiter Teil der HeilM-RL).....	63
B-6	Mündliche Stellungnahmen	64
B-6.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikte	64
B-6.2	Mündliche Stellungnahmen.....	66
B-6.3	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	76
B-7	Würdigung der Stellungnahmen	76

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
BAnz	Bundesanzeiger
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Rechtsgrundlage

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

A-2 Eckpunkte der Entscheidung

A-2.1 Zu § 2a Absatz 1 Nummer 2

Es erfolgt eine Richtigstellung des Verweises auf § 16 Absatz 4, anstelle von Absatz 3. Mit dem Inkrafttreten des Beschlusses zur Überarbeitung der HeilM-RL zum 1. Januar 2022 erfolgte eine Ergänzung in § 16 HeilM-RL und damit eine Änderung der Absatzbezeichnung.

A-2.2 Zu § 7 Absatz 6 und 7

Es handelt sich bei der Änderung um eine Klarstellung: So können bei Versicherten mit einem langfristigen Heilmittelbedarf (vgl. Absatz 6 neu) sowie auch bei Diagnosen, die einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V¹ begründen (vgl. Absatz 7 neu), notwendige Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden.

Zu Absatz 6 Satz 2 (neu) oder zu Absatz 6 Satz 2 (neu) i.V.m. Absatz 7 (neu)

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass eine Abweichung von der im Heilmittelkatalog angegebenen Höchstmenge je Verordnung möglich ist und die orientierende Behandlungsmenge nicht bindend ist. Diese Regelung gilt für die in Absatz 6 und 7 definierten Fallgruppen.

Zu Absatz 7 (neu)

Die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V enthält eine Spalte mit Hinweisen/Spezifikationen. Hier ist u.a. der Zeitraum abgebildet, wie lange nach Akutereignis (z.B. längstens 1 Jahr nach Akutereignis) eine Diagnose als besonderer Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V anerkannt ist. Es finden sich auch weitere medizinische Spezifikationen in dieser Spalte sowie Angaben zu Mindest- oder Höchstalter, die für die Anerkennung eines besonderen Verordnungsbedarfs relevant sind.

Der neue Satz 2 dient der Klarstellung, bei welchen Diagnosen der BVB-Liste ein Verordnungszeitraum für 12 Wochen möglich ist, ohne dass hierbei die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung bindend ist. Eine Verordnung von notwendigen Heilmitteln für eine Behandlungsdauer von

¹ Diese Diagnosen finden sich auf der Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste), die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in bundesweiten Rahmenvorgaben abgeschlossen werden.

bis zu 12 Wochen kann für alle ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen, ausgestellt werden. Hinweise zu Akutereignis oder weitere medizinische Spezifikationen sind für die Ausstellung einer Heilmittelverordnung für einen Zeitraum von 12 Wochen nicht bindend. Einzige Ausnahme stellen hier ICD-10-Codes dar, bei denen ein Mindest- oder Höchstalter in der Spalte Hinweis/Spezifikation vereinbart ist. In diesen Fällen ist eine Verordnung für einen Zeitraum von 12 Wochen nur möglich, wenn sich die Patientin oder der Patient in der angegebenen Altersspanne befindet. Bei Patientinnen und Patienten, die das angegebene Alter unter- oder überschreiten, ist wiederum die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung bindend.

Zu Satz 3

Satz 3 dient der Klarstellung, dass für das Vorliegen eines Alterskriteriums der Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung (Verordnungsdatum) maßgeblich ist.

A-2.3 Zu § 12 Absatz 6

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass Maßnahmen der Massagetherapie gemäß § 18 Absatz 2 Nummer 1 bis 6 und standardisierte Heilmittelkombinationen gemäß § 25 regelhaft auf 12 Einheiten im Verordnungsfall begrenzt sind, sofern im Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt ist. Folglich gilt diese Begrenzung auch in den Fällen, in denen eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht (vgl. § 7 Absatz 6 und 7). Dies gilt bei einem individuell durch Krankenkassen genehmigten langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8 Absatz 3 HeilM-RL sowie bei Diagnosen der Anlage 2 HeilM-RL. Ebenfalls gilt dies bei ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen, der ggf. einer Altersbeschränkung unterliegt. Mit Blick auf die Vorgaben des Heilmittelkatalogs besteht zum Beispiel eine Begrenzung der Verordnungsmenge auf 12 Einheiten im Verordnungsfall für die Diagnosegruppe „EX“. Die Begrenzung gilt beispielsweise nicht für die Diagnosegruppe AT oder SO1.

A-2.4 Zur redaktionellen Änderung im Heilmittelkatalog

Des Weiteren erfolgte im Heilmittelkatalog im Kapitel Maßnahmen der Physiotherapie in der Diagnosegruppe chronifiziertes Schmerzsyndrom eine Richtigstellung der Bezeichnung einer Beispieldiagnose.

Ebenfalls erfolgte eine Anpassung der Buchstabenkodierung der Leitsymptomatik zur Diagnosegruppe Unguis Incarnatus Stadium 2 oder 3 (UI2). Im Heilmittelkatalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefasst. Den Diagnosegruppen sind die jeweiligen Leitsymptomatiken in Form von funktionellen oder strukturellen Schädigungen zugeordnet. Die Diagnosegruppe und die Leitsymptomatik ergeben zusammen die ordnungsrelevante Indikation. Die Systematik der HeilM-RL sieht in der Spalte Leitsymptomatik immer eine fortlaufende buchstabenkodierte Aufzählung beginnend mit dem Buchstaben a) vor (vgl. § 4 HeilM-RL i. V. m. § 13 Buchstabe I HeilM-RL). Der Beginn mit dem Buchstaben b) ist von der Systematik der Heilmittel-Richtlinie nicht vorgesehen. Es handelt sich daher um eine redaktionelle Änderung.

A-2.5 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation (ZD) bzw. Abschlussbericht in Abschnitt B dokumentiert. Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Ziffer B 5.1 ZD bzw. Abschlussbericht).

A-3 Bürokratiekostenermittlung

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

A-4 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
01.06.2022	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo) über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen
24.08.2022	UA VL	Mündliche Anhörung
02.11.2022	UA VL	Abschließende Beratung über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Klarstellungen in § 7, § 12 Absatz 6 sowie im Heilmittelkatalog und weitere Änderungen
17.11.2022	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Klarstellungen in § 7, § 12 Absatz 6 sowie im Heilmittelkatalog und weitere Änderungen
02.01.2023		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
20.01.2023		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
21.01.2023		Inkrafttreten

A-6 Beschluss

Veröffentlicht im BAnz am 20. Januar 2023, AT 20.01.2023 B2

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Klarstellung in den §§ 7, 12 Absatz 6 sowie im Heilmittelkatalog und weitere Änderungen

Vom 17. November 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. November 2022 beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie in der Fassung 20. Januar 2011/19. Mai 2011 (BAnz. S. 2247), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 15. September 2022 (BAnz AT 08.12.2022 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. In § 2a Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.

2. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Abweichend von Absatz 5 gilt für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 8, dass die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können. Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung und die orientierende Behandlungsmenge sind hierbei nicht bindend. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Frequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12-Wochen-Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung unter Beachtung des § 16 Absatz 4 ihre Gültigkeit.“

b) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Die Vorgaben des Absatz 6 gelten ebenso für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen. Sieht die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V Hinweise und Spezifikationen (z. B. Akutereignis) vor, sind diese mit Ausnahme der Alterskriterien nicht bindend für die Bemessung der Behandlungseinheiten je Verordnung. Maßgeblicher Zeitpunkt für das Vorliegen eines Alterskriteriums ist der Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung.“

3. Dem § 12 Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Begrenzung nach Satz 1 gilt auch in den Fällen, in denen gemäß § 7 Absatz 6 oder Absatz 7 eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht.“

II. Der Zweite Teil der Heilmittel-Richtlinie – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (Heilmittelkatalog) wird wie folgt geändert:

1. In Abschnitt I, Maßnahmen der Physiotherapie, Nummer 1 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, Zeile CS, Spalte Diagnosegruppe, werden die Wörter „Chronisches

Regionales Schmerzsyndrom“ durch die Wörter „Komplexes regionales Schmerzsyndrom“ ersetzt.

2. In Abschnitt II, Maßnahmen der Podologischen Therapie, Nummer 2 Nagelkorrekturspangen bei Unguis Incarnatus, Zeile UI2, Spalte Leitsymptomatik, wird der Buchstabe „b)“ durch den Buchstaben „a)“ ersetzt.

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

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

Berlin, den 17. November 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

A-7 Prüfung durch das BMG



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

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

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 191, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 2. Januar 2023
AZ 213 - 21432 - 02

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 17. November 2022
hier: **Änderung der Heilmittel-Richtlinie:**
Klarstellungen in § 7, § 12 Absatz 6 sowie im Heilmittelkatalog und weitere
Änderungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 17. November 2022 über eine
Änderung der Heilmittel-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. Dr. Josephine Tautz

Ausgefertigt

C. Schöne

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

Oranienburger Tor
Friedrichstraße

B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 1. Juni 2022 folgenden Organisationen für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt:

- Bundesärztekammer (gem. § 91 Abs. 5 SGB V)
- Bundespsychotherapeutenkammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) (gemäß § 91 Absatz 5a SGB V)
- Organisationen der Leistungserbringer (gem. § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V):
 - o Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
 - o Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)
 - o Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)
 - o Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst- Andersen e. V. (dba)
 - o LOGO Deutschland e.V. Selbstständige in der Logopädie
 - o Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.
 - o Verband der deutschen Podologen e. V. (VDP)
 - o Bundesverband für Podologie e.V.
 - o Deutscher Verband für Podologie e.V. (ZFD)
 - o Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)
 - o BerufsVerband Oecotrophologie e.V. (VDOE)
 - o Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)
 - o Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungs-berater (QUETHEB)
 - o VDB-Physiotherapieverband e.V. (gem. 1. Kapitel § 8 Abs. 2 S. 1 lit. a) Verfo)

B-2 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

B-2.1 Beschlussentwurf

Stand: 01.06.2022



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:
Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie in der Fassung 20. Januar 2011/19. Mai 2011 (BAnz S. 2247), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom TT. Monat Jahr (BAnz AT TT.MM.JJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
 1. In § 2a Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.
 2. In § 3 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 3a eingefügt:

„¹Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] erfolgen, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.

GKV-SV, KBV	DKG, PatV
² Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte	
und die ordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit	
der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen ordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt	
sind und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der [KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] nicht ausschließt.	ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der ordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.
GKV-SV, KBV	
³ Die erstmalige Verordnung in einem Ordnungsfall kann nicht mittelbar persönlich im Rahmen einer [GKV-SV: Videosprechstunde/KBV: Fernbehandlung] erfolgen.	

^{3/4}Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen. ^{4/5}Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] aufzuklären. ^{5/6}Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] besteht nicht.

GKV-SV
<p>⁷Die Ausstellung von weiteren Verordnungen gemäß § 6a Absatz 2 Satz 1 nach einem vorherigen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt ist ausnahmsweise zulässig, wenn die Verordnerin oder der Verordner den aktuellen Gesundheitszustand bereits im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist.</p>

“

3. § 7 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung ist nicht bindend.“
- b) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Die Sätze 1 und 2 gelten ebenso für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe, die einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen.“
- c) Im neuen Satz 4 wird das Wort „ebenfalls“ gestrichen.
- d) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
„Sieht die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V das Kriterium Akutereignis oder weitere Hinweise und Spezifikationen vor, sind diese hingegen nicht bindend.“
- e) Im neuen Satz 8 werden die Wörter „zu berücksichtigen“ durch das Wort „bindend“ ersetzt.

4. § 12 Absatz 6 werden folgende Sätze angefügt:

„Eine Begrenzung auf 12 Einheiten je Verordnungsfall gilt auch in den Fällen, in denen eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht (vergleiche § 7 Absatz 6). Dies gilt bei einem individuell durch Krankenkassen genehmigten langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8 Absatz 3 sowie bei Diagnosen der Anlage 2. Ebenfalls gilt dies für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen, der gegebenenfalls einer Altersbeschränkung unterliegt.“

- II. Im Zweiten Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog, Abschnitt I, Maßnahmen der Physiotherapie, Nummer 1 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, Zeile CS, Spalte Diagnosegruppe werden die Wörter „Chronisches Regionales Schmerzsyndrom“ durch die Wörter „Komplexes regionales Schmerzsyndrom“ ersetzt.
- III. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-2.2 Tragende Gründe

Stand: 01.06.2022
A= Position DKG, PatV und KBV
B = Position GKV-SV



Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:
Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung
und weitere Änderungen

Vom XX. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 Ärztliche Fernbehandlung	2
2.2 Weitere Änderungen.....	7
3. Würdigung der Stellungnahmen	9
4. Bürokratiekostenermittlung	9
5. Verfahrensablauf	9
6. Fazit	9

A= Position DKG, PatV und KBV
B = Position GKV-SV

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Ärztliche Fernbehandlung

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in Erfurt hat durch Änderung der Muster-Berufsordnung (MBO) für Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit einer ausschließlichen Fernbehandlung eröffnet. In der Folge ist es zu einer sukzessiven Lockerung des Fernbehandlungsverbots in den Berufsordnungen der Ärztekammern gekommen.

Durch die Änderung der Musterberufsordnung für Psychotherapeuten beim 33. Deutschen Psychotherapeutentag am 17. November 2018 in Berlin wurde eine Entscheidung zur psychotherapeutischen Fernbehandlung getroffen, die die bisherige Regelung in § 5 Absatz 5 der Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dass eine Behandlung über elektronische Kommunikationsmedien nur in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden darf, lockerte. Demnach sind psychotherapeutische Behandlungen grundsätzlich über elektronische Kommunikationsmedien möglich. Insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Relevanz der ärztlichen Fernbehandlung und der Lockerung der einschlägigen berufsrechtlichen Vorgaben sieht der G-BA einen Regelungsbedarf hinsichtlich der Möglichkeit einer Verordnung im Rahmen einer Fernbehandlung. Mit der nun getroffenen Regelung greift der G-BA die in der MBO-Ä sowie MBO-PT normierten Vorgaben auf und trägt ihnen Rechnung.

PatV und DKG
Dabei berücksichtigt der G-BA die bisherigen Praxis auf Basis der geltenden Regelung des § 15 Absatz 2 BMV-Ä, wonach Verordnungen von der Vertragsärztin oder vom Vertragsarzt nur ausgestellt werden, wenn er oder sie sich persönlich von dem Krankheitszustand der Patientin oder des Patienten überzeugt hat oder wenn ihr oder ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist, wovon nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden darf.

In § 3 wurde ein neuer Absatz 3a aufgenommen, welcher die Besonderheiten im Zusammenhang mit einer Fernbehandlung regelt. Danach ist die Verordnung von Heilmitteln, soweit dies im jeweiligen Fall vertretbar ist, mittelbar persönlich im Rahmen der [A:] Fernbehandlung / [B:] Videosprechstunde möglich.

