

Abschlussbericht



**des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Heilmittel- Richtlinie Zahn-
ärzte (HeiIM-RL ZÄ): Anpassung an das Termin-
service- und Versorgungsgesetz (TSVG) und
weitere Änderungen**

Stand: 09.12.2020

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	Tragende Gründe und Beschluss vom 14. Mai 2020	1
A-1.1	Rechtsgrundlage	1
A-1.2	Eckpunkte der Entscheidung	1
A-1.3	Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)	1
A-1.3.1	Teil A. Allgemeine Grundsätze	1
A-1.3.1.1	§ 1 Grundlagen.....	1
A-1.3.1.2	§ 2 Heilmittel	2
A-1.3.2	Grundsätze der Heilmittelverordnung	2
A-1.3.2.1	§ 3 zu Voraussetzungen der Verordnung	2
A-1.3.2.2	§ 4 Heilmittelkatalog Zahnärzte	2
A-1.3.2.3	§ 5 Verordnungsausschlüsse	2
A-1.3.2.4	§ 6 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung [neu gefasst]	2
A-1.3.2.5	Streichung § 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls.....	4
A-1.3.2.6	§ 7 Langfristiger Heilmittelbedarf (neu).....	4
A-1.3.2.7	§ 8 Wirtschaftlichkeit.....	5
A-1.3.2.8	§ 9 Ort der Leistungserbringung (neu).....	5
A-1.3.2.9	§ 10 Auswahl der Heilmittel (neu).....	5
A-1.3.2.10	§ 11 Verordnungsvordruck (neu)	7
A-1.3.2.11	Neu § 12 (Blankoverordnung).....	7
A-1.3.3	Teil C Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten	8
A-1.3.3.1	§ 13 Grundlagen.....	8
A-1.3.3.2	§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung	8
A-1.3.3.3	§ 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung.....	8
A-1.3.4	Teil D Zahnärztliche Diagnostik.....	9
A-1.3.4.1	§ 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie... 9	9
A-1.3.4.2	§ 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech-, und Sprach- und Schlucktherapie.....	9
A-1.3.5	Teil E Maßnahmen der Physiotherapie	9
A-1.3.5.1	§ 18 Grundlagen.....	9
A-1.3.5.2	§ 19 Bewegungstherapie.....	9
A-1.3.5.3	§ 22 Maßnahmen der Elektrotherapie	10
A-1.3.6	Teil F Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	10
A-1.3.6.1	Neuer § 26 Schlucktherapie	10
A-1.3.7	Zweiter Teil: Heilmittelkatalog Zahnärzte.....	10
A-1.3.7.1	Anpassung Spalte Heilmittelverordnung	10

A-1.3.8	Inkrafttreten.....	11
A-1.3.9	Evaluation	11
A-1.4	Bürokratiekostenermittlung.....	11
A-2	Tragende Gründe und Beschluss vom 3. September 2020	15
A-2.1	Rechtsgrundlage	15
A-2.2	Eckpunkte der Entscheidung.....	15
A-2.3	Bürokratiekosten	15
A-2.4	Fazit	15
A-3	Verfahrensablauf	16
A-4	Beschluss	17
A-5	Prüfung durch das BMG	27
A-5.1	Beschluss vom 14. Mai 2020.....	27
A-5.2	Beschluss vom 3. September 2020	29
B	Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA	30
B-1	Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen.....	30
B-2	Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer	30
B-3	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens	31
B-3.1	Beschlussentwurf	31
B-3.2	Tragende Gründe	44
B-4	Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen	66
B-5	Schriftliche Stellungnahmen	67
B-5.1	Eingereichte Stellungnahmen.....	67
B-5.2	Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen	106
B-6	Mündliche Stellungnahmen	176
B-6.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten ..	176
B-6.2	Mündliche Stellungnahmen	178
B-6.3	Auswertung und Würdigung der mündlichen Stellungnahmen.....	185

Abkürzungsverzeichnis

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

A Tragende Gründe und Beschluss

A-1 Tragende Gründe und Beschluss vom 14. Mai 2020

A-1.1 Rechtsgrundlage

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

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

A-1.2 Eckpunkte der Entscheidung

Die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ) umfasst insbesondere die Änderungen im Bereich der Heilmittelversorgung durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice und Versorgungsgesetz - TSVG). Hierzu zählt die Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge, die Abschaffung des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls sowie Regelungen zur Blankoverordnung. Ebenfalls wird geprüft, ob sich aus erfolgten Änderungen im Bereich der Heilmittel-Richtlinie Ärzte ein fachlich notwendiger Anpassungsbedarf für die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte ergibt. Darüber hinaus erfolgt bei den Formulierungen der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte eine weitere Anlehnung an das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell und an die Begrifflichkeiten der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF).

A-1.3 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)

A-1.3.1 Teil A. Allgemeine Grundsätze

A-1.3.1.1 § 1 Grundlagen

Zu Absatz 4 und Absatz 5

Aufgrund der gesetzlichen Neuordnung bezüglich der Zulassung von Heilmittelerbringern (§ 124 SGB V) und der Ausgestaltung der Verträge zur Heilmittelversorgung (§125 SGB V) durch das TSVG und das MDK-Reformgesetz bedarf es Anpassungen des § 1 Absatz 4 und einer Neuregelung in Absatz 5 (neu). Die bisherige Regelung, wonach die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen den kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Anforderung ein Verzeichnis der zugelassenen Leistungserbringer zur Verfügung stellen (§ 1 Absatz 4), wird an die neue Rechtslage des § 124 Abs. 2 SGB V nach dem MDK-Reformgesetz angepasst. Nach § 124 Abs. 2 SGB V veröffentlicht der GKV-Spitzenverband eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers. Durch den Verweis auf die Veröffentlichung nach § 124 Absatz 2 SGB V

wird dem Informationsinteresse der Versicherten, der Vertragszahnärztinnen und -ärzte und ihrer KZVen Rechnung getragen werden.

Die Regelung, wonach die Krankenkassen auch die Vergütungsvereinbarungen über die vereinbarten Leistungen (einschließlich der Regelbehandlungszeiten) zur Verfügung stellen, wird inhaltlich an die Neuregelungen der §§ 124, 125 SGB V angepasst und in eine gesonderte Regelung in Absatz 5 überführt

A-1.3.1.2 § 2 Heilmittel

Zu Absatz 1

Die bisherige Bezeichnung „Physiotherapie und der physikalischen Therapie“ wird in „Physiotherapie“ geändert. Die Verwendung der Begriffe „Physiotherapie“ und „Physikalische Therapie“ folgt der Begrifflichkeit des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26.05.1994; danach ist Physiotherapie der Oberbegriff, der die Krankengymnastik und die physikalische Therapie umfasst.

Die Ergänzung der Schlucktherapie in § 2 Absatz 1, zweiter Spiegelstrich ist eine Folgeveränderung. Zur Begründung siehe § 33a.

A-1.3.2 Grundsätze der Heilmittelverordnung

A-1.3.2.1 § 3 zu Voraussetzungen der Verordnung

Zu Absatz 3 (neu)

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

Neu aufgenommen wird daher, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt soweit erforderlich, in Abhängigkeit des Einzelfalls dabei auch persönlichen Lebensumstände (sogenannte Kontextfaktoren) sowie bekannte bisherige Heilmittelverordnungen erfragt und, wenn notwendig, berücksichtigt. Ziel ist es, beispielsweise parallele Behandlungen derselben Erkrankungen mit Heilmitteln, die durch mitbehandelnde Zahnärztinnen und Zahnärzte verordnet wurden, zu vermeiden. Der Patient soll den Zahnarzt im Rahmen seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren. Die Verordnung darf jedoch nicht mit dem Hinweis auf eine fehlende Information verweigert werden.

Zu Absatz 4 (neu)

Absatz 4 wurde sprachlich angepasst

A-1.3.2.2 § 4 Heilmittelkatalog Zahnärzte

Zu Absatz 2

Mit der Einführung der orientierenden Behandlungsmengen erfolgt keine Unterscheidung mehr zwischen Erst- und Folgeverordnung. Damit regelt der Heilmittelkatalog ZÄ auch keine Besonderheiten mehr bei Wiederholungsverordnungen.

A-1.3.2.3 § 5 Verordnungsausschlüsse

In Absatz 1 und 2 erfolgt an eine Anpassung an geänderte Normen im SGB IX.

A-1.3.2.4 § 6 Ordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung [neu gefasst]

Auf Grund der gesetzlichen Änderungen in § 32 Absatz 1b und 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V im Rahmen des TSVG in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Mai 2019 (BGBl.S. 646ff. Jahrgang 2019 Teil I Nr. 18) und der damit verbundenen Abschaffung des

Genehmigungsverfahren für Verordnungen und der Einführung von orientierenden Behandlungsmengen, wurde der § 7 der Heilmittel-Richtlinie neu gefasst.

Zu Absatz 1

Durch den Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes entfällt künftig die Notwendigkeit, zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalles zu unterscheiden. Vor dem Hintergrund der Änderung der grundlegenden Systematik wird auch die Begrifflichkeit des „Regelfalls“ ersetzt. In Absatz 1 erfolgt eine Definition des „Verordnungsfalls“, die klarstellen soll, wann eine Verordnung demselben Verordnungsfall zuzuordnen ist und wann es sich um einen neuen Verordnungsfall handelt. Des Weiteren wird das behandlungsfreie Intervall abgeschafft. Der § 7 Abs. 1 definiert keine zwingende Behandlungspause. Sofern medizinisch erforderlich ist die Fortsetzung der Heilmitteltherapie, über die orientierende Behandlungsmenge hinaus, möglich. Durch die Definition eines verordnungsfreien Zeitraums ist zukünftig nicht mehr das letzte Behandlungsdatum beim Therapeuten, sondern das letzte Verordnungsdatum maßgeblich für die Bemessung des Zeitpunkts, ab dem ein neuer Verordnungsfall beginnt. Verordnungen, die innerhalb des Zeitraums von 6 Monaten nach der letzten Verordnung auf Grund derselben Diagnose und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog ausgestellt werden, sind demselben Verordnungsfall zuzurechnen, unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive, d. h. um das Wiederauftreten einer Erkrankung nach zeitweiliger Abheilung, oder neue Erkrankungsphasen einer zumeist chronischen Erkrankung mit akuter Symptomatik handelt. Die Regelung dient der Klarstellung, dass für die Fortsetzung der Heilmitteltherapie, über die orientierende Behandlungsmenge hinaus, keine Behandlungspausen einzuhalten sind, sofern diese nicht medizinisch indiziert sind. Die 6-Monatsfrist dient ausschließlich der Abgrenzung von Verordnungsfällen und der Einordnung der verordnenden Zahnärztin / des verordnenden Zahnarztes, zu welchem Zeitpunkt sie oder er von einem neuen Verordnungsfall und somit von einer neuen orientieren Behandlungsmenge gemäß Absatz 2 ausgehen kann. Verordnungen über die orientierende Behandlungsmenge hinaus sind bei medizinischer Notwendigkeit stets möglich.

Zu Absatz 2

Absatz 2 definiert die Begrifflichkeit „orientierende Behandlungsmenge“. Es handelt sich hierbei um die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Der Umfang der orientierenden Behandlungsmengen ist mit dem der Gesamtverordnungsmengen des Regelfalles identisch. Bei gleichzeitiger Verordnung von vorrangigen und ergänzenden Heilmitteln werden demnach die Behandlungseinheiten der ergänzenden Heilmittel nicht in die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge einbezogen.

Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass das angestrebte Therapieziel mit den der Indikation zugeordneten Heilmitteln im Rahmen der orientierenden Behandlungsmenge erreicht werden kann. Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweils verordnende Zahnärztin oder den jeweils verordnenden Zahnarzt einer Praxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums. Bei der Verordnungsentscheidung sind andere zahnärztliche Verordnungen gemäß § 3 Absatz 3 zu berücksichtigen und beim Patienten zu erfragen. Die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge erfolgt jedoch grundsätzlich zahnarztbezogen. Es erfolgt keine Anrechnung von Behandlungseinheiten anderer Zahnärztinnen und Zahnärzte für dieselbe Patientin oder denselben Patienten in die Berechnung der orientierenden Behandlungsmenge.

Zu Absatz 3

Der bisherigen Systematik entsprechend, sind auch zukünftig Heilmittelbehandlungen über die im Heilmittelkatalog definierten orientierenden Behandlungsmengen hinaus möglich, sofern das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wurde und durch eine Fortsetzung der Behandlungen das Therapieziel voraussichtlich erreicht werden kann. Auch dies gilt unabhängig davon,

ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, die Behandlung von Rezidiven oder von neuen Erkrankungsphasen handelt.

Hierbei ist die im Heilmittelkatalog definierte Höchstmenge je Verordnung zu beachten.

Patientinnen und Patienten mit einem hohen Heilmittelbedarf sind in der Regel über die Vorgaben zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8a HeilM-RL berücksichtigt. Für diese Patientinnen und Patienten können die notwendigen Heilmittel je Verordnung unmittelbar für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Die über die orientierende Behandlungsmenge hinausgehenden Verordnungen sind ebenfalls dem jeweiligen Verordnungsfall zuzurechnen. Die verordnende Zahnärztin/ der verordnende Zahnarzt dokumentiert die medizinischen Gründe in der Patientendokumentation seiner Praxis, aus der das Erfordernis der Fortführung der Heilmittelbehandlung hervorgeht.