A= Position DKG, PatV und KBV
 B = Position GKV-SV

Zu dem Begriff [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<p>Eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung erfolgt grundsätzlich per Videosprechstunde und ist in bestimmten Fällen auch nach telefonischer Konsultation möglich. Bei der Wahl des Mediums ist zu beachten, dass die Fernbehandlung nach telefonischer Konsultation im Gegensatz zur Videosprechstunde weiteren Einschränkungen unterliegt, da insbesondere visuelle Eindrücke fehlen.</p> <p>Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bzw. die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut - nachfolgend bezeichnet als Verordnerin oder Verordner - kann eine Fernbehandlung nur vornehmen, wenn dies vertretbar ist. Die Prüfung liegt damit in der Verantwortung der Verordnerin bzw. des Verordners. Zu beachten ist, dass die technischen Voraussetzungen sowie die Nutzungskompetenzen für eine Videosprechstunde sowohl beim Verordner oder der Verordnerin als auch bei den Patientinnen und Patienten vorhanden sein müssen. Nicht nur ältere Menschen, sondern auch Menschen mit Behinderungen haben vielfach kein ausreichendes Wissen für Hardware und Software, um eine Videosprechstunde wahrnehmen zu können.</p> <p>Insbesondere für diese Patientinnen und Patienten kann sich die Möglichkeit von Verordnungen nach telefonischer Konsultation bei folgenden Konstellationen ergeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es handelt sich um Erkrankungen, bei denen von vornherein mehrere Verordnungen in Folge im ärztlichen Behandlungsplan vorgesehen sind und eine zwischenzeitliche unmittelbar persönliche Kontrolle nicht erforderlich ist. - Die Beförderung in die Praxis zur persönlichen Vorstellung ist mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden oder 	<p>Soweit Heilmittelverordnungen im Rahmen der Fernbehandlung ausgestellt werden, kann dies grundsätzlich nur per Videosprechstunde erfolgen. Für die Verordnung von Heilmitteln ist ärztlicherseits ein exakter Befund zu den funktionellen-strukturellen Schädigung zu erheben. Vor weiteren Verordnungen ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist (vgl. § 6a HeilM-RL). Die Verordnerin oder der Verordner muss sich vor jeder Verordnung vom Zustand der oder des Versicherten überzeugen (vgl. § 3 Absatz 3 HeilM-RL).</p> <p>Hierzu ist mindestens eine visuell-auditive Übertragung erforderlich, da allenfalls unter Einsatz visueller und auditiver Wahrnehmung eine ausreichende diagnostische Sicherheit zur Erkennung der vorliegenden Schädigungen gewährleistet werden und eine angemessene medizinisch-therapeutische Einordnung erfolgen kann. So ist es beispielsweise anhand einer rein sprachlichen, und damit nur auditiv wahrnehmbaren Schilderung von Schmerzen im Bereich des Rückens durch eine Versicherte oder einen Versicherten mit bekannten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule nicht sicher möglich abzugrenzen, ob es sich um unspezifische Rückenschmerzen im Wege der vorbekannten degenerativen Veränderungen handelt oder um spezifische Rückenschmerzen mit entsprechender Ausstrahlung als Hinweise auf eine radikuläre Schädigung.</p> <p>Eine Schmerzausstrahlung könnte per Videoübermittlung zusätzlich bildlich demonstriert und somit ggf. eine erforderliche unmittelbar persönliche Untersuchung sowie weitere Diagnostik veranlasst werden.</p> <p>Ähnliches gilt beispielsweise auch für chronische Schwindelpatientinnen und -patienten und die rechtzeitige Diagnose eines leichten</p>

A= Position DKG, PatV und KBV
 B = Position GKV-SV

KBV, DKG, PatV	GKV-SV
<p>ist aus gesundheitlichen Gründen oder wegen Verhaltensauffälligkeiten (vorliegende Behinderung, Demenz etc.) nicht oder nur unter hohem Aufwand (kostenintensive Krankenbeförderung) möglich, so dass die unmittelbar persönlichen Vorstellungen begrenzt und so gering wie möglich gehalten werden sollen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine unmittelbar persönliche Behandlung ist wegen einer zusätzlichen interkurrenten Erkrankung der Patientin oder des Patienten nicht möglich. <p>Letztlich ist die Entscheidung, ob im Rahmen einer telefonischen Konsultation die Identität zweifelsfrei festgestellt werden kann und darüber, ob die Voraussetzungen für das gewählte Kommunikationsmittel vorliegen, mithin auch über Telefon verordnet werden kann, oder ob auf Video als Kommunikationsmittel oder zum unmittelbar persönlichen Kontakt zu wechseln ist, durch die Verordnerin oder den Verordner zu treffen.</p>	<p>Schlaganfalles, der häufig einem schweren Schlaganfall vorausgeht.</p> <p>Das Erkennen subtiler Symptome sowie des Ausmaßes der funktionellen oder strukturellen Schädigungen erfordert schon mittels Videoübertragung eine hohe klinische Expertise der Verordnerin oder des Verordners, ist aber ausschließlich nach eigenanamnestischen Angaben und auditiven Wahrnehmungsmöglichkeiten nicht mit der erforderlichen Patientensicherheit zu gewährleisten.</p>

Zu Satz 1

Verordnungsberechtigt für Leistungen von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung sind gemäß § 1 Absatz 1 HeilM-RL Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten für Ergotherapie nach Maßgabe des § 35 Absatz 4 HeilM-RL.

Dem entsprechend entscheidet die Verordnerin oder der Verordner aus ärztlicher Sicht oder aus psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der jeweiligen berufsrechtlichen Vorgaben für Ärztinnen und Ärzte¹ bzw. für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten² über die Vertretbarkeit einer Verordnung im Rahmen der [A:] Fernbehandlung / [B:] Videosprechstunde. Die aktuellen berufsrechtlichen Vorgaben gehen jeweils vom Grundsatz der Behandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt zur Versicherten oder zum Versicherten aus.

Der Begriff „vertretbar“ beinhaltet bereits die Beachtung von berufsrechtlichen Besonderheiten. Zur Klarstellung wird durch die Formulierung „unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben“ ausdrücklich und ergänzend auf das Berufsrecht Bezug genommen.

¹ (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages vom 5. Mai 2021

² Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Fassung des Beschlusses des 24. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin am 17. Mai 2014 geändert mit dem Beschluss des 33. Deutschen Psychotherapeutentages in Berlin am 17. November 2018

A= Position DKG, PatV und KBV
 B = Position GKV-SV

Voraussetzung für die Verordnung von Heilmitteln ist nach § 3 Absatz 3, dass sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) sowie über bisherige Heilmittelverordnungen informiert hat oder ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.

Im Falle der Präsenzbehandlung ist die Patientin oder der Patient unmittelbar, also vor Ort, persönlich anwesend. Der Wortlaut „*persönlich*“ setzt die Anwesenheit der Patientin oder des Patienten in seiner Person voraus. Das bedeutet auch, dass nicht eine andere Person anstelle der oder des Versicherten alleinig anwesend sein kann. Dies gilt gleichermaßen für die Fern- wie für die Präsenzbehandlung. Im Falle der Fernbehandlung ist die oder der Versicherte mittelbar, also

GKV-SV	PatV, DKG und KBV
im Rahmen einer Videosprechstunde per Videoübertragung in Echtzeit	im Rahmen einer Videosprechstunde oder per Telefon

, persönlich anwesend.

Die auch in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie verwendete Formulierung „mittelbar persönlich“ wurde gewählt, weil die ärztliche oder psychotherapeutische Konsultation im Rahmen der [A]: Videosprechstunde oder per Telefon / B): Videosprechstunde nicht vollumfänglich, sondern nur eingeschränkt erfolgen kann. So kann etwa im Rahmen einer Videosprechstunde zwar eine ärztliche oder psychotherapeutische Untersuchung erfolgen, weil akustische und visuelle Eindrücke, Stimme oder Erscheinungsbild durch die Verordnerin oder den Verordner häufig gut beobachtet werden können. Vor allem nonverbale Signale wie Mimik, Gestik und emotionale Präsenz sind aber gegenüber einem unmittelbar persönlichen Kontakt eingeschränkt beurteilbar. Einige Untersuchungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel das Abtasten oder spezifische Funktionstests, sind nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Darüber hinaus wird die [A]: Fernbehandlung / [B]: Videosprechstunde von technischen Faktoren (Übertragungsqualität, Lichtverhältnisse in der Häuslichkeit der Versicherten, Bildqualität) beeinflusst, so dass niemals die gleichen Eindrücke gesammelt werden können, wie es bei einer unmittelbar persönlichen Behandlung der Fall ist. Dies führt dazu, dass die Verordnerin oder der Verordner die Aussagen der oder des Versicherten zur Erkrankung nicht in jedem Einzelfall vollumfänglich überprüfen bzw. nachvollziehen kann.

Die Verordnung kann daher nur dann erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner mit den begrenzten Mitteln der [A]: Fernbehandlung / [B]: Videosprechstunde einen ausreichenden Eindruck vom Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten verschaffen kann, die Erkrankung dies also nicht insbesondere aufgrund ihrer Art oder Schwere ausschließt.

Zu Satz 2

GKV-SV, KBV	PatV, DKG
Die Verordnung kann ferner nur dann mittels Videosprechstunde erfolgen, wenn die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt sind.	Die Verordnung kann ferner nur dann mittels Fernbehandlung erfolgen, wenn die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat. Diese Kenntnis kann auch mittelbar persönlich vorliegen, d.h. dass die Verordnerin oder der Verordner beispielsweise Befunde von

A= Position DKG, PatV und KBV
 B = Position GKV-SV

GKV-SV, KBV	PatV, DKG
	einer anderen behandelnden Fachärztin oder einem anderen behandelnden Facharzt oder einen Entlassbrief des Krankenhauses erhalten hat, ohne dass die Patientin oder der Patient hierfür unmittelbar persönlich vorstellig werden muss. Darüber hinaus muss die oder der Versicherte der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 33 Absatz 2 und 3 Ärzte-ZV aufgrund früherer Behandlung unmittelbar persönlich bekannt sein, so dass beispielsweise auf die Dokumentation dieser Behandlungen zurückgegriffen werden kann.

Eine Verordnung per [A:] Fernbehandlung / [B:] Videosprechstunde darf nicht durch die Erkrankung, etwa aufgrund ihrer Art und Schwere, ausgeschlossen sein. Die Verordnerin oder der Verordner entscheidet hierüber unter Beachtung ihrer oder seiner ärztlichen oder psychotherapeutischen Sorgfaltspflicht. Die Verordnerin oder der Verordner hat die Grenzen des Beratungs- und Behandlungsgeschehens verantwortungsbewusst zu setzen. Es bedarf in jedem Einzelfall einer umsichtigen Abwägungsentscheidung darüber, ob die Schilderungen der Patientin oder des Patienten im Rahmen der ärztlichen oder psychotherapeutischen Befundung insgesamt ausreichend sind für eine Verordnung im Rahmen der [A:] Fernbehandlung / [B:] Videosprechstunde.

Maßgeblich für diese Abwägungsentscheidung wird unter anderem sein, ob der Verordnerin oder dem Verordner der Zustand der Patientin oder des Patienten aus einer bereits laufenden Behandlung ausreichend bekannt ist, also insbesondere ob es bereits einen unmittelbar persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gab, aufgrund dessen die Verordnerin oder der Verordner bereits Kenntnisse zu wesentlichen Vorbefunden und zum sozialen Umfeld sowie Informationen über den Krankheitsverlauf hat. Weitere Kriterien können die spezifische Symptomatik der Patientin oder des Patienten sowie Art und Schwere der Beschwerden darstellen.

Zu Satz 3 [GKV-SV/KBV]

Die Verordnung von Heilmitteln kann gemäß Heilm-RL nur erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind (Heilm-RL § 3 Absatz 3). Ziel ist es, neben der fundierten Einschätzung der zu einer Heilmittelverordnung führenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die für eine effektive Behandlungsplanung erforderlichen Kenntnisse über alltagsrelevante Einschränkungen der Aktivitäten sowie person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu erlangen, denn die Indikation für eine Heilmittel-VO ergibt sich gemäß § 3 Absatz 5 Heilm-RL nur aus dieser Gesamtbetrachtung und Beurteilung heraus. Die notwendige Befunderhebung und Diagnostik, die für die Indikationsstellung einer erstmaligen Heilmittelverordnung erforderlich ist, sind nur durch persönliche Inaugenscheinnahme durch die Ärztin oder den Arzt möglich. So ist beispielsweise auch für die Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung (Videotherapie Heilmittel) geregelt wor-

A= Position DKG, PatV und KBV
B = Position GKV-SV

den, dass die erste Behandlung, die ggf. auch therapeutische Befund- und Diagnostikmaßnahmen enthalten können, sowie regelmäßige Verlaufskontrollen im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen müssen.

Vor diesem Hintergrund kann auch ärztlicherseits eine erstmalige Verordnung im Verordnungsfall nicht mittelbar persönlich im Rahmen einer [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde erfolgen (siehe Satz 3); erneute Verordnungen (Folgeverordnungen) sind hingegen bei Vertretbarkeit im Rahmen einer Videosprechstunde möglich, weil hier gesichert ist, dass die zur Verordnung führende Indikationsstellung einschließlich der erforderlichen Befunderhebung und Diagnostik anlässlich der erstmaligen Verordnung im Rahmen der unmittelbar persönlichen Behandlung durch die Ärztin oder den Arzt erfolgt ist.

Zu Satz 3 [DKG/PatV] bzw. Satz 4 [GKV-SV/KBV]

Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Wege der [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen.

Zu Satz 4 [DKG/PatV] bzw. Satz 5 [GKV-SV/KBV]

Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde aufzuklären.

Zu Satz 5 [DKG/PatV] bzw. Satz 6 [GKV-SV/KBV]

Satz 5/6 stellt klar, dass Versicherte keinen Anspruch auf die Verordnung aufgrund einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Untersuchung im Wege einer [A:] Fernbehandlung /[B:] Videosprechstunde haben.

Zu Satz 7 [GKV-SV]

Satz 7 definiert, dass die Ausstellung von weiteren Verordnungen im Sinne von § 6a Absatz 2 Satz 1 ausnahmsweise auch nach einem diesbezüglich vorherigen telefonischen Kontakt zwischen der oder dem Versicherten sowie der Verordnerin oder dem Verordner im Einzelfall zulässig ist. Voraussetzung ist, dass der Verordnerin oder dem Verordner der aktuelle Gesundheitszustand der oder des Versicherten insbesondere mit Blick auf die bestehenden Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist.

2.2 Weitere Änderungen

Zu § 2a Absatz 1

Es erfolgt eine Richtigstellung des Verweises auf § 16 Absatz 4, anstelle von Absatz 3. Mit dem Inkrafttreten des Beschlusses zur Überarbeitung der HeilM-RL zum 1. Januar 2022 erfolgte eine Ergänzung in § 16 HeilM-RL und damit eine Änderung der Absatzbezeichnung.

A= Position DKG, PatV und KBV
B = Position GKV-SV

Zu § 7 Absatz 6

Zu Satz 2 (neu)

Es handelt sich bei der Änderung um eine Klarstellung: Die Regelungen der HeilM-RL ermöglichen bei Versicherten mit einem langfristigen Heilmittelbedarf sowie auch bei Diagnosen, die einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V³ begründen, eine Abweichung von der geltenden Höchstmenge je Verordnung. So können notwendige Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden.

Zu Satz 5 (neu)

Die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste) nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V enthält eine Spalte mit Hinweisen/Spezifikationen. Hier ist u.a. der Zeitraum abgebildet, wie lange nach Akutereignis (z.B. längstens 1 Jahr nach Akutereignis) eine Diagnose als besonderer Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V anerkannt ist. Es finden sich auch weitere medizinische Spezifikationen in dieser Spalte sowie Angaben zu Mindest- oder Höchstalter, die für die Anerkennung eines besonderen Verordnungsbedarfs relevant sind.

Der neue Satz 5 dient der Klarstellung, bei welchen Diagnosen der BVB-Liste ein Verordnungszeitraum für 12 Wochen möglich ist, ohne die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung zu berücksichtigen. Eine Heilmittelverordnung von 12 Wochen kann für alle ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen, ausgestellt werden. Hinweise zu Akutereignis oder weitere medizinische Spezifikationen sind für die Ausstellung einer Heilmittelverordnung für einen Zeitraum von 12 Wochen nicht zu berücksichtigen. Einzige Ausnahme stellen hier ICD-10-Codes dar, bei denen ein Mindest- oder Höchstalter in der Spalte Hinweis/Spezifikation vereinbart ist. In diesen Fällen ist eine Verordnung für einen Zeitraum von 12 Wochen nur möglich, wenn sich die Patientin oder der Patient in der angegebenen Altersspanne befindet. Bei Patientinnen und Patienten, die das angegebene Alter unter- oder überschreiten, ist die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung bindend.