Zu Absatz 4

Absatz 4 umfasst Regelungen zu den Festlegungen der Höchstmengen je Verordnung gemäß § 92 Absatz 6 Nummer 3 SGB V. Es wird klargestellt, dass sich die Höchstverordnungsmenge für ergänzend verordnete Heilmittel in der Physiotherapie nach der Anzahl der Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels richtet (z. B. 6 x Krankengymnastik als vorrangiges Heilmittel und 6 x ergänzende Wärmetherapie).

Zu Absatz 5

Die Regelung, dass Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können bleibt bestehen und wird an die die neue Vorgabe der orientierenden Behandlungsmenge angepasst.

Die Verordnungsmenge muss dabei in Abhängigkeit der Therapiefrequenz so kalkuliert werden, dass ein Zeitraum von bis zu 12 Wochen nicht überschritten wird. Beispielsweise beträgt die maximale Verordnungsmenge pro Verordnung, bei einer Therapiefrequenz von 1-3-mal pro Woche, 36 Behandlungseinheiten. Es wurde in Absatz 5 klargestellt, dass im Fall der Angabe einer Frequenzspanne immer auf den höchsten Wert zur Berechnung der Höchstmenge je Verordnung zurückzugreifen ist.

A-1.3.2.5 Streichung § 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls

Auf Grundlage der Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen im Rahmen des TSVG erfolgt die Streichung des § 7. Die notwendigen Regelungen in Bezug auf Wiederholungsverordnungen werden in der Neufassung des § 6 getroffen.

Der Genehmigungsvorbehalt entfällt jedoch erst mit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zur orientierenden Behandlungsmenge. Dies ergibt sich aus dem Zusammenspiel von § 32 Absatz 1b SGB V und § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V in der Fassung des TSVG. In § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, indikationsbezogene orientierende Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu regeln. Etwaige Genehmigungsvorbehalte der Krankenkassen können somit erst dann entfallen, wenn der G-BA den Auftrag nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V erfüllt hat, was mit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie dann der Fall ist. Für bis zum Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie ausgestellte Verordnungen außerhalb des Regelfalls gemäß § 7 Absatz 4 HeilM-RL Zahnärzte gilt ein ggf. ausgesprochener Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse fort.

A-1.3.2.6 § 7 Langfristiger Heilmittelbedarf (neu)

Mit der Streichung des § 7 (Verordnungen außerhalb des Regelfalls) erfolgt eine Anpassung der Nummerierung der folgenden Paragraphen.

Zu Absatz 2

Es erfolgte eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 3 (alt)

Der Regelungsinhalt ist in § 6 Absatz 5 verschoben worden.

A-1.3.2.7 § 8 Wirtschaftlichkeit

Zu Absatz 3 (neu)

Die neu eingefügte Regelung in Absatz 3 war vorher in § 6 Absatz 2 Satz 2 verortet. Eine inhaltliche Änderung erfolgte nicht.

A-1.3.2.8 § 9 Ort der Leistungserbringung (neu)

Zu Absatz 1

Es erfolgte eine sprachliche Überarbeitung

Zu Absatz 2

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen aller Schweregrade besuchen heute nicht nur Fördereinrichtungen, sondern zunehmend Regelschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten, in denen sie ganztägig betreut sind und speziell gefördert werden. Die Organisation der Förderung wird je nach Behinderungsbild, Schulform und Landesrecht unterschiedlich gestaltet. Kinder und Jugendliche mit Behinderungen weisen häufig einen besonderen Bedarf an Heilmitteln auf, dem nach dem Schul- oder Kindergartenbesuch/Kindertagesstättenbesuch am späten Nachmittag oder Abend, insbesondere bei Ganztagschulen, nicht mehr Rechnung getragen werden kann. Deshalb kann die Erbringung von Heilmitteln bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung mit oder ohne einen behördlich festgestellten Förderstatus, der je nach Landesrecht bestimmt wird, auch innerhalb der oben genannten Einrichtungen stattfinden, sofern die Voraussetzungen, z.B. ein geeigneter Raum für die Therapie, dort gegeben sind. Das Vorliegen eines Förderstatus allein begründet nicht die Verordnung von Heilmitteln und deren Erbringung in der Tageseinrichtung. Stets muss ein Behandlungsbedarf im Sinne der Richtlinie vorliegen und die Behandlung wegen des Vorliegens einer Behinderung dort notwendig sein. Die in § 5 Absatz 1 genannten Verordnungsaußchlüsse sind zu berücksichtigen

A-1.3.2.9 § 10 Auswahl der Heilmittel (neu)

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2 (alt)

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

Zu Absatz 2 (neu)

Die bisher in Satz 3 vorhandene klarstellende Regelung, dass nicht mehr als ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden kann, wird als entbehrlich aufgehoben, da ausschließlich die Elektrotherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig ist. Die Streichung von Satz 4 („Auf dem Verordnungsvordruck ist das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen.“) hat zum Ziel, das Missverständnis, dass nur das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen ist, zu vermeiden. Nach § 13 Absatz 2 ist jedes Heilmittel eindeutig zu bezeichnen.

Zu Absatz 3 (neu)

Die Änderung sieht vor, dass künftig im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie mehrere unterschiedliche Heilmittel verordnet werden können. Die neue Regelung soll u.a. der Flexibilisierung der Therapie dienen und dem verordnenden Zahnarzt oder der verordnenden Zahnärztin mehr Therapieoptionen eröffnen. Für den Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie besteht damit die Möglichkeit, verschiedene Heilmittel (Behandlungszeiten) gemeinsam zu verordnen. Die Aufteilung der Heilmittel ist auf dem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.

Zu Absatz 3/4

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung bzw. Folgeänderung.