Zu § 12 Absatz 6

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass Maßnahmen der Massagetherapie gemäß § 18 Absatz 2 Nummer 1 bis 6 und standardisierte Heilmittelkombinationen gemäß § 25 regelhaft auf 12 Einheiten im Verordnungsfall begrenzt sind, sofern im Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt ist. Folglich gilt diese Begrenzung auch in den Fällen, in denen eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht (vgl. § 7 Absatz 6). Dies gilt bei einem individuell durch Krankenkassen genehmigten langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8 Absatz 3 HeilM-RL sowie bei Diagnosen der Anlage 2 HeilM-RL. Ebenfalls gilt dies bei ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen, der ggf. einer Altersbeschränkung unterliegt. Mit Blick auf die Vorgaben des Heilmittelkatalogs besteht zum Beispiel eine Begrenzung der Verordnungsmenge auf 12 Einheiten im Verordnungsfall für die Diagnosegruppe „EX“. Die Begrenzung gilt beispielsweise nicht für die Diagnosegruppe AT oder SO1.

³ Diese Diagnosen finden sich auf der Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe (BVB-Liste), die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in bundesweiten Rahmenvorgaben abgeschlossen werden.

A= Position DKG, PatV und KBV
 B = Position GKV-SV

Zur redaktionellen Änderung im Heilmittelkatalog

Des Weiteren erfolgte im Heilmittelkatalog im Kapitel Maßnahmen der Physiotherapie in der Diagnosegruppe chronifiziertes Schmerzsyndrom eine Richtigestellung der Bezeichnung einer Beispieldiagnose.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[...]

Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel 7 der Tragenden Gründe abgebildet.

4. Bürokratiekostenermittlung

[...]

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
18.03.2021	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens „Verordnung im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung“
TT.MM.JJJJ	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo) über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

6. Fazit

[...]

Berlin, den XX. Monat JJJJ

A= Position DKG, PatV und KBV
B = Position GKV-SV

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-3 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

Organisation	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK)	30.06.2022	
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	20.06.2022	
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	27.06.2022	Verzicht
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)	28.06.2022	
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	30.06.2022	
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	30.06.2022	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafforst-Andersen e.V. (dba)	30.06.2022	
LOGO Deutschland e.V. Selbstständige in der Logopädie	30.06.2022	
Bundesverband für Podologie	26.06.2022	Verzicht
Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.	27.06.2022	

B-4 Schriftliche Stellungnahmen

B-4.1 Eingereichte Stellungnahmen



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL):

Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

Berlin, 30.06.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL): Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 02.06.2022 zur Stellungnahme gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen gebeten.

Hintergrund

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

Geregelt werden soll in dieser Richtlinie die Zulässigkeit von Heilmittelverordnungen im Rahmen von Fernbehandlungen, sowie dass Verordnungen nunmehr in elektronischer Form erfolgen können. Diese Anpassungen beziehen sich nur auf die Verordnung von Heilmitteln per Fernbehandlung und nicht auf die Erbringung von Fernbehandlungen durch niedergelassene Ärzte, insbesondere Fachärzte für Physikalische und rehabilitative Medizin, im Rahmen einer Fernbehandlung, wie beispielsweise Gruppenkrankengymnastik über zertifizierte Praxismitarbeiter.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass mit der Anpassung dieser Richtlinie eine Verordnung mittelbar persönlich im Rahmen der Fernbehandlung erfolgen kann, wenn dies aus ärztlicher Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.

Die Bundesärztekammer empfiehlt, den Begriff „Fernbehandlung“ zu verwenden, da bei Verwendung dieses Begriffs die Nutzung von Video oder Telefon zulässig ist. Bestimmte Patientengruppen, wie z. B. Patienten im höheren Lebensalter oder Menschen mit Behinderungen, sind für eine Fernbehandlung auf einen telefonischen Patienten-Arzt-Kontakt angewiesen, wenn sie Angebote über Video nicht wahrnehmen können.

Im Folgenden wird auf die Formulierungsvorschläge der Heilmittel-Richtlinie eingegangen.

Zu § 3:

Zu den Änderungen in § 3, hier Einfügung Absatz 3a nach Absatz 3 schlägt die Bundesärztekammer folgenden Text vor:

„Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der **Fernbehandlung** erfolgen, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Regelungen vertretbar ist.“

Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte und die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Verordnerin

Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL): Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat, und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.

^{3,4} Sofern die Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen einer **Fernbehandlung** nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der **Fernbehandlung** abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen. ^{4,5} Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der **Fernbehandlung** über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der **Fernbehandlung** aufzuklären. ^{5,6} Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der **Fernbehandlung** besteht nicht.

Eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung erfolgt grundsätzlich per Videosprechstunde und ist in bestimmten Fällen auch bei telefonischer Konsultation möglich.

Nicht nur ältere Menschen, sondern auch Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit chronischen Erkrankungen mit gleichbleibender Funktionsstörung wie Hemiiparese, Post Polio-Syndrom u.v.a. können keine Videosprechstunde wahrnehmen. Insbesondere für diese Patienten kann sich die Möglichkeit von Verordnungen nach telefonischer Konsultation bei folgenden Konstellationen ergeben:

- Es handelt sich um Erkrankungen, bei denen von vornherein mehrere Verordnungen in Folge im ärztlichen Behandlungsplan vorgesehen sind und eine zwischenzeitliche unmittelbar persönliche Kontrolle nicht erforderlich ist.
- Die Beförderung in die Praxis zur persönlichen Vorstellung ist mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden oder ist aus gesundheitlichen Gründen oder wegen Verhaltensauffälligkeiten (vorliegende Behinderung, Demenz etc.) nicht oder nur unter hohem Aufwand (kostenintensive Krankentransporte) möglich, so dass die unmittelbar persönlichen Vorstellungen begrenzt sind und so gering wie möglich gehalten werden sollen.
- Eine unmittelbar persönliche Behandlung ist wegen einer zusätzlichen interkurrenten Erkrankung der Patientin oder des Patienten nicht möglich.



Stellungnahme

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:
Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung
und weitere Änderungen**

20.06.2022

BPTK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
Fax: 030. 278 785 - 44
info@bptk.de
www.bptk.de

Änderung HeilM-RL: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen
Stellungnahme der BptK



Inhaltsverzeichnis

1	Begriff der Fernbehandlung/Videosprechstunde (§ 3 Absatz 3a)	3
2	Voraussetzungen für die Verordnungen im Rahmen einer Fernbehandlung (§ 3 Absatz 3a Satz 2 und 3)	3
3	Ausstellung von Folgeverordnungen nach telefonischem Kontakt	4

Änderung HeilM-RL: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen
Stellungnahme der BptK



1 Begriff der Fernbehandlung/Videosprechstunde (§ 3 Absatz 3a)

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) befürwortet den von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Patientenvertretung (PatV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gewählten Begriff der „Fernbehandlung“ gegenüber dem vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) gewählten Begriff der „Videosprechstunde“.

Begründung:

Bei dem Begriff der Videobehandlung handelt es sich um im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) klar definierte Leistungen, die die Nutzung von telefonischer Kommunikation nicht beinhalten. Da im Entwurf zur Änderung der Richtlinie von allen Bänken die Möglichkeit vorgesehen ist, in begründeten Einzelfällen auch Verordnungen im Rahmen einer telefonischen Konsultation vorzunehmen, erscheint der Begriff der Fernbehandlung deutlich geeigneter, weil dieser sowohl die Kommunikation per Video als auch per Telefon umfasst. Aus diesem Grund sollte aus Sicht der BptK auch der vom GKV-SV vorgeschlagene Satz 7 entfallen (siehe Seite 4).

2 Voraussetzungen für die Verordnungen im Rahmen einer Fernbehandlung (§ 3 Absatz 3a Sätze 2 und 3)

Die BptK schließt sich der Position des GKV-SV und der KBV an, die als Voraussetzung einer Verordnung im Rahmen einer Fernbehandlung festlegt, dass nicht nur die Versicherte*, sondern auch die spezifische Diagnose der Verordner*in unmittelbar persönlich bekannt sein müssen und die erstmalige Verordnung nicht im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen kann.

Begründung:

Die Muster-Berufsordnung (MBO) der Psychotherapeut*innen sieht vor, dass Behandlungen über Kommunikationsmedien unter besonderer Beachtung der Vorschriften der Berufsordnung, insbesondere der Sorgfaltspflichten, zulässig sind. Dazu gehört, dass Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung die Anwesenheit der Patient*in erfordern. Entsprechend dieser Regelung, die den fachlichen Standard in der psychotherapeutischen Versorgung widerspiegelt, erscheint es aus Sicht der BptK erforderlich, dass eine der Verordnung zugrunde liegende Diagnose vorab im unmittelbaren persönlichen Kontakt gestellt werden muss, bevor im weiteren Verlauf der Behandlung eine Verordnung dazu im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen kann. Fachlicher Standard und MBO sehen zudem eine Indikationsstellung im unmittelbaren persönlichen Kontakt vor. Entsprechend erscheint es erforderlich, wie von GKV-SV und KBV in Satz 3 vorgesehen,

Änderung HeilM-RL: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen
Stellungnahme der BPTK



dass die erstmalige Verordnung nicht lediglich mittelbar persönlich im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen kann.

3 Ausstellung von Folgeverordnungen nach telefonischem Kontakt

Die BPTK spricht sich gegen den vom GKV-SV vorgeschlagenen ergänzenden Satz 7 zu § 3 Absatz 3a aus, in dem die Möglichkeit der Ausstellung einer Verordnung nach einem telefonischen Kontakt geregelt werden soll.

Begründung:

Die BPTK begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen eine Folgeverordnung auch im Anschluss an eine telefonische Konsultation auszustellen. Diese Möglichkeit muss jedoch nicht gesondert definiert werden, wenn zuvor bereits einheitlich der Begriff der Fernbehandlung anstatt des Begriffs der Videobehandlung gewählt wurde. Die vorgeschlagene Ergänzung in Satz 7 lässt außerdem offen, ob die in den Sätzen 3/4 und 4/5 definierten grundsätzlichen Anforderungen an das Ausstellen von Verordnungen, sofern sie nicht im unmittelbaren Kontakt erbracht werden, auch für den Fall der telefonischen Konsultation gelten. Die BPTK begrüßt dagegen die einheitliche Definition von Anforderungen an das Ausstellen von Verordnungen, wenn diese nicht im unmittelbaren Kontakt erfolgen, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine Kommunikation per Video oder per Telefon handelt.



Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. Goethestraße 16 47441 Moers www.dbs-ev.de

Gerne nehmen wir zu den geplanten Änderungen wie folgt Stellung:
--

Stellungnahme des dbs		28. Juni 2022
HeilM-RL	Begründung	
	Wir begrüßen die Intention des G-BA, die Verordnungsmöglichkeit im Rahmen einer Fernbehandlung zu schaffen. Die Corona-Sonderregelungen haben gezeigt, dass die Verordnungsmöglichkeiten nach telemedizinischer Behandlung zu einer Erleichterung für alle Beteiligten geführt haben. Eine Einführung dieser Möglichkeit in die Regelversorgung wird daher ausdrücklich befürwortet.	
§ 3 Abs. 3a (neu) Begrifflichkeit Fernbehandlung, Videosprechstunde	In § 16b HeilM-RL ist bereits der Begriff der telemedizinischen Leistung geschaffen und in die HeilM-RL eingeführt worden. Diese Begrifflichkeit ist von den die HeilM-RL konkretisierenden und umsetzenden Verträgen nach § 125 SGB V aufgegriffen und in die Verträge als Begrifflichkeit eingeführt und übernommen worden. Es wird daher angeregt, eine einheitliche Begrifflichkeit in der Heilmittel-RL zu verwenden und nicht einen weiteren Begriff und eine weitere Definition zu schaffen.	



Stellungnahme des dbs	28. Juni 2022
	<p>Der Begriff der telemedizinischen Leistung würde sich auch an dieser Stelle eignen, um eine Behandlung im mittelbaren Kontakt über geeignete Medien durchzuführen.</p> <p>Die behandelnde Vertragsärztin/der behandelnde Vertragsarzt sollte im Einzelfall entscheiden können, welche Möglichkeiten (technisch, gesundheitlich, persönlich) in Abhängigkeit vom jeweiligen Störungsbild geeignet sind.</p> <p>Auch eine Verordnung nach telefonischer Konsultation sollte im Einzelfall möglich sein.</p>
<p>§ 3 Abs. 3a (neu) S. 2</p> <p>S. 3</p>	<p>Die Kenntnis der Diagnose und der Funktionsfähigkeit muss ausreichend sein, um eine Praktikabilität für Patient*innen sicher zu stellen, denen der Gang in die Praxis schwer fällt oder unmöglich ist.</p> <p>Hat die Verordnerin/der Verordner Kenntnis von der verordnungsrelevanten Erkrankung, z.B. durch Berichte zu vorausgehenden Verordnungen oder durch Entlassberichte, dann muss die Verordnungsmöglichkeit auf telemedizinischem Wege möglich sein, um insbesondere im Anschluss an Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements oder bei einer erneuten (Folge-) Verordnung das Aufsuchen der Praxisräume nicht nötig werden zu lassen.</p> <p>Nur so sind die Vorteile gerade für die Patient*innen gegeben, denen der Weg zur Praxis besonders schwer fällt.</p> <p>Es ist nicht ersichtlich, warum die erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall nicht mittelbar persönlich stattfinden kann.</p> <p>Sind die o.g. Voraussetzungen gegeben, dann sollte dies auch z.B. bei einem Wechsel der Diagnosegruppe möglich sein. Auch im Falle eines Wechsels der Verordnerin/des Verordners, der einen neuen Verordnungsfall auslöst, aber eine laufende Heilmittelbehandlung fortführt, ist eine Verordnung im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung zu befürworten.</p>



Stellungnahme des dbs	28. Juni 2022
S. 7	<p>Ein genereller Ausschluss führt zu einer unangemessenen Benachteiligung gerade der Patient*innen, denen der Weg in die Praxis besonders schwer fällt.</p> <p>Es wird befürwortet, dass die Verordnung im Einzelfall auch nach einem vorherigen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt möglich sein soll.</p> <p>Dies ist besonders für erneute (Folge-)Verordnungen und auch für die Versorgung von Patient*innen in Alten- und Pflegeeinrichtungen hilfreich, um eine unterbrechungsfreie Heilmittelversorgung sicher zu stellen.</p> <p>Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Möglichkeit des Eintrags „spätester Behandlungsbeginn bis“ mit der Heilm-RL 2021 entfallen ist, der gerade in der Versorgung von Patient*innen in Pflegeheimen oft genutzt wurde, wenn die Verordnerin/der Verordner bei Hausbesuchen im Heim frühzeitig eine neue Verordnung ausgestellt hat.</p>
§ 7 Abs. 6 S. 2 (neu)	<p>„Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung ist nicht bindend“.</p> <p>Diese Klarstellung ist nicht erforderlich, denn durch die Verwendung des Wortes „Abweichend“ ist dies hinreichend konkretisiert.</p> <p>Es besteht Sorge, dass der Satz isoliert betrachtet wird und auch auf normale Verordnungen (kein langfristiger Heilmittelbedarf, kein besonderer Verordnungsbedarf) angewandt wird. Dadurch würde die Verordnungshöchstmenge überschritten und die Heilmittelerbringer*innen würden einem zusätzlichen Risiko von Verordnungsabsetzungen ausgesetzt.</p>
§ 7 Abs. 6 S. 5 (neu)	<p>Es wird begrüßt, dass die Kriterien Akutereignis und weitere Hinweise und Spezifikationen nicht bindend sind.</p>



Stellungnahme des dbs	28. Juni 2022
	<p>Insbesondere das Kriterium des Akutereignisses hat oft dazu geführt, dass dies als Kriterium für eine generelle Verordnungsmöglichkeit missverstanden wurde.</p> <p>So haben Patient*innen, bei denen das Akutereignis länger zurück lag, häufiger Schwierigkeiten eine neue Heilmittelverordnung zu erhalten, trotz medizinischer Notwendigkeit.</p> <p>Es wird daher begrüßt, dass es keine starre Festlegung mehr geben wird, die als Einschränkung gedeutet werden kann.</p> <p>Unverständlich und auch missverständlich ist jedoch, ob und warum dies für die Altersbeschränkungen bei Verordnungen, die einen besonderen Verordnungsbedarf begründen, weiter gelten soll.</p> <p>Auch die Altersangaben sind in der Diagnoseliste in der Spalte „Hinweise und Spezifikationen“ aufgeführt, so dass nach dem Wortlaut des neuen Satzes 5 nicht klar ist, ob diese bindend sind oder gerade nicht.</p> <p>Dass die Angaben von Mindest- oder Höchstalter wohl nicht erfasst sein sollen, wird erst durch die tragenden Gründe näher erläutert.</p> <p>Wir bitten, auch die Altersangaben als „nicht bindend“ anzusehen, denn auch dies wird häufig als Einschränkung der Verordnungsmöglichkeit missverstanden. Auch hier wäre ein Wegfall der Bindung hilfreich, um die Patientenversorgung zu optimieren.</p> <p>Hilfsweise bitten wir um Ergänzung, dass die Altersbeschränkungen lediglich den besonderen Verordnungsbedarf konkretisieren, normale Verordnungen aber auch außerhalb der Altersbeschränkungen möglich sind.</p> <p>Wir bitten um Veranlassung, dass die Vorgaben an die zertifizierte Arztsoftware, die die Heilmittelverordnungen erstellen, schnellstmöglich an die Änderungen angepasst werden, damit es keine Startschwierigkeiten mit der Neuregelung gibt.</p>



Stellungnahme des dbs		28. Juni 2022
HeilM-RL Zweiter Teil	Es wird auf die Abgabe einer inhaltlichen Stellungnahme zu diesen Änderungen verzichtet. Die geplanten Änderungen betreffen nicht den Heilmittelbereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.	



dbs
RA Volker Gerrlich
Bundesgeschäftsführer



Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	
30.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§3a, Satz 1 Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der Fernbehandlung erfolgen, ...	Der SHV unterstützt hier die von DKG, PatV und KBV vorgebrachte Formulierung Fernbehandlung. Im Vergleich zu der vom GKV-SV vorgebrachte Formulierung Videosprechstunde lässt eine Fernbehandlung offen, welcher Weg einer digitalen Übertragung in der Situation gewählt wird, bzw. aus technischen Gründen in dieser Situation möglich ist.
§3a, Satz 2	Der SHV unterstützt hier den Vorschlag von DKG und PatV. Wenn eine Person den Verordnenden unmittelbar persönlich bekannt ist, kann vorausgesetzt werden, dass Diagnose/n und Beeinträchtigungen bekannt bzw. in der Patientenakte dokumentiert sind.
§3a, Sätze 3/4	Der SHV unterstützt hier die von DKG, PatV und KBV vorgebrachte Formulierung Fernbehandlung. Begründung, siehe unter Satz 1
§7	Den vorgeschlagenen Änderungen in §7 werden seitens des SHV zugestimmt. Die Änderungen sind als unterstützende Klarstellung für die Verordnenden anzusehen.
Mit den beabsichtigten Änderungen im Zweiten Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog, Abschnitt I, Maßnahmen der Physiotherapie, Nummer 1 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, Zeile CS, Spalte Diagnosegruppe sind wir ebenfalls einverstanden.	



Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V. Augustinusstr. 11 a 50226 Frechen www.dbl-ev.de	 Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
--	--

Gern nehmen wir zu den geplanten Änderungen wie folgt Stellung:

Stellungnahme dbl		30.06.2022
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	
Zu § 3 Absatz 3a	Der dbl befürwortet es eine, im Sinne der Patientenversorgung möglichst niederschwellige, Heilmittelverordnung im Wege der Fernbehandlung/Videosprechstunde zu schaffen.	
Zu § 7 Absatz 6	<p>Der dbl begrüßt grundsätzlich die klarstellenden Änderungen in § 7 Absatz 6, die auch der bisherigen Rechtsauffassung des dbl entsprechen.</p> <p>Insbesondere die auf der BVB-Liste enthaltenen Befristungshinweise zum Akutereignis verunsichern die Leistungserbringer*innen (und führen zu zahlreichen Rückfragen an ihren Berufsverband), da die dort genannten Fristen in keiner Weise berechenbar und nachvollziehbar sind.</p> <p>Konsequenter und wirkungsvoller als eine Klarstellung via Heilmittelrichtlinie wäre indes eine Streichung der Befristungshinweise zum Akutereignis aus der BVB-Liste, die an dieser Stelle bei den Beteiligten, KBV und GKV-Spitzenverband, angeregt wird.</p> <p>Im Hinblick auf die Angaben zum Alter und insbesondere zum Höchstalter fehlt überdies eine klarstellende Angabe zu dem für die Altersbestimmung maßgeblichen Zeitpunkt. Da die Abgabe der verordneten Heilmittel sich regelmäßig über mehrere Monate erstreckt, kommt es nicht selten vor, das Patient*innen die Altersgrenze während der laufenden Therapie</p>	

	<p>überschreiten. Hier benötigen die Leistungserbringer Rechtssicherheit im Hinblick auf den Fortgang der Therapie.</p> <p>Nach Auffassung des dbl kann es sich bei dem für die Höchstaltersbestimmung maßgeblichen Zeitpunkt nur um das Verordnungsdatum handeln, sodass die Verordnung gültig bleibt und ordnungsgemäß abgeschlossen werden kann, falls die Patientin oder der Patient vor Behandlungsbeginn oder vor Abschluss der Heilmittelbehandlung die Altersgrenze erreicht.</p> <p>In diesem Zusammenhang drängt sich überdies auch die Frage nach dem Sinn und Zweck der Altersbegrenzungen auf. Evidente Gründe, die für die vorgenommenen Altersbeschränkungen sprechen, sind nicht ersichtlich.</p>
<p>Zu § 12 Absatz 6 Änderungsvorschlag: § 12 Absatz 6 Satz 3 der Entwurfsfassung wird wie folgt gefasst: „Satz 1 gilt auch in Fällen, in denen eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht (vergleiche § 7 Absatz 6).“</p>	<p>Der § 12 Absatz 6 Satz 3 wird der beabsichtigten Klarstellungsfunktion in der Entwurfsfassung nicht gerecht.</p> <p>Nach dem Wortlaut der Sätze 3 ff. kann die Rechtsnorm auch dahingehend verstanden werden, dass die Mengenbegrenzung von 12 Einheiten für ALLE 12-Wochen-Verordnungen, mithin also auch für die nicht unter § 18 Absatz 2 Nr. 1-6 fallenden, gilt.</p> <p>Verstärkt wird die Unklarheit überdies noch durch den in Klammern gesetzten Verweis auf § 7 Absatz 6.</p> <p>Denn dort wurde in der Entwurfsfassung des § 7 Abs. 6 Satz 3 die –in der Entwurfsfassung zu § 12 Abs. 6 Satz 3 fehlende– klarstellende Bezugnahme auf die vorangehenden Sätze („Die Sätze 1 und 2 gelten Dies gilt ebenso...“) neu eingefügt.</p> <p>Eine solche Bezugnahme fehlt hier indes.</p> <p>Bleibt es bei der Entwurfsfassung, ist zu befürchten, dass es aufgrund der „klarstellenden“ Neufassung bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Ordnungsbedarf und langfristigem Heilmittelbedarf zu einer Verunsicherung der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Bezug auf die ordnungsfähigen Mengen kommt und das Gegenteil der beabsichtigten Wirkung erzielt wird.</p>


Kern

Deutscher Bundesverband
 für Logopädie e.V. (dbl)
 Frauke Kern

Mitglied im Bundesvorstand,
Interessenvertretung Freiberufler



Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	
Holstenwall 12 20355 Hamburg www.dba-ev.de	
30.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
ERSTER TEIL HeilM-RL	
<p> § 3 Absatz 3a Satz 1 zu streichen: Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der [DKG, PatV, KBV: Fernbehandlung/GKV-SV: Videosprechstunde] erfolgen, ... und zu ersetzen durch: Telemedizinische Sprechstunde (TMS) </p>	<p> Der Begriff Fern-Behandlung erweckt einen Eindruck, der nicht erfüllt werden soll/kann. Bei dem Kontakt per Video gemäß § 3 HeilM-RL handelt es sich nicht um eine Behandlung aus der Ferne wie zum Beispiel eine Fern-OP/Telechirurgie per Computersoftware, auch nicht um Diagnostik oder ärztliche bzw. psychotherapeutische Therapie, sondern ausschließlich um die Verordnung eines Heilmittels auf Grundlage der der Verordnerin oder dem Verordner unmittelbar persönlich und hinreichend bekannten Diagnose. </p> <p> Die in § 3a beschriebenen Leistungen weisen primär die Merkmale einer Sprechstunde auf und nicht die einer Behandlung. Die Behandlung gemäß HeilM-RL erfolgt dann durch die Heilmittelerbringerin oder den Heilmittelerbringer auf Grundlage dieser Verordnung. </p> <p> Um die unmittelbar persönliche und hinreichende ärztliche bzw. psychotherapeutische Diagnose gewährleisten zu können, muss die ärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung jederzeit auch im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes in den Praxisräumen der Verordnerin oder des Verordners durchgeführt bzw. fortgeführt werden können. Das kann ein Kontakt über eine große räumliche Distanz, also aus der Ferne, nicht sicherstellen. Sollte der persönliche Kontakt aber notwendig sein/werden, würden Patientinnen oder Patienten dann vermutlich eher zur Ärztin oder zum Arzt bzw. zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten in der Nähe </p>




Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	
Holstenwall 12 20355 Hamburg www.dba-ev.de	
30.06.2022	
	gehen, was Ärzt hopping , wieder einen neuen Verordnungsfall und Kostensteigerung auslösen würde. Aus diesen Gründen sollte die in § 3 HeilM-RL beschriebene Möglichkeit des „mittelbaren“ Kontakts nicht zu hohe und unerfüllbare Erwartungen wecken bzw. nicht irreführend als Fern-Behandlung bezeichnet werden. Fazit: Es ist sinnvoll, den in der HeilM-RL bereits verwendeten Begriff „Telemedizinische Leistungen“ (TML) zu adaptieren und Telemedizinische Sprechstunde (TMS) zu verwenden.
§ 3 Absatz 3a Satz 2 Entwurf DKG und PatV wird abgelehnt: dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt	Die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 3 HeilM-RL für die Verordnung von Heilmitteln gehen über die bloße Kenntnis von der verordnungsrelevanten Erkrankung hinaus: Danach kann eine Verordnung nur erfolgen, wenn sich die Verordnerin oder der Verordner von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt und diesen dokumentiert hat. Gemäß § 3 Absatz 5 HeilM-RL sind für die Indikation neben der Diagnostik auch die Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren einzubeziehen. Auch das erfordert den unmittelbaren und persönlichen Kontakt, was ebenso Satz 4/5 des Beschlussentwurfs deutlich benennt: „die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung.“
§ 3 Absatz 3a Satz 3 wird zugestimmt	Gemäß § 6a HeilM-RL ist vor der erstmaligen Verordnung die Diagnostik durch die Verordnerin oder den Verordner notwendig. In § 3 Absatz 3a Satz 4/5 des Beschlussentwurfs wird deutlich darauf hingewiesen, dass der Kontakt per Video nur „eingeschränkte Möglichkeiten“ zulässt. Fazit:




Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	
Holstenwall 12 20355 Hamburg www.dba-ev.de	
30.06.2022	
	Dem entsprechend erfordert eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln im Sinne § 1 Absatz 1 HeilM-RL zumindest für die erstmalige Verordnung eines Verordnungsfalles im Sinne § 7 Absatz 1 HeilM-RL den unmittelbaren Kontakt von Verordnerin oder Verordner mit Patientin oder Patient im Rahmen einer Sprechstunde in Präsenz.
§ 3 Absatz 3a Satz 7 wird zugestimmt	Das trifft insbesondere auf fortlaufende Verordnungen für Dauerpatientinnen oder Dauerpatienten zu, die der Verordnerin oder dem Verordner bereits hinlänglich - zum Teil über Jahre - bekannt sind.
§ 7 Absatz 6 Satz 2 zu streichen: Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung ist nicht bindend. und zu ersetzen durch: Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung bei langfristigen Heilmittelbedarf und besonderen Verordnungsbedarf darf überschritten werden.	Der Vorschlag dient der Klarstellung, dass diese Vorgabe nicht auf alle Verordnungsarten zu übertragen ist. Denn es ist aus der Erfahrung heraus zu befürchten, dass im Praxisalltag das Satzfragment „Höchstmenge ist nicht bindend“ nur allzu leicht bei den normalen Verordnungen zu falschen Verordnungsmengen führen kann.
ZWEITER TEIL HeilM-RL	Auf die Abgabe einer inhaltlichen Stellungnahme wird verzichtet. Die geplanten Änderungen betreffen nicht den Heilmittelbereich der „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ (SSST).



Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

 <small>Selbstständige in der Logopädie e.V.</small>	
30.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><u>§ 7 (6) Satz 4:</u></p> <p>Sofern dieser einer Altersbeschränkung unterliegt, ist das Alter der Versicherten ebenfalls maßgeblich bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.</p>	<p>Diese Formulierung lässt Interpretationen zu, wann eine solche Verordnung gültig ist und/oder wie lange diese Gültigkeit hat.</p> <p>Damit erhöht sich der bürokratische Aufwand zur Prüfung für alle Beteiligten: Ärztinnen und Ärzte, Zugelassene Leistungserbringerinnen und -erbringer sowie Krankenkassen.</p> <p>Ziel sollte jedoch immer „Bürokratieabbau“ sein.</p>
<p><u>§ 7 (6) Satz 4 Änderungsvorschlag:</u></p> <p>Sofern dieser einer Altersbeschränkung unterliegt, ist das Alter der Versicherten zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung ebenfalls maßgeblich bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.</p>	<p>Die Festlegung des Alters der Versicherten „zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung“ gibt sowohl verordnenden Ärztinnen und Ärzten als auch den Leistungserbringenden im Heilmittelbereich Sicherheit für eine vertragsgerechte Leistungsabgabe.</p> <p>Prüfungen aller Beteiligten (Ärztinnen und Ärzte, Zugelassene Leistungserbringerinnen und -erbringer sowie Krankenkassen) können sich in diesem Punkt auf das Geburtsdatum der Versicherten beschränken.</p> <p>Das wäre unbürokratisch, leicht, klar und unmissverständlich.</p>
<p><u>§ 7 (6) Satz 5:</u></p> <p>Sieht die Diagnoseliste über besondere Ordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V das Kriterium Akutereignis oder weitere Hinweise und</p>	<p>Dieser Satz ist für Lesende nur sehr schwer verständlich.</p> <p>Er sagt u.E. aus, dass, sofern der besondere Ordnungsbedarf z.B. an eine Altersgrenze oder an ein Akutereignis anknüpft, die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt nicht mehr für einen</p>