Zu Absatz 4/5 (neu)

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

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

Fallgestaltungen für eine Doppelbehandlung können sich aus medizinischen Gründen insbesondere dort ergeben, wo aufgrund multipler struktureller oder funktioneller Schädigungen und Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten mit der normalen Zeiteinheit eine effektive Therapie nicht oder kaum durchführbar ist, da bspw. das Ausmaß der Schmerzen in Verbindung mit den ausgeprägten Funktionsstörungen oder ausgeprägte spastische Tonuserhöhungen zunächst eine Detonisierung der beteiligten Muskulatur sowie die Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster erforderlich machen, bevor der Patient mit aktiven physiotherapeutischen Maßnahmen behandelt werden kann. Zur Erreichung des Behandlungsziels, kann in diesen Fallgestaltungen daher eine längere Therapiezeit pro Behandlungseinheit angezeigt sein. Hier sind insbesondere Indikationen aus der Indikationsgruppe CD2, wie sie bei schweren Traumata, Tumoren oder komplexen Fehlbildungssyndromen vorkommen können und der Indikationsgruppe SCZ bei Störungen des Schluckakts nach Tumoroperationen im Mund-Kieferbereich, in Betracht zu ziehen. Des Weiteren sind Indikationen aus der Indikationsgruppe ZNSZ,

insbesondere bei schweren zentral bedingten Bewegungsstörungen im Kindesalter vorstellbar. Bei diesen kann es unter physiotherapeutischer Behandlung zudem zu einer Verstärkung der orofazialen Spastik kommen, sodass eine längere Therapiezeit pro Behandlungseinheit erforderlich ist, um das Behandlungsziel erreichen zu können.

A-1.3.2.10 § 11 Verordnungsvordruck (neu)

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe b.

Mit der Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge ist eine Unterscheidung der Verordnungen nicht mehr erforderlich.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe c (neu)

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe d (neu)

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe g (neu)

Es erfolgte eine begriffliche Anpassung. Darüber hinaus wurde ergänzt, dass die Angabe auch als Frequenzspanne möglich ist.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe h (neu)

Es wird ein Hinweis ergänzt, dass auch „ergänzende Angaben zum Heilmittel“ auf der Verordnung möglich sind. Beispiele für ergänzende Angaben zum Heilmitteln können „Doppelbehandlung“ oder bei „KG-ZNS“ die Angabe „Bobath“ sein.

Die (gesonderte) Angabe der Therapiedauer ist nicht notwendig, da die Minutenzahl im anzugebenden Heilmittel enthalten ist.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe i (neu)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Der HeilM-Katalog ZÄ spricht von „Indikationsgruppe“ und nicht von „Diagnosegruppe“.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe l (alt)

Es handelt sich um eine Folgeänderung, da die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls durch den Wegfall des Genehmigungsverfahrens gemäß § 7 Absatz 4 (a.F.) nicht mehr erforderlich ist.

A-1.3.2.11 Neu § 12 (Blankverordnung)

Mit der Einführung der „Blankverordnung“ in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Änderungen aufgrund des TSVG (vgl. § 125a SGB V i.V.m. § 73 Absatz 11 SGB V) bedarf es auch einer entsprechenden Ergänzung in der HeilM-RL ZÄ. Mit dem TSVG wurde in § 92 Absatz 6 Satz 1 Nr. 5 und 6 vorgegeben, dass der G-BA in seinen Heilmittel-Richtlinien regeln soll, auf welche Angaben auf der Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1 (Blankverordnung) verzichtet werden kann sowie die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1 (Blankverordnung). Blankverordnungen sind nach § 125a Abs. 1 Satz 1 SGB V in den jeweiligen Bereichen der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich. Grundlage hierfür ist ein Vertrag, den die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Heilmittelbereich gemeinsam abschließen. Vor Vertragsabschluss ist gem. § 125a Abs. 1 Satz 7 SGB V in der Fassung des MDK-Reformgesetzes den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

(KBV und KZBV) Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Neben dem Stellungnahmerecht ist für die vertraglichen Festlegungen nach § 125a Abs. 2 Nr. 1 und 7 SGB V das Einvernehmen mit der KBV und der KZBV herzustellen.

Mit der Regelung des § 12 HeilM-RL Zahnärzte zur Möglichkeit von Blankoverordnungen bleibt offen, ob und inwieweit in den Verträgen nach § 125a SGB V auch zahnärztliche Indikationen für die Blankoverordnung festgelegt werden

A-1.3.3 Teil C Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten

A-1.3.3.1 § 13 Grundlagen

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

A-1.3.3.2 § 14 Beginn der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

A-1.3.3.3 § 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Regelungen des § 15 nur in eingeschränkter Form für eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern (Blankoverordnung) gemäß § 12 gilt. Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe in § 73 Absatz 11 SGB V, wonach Heilmittelerbringer bei den in den Verträgen nach § 125a Absatz 1 SGB V vereinbarten Indikationen selbst die Auswahl und die Dauer der Heilmitteltherapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten festlegen, sind § 15 Absätze 3 bis 5 der Heilmittel-Richtlinie ZÄ für die Blankoverordnung nicht einschlägig. Die Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, ob und inwieweit bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie ZÄ abgewichen werden kann, werden in den Verträgen nach § 125a SGB V geregelt.

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

Die Ergänzung durch den neuen Satz 3 stellt klar, dass der Heilmittelerbringer auch in den Fällen der begründeten Unterbrechung zu gewährleisten hat, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird.

Zu Absatz 4

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung.

A-1.3.4 Teil D Zahnärztliche Diagnostik

A-1.3.4.1 § 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie

Zu Absatz 1

Bei den Änderungen in Absatz 1 handelt es sich um Folgeänderungen.

Bei der Eingangsdiagnostik sind schädigungsabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten. Die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte ist an das Wording der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angepasst worden. Ein Gesundheitsproblem drückt sich hier in der Komponente Körperfunktionen und -strukturen in einer Schädigung von Funktionen und Strukturen aus.

Zu Absatz 2

Aufgrund der notwendigen Folgeänderungen wird der Absatz sprachlich überarbeitet. Bei den benannten Fremdbefunden kann es sich, neben anderen zahnärztlichen oder ärztlichen Befunden, auch um Befunde von Heilmittelleistungserbringern handeln.

A-1.3.4.2 § 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech-, und Sprach- und Schlucktherapie

Zu Absatz 1

Bei den Änderungen in Absatz 1 handelt es sich um Folgeänderungen.

Zu Absatz 2

Aufgrund der notwendigen Folgeänderungen wird der Absatz sprachlich überarbeitet. Bei den benannten Fremdbefunden kann es sich, neben anderen zahnärztlichen oder ärztlichen Befunden, auch um Befunde von Heilmittelleistungserbringern handeln.

A-1.3.5 Teil E Maßnahmen der Physiotherapie

A-1.3.5.1 § 18 Grundlagen

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

A-1.3.5.2 § 19 Bewegungstherapie

Zu Nummer 5. Übungsbehandlung

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

A-1.3.5.3 § 22 Maßnahmen der Elektrotherapie

Der Zusatz „Maßnahmen“ ist notwendig, um den übergeordneten Begriff der „Maßnahmen der Elektrotherapie“ von der spezifischen Maßnahme Elektrotherapie zu unterscheiden. Der Begriff der Elektrotherapie im Heilmittelkatalog umfasst alle Maßnahmen der Elektrotherapie gem. § 22 Absatz 2. Bei der Ergänzung des Wortes „galvanisch“ handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung, da diese Stromform explizit unter Absatz 2 Nummer 1 genannt wird.