	
30.06.2022	
<p>Spezifikationen vor, sind diese hingegen nicht bindend.</p>	<p>zwölfwöchigen Zeitraum verordnen kann, wenn die Altersgrenze oder das Akutereignis in diesen Zeitraum fällt.</p> <p>Das würde bedeuten, dass Ärztinnen und Ärzte ab Woche 11 Tag 6 VOR diesem Datum (Geburtstag, Akutereignis) keine entsprechende Verordnung für einen 12-Wochen-Bedarf mehr ausstellen dürfen.</p> <p>Tun sie es dennoch, hat dies zwar keine unmittelbaren negativen Folgen für deren Praxis, aber ebensolche für Leistungserbringende und Versicherte:</p> <p>Zugelassene Leistungserbringerinnen und -erbringer müssen Verordnungen vor der Annahme auf Richtigkeit und Vollständigkeit prüfen. Die Prüfung wird aufwändig:</p> <p>Daten von Akutereignissen müssen korrekt recherchiert werden. Die Rückrechnung auf 12 Wochen vor dem Ereignis kostet ebenso Zeit wie die nachfolgenden, erforderlichen Verordnungskorrekturen seitens der Arztpraxen.</p> <p>Auch hier entsteht – anstatt eines Bürokratieabbaus – ein bürokratischer Mehraufwand für alle Beteiligten, am meisten aber zu Lasten der Heilmittelpraxen aufgrund der umfangreichen Prüfpflicht und der Korrekturerfordernisse aufgrund erhöhter Absatzrisiken.</p> <p>In der Folge wird es einfacher sein, ab 3 Monate vor dem Ablauf der Frist (z.B. 1 Jahr nach Akutereignis) oder einer Altersgrenze nur noch Heilmittelverordnungen mit einer Höchstmenge laut Heilmittelkatalog entgegenzunehmen, um eine aufwändige Prüfung der Richtigkeit der Verordnung, die am Ende dennoch erhöhte Absatzrisiken birgt, zu vermeiden.</p> <p>In der Folge stehen <u>mehrere</u> Verordnungen mit einer verordneten Menge laut Heilmittelkatalog <u>einer</u> Verordnung mit der für den 12-Wochenbedarf erforderlichen Anzahl entgegen.</p> <p>Für jede Verordnung, die mehr ausgestellt wird, entstehen allen Beteiligten (Arzt- und Heilmittelpraxen sowie den Versicherten) mehr Aufwand und höhere Kosten.</p>



 Selbstständige in der Logopädie e.V.	
30.06.2022	
	Betroffene Versicherte zahlen im wahrsten Sinne des Wortes einen weiteren Preis: Für sie erhöht sich die Zuzahlung durch eine häufiger anfallende Verordnungsblattgebühr.
§ 7 (6) Satz 5 <u>Änderungsvorschlag:</u> Für besondere Verordnungsbedarfe mit der Spezifikation „längstens (...) nach Akutereignis“ vor, ist das Verordnungsdatum der ersten Heilmittelverordnung zu diesem ICD-10-GM-Code maßgeblich; sofern besondere Verordnungsbedarfe einer Altersbeschränkung unterliegen, ist das Alter der Versicherten zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung maßgeblich.	Diese oder eine ähnliche Formulierung - im ersten Teil zurzeit so bei der KBV auf der Website im Dokument „DIAGNOSELISTE LANGFRISTIGER HEILMITTELBEDARF/BESONDERER VERORDNUNGSBEDARF, STAND: 1. JULI 2021“ zu finden, bringt Klarheit für alle am Prozess Beteiligten: Sie sichert die Versorgung der Betroffenen und minimiert den Prüfungsaufwand mit allen Folgen (Änderungsbedarfe = Aufwand, Zeit, Kosten) für Versicherte, Arzt- und Heilmittelpraxen sowie für Krankenkassen.


Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung und weitere Änderungen

 <p>Wir sind für Sie da!</p> <p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
27.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Vorbemerkung	<p>Wir begrüßen die geplanten Änderungen im Hinblick auf die Modernisierung der Musterberufsordnung der Ärzte und die damit verbundene Sicherstellung der Versorgung von Patient*innen mit notwendigen Heilmitteln.</p> <p>Schon heute gibt es regionale Unterschiede in der Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung. Zukünftig ergeben sich vermutlich noch stärkere Probleme.</p> <p>Die Bertelsmann-Stiftung rechnet damit, dass bis zum Jahr 2035 75 Kreise hausärztlich unterversorgt sind und knapp 11.000 Hausarztsitze (VZÄ) unbesetzt bleiben.</p> <p>Die Verordnung von Heilmitteln praktikabel und möglichst barrierearm zu gestalten, ist vor diesem Hintergrund zu begrüßen.</p>
<p>§ 3 Abs. 3a Satz 1</p> <p>Eine Verordnung kann mittelbar persönlich im Rahmen der Fernbehandlung erfolgen, wenn dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist.</p>	<p>Die Ergänzungen in Satz 1 „unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben“ und „vertretbar“ weisen schon explizit auf die entsprechenden berufsrechtlichen Regelungen hin, die vom Grundsatz der unmittelbar persönlichen Leistungserbringung ausgehen.</p> <p>Mithin gibt es keine erkennbaren Gründe dafür, den Verordnerinnen oder Verordnern die Entscheidungskompetenz abzusprechen, ob im jeweiligen Fall eine telefonische Konsultation zielführend ist.</p> <p>Ergänzend zu den Ausführungen von KBV, DKG und PatV in den tragenden Gründen möchten wir das Beispiel des Umzugs anführen.</p> <p>Wie in unserer Vorbemerkung erwähnt, gibt es bereits heute</p>

 <p>Wir sind für Sie da! Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
27.06.2022	
	<p>regional deutliche Unterschiede in der Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung, sodass im Fall eines Umzugs von Patient*innen die Verordnung mittels telefonischer Konsultation eine sehr niedrigrschwellige Möglichkeit darstellt, um in solchen Überbrückungsphasen eine bereits begonnene Heilmittelversorgung lückenlos weiterzuführen.</p> <p>Insofern stellen wir auch im Weiteren auf den Begriff der Fernbehandlung ab.</p>
<p>§ 3 Abs. 3a Satz 2</p> <p>Voraussetzung hierfür ist insbesondere, dass die oder der Versicherte der Verordnerin oder dem Verordner oder einer anderen verordnungsberechtigten Person derselben Berufsausübungsgemeinschaft unmittelbar persönlich bekannt ist, dass die Verordnerin oder der Verordner von der verordnungsrelevanten Erkrankung Kenntnis hat und dass die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung nicht ausschließt.</p>	<p>Wir folgen hier der Argumentation der DKG und der PatV aber auch der Argumentation des GKV-SV und der KBV, mit der nachfolgenden Begründung:</p> <p>Grundsätzlich stimmen wir zu, dass die erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall unmittelbar persönlich erfolgen sollte.</p> <p>Die Möglichkeit der Verordnung von Heilmitteln über die Fernbehandlung bietet aber auch die Chance, in strukturschwachen ländlichen Gebieten, in denen sich die Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung zunehmend schwieriger darstellt, die Heilmittelversorgung ergänzend zur unmittelbaren persönlichen Konsultation sicherzustellen.</p> <p>Diese Chance der Versorgungssicherung in begründbaren Fällen würden wir ungern durch eine generelle Regelung unterbinden. Wir sehen ausreichend Kompetenz bei den Verordnerinnen und Verordnern individuell im jeweiligen Fall zu entscheiden, ob ein unmittelbarer persönlicher Kontakt erforderlich ist.</p> <p>Wenn die oder der Versicherte der Verordner*in persönlich bekannt ist, so ist es in der Versorgungslogik ebenso schlüssig, dass die Kenntnis über die verordnungsrelevante Erkrankung auch über fachärztliche oder stationäre Befunde mittelbar persönlich vorliegen kann.</p> <p>Hier wäre als Beispiel eine radiologische Abklärung zu nennen, die dann den Verordnungsbedarf konkretisiert oder sogar erst</p>

<p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
27.06.2022	
	auslöst. Dies wäre ein denkbarer Fall, dem mit der Kombination mit dem nachfolgenden Vorschlag zu § 3 Abs. 3a Satz 3 Rechnung getragen werden kann.
<p>§ 3 Abs. 3a Satz 3 (GKV-SV/KBV)</p> <p>Die erstmalige Verordnung in einem Verordnungsfall kann abweichend vom Grundsatz der unmittelbaren persönlichen Konsultation in begründbaren Fällen auch mittelbar persönlich im Rahmen einer Fernbehandlung erfolgen.</p>	<p>Begründung für die Fernbehandlung siehe § 3 Abs. 3a Satz 1.</p> <p>Grundsätzlich halten wir die unmittelbare persönliche Befunderhebung und Diagnostik bei der Erstverordnung für sinnvoll.</p> <p>Ausnahmen im täglichen Versorgungsgeschehen sind ebenso denkbar und sollten nicht durch einen generellen Ausschluss zu restriktiv unterbunden werden.</p> <p>Wie zuvor beschrieben, halten wir die von uns vorgeschlagene Kombination der Sätze 2 und 3 für geeignet, alle relevanten Fälle zu regeln.</p>
<p>§ 3 Abs. 3a Satz 4</p> <p>Sofern der Verordnerin oder dem Verordner eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Fernbehandlung nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Verordnerin oder den Verordner zu verweisen.</p>	<p>Begründung für die Fernbehandlung siehe § 3 Abs. 3a Satz 1</p>

<p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
27.06.2022	
<p>§ 3 Abs. 3a Satz 5</p> <p>Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Fernbehandlung über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung aufzuklären.</p>	<p>Begründung für die Fernbehandlung siehe § 3 Abs. 3a Satz 1</p>
<p>§ 3 Abs. 3a Satz 6</p> <p>Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung besteht nicht.</p>	<p>Begründung für die Fernbehandlung siehe § 3 Abs. 3a Satz 1</p>
<p>§ 3 Abs. 3a Satz 7 (GKV-SV)</p> <p>Streichung</p>	<p>Aus unserer Sicht ist Satz 7 (GKV-SV) überflüssig, da Satz 1 mit dem Bezug auf die berufsrechtlichen Regelungen den Sachverhalt bereits eindeutig regelt.</p>
<p>§ 7 Abs.6 i.V.m. § 12 Absatz 6</p> <p>Querverweis in § 7 Abs. 6 Satz 3(neu)</p> <p>Für die „standardisierte Heilmittelkombination“ und Maßnahmen der Massagetherapie nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 bis 6 gilt weiterhin eine Begrenzung auf 12 Einheiten je Verordnungsfall entsprechend § 12 Abs. 6 Satz 3.</p>	<p>Die Änderung ist aus unserer Sicht die Ausnahme von der Ausnahme und müsste, sofern sie tatsächlich grundsätzlich notwendig ist, einen beiderseitigen Querverweis erhalten.</p> <p>Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob eine Massagetherapie oder eine standardisierte Heilmittelkombination über einen Zeitraum von 12 Wochen unter einer Begrenzung auf 12 Einheiten überhaupt eine denkbare therapeutische Zielerreichung ermöglicht.</p> <p>Da dies in den tragenden Gründen nicht ersichtlich ist, sondern nur auf den Umstand der generellen Begrenzung auf 12 Einheiten abgestellt wird, würden wir uns einen Hinweis in der zusammenfassenden Dokumentation wünschen.</p> <p>Wenn man einen therapeutischen Nutzen in dieser Fragestellung erkennt, – wie es der G-BA an dieser Stelle offensichtlich getan hat – und eine Klarstellung zur</p>

 <p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
27.06.2022	
	grundsätzlichen Regelung beabsichtigt, bleibt die Frage, ob die Umsetzung praktikabel gelungen ist. Hier können wir uns einen zusätzlichen Querverweis in § 7 Abs. 6 vorstellen.

B-5 Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

B-5.1 Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind unter B 4.1 abgebildet.

B-5.1.1 I. Stellungnahmen zum Richtlinienentwurf

B-5.1.1.1 Stellungnahmen zu § 7 Absatz 6

a) Übergreifend

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
1.	SHV	Den vorgeschlagenen Änderungen in §7 werden seitens des SHV zugestimmt. Die Änderungen sind als unterstützende Klarstellung für die Verordnenden anzusehen.		Kenntnisnahme der Zustimmung	Nein
2.	dbl	Der dbl begrüßt grundsätzlich die klarstellenden Änderungen in § 7 Absatz 6, die auch der bisherigen Rechtsauffassung des dbl entsprechen. Insbesondere die auf der BVB-Liste enthaltenen Befristungshinweise zum Akutereignis verunsichern die Leistungserbringer*innen (und führen zu zahlreichen Rückfragen an ihren Berufsverband), da die dort genannten Fristen in keiner Weise berechenbar und nachvollziehbar sind. Konsequenter und wirkungsvoller als eine Klarstellung via Heilmittelrichtlinie wäre indes eine Streichung der Befristungshinweise zum Akutereignis aus der BVB-Liste, die an dieser Stelle bei den Beteiligten, KBV und GKV-Spitzenverband, angeregt wird. Im Hinblick auf die Angaben zum Alter und insbesondere zum Höchstalter fehlt überdies eine klarstellende Angabe zu dem für die Altersbestimmung maßgeblichen Zeitpunkt. Da die Abgabe der verordneten Heilmittel sich regelmäßig über mehrere Monate erstreckt, kommt es nicht selten vor, dass Patient*innen die Altersgrenze während der laufenden Therapie		Kenntnisnahme der Zustimmung Die BVB-Liste liegt in der Zuständigkeit der GKV und KBV.	„Sieht die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V Hinweise und Spezifikationen (z.B. Akutereignis) vor, sind diese mit Ausnahme der Alterskriterien nicht bindend für die Bemessung der Behandlungseinheiten

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
		<p>überschreiten. Hier benötigen die Leistungserbringer Rechtssicherheit im Hinblick auf den Fortgang der Therapie.</p> <p>Nach Auffassung des dbl kann es sich bei dem für die Höchstaltersbestimmung maßgeblichen Zeitpunkt nur um das Verordnungsdatum handeln, sodass die Verordnung gültig bleibt und ordnungsgemäß abgeschlossen werden kann, falls die Patientin oder der Patient vor Behandlungsbeginn oder vor Abschluss der Heilmittelbehandlung die Altersgrenze erreicht.</p> <p>In diesem Zusammenhang drängt sich überdies auch die Frage nach dem Sinn und Zweck der Altersbegrenzungen auf. Evidente Gründe, die für die vorgenommenen Altersbeschränkungen sprechen, sind nicht ersichtlich.</p>		<p>Es ist das Alter zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung maßgeblich. Es erfolgt zur Klarstellung folgende Anpassung im Richtlinien-text:</p>	<p>je Verordnung, sodass auch insoweit die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung überschritten werden kann. Maßgeblicher Zeitpunkt für das Vorliegen eines Alterskriteriums ist der Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung.“</p>

b) Zu Satz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
3.	dbs	„Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung ist nicht bindend“	<p>Diese Klarstellung ist nicht erforderlich, denn durch die Verwendung des Wortes „Abweichend“ ist dies hinreichend konkretisiert.</p> <p>Es besteht Sorge, dass der Satz isoliert betrachtet wird und auch auf normale Verordnungen (kein langfristiger Heilmittelbedarf, kein besonderer Verordnungsbedarf) angewandt wird. Dadurch würde die Verordnungshöchstmenge überschritten und die Heilmittelerbringer*innen würden einem zusätzlichen Risiko von Verordnungsabsetzungen ausgesetzt.</p>	Kenntnisnahme. Der Richtlinienentwurf wird zur Klarstellung entsprechend ergänzt.	„Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung ist <u>hierbei</u> nicht bindend“
4.	dba	<p>§ 7 Absatz 6 Satz 2 zu streichen:</p> <p>Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung ist nicht bindend.</p> <p>und zu ersetzen durch:</p> <p>Die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung <u>bei langfristigen Heilmittelbedarf und besonderen Verordnungsbedarf darf überschritten werden.</u></p>	Der Vorschlag dient der Klarstellung, dass diese Vorgabe nicht auf alle Verordnungsarten zu übertragen ist. Denn es ist aus der Erfahrung heraus zu befürchten, dass im Praxisalltag das Satzfragment „Höchstmeng ist nicht bindend“ nur allzu leicht bei den normalen Verordnungen zu falschen Verordnungsmengen führen kann.	Siehe lfd. Nummer 3	Siehe lfd. Nummer 3