A-1.3.6 Teil F Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

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

Bei der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie kann die Einbeziehung des sozialen Umfelds ein Bestandteil des Therapiekonzeptes sein, weshalb eine übergeordnete Regelung und damit Verortung in § 22 sachgerecht ist.

A-1.3.6.1 Neuer § 26 Schlucktherapie

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

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

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

A-1.3.7 Zweiter Teil: Heilmittelkatalog Zahnärzte

Mit der Einführung der Begrifflichkeit „orientierende Behandlungsmenge“ durch das TSVG und den damit verbundenen Änderungen des § 6 ergeben sich auch Folgeänderungen in der Bezeichnung der Spaltenüberschriften des Heilmittelkatalogs. Es wird hier nur noch von „Heilmittelverordnung“ gesprochen. Ebenso verändert sich der Begriff „Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls“ in „orientierende Behandlungsmenge“.

A-1.3.7.1 Anpassung Spalte Heilmittelverordnung

Benennung der Heilmittel

Unter der Spalte Heilmittel wurde die Bezeichnung und Auswahl der verordnungsfähigen Heilmittel konkretisiert. Durch die Konkretisierung erfolgt keine Aufnahme neuer Heilmittel, sondern lediglich eine Harmonisierung und Weiterentwicklung der bisher gültigen Regelung der Heilm-RL im HMK. Aus diesem Grund bedarf es einer Anpassung im Bereich der Indikationsgruppe „Chronifiziertes Schmerzsyndrom im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (CSZ): Zukünftig wird zur Behandlung aller Leitsymptome der Indikationsgruppe CSZ auch Manuelle Therapie verordnungsfähig sein. Manuelle Therapie ist ein physiotherapeutisches Diagnose- und Behandlungskonzept bei Schädigungen bewegungsbezogener und neuromuskulärer Funktionen. Wesentliche therapeutische Wirkungen der Manuellen Therapie sind u.a. Schmerzlinderung, Wiederherstellung der Gelenkfunktion und Unterbrechung eines pathologischen neuromuskulären Reflexgeschehens. Die Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie für die gesamten Indikationen begründet sich durch die oben aufgeführten therapeutischen Wirkungen. Da die in Einzeltherapie durchzuführenden Techniken der Manuellen Therapie u.a. der

Schmerzlinderung durch Weichteiltechniken und Mobilisation der Kiefergelenke dienen, welche im zahnärztlichen Bereich häufiger Ursache von chronischen Schmerzsyndromen sind, beispielhaft seien hier die craniomandibulären Dysfunktionen genannt, ist die Verordnung von Manueller Therapie als vorrangiges Heilmittel bei der Indikationsgruppe CSZ indiziert. Dies trifft auf die Gesamtheit der unter dieser Indikationsgruppe genannten Krankheitsbilder, deren Leitsymptomatik und/oder deren Therapieziele zu. Mit der Ergänzung sind aus den genannten Gründen keine wesentlichen Änderungen oder Erweiterungen der jeweiligen Indikationsbereiche der verordnungsfähigen Heilmittel oder der Art der Erbringung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerFO des G-BA verbunden.

Bei Heilmitteln, für die im Heilmittelkatalog eine Behandlungszeit vorgegeben wird, wurde die Heilmittelbezeichnung analog der bestehenden Formulierung der MLD um den entsprechenden Minutenwert ergänzt (z.B. „Sprech- und Sprachtherapie-30“). Die Anpassungen dienen der besseren Abbildung der verordnungsfähigen Heilmittel in der zahnärztlichen Praxissoftware und sollen Fehler im Zusammenhang mit der Heilmittelauswahl vermeiden.

Umbenennung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls in orientierende Behandlungsmenge

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund von § 6.

A-1.3.8 Inkrafttreten

Da die HeilM-RL ZÄ und die HeilM-RL dieselben Heilmittelerbringer adressieren, ist ein gleichzeitiges Inkrafttreten der Änderungen in der HeilM-RL ZÄ und der HeilM-RL unabdingbar, insbesondere vor dem Hintergrund die Neuerung durch die Einführung der orientierenden Behandlungsmenge in der Versorgung einheitlich zu etablieren. Die Änderungen der HeilM-RL ZÄ treten daher zeitlich mit der HeilM-RL zum 1. Oktober 2020 in Kraft.

A-1.3.9 Evaluation

Der G-BA überprüft zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderungen die Auswirkungen der HeilM-Richtlinie ZÄ insgesamt. Ziel der Evaluation ist es, insbesondere die Entwicklungen der Verordnungen nach § 6 der Richtlinie vor Inkrafttreten der Änderungen und deren Entwicklung in der Zeit nach Inkrafttreten zu vergleichen. Der Umsetzungsstand und die Auswirkungen der Änderungen werden überprüft und gegebenenfalls erforderliche Änderungen vorgeschlagen.

A-1.4 Bürokratiekostenermittlung

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

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

Mit dem vorliegenden Beschluss sind in den folgenden Stellen Entlastungen der verordnenden Zahnärztinnen und Zahnärzte und der Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer von bürokratischen Aufwänden intendiert:

1. Neustrukturierung des Verordnungsfalls und Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes

Die Neustrukturierung des Verordnungsfalls in § 6 HeilM-RL ZÄ und der damit verbundene Wegfall der Unterscheidung in Verordnung im Regelfall und Verordnung außerhalb des Regelfalls resultieren aus der Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen außerhalb des Regelfalls und der Einführung von orientierenden Behandlungsmengen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG und gehen mit einer bürokratischen Entlastung einher.

In dem neugefassten § 6 HeilM-RL ZÄ wird die Begrifflichkeit „Gesamtverordnungsmenge im Regelfall“ durch den Begriff „orientierende Behandlungsmenge“ abgelöst. Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Kann das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, so ist wie bisher über eine erneute Zahnartzkonsultation eine weiterführende Verordnung möglich. Bei Ausstellung dieser Verordnung orientiert sich die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt jedoch zukünftig auch weiterhin an der Höchstmenge je Verordnung. Die bisherige Möglichkeit ab diesem Zeitpunkt die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz für einen Zeitraum von 12 Wochen auszustellen (Verordnung außerhalb des Regelfalls) entfällt. Ausgenommen sind hiervon wie bisher Patientinnen und Patienten mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 7 HeilM-RL ZÄ (neu). Bei diesen Patientinnen und Patienten können die notwendigen Heilmittel je Verordnung mit Verordnungsbeginn für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen verordnet werden.