c) Zu Satz 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
5.	BED	<p>§ 7 Abs.6 i.V.m. § 12 Absatz 6</p> <p>Querverweis in § 7 Abs.6 Satz 3 (neu)</p> <p><u>Für die „standardisierte Heilmittelkombination“ und Maßnahmen der Massagetherapie nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 bis 6 gilt weiterhin eine Begrenzung auf 12 Einheiten je Verordnungsfall entsprechend § 12 Abs. 6 Satz 3.</u></p>	<p>Die Änderung ist aus unserer Sicht die Ausnahme von der Ausnahme und müsste, sofern sie tatsächlich grundsätzlich notwendig ist, einen beiderseitigen Querverweis erhalten.</p> <p>Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob eine Massagetherapie oder eine standardisierte Heilmittelkombination über einen Zeitraum von 12 Wochen unter einer Begrenzung auf 12 Einheiten überhaupt eine denkbare therapeutische Zielerreichung ermöglicht.</p> <p>Da dies in den tragenden Gründen nicht ersichtlich ist, sondern nur auf den Umstand der generellen Begrenzung auf 12 Einheiten abgestellt wird, würden wir uns einen Hinweis in der zusammenfassenden Dokumentation wünschen.</p> <p>Wenn man einen therapeutischen Nutzen in dieser Fragestellung erkennt, – wie es der G-BA an dieser Stelle offensichtlich getan hat – und eine Klarstellung zur grundsätzlichen Regelung beabsichtigt, bleibt die Frage, ob die Umsetzung praktikabel gelungen ist. Hier können wir uns einen zusätzlichen Querverweis in § 7 Abs. 6 vorstellen.</p>	<p>Kenntnisnahme, ein Querverweis zur Mengengrenzung im Verordnungsfall hat keinen Sachzusammenhang mit der Höchstmenge je Verordnung.</p> <p>Zu § 12 Absatz 6 siehe auch lfd. Nummer 9.</p> <p>Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss erscheinen ausreichend. Zusätzlich weisen wir auf die Tragenden Gründe des Beschlusses vom 19.09.2019 (Link: Heilmittel-Richtlinie: Änderungen der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs - Gemeinsamer Bundesausschuss.)</p>	Nein

d) Zu Satz 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
6.	LOGO Deutschland	<p>§ 7 (6) Satz 4:</p> <p>Sofern dieser einer Altersbeschränkung unterliegt, ist das Alter der Versicherten ebenfalls maßgeblich bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Sofern dieser einer Altersbeschränkung unterliegt, ist das Alter der Versicherten zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung ebenfalls maßgeblich bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung.</p>	<p>Diese Formulierung lässt Interpretationen zu, wann eine solche Verordnung gültig ist und/oder wie lange diese Gültigkeit hat.</p> <p>Damit erhöht sich der bürokratische Aufwand zur Prüfung für alle Beteiligten: Ärztinnen und Ärzte, Zugelassene Leistungserbringerinnen und -erbringer sowie Krankenkassen.</p> <p>Ziel sollte jedoch immer „Bürokratieabbau“ sein.</p> <p>Die Festlegung des Alters der Versicherten „zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung“ gibt sowohl verordnenden Ärztinnen und Ärzten als auch den Leistungserbringenden im Heilmittelbereich Sicherheit für eine vertragsgerechte Leistungsabgabe.</p> <p>Prüfungen aller Beteiligten (Ärztinnen und Ärzte, Zugelassene Leistungserbringerinnen und -erbringer sowie Krankenkassen) können sich in diesem Punkt auf das Geburtsdatum der Versicherten beschränken.</p> <p>Das wäre unbürokratisch, leicht, klar und unmissverständlich.</p>	Siehe lfd. Nummer 2	Siehe lfd. Nummer 2

e) Zu Satz 5 (neu)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
7.	dbs	<p>Es wird begrüßt, dass die Kriterien Akutereignis und weitere Hinweise und Spezifikationen nicht bindend sind.</p> <p>Insbesondere das Kriterium des Akutereignisses hat oft dazu geführt, dass dies als Kriterium für eine generelle Verordnungsmöglichkeit missverstanden wurde.</p> <p>So haben Patient*innen, bei denen das Akutereignis länger zurücklag, häufiger Schwierigkeiten eine neue Heilmittelverordnung zu erhalten, trotz medizinischer Notwendigkeit.</p> <p>Es wird daher begrüßt, dass es keine starre Festlegung mehr geben wird, die als Einschränkung gedeutet werden kann.</p> <p>Unverständlich und auch missverständlich ist jedoch, ob und warum dies für die Altersbeschränkungen bei Verordnungen, die einen besonderen Verordnungsbedarf begründen, weiter gelten soll.</p> <p>Auch die Altersangaben sind in der Diagnoseliste in der Spalte „Hinweise und Spezifikationen“ aufgeführt, so dass nach dem Wortlaut des neuen Satzes 5 nicht klar ist, ob diese bindend sind oder gerade nicht.</p> <p>Dass die Angaben von Mindest- oder Höchstalter wohl nicht erfasst sein sollen, wird erst durch die tragenden Gründe näher erläutert.</p> <p>Wir bitten, auch die Altersangaben als „nicht bindend“ anzusehen, denn auch dies wird häufig als Einschränkung der Verordnungsmöglichkeit missverstanden. Auch hier wäre ein Wegfall der Bindung hilfreich, um die Patientenversorgung zu optimieren.</p> <p>Hilfsweise bitten wir um Ergänzung, dass die Altersbeschränkungen lediglich den besonderen Verordnungsbedarf konkretisieren, normale Verordnungen aber auch außerhalb der Altersbeschränkungen möglich sind.</p>	<p>Kennntnisnahme der Zustimmung</p> <p>Siehe lfd. Nummer 2</p> <p>Zusätzlich zum Alterskriterium:</p> <p>Das Alterskriterium ist bereits mit den Änderungen der HeilM-RL zum 01.01.2021 bindend, da es anders als die übrigen Nebenbedingungen (Hinweis/ Spezifikation)</p>	<p>der</p> <p>Siehe lfd. Nummer 2</p>	<p>Nein</p> <p>Siehe lfd. Nummer 2</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
		Wir bitten um Veranlassung, dass die Vorgaben an die zertifizierte Arztsoftware, die die Heilmittelverordnungen erstellen, schnellstmöglich an die Änderungen angepasst werden, damit es keine Startschwierigkeiten mit der Neuregelung gibt.		<p>der BVB-Liste (Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen) auf der Verordnung und in der PVS abgebildet ist und somit auch technisch verarbeitet werden kann.</p> <p>Auszug aus den Tragenden Gründen (g-ba.de) zum Beschluss vom 19.09.2019:</p> <p>„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</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
				<p>Verordnung höchsten ausgestellt werden dürfen“</p> <p>Darüber hinaus sind die dort hinterlegten Alterskriterien fachlich- medizinisch begründet. Dies soll hier zur Erläuterung an zwei Beispielen dargestellt werden.</p> <p>Für die Abbildung der geriatrischen Syndrome wurde als Alterskriterium „ab vollendeten 70.Lebensjahr“ als Hinweis/Spezifikation vereinbart. Die Definition der geriatrischen Fachgesellschaften (1) geht von einem geriatrischen Patienten aus, wenn die nachfolgend genannten Charakteristika erfüllt sind:</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>- geriatrietypische Multimorbidität und</p> <p>- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter).</p> <p>(1) In Anlehnung an Konsensus der DGG, der DGGG, der BAG Geriatrie, der Sektion Geriatrie des BDI und zugleich Diskussionsgrundlage der Sektion Geriatrie der Europäischen Fachärztervereinigung.</p> <p>Es gibt eine durch das Kompetenz Centrum Geriatrie geeinte und anerkannte Beschreibung und Definition des geriatrischen Patienten der für unterschiedliche Versorgungsbereiche (KH-Behandlung, Rehabilitation etc.) Gültigkeit hat (siehe z.B. Anlage Gemeinsame</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
				<p>Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation – 01.06.2021 oder BGA Vorsorge und Rehabilitation) Auch dort findet sich grundsätzlich die Angabe: höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter).</p> <p>Bei „Entwicklungsstörungen“ F80.1 und F80.2 Expressive und rezepive Sprachstörung findet sich der Hinweis „bis zum vollendeten 12. Lebensjahr“. Dieses Alterskriterium begründet sich fachlich-medizinisch an den Meilensteinen der Sprach- und Sprechentwicklung. Der Abschluss der primären Phase der verbalen Sprachentwicklung mit Erwerb der umgangssprachlichen Kerngrammatik liegt um</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				den 4.Geburtstag. Die sekundäre Phase erstreckt sich bis zum Alter von 12 Jahren, dem Zeitpunkt der fixierten hirnfunktionellen Dominanz. Aus diesen Erkenntnissen resultiert somit das o.g. Alterskriterium „bis zum vollendeten 12. Lebensjahr.“.	
8.	LOGO Deutschland	<p>§ 7 (6) Satz 5 [BE]:</p> <p>Sieht die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V das Kriterium Akutereignis oder weitere Hinweise und Spezifikationen vor, sind diese hingegen nicht bindend.</p>	<p>Dieser Satz ist für Lesende nur sehr schwer verständlich.</p> <p>Er sagt u.E. aus, dass, sofern der besondere Verordnungsbedarf z.B. an eine Altersgrenze oder an ein Akutereignis anknüpft, die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt nicht mehr für einen zwölfwöchigen Zeitraum verordnen kann, wenn die Altersgrenze oder das Akutereignis in diesen Zeitraum fällt.</p> <p>Das würde bedeuten, dass Ärztinnen und Ärzte ab Woche 11 Tag 6 VOR diesem Datum (Geburtstag, Akutereignis) keine entsprechende Verordnung für einen 12-Wochen-Bedarf mehr ausstellen dürfen.</p> <p>Tun sie es dennoch, hat dies zwar keine unmittelbaren negativen Folgen für deren Praxis, aber ebensolche für Leistungserbringende und Versicherte:</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe lfd. Nummer 2 zu Alterskriterium.</p> <p>Aus der jetzigen Formulierung wird deutlich, dass ein Akutereignis kein bindendes Kriterium darstellt, demzufolge auch keine Prüfung notwendig ist.</p>	<p>Nein</p> <p>Siehe aber lfd. Nummer 2</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Zugelassene Leistungserbringerinnen und -erbringer müssen Verordnungen vor der Annahme auf Richtigkeit und Vollständigkeit prüfen. Die Prüfung wird aufwändig:</p> <p>Daten von Akutereignissen müssen korrekt recherchiert werden. Die Rückrechnung auf 12 Wochen vor dem Ereignis kostet ebenso Zeit wie die nachfolgenden, erforderlichen Verordnungskorrekturen seitens der Arztpraxen.</p> <p>Auch hier entsteht –anstatt eines Bürokratieabbaus– ein bürokratischer Mehraufwand für alle Beteiligten, am meisten aber zu Lasten der Heilmittelpraxen aufgrund der umfangreichen Prüfpflicht und der Korrekturerfordernisse aufgrund erhöhter Absatzrisiken.</p> <p>In der Folge wird es einfacher sein, ab 3 Monate vor dem Ablauf der Frist (z.B. 1 Jahr nach Akutereignis) oder einer Altersgrenze nur noch Heilmittelverordnungen mit einer Höchstmenge laut Heilmittelkatalog entgegenzunehmen, um eine aufwändige Prüfung der Richtigkeit der Verordnung, die am Ende dennoch erhöhte Absatzrisiken birgt, zu vermeiden.</p> <p>In der Folge stehen <u>mehrere</u> Verordnungen mit einer verordneten Menge laut Heilmittelkatalog <u>einer</u> Verordnung mit der für den 12-Wochenbedarf erforderlichen Anzahl entgegen.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
		<p>§ 7 (6) Satz 5 Änderungsvorschlag:</p> <p><u>Für besondere Verordnungsbedarfe mit der Spezifikation „längstens (...) nach Akutereignis“ vor, ist das Verordnungsdatum der ersten Heilmittelverordnung zu diesem ICD-10-GM-Code maßgeblich;</u></p> <p><u>sofern besondere Verordnungsbedarfe einer Altersbeschränkung unterliegen, ist das Alter der Versicherten zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung bei der Bemessung der Höchstverordnungsmenge je Verordnung maßgeblich</u></p>	<p>Für jede Verordnung, die mehr ausgestellt wird, entstehen allen Beteiligten (Arzt- und Heilmittelpraxen sowie den Versicherten) mehr Aufwand und höhere Kosten.</p> <p>Diese oder eine ähnliche Formulierung - im ersten Teil zurzeit so bei der KBV auf der Website im Dokument „DIAGNOSELISTE LANGFRISTIGER HEILMITTELBEDARF/ BESONDERER VERORDNUNGSBEDARF, STAND: 1. JULI 2021“ zu finden, bringt Klarheit für alle am Prozess Beteiligten:</p> <p>Sie sichert die Versorgung der Betroffenen und minimiert den Prüfungsaufwand mit allen Folgen (Änderungsbedarfe = Aufwand, Zeit, Kosten) für Versicherte, Arzt- und Heilmittelpraxen sowie für Krankenkassen.</p>		

B-5.1.1.2 Stellungnahmen zu § 12 Absatz 6

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
9.	dbl	<p>Zu § 12 Absatz 6 Änderungsvorschlag: § 12 Absatz 6 Satz 3 der Entwurfsfassung wird wie folgt gefasst:</p> <p><u>„Satz 1 gilt auch in Fällen, in denen eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht (vergleiche § 7 Absatz 6).“</u></p>	<p>Der § 12 Absatz 6 Satz 3 wird der beabsichtigten Klarstellungsfunktion in der Entwurfsfassung nicht gerecht.</p> <p>Nach dem Wortlaut der Sätze 3 ff. kann die Rechtsnorm auch dahingehend verstanden werden, dass die Mengenbegrenzung von 12 Einheiten für ALLE 12-Wochen-Verordnungen, mithin also auch für die nicht unter § 18 Absatz 2 Nr. 1-6 fallenden, gilt.</p> <p>Verstärkt wird die Unklarheit überdies noch durch den in Klammern gesetzten Verweis auf § 7 Absatz 6.</p> <p>Denn dort wurde in der Entwurfsfassung des § 7 Abs. 6 Satz 3 die –in der Entwurfsfassung zu § 12 Abs. 6 Satz 3 fehlende- klarstellende Bezugnahme auf die vorangehenden Sätze („Die Sätze 1 und 2 gelten Dies gilt ebenso...“) neu eingefügt.</p> <p>Eine solche Bezugnahme fehlt hier indes.</p> <p>Bleibt es bei der Entwurfsfassung, ist zu befürchten, dass es aufgrund der „klarstellenden“ Neufassung bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Verordnungsbedarf und langfristigem Heilmittelbedarf zu einer Verunsicherung der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Bezug auf</p>	<p>Kenntrnisnahme, vgl. hierzu auch lfd. Nr. 5.</p> <p>Dem Anliegen in der Stellungnahme wurde durch eine klarstellende Anpassung der Formulierung in § 12 Absatz 6 Sätze 3 bis 5 nachgekommen.</p>	<p>„Eine Begrenzung <u>nach Satz 1 auf 12 Einheiten je Verordnungsfall</u> gilt auch in den Fällen, in denen <u>gemäß § 7 Absatz 6</u> eine Verordnungsmöglichkeit von 12 Wochen besteht (vergleiche § 7 Absatz 6). <u>Dies gilt bei einem individuell durch Krankenkassen genehmigten langfristigen Heilmittelbe-darf gemäß § 8 Absatz 3 sowie bei Diagnosen der Anlage 2. Ebenfalls gilt dies für Verordnungen aufgrund von ICD-10-Codes, die in Verbindung mit der entsprechenden Diagnose-gruppe einen besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB-V begründen, der gegebenenfalls einer</u></p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
			die verordnungsfähigen Mengen kommt und das Gegenteil der beabsichtigten Wirkung erzielt wird.		<u>Altersbeschränkung unterliegt.“</u>

B-5.1.2 II. Stellungnahmen zum Heilmittelkatalog (Zweiter Teil der HeilM-RL)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
10.	dbs	Es wird auf die Abgabe einer inhaltlichen Stellungnahme zu diesen Änderungen verzichtet. Die geplanten Änderungen betreffen nicht den Heilmittelbereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.		Kenntnisnahme	Nein
11.	SHV	Mit den beabsichtigten Änderungen im Zweiten Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog, Abschnitt I, Maßnahmen der Physiotherapie, Nummer 1 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, Zeile CS, Spalte Diagnosegruppe sind wir ebenfalls einverstanden.		Kenntnisnahme der Zustimmung	
12.	dba	Auf die Abgabe einer inhaltlichen Stellungnahme wird verzichtet. Die geplanten Änderungen betreffen nicht den Heilmittelbereich der „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ (SSSST).		Kenntnisnahme	Nein

B-6 Mündliche Stellungnahmen

B-6.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikte

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 24. August 2022 eingeladen. Die Anhörung wurde gleichzeitig für die Änderung der Heilmittel-Richtlinie sowie der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte durchgeführt.