Für Patientinnen und Patienten, die keinen langfristigen Heilmittelbedarf nach § 7 HeilM-RL ZÄ (neu) haben, bedeutet die neue Versorgungssystematik jedoch, dass sie – soweit sie einen Behandlungsbedarf haben, der über die orientierende Behandlungsmenge hinausgeht – fortan häufiger die verordnende Zahnärztin bzw. den verordnenden Zahnarzt kontaktieren werden, da die Verordnungen sich weiterhin an der Höchstmenge je Verordnung orientieren müssen und nicht mehr für einen Zeitraum von 12 Wochen ausgestellt werden können.

Durch die Streichung des bisherigen § 7 HeilM-RL ZÄ „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ und den damit einhergehenden Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls reduziert sich der bürokratische Aufwand der Leistungserbringer von bislang 8 Minuten auf 4,5 Minuten (siehe Tabelle 2 für Verordnungen oberhalb der orientierenden Behandlungsmenge): Insbesondere der Wegfall des Genehmigungsverfahrens stellt voraussichtlich eine bürokratische Entlastung dar. Bislang musste die verordnende Zahnärztin bzw. der verordnende Zahnarzt bei jeder Verordnung außerhalb des Regelfalls prüfen, ob die jeweilige Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet bzw. einen Genehmigungsverzicht widerrufen hat. Die Angabe einer medizinischen Begründung mit prognostischer Einschätzung, welche bislang auch auf dem Verordnungsformular anzugeben ist, bleibt künftig allein in der Patientenakte verortet.

Mit Neustrukturierung des Verordnungsfalls wird zukünftig in Verordnung innerhalb der orientierenden Behandlungsmenge und Verordnungen oberhalb der orientierenden Behandlungsmenge unterschieden. Der zukünftige zeitliche Aufwand, der mit der Verordnung von Heilmitteln einhergeht, lässt sich für die beiden Verordnungsmöglichkeiten wie folgt darstellen:

Tabelle 1: Künftiger Zeitaufwand je Verordnung innerhalb der orientierenden Behandlungsmenge in Minuten

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

Tabelle 2: Künftiger Zeitaufwand je Verordnung oberhalb der orientierenden Behandlungsmenge in Minuten

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

Die Neustrukturierung des Verordnungsfalls und die damit einhergehenden Änderungen in den Verordnungsabläufen in den Praxen werden dazu ggf. Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen (vgl. Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung; Anhang V, Tabelle 3, Ziffer XVI) notwendig machen, die ebenfalls unter Informationspflichten im Sinne Nr. 1.2 Anlage II 1. Kapitel VerFO fallen.

Tabelle 3: Zeitaufwand für Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen je Praxis in Minuten

Standardaktivität	Zeitwert	Qualifikationsniveau
Fortbildungs- und Schulungsteilnahmen	30	mittel

Deren Umfänge können zum jetzigen Zeitpunkt nicht im Sinne einer ex-ante-Schätzung quantifiziert werden.

Aktuell können dazu weder Aussagen zur Anzahl der derzeit von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten ausgestellten Heilmittelverordnungen getroffen werden, noch lässt sich abschätzen, wie sich die Fallzahlen künftig entwickeln werden. Eine Abschätzung der Bürokratiekosten ist somit zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

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

2. Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gemäß § 125a SGB V

Gemäß § 12 HeilM-RL ZÄ wird die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung, im allgemeinen Sprachgebrauch als „Blankoverordnung“ bezeichnet, für bestimmte

Indikationen in die Regelversorgung überführt. Die verordnende Zahnärztin bzw. der verordnende Zahnarzt kann durch das Ausstellen einer Blankoverordnung bei bestimmten Indikationen auf die Auswahl des Heilmittels, Dauer der Therapie und Frequenz der Behandlungseinheiten verzichten und diese Entscheidungen an die Therapeutin oder den Therapeuten delegieren. Das bedeutet, dass Diagnose- und Indikationsstellung für eine Heilmittelverordnung weiterhin durch die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt erfolgt, die Heilmittelerbringerin bzw. der Heilmittelerbringer bei ausgewählten Indikationen über Art, Kombination und Intensität des jeweils angewandten Heilmittels entscheidet.

Bis zum 15. November 2020 sind zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenverbänden auf Bundesebene Verträge über diese Versorgungsform gemäß § 125a SGB V zu schließen.

Die Regelung zur Ausstellung von Blankoverordnungen war durch den G-BA in der Richtlinie losgelöst davon zu treffen, ob und wenn ja in welchem Umfang auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Heilmitteln die Ausstellung von Blankoverordnungen möglich sein wird. Dem G-BA ist derzeit nicht bekannt, ob derartige Verträge auch mit Wirkung für die vertragszahnärztliche Versorgung abgeschlossen werden.

Eine Einschätzung darüber, welche Entlastungen und Mehraufwände für Zahnärztinnen und Zahnärzte und Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer entstehen, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt daher nicht vornehmen.

3. Weitere Vereinfachungen

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

- Zukünftig wird nicht mehr zwischen Erst- und Folgeverordnung unterschieden. Der diesbezügliche Aufwand entfällt somit.
- Mit Ablösung des behandlungsfreien Intervalls durch den Verordnungsfall gemäß § 6 Absatz 1 muss die verordnende Zahnärztin oder der verordnende Zahnarzt künftig vor der erneuten Verordnung von Heilmitteln nicht mehr das Datum der letzten Behandlung beim Therapeuten in Erfahrung bringen. Maßgeblich ist das Datum der letzten Verordnung und dieses liegt bereits vor. So ist künftig der Aufwand für die Ermittlung des letzten Behandlungsdatums entbehrlich.
- Mit der Änderung in § 14 Absatz 1, wonach künftig der Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Kalendertagen (bislang: 14 Kalendertage) nach Verordnung beginnen soll, verringert sich die Zahl derjenigen Fälle, in denen aufgrund Nicht-Einhaltung dieser Frist das Ausstellen neuer Verordnungen oder Rückfragen der Therapeutinnen und Therapeuten an die verordnenden Zahnärztinnen und Zahnärzte erforderlich werden.

Es wird davon ausgegangen, dass die vorgesehenen Maßnahmen zu einer Verringerung des Prüfaufwands der Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer führen.

A-2 Tragende Gründe und Beschluss vom 3. September 2020

A-2.1 Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ). Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der zahnärztlichen 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 Nr. 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte 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.

Gemäß § 94 SGB V prüft das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die vom G-BA beschlossenen Richtlinienänderungen.