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

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 24. August 2022 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)	Frau Kirsten Weiffen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	Frau Bettina Simon	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Herr Martin Schotte	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Frau Frauke Kern	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaforst-Andersen e.V. (dba)	Frau Marion Malzahn	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
LOGO Deutschland e.V. Selbstständige in der Logopädie	Frau Diethild Remmert	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
	Frau Christiane Sautter-Müller	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.	Herr Volker Brünger	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

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

Frage 2: Beratungsverhältnisse

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

Frage 3: Honorare

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

Frage 4: Drittmittel

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

Frage 5: Sonstige Unterstützung

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

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

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

B-6.2 Mündliche Stellungnahmen

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der Häusliche Krankenpflege- Richtlinie, der Heilmittel-Richtlinie sowie der Rehabilitations-Richtlinie: Verordnungen im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung

vom 24. August 2022

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	10:43 Uhr
Ende:	11:20 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
Herr Dr. Oliver Stegemann

Deutscher Caritasverband e.V. (Caritas):
Frau Nora Roßner

Diakonie Deutschland e.V. (Diakonie):
Frau Erika Stempfle

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP):
Herr Dr. Ulrich Grabenhorst

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):
Herr Dr. Thomas Stähler

Deutsche Rentenversicherung Bund:
Herr Christoph Gensch

Kneipp-Bund e.V.:
Herr Dr. Hans-Georg Eisenlauer
Frau Caroline Geiser

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

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV):
Frau Bettina Simon

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl):
Herr Martin Schotte
Frau Frauke Kern

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

LOGO Deutschland e. V.:
Frau Diethild Remmert
Frau Christiane Sautter-Müller

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED):
Herr Volker Brünger

Beginn der Anhörung: 10:43 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmerinnen/Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Vorsitzende Frau Dr. Leigemann: Ich begrüße Sie hier beim Unterausschusses Veranlasste Leistungen. Es geht um unsere Änderungen in der HKP-Richtlinie, Heilmittel-Richtlinie und Reha-Richtlinie, und wir haben eine große Zahl angemeldeter Teilnehmer an unserer mündlichen Anhörung. Ich stelle nun die Anwesenheit der angemeldeten Teilnehmer fest. – Frau Fix hat sich abgemeldet. Alle anderen sind anwesend. – Herr Dr. Grabenhorst? – Er kann uns nicht hören.

Wir haben heute Morgen hier eine umfangreiche Anhörung, zu der ich Sie herzlich begrüßen möchte, und zwar haben wir drei Richtlinien im Zuständigkeitsbereich des Unterausschusses Veranlasste Leistungen, und es geht jeweils um Verordnungen im Rahmen von ärztlicher Fernbehandlung/Videosprechstunde, und zwar für die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, für die Rehabilitations-Richtlinie und die Heilmittel-Richtlinie.

Für die Heilmittel-Richtlinie haben wir darüber hinaus die Besonderheit, dass es noch um weitere Änderungen geht.

Ich würde zur Organisation der Anhörung vorschlagen und das auch so moderieren wollen, dass wir uns zunächst für alle drei Richtlinien auf den Bereich der Fernbehandlung/Videobehandlung konzentrieren und ich Sie dann in einer weiteren Runde noch zu den weiteren Änderungen der Heilmittel-Richtlinie fragen werde. Ich glaube, das ist für unsere eigene Sortierung hier hilfreich, wenn wir so verfahren.

Mir ist berichtet worden, dass alle AGs einverstanden sind, dass wir ansonsten, weil alles doch weitgehend vergleichbar ist, diese Anhörung gemeinsam durchführen, sodass ich jetzt auch nicht zwischen den einzelnen Richtlinien trennen werde, um es nicht noch komplizierter zu machen. Sind damit alle einverstanden? – Gut. Vielen Dank dafür.

Dann noch der kurze technische Hinweis: Ich bitte Sie alle, Ihre Mikrofone auszuschalten, wenn Sie nicht sprechen.

Unsere zugeschalteten Teilnehmer der Anhörung bitte ich, wenn Sie eine Wortmeldung haben, mir dies im Chat zur Kenntnis zu geben, weil ich Sie nicht alle auf einem Bildschirm sehen kann respektive das so klein ist, dass ich das nicht erkennen kann. Dann habe ich Sie hier auf der Rednerliste.

Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass wir von dieser Anhörung eine Aufzeichnung erstellen, um hinterher ein Wortprotokoll zu erzeugen, welches dann auch Bestandteil der sogenannten Zusammenfassenden Dokumentation wird und damit auch öffentlich zur Verfügung steht.

Dann bleibt mir nur noch, mich zu bedanken, dass Sie erstens Stellungnahmen abgegeben haben und zweitens heute von der Möglichkeit Gebrauch machen, hier an der mündlichen Anhörung teilzunehmen.

Sie wissen – die meisten von Ihnen haben ja schon an solchen Anhörungen teilgenommen: Wir kennen Ihre Stellungnahmen. Wir haben sie gelesen und ausgewertet. Von daher – salopp gesprochen, in der Kürze liegt die Würze: Beschränken Sie sich bitte auf die wesentlichen Punkte! – Dann können wir anfangen, und ich tue das gemäß der mir vorliegenden Liste.

Ich beginne mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, mit Herrn Dr. Stegmann. Bitte, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Stegemann (bpa): Danke schön. – Von meiner Seite kann ich das sehr kurz machen, weil ich in dem Bezug auf die Stellungnahme verweise und da jetzt auch nichts wiederholen möchte. Insofern habe ich jetzt nichts zusätzlich mündlich einzubringen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Ganz herzlichen Dank. – Dann gebe ich weiter an Frau Roßner vom Deutschen Caritasverband.

Frau Roßner (Caritas): Vielen Dank. – Ich kann es ähnlich kurz machen wie Herr Stegemann. Wir haben zur HKP-Richtlinie und zur Reha-Richtlinie Stellungnahmen abgegeben, und ich denke, alles Wesentliche steht in den Stellungnahmen. Ich müsste das jetzt nicht wiederholen. – Danke.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, Frau Roßner. – Dann Frau Stempfle, Diakonie Deutschland.

Frau Stempfle (Diakonie): Ich traue mich trotzdem, jetzt etwas aus der Stellungnahme vorzustellen. Wir haben einerseits Stellung zur Verordnung im Rahmen der ärztlichen Fernbehandlung bezogen, denken aber, dass, wenn diese ärztliche Fernbehandlung wirksam werden soll, es auch gegebenenfalls eine Unterstützung der Patientinnen und Patienten geben muss, und schlagen eine Erweiterung des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie um Begleitung und Unterstützung der Versicherten bei der ärztlichen Fernbehandlung vor. Das will ich hier einbringen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, Frau Stempfle. – Dann versuche ich es noch einmal mit Herrn Dr. Grabenhorst für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. – Wir können Sie nun hören! Sie haben das Wort.

Herr Dr. Grabenhorst (DGP): Ich möchte es auch in zwei Sätzen zusammenfassen: Bei der persönlichen Kenntnis über den Menschen, bei dem man die Fernbehandlung macht, würden wir ergänzen wollen, dass auch ein persönlicher Kontakt durch einen Behandler aus der gleichen Berufsausübungsgemeinschaft reichen müsste. Denn in einer Gemeinschaftspraxis – der eine kennt ihn, der andere ist gerade im Urlaub oder krank und deswegen weg – wäre es einfach hilfreich.

Das Zweite ist, dass wir schon für die Fernbehandlung plädieren würden, denn viele der älteren Menschen haben doch erhebliche Schwierigkeiten, ein Videotelefonat zu führen. Häufig ist es so, dass Mitarbeiterinnen dann am Telefon erklären, wo man überall draufdrücken muss, damit das Videotelefonat klappt. Deswegen ist das Telefon schon wichtig. Nichtsdestotrotz würden wir sagen, dass einmal im Quartal ein persönlicher Vis-à-vis-Kontakt notwendig wäre, um im Bedarfsfall auch die Fernbehandlung in einer angemessenen Zeit umsetzen zu können.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, Herr Dr. Grabenhorst. – Dann übergebe ich an Herrn Dr. Stähler von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Herr Dr. Stähler (BAR): Auch ich kann mich kurz fassen: Uns allen ist klar, es gilt der Grundsatz „Der Mensch im Mittelpunkt!“. Insofern haben wir in unserer Stellungnahme – bei grundsätzlicher Begrüßung des Ansatzes, das Digitale-Versorgungs-Gesetz in der Form zur Reha-Richtlinie, die ja von uns kommentiert worden ist, umzusetzen - darauf hingewiesen, dass es hierbei aber auch immer entscheidend ist, dass man auf die Zustimmung des respektive der Versicherten achtet. Insofern haben wir hierzu in zweierlei Hinsicht partizipativ erst einmal das Stichwort und zum Zweiten in datenschutzrechtlicher Hinsicht einen Vorschlag unterbreitet, der Ihnen ja vorliegt.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, Herr Stähler. – Dann wäre ich beim Kneipp-Bund e. V. Herr Dr. Eisenlauer oder Frau Geiser.

Herr Dr. Eisenlauer (Kneipp-Bund e.V.): Es liegt keine weitere Stellungnahme vor. – Danke schön.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Wir haben Sie nicht gehört; irgendwie hat das nicht geklappt. Herr Eisenlauer oder Frau Geiser, können Sie uns hören?

Frau Geiser (Kneipp-Bund e.V.): Ich übernehme mal das Wort, Entschuldigung, Frau Dr. Lelgemann.

Wir haben auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet und hören uns hier heute die einzelnen Positionen sehr interessiert an und werden das dann auch unseren Mitgliedern entsprechend weitervermitteln.

Als Verband haben wir keine Stellungnahme abgegeben.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Okay – ganz neue Variante. – Dann der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie. Frau Weiffen.

Frau Weiffen (dbs): Von unserer Seite ganz kurz zwei Punkte, die uns sehr wichtig sind: Das eine ist die Möglichkeit der Verordnung auch nach einem telefonischen Kontakt. Das ist für uns ein sehr wichtiger Punkt gerade in der Versorgung von Menschen in Alten- und Pflegeeinrichtungen, wo es oftmals schwierig ist, rechtzeitig eine Anschlussverordnung zu erhalten. Dort wäre es sehr hilfreich, wenn im Einzelfall auch eine Verordnungsmöglichkeit nach telefonischer Kontaktaufnahme denkbar wäre, wenn es der Situation angemessen erscheint.

Der zweite Punkt, der uns für die Versorgungssicherheit auch sehr wichtig ist, ist eine Klarstellung bzw. auch eine Festlegung – gerade in der Diagnoseliste soll ja die Spezifikation nicht mehr bindend sein –, dass hier auch klar ist, welche Spezifikationen gemeint sind. Und hier sind es gerade die Alterseinschränkungen, die oftmals zu Schwierigkeiten führen. Beispielsweise in der dysphagischen Patientenversorgung ist hier die feste Grenze von 70 Jahren angegeben. Die ist festgezurr. Wenn die entfallen würde, wäre das sehr hilfreich. Das ergibt sich aus dem Richtlinientext bisher nicht eindeutig.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Gut. Das war aber jetzt zu dem anderen Teil, wo ich ja gesagt hatte, das machen wir nachher. Die Mitarbeiterinnen sind gestern schon in der Vorbesprechung mit mir verzweifelt: Ich schaffe das intellektuell sonst nicht.

Frau Weiffen (dbs): Entschuldigen Sie bitte! Ich hatte das auf die weitere Anhörung am heutigen Tage bezogen. Ich nehme das dann zurück.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Wir machen jetzt erst einmal Fernbehandlung und Videotherapie, und dann machen wir den Rest. Ich hoffe, das ist in Ordnung?

Frau Weiffen (dbs): Selbstverständlich. Danke.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Prima. – Dann bin ich jetzt, wenn ich das richtig sehe, beim Spitzenverband der Heilmittelverbände. Frau Simon!

Frau Simon (SHV): Vielen Dank. – Wir hatten eine Stellungnahme eingereicht, und ich würde zur Fernbehandlung bzw. zur Videosprechstunde gern noch etwas erläutern. Im Grunde gab es dazu schon einige Argumente, nämlich zum einen, dass wir davon ausgehen, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten so gut persönlich kennen, dass sie entscheiden können, ob es auch ohne eine Videosprechstunde eine Fernbehandlung geben kann, also in dem Sinne eine digitale Übertragung zum Beispiel auch über ein Telefonat.

Zweitens möchten wir darauf hinweisen, dass es sich da meist um Patientinnen und Patienten handelt, die nicht so mobil sind, die deswegen nicht in der Praxis erscheinen, aber eventuell auch nicht über die Medienkompetenz oder auch die Ausstattung in Hardware verfügen. Aber ein Festnetztelefon hat in der Regel jeder. Daher plädieren wir dafür, dass die Formulierung „Fernbehandlung“ benutzt wird.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. Vielen Dank auch für die sehr präzise Stellungnahme, Frau Simon. – Dann würde ich jetzt weitergeben an den Deutschen Bundesverband für Logopädie, Herr Schotte oder/und Frau Kern.

Herr Schotte (dbl): Der dbl hat der schriftlichen Stellungnahme nichts hinzuzufügen. – Danke.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. – Dann gehe ich davon aus, dass Sie auch keine Ergänzungen haben, Frau Kern?

Frau Kern (dbl): Nein, wir haben an der Stelle keine Ergänzungen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Okay, herzlichen Dank. – Dann übergebe ich an Frau Malzahn für den Bundesverband Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen.

Frau Malzahn (dba): Vielleicht noch fürs Protokoll: Die korrekte Bezeichnung ist Deutscher Bundesverband **der** Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen – nicht „für“.

Wir haben unserer Stellungnahme nichts hinzuzufügen, weil wir keine neuen Erkenntnisse seitdem haben.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. Auch hier werden wir uns natürlich bemühen, das in Zukunft korrekt aufzuschreiben. Vielen Dank, Frau Malzahn.

Dann gebe ich weiter an Frau Remmert oder Frau Sautter-Müller für LOGO Deutschland e. V.

Frau Sautter-Müller (LOGO Deutschland e. V.): Für den Bereich der ärztlichen Fernbehandlung haben wir tatsächlich keine Stellungnahme abgegeben.

Ich würde mich aber den Ausführungen des SHV vollinhaltlich anschließen. Eigene Stellungnahmen haben wir erst im Bereich der Heilmittel-Richtlinie. – Danke schön.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. Ich sage gleich noch etwas zu den diversen Stellungnahmen.

Dann für den Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. Herr Brünger. Haben Sie eine Stellungnahme zur Fernbehandlung respektive Videotherapie/-behandlung abgegeben?

Herr Brünger (BED): Ja, wir haben eine Stellungnahme abgegeben. Auf die verweise ich auch und habe keine weiteren Anmerkungen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Okay, ganz herzlichen Dank.

Dann wollte ich eine Klarstellung bringen. Wir waren ja alle etwas irritiert und haben uns gefragt: Geht das überhaupt, weil im Namen des Kneipp-Bundes Herr Dr. Eisenlauer bzw. Frau Geiser gesagt haben, dass sie keine Stellungnahme abgegeben haben. Das ist teilkorrekt, würde ich sagen. Es ist eine Stellungnahme von Ihnen eingegangen, die die Aussage beinhaltete, Sie hätten keine Einwände. Das lässt uns natürlich bei einem dissidenten Beschlussentwurf, den wir vorgelegt haben, mit gewissen Rätseln zurück. Aber damit Rechtssicherheit herrscht und hier keine Beunruhigung entsteht: Von daher sind Sie berechtigt, an dieser mündlichen Anhörung teilzunehmen.

Nun hatten alle Teilnehmenden das Wort.

Herr Gensch (Deutsche Rentenversicherung Bund): Entschuldigung, Sie hatten die Deutsche Rentenversicherung noch nicht aufgerufen. – Nur der Form halber. Wir hatten ja die Stellungnahme zur Fernbehandlung abgegeben, und darauf würde ich Bezug nehmen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Oh, Entschuldigung, Herr Gensch. Alles klar, vielen Dank.

Herr Gensch (Deutsche Rentenversicherung Bund): Ich nehme sowieso auf die Stellungnahme Bezug.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Okay. – Habe ich sonst jemanden übersehen? – Das scheint nicht der Fall zu sein. Das war ja alles sehr kurz, da Sie sich immer auf Ihre Stellungnahmen bezogen haben. Deshalb jetzt die Frage an die Mitglieder des Unterausschusses, ob es Fragen an die zugeschalteten Teilnehmerinnen und Teilnehmer gibt. – Ja. die Patientenvertretung („PatV“).

PatV.: Vielen Dank. – Ich habe eine Frage an Frau Roßner vom Deutschen Caritasverband. Sie hatten sich in Ihrer Eingangsstellungnahme sehr knapp gefasst, deshalb die Nachfrage: Für den Fall, dass ein Patient dem Arzt bekannt ist, der Arzt den Patienten aber länger nicht gesehen hat, dann aber zum Beispiel einen Entlassbrief im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus vorliegt oder eine fachärztliche Behandlung mit einem Arztbericht, einem Arztbrief: Welche grundsätzliche Position vertreten Sie dort? Dass nur die Videosprechstunde möglich ist oder auch die telefonische Behandlung – und vor allen Dingen auch, wenn der Arzt den Patienten länger nicht gesehen hat?

Frau Roßner (Caritas): Darf ich direkt darauf antworten? – Wir vertreten grundsätzlich die Position, dass es Entscheidung des behandelnden Arztes bzw. der Ärztin sein muss, wie in diesem Fall verfahren wird.

Ich denke, es ist immer eine Einzelfallentscheidung. Es hängt also auch davon ab: Wie ist die allgemeine Versorgungssituation? Es kann ja auch sein, dass jemand chronisch erkrankt ist, immer wieder Krankenhausaufenthalte hat, sich an den Verordnungen aber grundsätzlich nichts ändert.

Ich weiß nicht, ob ich Ihre Frage jetzt richtig verstanden habe: Video- und/oder telefonischer Kontakt? Oder nur Videokontakt in dem Fall? Oder ging es Ihnen darum – das wäre jetzt die dritte Frage –, dass dann eine persönliche Vorstellung erfolgen sollte?

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Ich gebe der PatV die Möglichkeit zur Klarstellung.

PatV.: Uns interessiert Ihre Haltung, ob es nur Video sein darf oder ob auch Telefon möglich ist.

Frau Roßner (Caritas): Natürlich ist auch Telefon möglich. Das ist das, was ich eingangs sagte: Es ist eine Einzelfallentscheidung. Der Arzt kann entscheiden, ob aus seiner Sicht eine persönliche Konsultation erforderlich ist, ob Video möglich ist oder ob Telefon möglich ist. Aber das ist, wie gesagt, im einzelnen Fall dann zu entscheiden.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. – PatV, Frage ausreichend beantwortet?

PatV.: Vielen Dank.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Okay. – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Das ist nicht der Fall, sodass wir jetzt zu dem zweiten Teil kommen, und zwar gibt es einige zusätzliche Änderungen bei der Heilmittel-Richtlinie.

Jetzt sind gefragt, wenn ich es richtig sehe, Frau Weiffen für den Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie, Frau Simon für den Spitzenverband der Heilmittelverbände, Herr Schotte bzw. Frau Kern für den Deutschen Bundesverband für Logopädie, Frau Malzahn für den Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/-innen sowie Frau Remmert bzw. Frau Sautter-Müller für LOGO Deutschland e. V. und Herr Brünner für den Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland.

Ich beginne mit dem Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie, Frau Weiffen.

Frau Weiffen (dbs): Entschuldigung, ich bin da vorhin vorgeprescht; ich hatte das missverstanden. Aber gern möchte ich die beiden Punkte, die uns hier besonders wichtig sind, kurz hervorheben:

Das ist einmal die Verordnungsmöglichkeit ausnahmsweise auch nach einem telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt, der im Entwurf als Option vorgeschlagen ist. Das halten wir für eine sehr wichtige Möglichkeit gerade in der Versorgung von Patienten in Pflege- und Altenheimen, wo es oft sehr schwierig ist, eine zeitnahe und fristgerechte Anschlussverordnung zu bekommen, insbesondere durch die starren Fristen der Heilmittel-Richtlinie, die ja den Beginn einer Therapie nach 28 Tagen festzurren. Ein späterer Behandlungsbeginn, der eingetragen werden kann, wie es früher der Fall war, ist nicht mehr möglich. Daher ist es oftmals schwierig, dass nahtlos die Versorgung stattfinden kann. Von daher würden wir es sehr begrüßen, wenn es hier auch in Ausnahmefällen, wenn es der Arzt für sinnvoll erachtet, eine Verordnung auch nach telefonischem Kontakt möglich sein soll.

Der zweite Punkt, der uns sehr wichtig ist, ist, dass die Diagnoseliste ja angepasst werden soll, und zwar, dass die Kriterien und Spezifikationen, die die Diagnoseliste enthält, nicht mehr als bindend angesehen werden. Es geht jetzt zum einen darum, ein Jahr nach Akutereignis, beispielsweise nach einem Schlaganfall, was entfallen soll, aber auch die Altersvorgaben, die gerade bei Schluckpatienten dort enthalten sind. Hier ist zum einen im Verordnungstext selbst nicht ganz klar, was entfallen soll. Es ist ganz wichtig, dass das für alle eindeutig ist, damit es keine Missverständnisse gibt.

Auf der anderen Seite wäre es uns auch sehr wichtig, dass diese Altersangaben als nicht bindend angesehen werden – weil gerade die feste Altersvorgabe 70 Jahre bei Schluckpatienten, Dysphagiepatienten oftmals willkürlich erscheint und auch nicht hilfreich in der Patientenversorgung ist. Wir würden uns wünschen, dass das als nicht bindend angesehen würde.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, Frau Weiffen. – Dann übergebe ich an den Spitzenverband der Heilmittelverbände, Frau Simon.

Frau Simon (SHV): Vielen Dank. – Was ich vorhin im Grunde auch schon gesagt hatte zur Fernbehandlung bzw. Videosprechstunde, ist jetzt im Grunde noch einmal zu wiederholen. Wir sehen es so, dass, wenn die Ärzte ihre – –

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Nein, nein, ich will das für alle eben klarstellen: Es ist nicht nötig, das für diese Richtlinie jetzt zu wiederholen. Es geht uns jetzt um die weiteren Änderungen in der Heilmittel-Richtlinie und Ihre Kommentare dazu. Das andere haben wir natürlich sehr wohl zur Kenntnis genommen. Entschuldigen Sie den Hinweis.

Frau Simon (SHV): Gut. Dann ist unserer Stellungnahme nichts hinzuzufügen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank. – Dann übergebe ich an den Deutschen Bundesverband für Logopädie, Herrn Schotte oder Frau Kern, und es geht um die weiteren Änderungen in der Heilmittel-Richtlinie.

Herr Schotte (dbl): Uns, dem dbl, geht es primär um die weitere Klarstellung in der Heilmittel-Richtlinie. Das haben wir ja dazu auch schon ausgeführt. Insofern kann ich mich auch durchaus den Ausführungen von Frau Weiffen anschließen.

Auch das Thema Altersbeschränkungen sollte Gegenstand der Änderung der Heilmittel-Richtlinie sein, und insbesondere klarstellende Fragen zum Thema Zeitpunkt der Altersbestimmung. Auch dazu hatte ich ja schon etwas in der Stellungnahme ausgeführt und möchte dem jetzt nichts hinzufügen.

Auch im Hinblick auf den § 12 hatten wir ja einen alternativen Formulierungsvorschlag unterbreitet. Ich möchte diesen auch noch einmal herausstellen, da wir der Ansicht sind, dass die

bestehende Formulierung hier keine hinreichende Klarheit bringt im Hinblick auf § 12 Satz 1. – Das war es eigentlich schon, was ich dazu ergänzen wollte.

Vorsitzende Frau Dr. Lelegemann: Vielen Dank, Herr Schotte. – Dann übergebe ich an Frau Malzahn, Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen.

Frau Malzahn (dba): Vielen Dank. Unserer Stellungnahme und dem, was bis jetzt gesagt wurde, ist nichts hinzuzufügen. – Danke.

Vorsitzende Frau Dr. Lelegemann: Okay, vielen Dank, Frau Malzahn. – Dann hat Frau Remmert bzw. hat Frau Sautter-Müller die Chance einer Ergänzung für LOGO Deutschland e. V.

Frau Sautter-Müller (LOGO Deutschland e. V.): Wie Sie lesen konnten, haben wir uns vor allem mit § 7 beschäftigt, weil die Altersgrenzen und auch das Akutereignis Interpretationsspielraum lassen.

Wir haben im Moment die Erfahrung – auch mit Krankenkassen –, dass sehr formalistisch geprüft wird. Und im Rahmen dieses Interpretationsspielraums – wann beginnt denn die Altersgrenze, oder wie bekomme ich heraus, wann das Akutereignis war? – könnte eine Verordnung auch ungültig werden oder sein.

Wir haben das sehr genau beschrieben und auch einen alternativen Formulierungsvorschlag gemacht, dass die Grenzen jeweils zum Zeitpunkt der Ausstellung einer Verordnung gelten. Also, eine erste Verordnung ist dann sozusagen mit dem Akutereignis gleichzusetzen, auch wenn das vielleicht schon drei Wochen her ist – der Schlaganfall beispielsweise – oder auch, wenn das Kind noch in der Altersgrenze für einen besonderen Verordnungsbedarf oder langfristigen Heilmittelbedarf liegt, dass dann die Verordnung mit Erreichen des Zeitpunkts, zum Beispiel dem 12. Geburtstag, eben nicht die Gültigkeit verliert. Es wäre uns sehr wichtig, wenn ein Bürokratieabbau erfolgte und auch eine Eineindeutigkeit der Formulierungen gefunden würde. Sie können dies der schriftlichen Stellungnahme entsprechend entnehmen. – Danke schön.

Vorsitzende Frau Dr. Lelegemann: Vielen Dank. Vielen Dank auch noch einmal für die Präzisierung dessen, was Sie sich hier wünschen, Frau Sautter-Müller. – Haben Sie Ergänzungen, Frau Remmert? – Vielen Dank, okay. – Dann übergebe ich für den Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland an Herrn Brünger.

Herr Brünger (BED): Vielen Dank, ich kann es wieder kurz und einfach machen: Ich verweise wieder auf unsere Stellungnahme, zu der ich im Moment keine Ergänzung machen möchte.

Vorsitzende Frau Dr. Lelegemann: Okay, vielen Dank, Herr Brünger. – Habe ich jemanden übersehen? – Das scheint nicht der Fall zu sein.

Dann eröffne ich die Runde für die Mitglieder des Unterausschusses für Fragen zu diesem zweiten Themenkomplex. –Patientenvertretung. Bitte, Sie haben das Wort.

PatV.: Vielen Dank. – Ich habe eine Frage an die logopädischen Kolleginnen und Kollegen im weiteren Sinne, nämlich, dass sie noch einmal genau sagen, warum sie das Kriterium der Altersgrenze entfallen lassen wollen, wie Sie das inhaltlich begründen. Was ist der Punkt, warum das Alter kein Kriterium sein sollte? Das ist noch ein bisschen unklar; vielleicht könnte jemand von Ihnen das noch genauer erläutern.

Vorsitzende Frau Dr. Lelegemann: Vielen Dank. – Wer möchte antworten? – Frau Sautter-Müller, Sie haben das Wort.

Frau Sautter-Müller (LOGO Deutschland e. V.): Ich würde gern kurz antworten. Ich hoffe, die Kollegen ergänzen entsprechend.

Nehmen Sie bitte einfach das Beispiel eines geriatrischen Patienten mit Schluckstörungen. Das ist ab der Altersgrenze von 70 Jahren besonderer Ordnungsbedarf und damit sozusagen budgetneutral. Jetzt haben wir, sage ich mal, einen Patienten mit 69 Jahren und Schlaganfall oder multimorbid, der schon alle Kriterien eines geriatrischen Patienten erfüllt und eine Schluckstörung hat. – Dann ist diese Altersgrenze einfach sehr, sehr willkürlich.

Es gibt Patienten, die sind mit 75 nicht geriatrisch in ihrem gesamten Erscheinungsbild, nicht multimorbid betroffen. Das kann aber mit 69 oder 68 der Fall sein. Das heißt, diese Altersgrenzen sind willkürlich.

Ähnlich ist es im Bereich der Kindertherapien: Wenn wir schwer betroffene Kinder und Jugendliche haben, dann zieht sich das durchaus auch über ein Alter von 12 Jahren hinaus. Darüber, wann dann die Sprachentwicklung abgeschlossen ist, streiten sich die Experten. Man kann auf keinen Fall zum Beispiel sagen, mit 12 Jahren wäre eine Sprachentwicklung abgeschlossen. Dafür gibt es keine wissenschaftlichen Belege.

Ich würde die anderen logopädischen Kollegen und sprachtherapeutischen Kollegen bitten, zu ergänzen.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank, Frau Sauter-Müller. – Wer möchte ergänzen? – Gibt es überhaupt Ergänzungsbedarf?

Herr Schotte (dbI): Ja, ich möchte gern etwas hinzufügen: Die Altersbeschränkungen geben ja auch nicht wirklich Aufschluss darüber, zu welchem Zeitpunkt letzten Endes die maßgebliche Altersbestimmung überhaupt erfolgt. Gerade bei einer Heilmittelbehandlung ist es ja so, dass sie sich auch über einen längeren Zeitraum hinziehen kann.

Insbesondere bei der Höchstaltersbeschränkung herrscht da auch immer wieder Unklarheit, zu welchem Zeitpunkt eigentlich vom Alter des Patienten auszugehen ist. Frau Sauter-Müller hatte das Problem ja schon angesprochen: Was ist eigentlich zu tun, wenn das Kind im Laufe der Behandlung dann das zwölfte Lebensjahr erreicht? Gerade eine logopädische Behandlung kann bis zu 36 Therapieeinheiten beinhalten. Auch hier herrscht noch viel Unklarheit und das stellt letzten Endes die Frage nach dem Sinn und Zweck dieser Altersbeschränkung. Die drängt sich dadurch förmlich auf.

Vorsitzende Frau Dr. Lelgemann: Vielen Dank für diese Ergänzung. – Gibt es weiteren Ergänzungsbedarf? – Ansonsten hat die KBV ergänzt [via chat-Funktion]: Obwohl 72 und damit von der Altersgrenze nicht betroffen, gebe ich für die KBV Frau Sautter in diesem Falle recht.

Gibt es weiteren Ergänzungsbedarf? – Gibt es weitere Fragen? – Ich sehe, das ist nicht der Fall, sodass ich mich ganz herzlich für die Teilnahme an unserer mündlichen Anhörung bedanke. Ich bedanke mich insbesondere bei Ihnen für die wirklich kurz gefassten Statements und die sehr präzisen Angaben. Ganz herzlichen Dank dafür.

Ich wünsche Ihnen ein guten Tag. Machen Sie es gut!

Schluss der Anhörung: 11:20 Uhr

B-6.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen

Es wurden keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen, daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 4 VerfO).

B-7 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in den Abschnitten B 1 bis B 5 dokumentiert. Es haben sich aufgrund der schriftlichen Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Kapitel B 5.1).