A-2.2 Eckpunkte der Entscheidung

Mit Schreiben vom 16. Juli 2020 hat das BMG gemäß § 94 SGB V den Beschluss des G-BA vom 14. Mai 2020 über eine Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht beanstandet.

In diesem Zusammenhang hat das BMG den G-BA auf Folgendes hingewiesen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird gebeten zu prüfen,

- 1. in § 6 Absatz 5 Satz 1 nach dem Wort „Abweichend“ die Wörter „von Absatz 4“ einzufügen, um klarzustellen, wovon abweichend die Regelungen gelten sollen.*
- 2. in § 9 Absatz 2 Satz 3 den Begriff „ärztliche Verordnung“ in „zahnärztliche Verordnung“ zu korrigieren und nachfolgend die Wörter „der Heilmittelbehandlung“ zwecks Klarstellung zu ergänzen.“*

Das BMG führt ferner aus, dass es keiner erneuten Vorlage nach § 94 SGB V bedarf, sofern die vom BMG adressierten Formulierungsvorschläge übernommen werden.

Der G-BA folgt den Hinweisen des BMG und nimmt mit dem vorliegenden Beschluss eine Änderung des Beschlusses vom 14. Mai 2020 vor.

Da die HeilM-RL ZÄ und die HeilM-RL dieselben Heilmittelerbringer adressieren, ist ein gleichzeitiges Inkrafttreten der Änderungen in der HeilM-RL ZÄ und der HeilM-RL auch weiterhin unabdingbar, insbesondere um die Neuerungen durch die Einführung der orientierenden Behandlungsmenge in der Versorgung einheitlich zu etablieren. Vor dem Hintergrund der Entscheidung eines späteren Inkrafttretens der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung hat der G-BA entschieden, auch die HeilM-RL ZÄ erst zum 1. Januar 2021 in Kraft treten zu lassen

A-2.3 Bürokratiekosten

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-2.4 Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die Änderung des Beschlusses vom 14. Mai 2020 zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ) zur Anpassung an das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und weitere Änderungen.

A-3 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
15.08.2019	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens
13.11.2019	UA VL	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
12.02.2020	UA VL	Anhörung
22.04.2020	UA VL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)
14.05.2020	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte
16.07.2020	BMG	Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / <i>Hinweise zur Klarstellung</i>
03.09.2020	G-BA	Änderungsbeschluss aufgrund Hinweisen des BMG
15.09.2020	BMG	Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
30.10.2020		Veröffentlichung des konsolidierten Beschlusses im Bundesanzeiger
01.01.2021		Inkrafttreten

A-4 Beschluss

- Beschluss gefasst am 14. Mai 2020
- Beschluss gefasst am 3. September 2020
- Konsolidierter Beschluss veröffentlicht im BAnz am 30.10.2020, AT 30.10.2020 B3

**Bundesministerium für Gesundheit****Bekanntmachung
eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte:
Anpassung an das Terminservice- und Versorgungsgesetz
und weitere Änderungen****Vom 14. Mai 2020**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 14. Mai 2020 beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (Heilm-RL ZÄ) in der Fassung vom 15. Dezember 2016 (BAnz AT 14.03.2017 B2), zuletzt geändert am 17. September 2020 (BAnz AT 30.09.2020 B2), wie folgt zu ändern:

I.

Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Abgabe von Heilmitteln ist Aufgabe der gemäß § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringer. Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Absatz 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers.“

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Der GKV-Spitzenverband stellt die nach § 125 SGB V vereinbarten Preise der einzelnen Leistungspositionen in einem elektronisch verarbeitbaren Format bereit.“

2. § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Im ersten Spiegelstrich werden die Wörter „und der physikalischen Therapie“ gestrichen.

b) Der zweite Spiegelstrich wird wie folgt gefasst:

„– einzelnen Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (§§ 23 bis 26).“

3. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die behandelnde Vertragszahnärztin oder der behandelnde Vertragszahnarzt von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt hat. Soweit erforderlich, soll sich die behandelnde Vertragszahnärztin oder der behandelnde Vertragszahnarzt bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) informieren und bisherige Heilmittelverordnungen, sofern ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind, berücksichtigen. Die Versicherte oder der Versicherte soll die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt im Rahmen ihrer oder seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren.“

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.“

4. In § 4 Absatz 2 werden im dritten Spiegelstrich die Wörter „und Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen)“ gestrichen.

5. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Weiterhin dürfen Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung der vorliegenden Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach §§ 46 und 79 SGB IX).“

b) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 30, 32 Nummer 1“ durch die Angabe „§ 46 Absatz 1 und 2 und § 79“ ersetzt sowie nach der Angabe „vom 24. Juni 2003“ die Angabe „, geändert am 23. Dezember 2016,“ eingefügt.

6. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

(1) Ein Verordnungsfall umfasst alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Indikation und derselben Indikationsgruppe nach Heilmittelkatalog ZÄ. Dies gilt auch, wenn sich inner-



halb des Verordnungsfalles die Leitsymptomatik ändert oder unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Im Rahmen eines Verordnungsfalles können mehrere Verordnungen getätigt werden. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben oder unterschiedlicher Indikationsgruppe(n) auf, kann dies weitere Verordnungsfälle auslösen, für die jeweils separate Verordnungen auszustellen sind. Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten Verordnung ein Zeitraum von 6 Monaten vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.

(2) Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Die orientierende Behandlungsmenge ergibt sich indikationsbezogen aus dem Heilmittelkatalog ZÄ.

(3) Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind. In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation der Zahnärztin oder des Zahnarztes zu übernehmen.

(4) Im Heilmittelkatalog ZÄ ist zudem die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt. Sofern gemäß § 10 Absatz 2 Satz 1 neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels.

(5) Abweichend von Absatz 4 gilt für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 7, dass die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Therapiefrequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Die orientierende Behandlungsmenge gemäß Heilmittelkatalog ZÄ ist nicht zu berücksichtigen. Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12-Wochen-Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung unter Berücksichtigung des § 15 Absatz 3 ihre Gültigkeit."

7. § 7 wird aufgehoben.

8. Die §§ 8 bis 12 werden die §§ 7 bis 11.

9. Der neue § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird im zweiten Spiegelstrich die Angabe „§ 12“ durch die Angabe „§ 11“ ersetzt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „nach Absatz 3“ gestrichen.

cc) In Satz 6 wird das Wort „Diagnosegruppe/-gruppen“ durch die Wörter „Indikationsgruppe oder die Indikationsgruppen“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

10. Der neue § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§§ 11 und 12“ durch die Angabe „§§ 10 und 11“ ersetzt.

b) Dem Absatz 2 wird folgender neuer Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalles. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.“

11. Der neue § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Das Wort „anderes“ wird durch das Wort „Anderes“ ersetzt.

bb) Der zweite Spiegelstrich wird wie folgt gefasst:

„– als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2 verordnet werden. Die Verordnung eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, gegebenenfalls darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. Dies können auch Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder Regelschulen sein. Voraussetzung dafür ist, dass sich aus der zahnärztlichen Verordnung der Heilmittelbehandlung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. Dies



soll in der Regel bei einem behördlich festgestellten Förderstatus angenommen werden. § 5 Absatz 1 darf dem nicht entgegenstehen.“

12. Der neue § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10 Auswahl der Heilmittel

(1) Die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) hängt bei gegebener Indikation nach § 3 Absatz 4 ab von:

- der Ausprägung und Schwere der Erkrankung,
- den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen,
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und
- den angestrebten Therapiezielen.

Dabei sind die person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Die konkreten Therapieziele zu den jeweiligen Heilmitteln werden im Heilmittelkatalog ZÄ erläutert. Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog ZÄ dient der verordnenden Vertragszahnärztin oder dem verordnenden Vertragszahnarzt zur Orientierung, er oder sie kann hiervon in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzliche Dokumentation auf der Verordnung abweichen.

(2) Soweit medizinisch erforderlich, kann in der Physiotherapie zu einem vorrangigen Heilmittel nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes ergänzendes Heilmittel verordnet werden (d. h. maximal zwei Heilmittel je Verordnung). Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.

(3) In der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können je Verordnung verschiedene Heilmittel (Behandlungszeiten) verordnet werden. Dies ist auf dem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.

(4) Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges ZÄ (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie und Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. Werden Heilmittel aus verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges ZÄ verordnet, ist für jede Verordnung je ein Verordnungsvordruck zu verwenden.

(5) Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und sofern verordnet ein ergänzendes Heilmittel. Ausnahmen regelt der Heilmittelkatalog ZÄ. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden. Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß Heilmittel-Richtlinie zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht.“

13. Der neue § 11 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Buchstabe b wird aufgehoben.
- b) Die Buchstaben c bis k werden die Buchstaben b bis j.
- c) Im neuen Buchstaben c werden im Klammerzusatz die Wörter „oder nein“ gestrichen.
- d) Der neue Buchstabe d wird wie folgt gefasst:
„d) gegebenenfalls Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs“
- e) Der neue Buchstabe g wird wie folgt gefasst:
„g) die Therapiefrequenz (Angabe auch als Therapiefrequenzspanne möglich)“
- f) Der neue Buchstabe h wird wie folgt gefasst:
„h) gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“)“
- g) Im neuen Buchstaben i wird im Klammerzusatz das Wort „Diagnosengruppe“ durch das Wort „Indikationsgruppe“ ersetzt.
- h) Der bisherige Buchstabe l wird aufgehoben.

14. Nach § 11 wird folgender § 12 eingefügt:

„§ 12 Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern („Blankverordnung“)

(1) Bei Verordnungen aufgrund von Indikationen nach § 125a SGB V kann auf folgende Angaben nach § 11 Absatz 2 Satz 3 verzichtet werden:

- e) die Verordnungsmenge,
- f) das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ,
- g) die Therapiefrequenz (Angabe auch als Therapiefrequenzspanne möglich),
- h) gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“).



- (2) Wenn die Heilmittel-Behandlung nicht gemäß den vorgegebenen Zeiträumen nach § 14 begonnen wird, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Verordnungen nach Absatz 1 sind maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig.
- (3) Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog, der Dauer und Frequenz der Therapie durch die Therapeutin oder den Therapeuten sprechen, sind auch bei Indikationen nach § 125a SGB V alle Angaben nach § 11 Absatz 2 zu machen."
15. In § 13 Satz 2 wird das Wort „gewährleistet“ durch das Wort „gewährleisten“ ersetzt.
16. § 14 wird wie folgt gefasst:
- „§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung
- (1) Die Behandlung hat innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen. Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.
- (2) Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nach Absatz 1 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.“
17. § 15 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Angabe „§ 12“ wird durch die Angabe „§ 11“ ersetzt.
- bb) Nach dem Wort „enthalten“ werden die Wörter „oder die Voraussetzungen des § 12 Absatz 1 erfüllt“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Dem Satz 1 wird folgender Satz vorangestellt:
- „Die Angaben zur Therapiefrequenz auf der Verordnung sind für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend.“
- bb) Die bisherigen Sätze 1 und 2 werden die Sätze 2 und 3.
- cc) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „von der Frequenzangabe“ durch das Wort „davon“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:
- „Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird.“
- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Heilmittel“ die Wörter „oder den verordneten Heilmitteln“ eingefügt.
- bb) In Satz 2 wird das Wort „Therapieziels“ durch die Wörter „zahnärztlichen Therapieplans“ ersetzt.
18. § 16 wird wie folgt gefasst:
- „§ 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie
- (1) Vor der erstmaligen Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind schädigungsabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten.
- (2) Vor weiteren Verordnungen von Maßnahmen der Physiotherapie ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere Befundergebnisse können auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.
- (3) Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die Entscheidung über die Notwendigkeit zur Einleitung anderer Maßnahmen, die Beendigung oder die Fortsetzung einer Therapie. Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt entscheidet schädigungsabhängig, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik sie oder er durchführt beziehungsweise veranlasst.“
19. § 17 wird wie folgt gefasst:
- „§ 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- (1) Vor der erstmaligen Verordnung von Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ist eine Eingangsdiagnostik notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten.
- (2) Vor weiteren Verordnungen von Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ist die erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes erforderlich. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere Befundergebnisse können auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.



- (3) Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die Entscheidung über die Notwendigkeit zur Einleitung anderer Maßnahmen, die mögliche Beendigung oder die Fortsetzung einer Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt entscheidet schädigungsabhängig, welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik sie oder er durchführt beziehungsweise veranlasst.“
20. In Abschnitt E werden in der Überschrift die Wörter „und der physikalischen Therapie“ gestrichen.
21. § 18 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Physiotherapie im Sinne dieser Richtlinie umfasst die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie sowie die physikalische Therapie. Physiotherapie nutzt sowohl die aktive selbständig ausgeführte, die assistive, therapeutisch unterstützte, als auch die passive, beispielsweise durch die Therapeutin oder den Therapeuten geführte, Bewegung des Menschen, bei Bedarf ergänzt durch den Einsatz physikalischer Therapien wie Thermo- oder Elektrotherapie. Therapieziel ist das Erreichen der größtmöglichen Funktionsfähigkeit (im Sinne der ICF).“
- b) In Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 werden jeweils die Wörter „und der physikalischen Therapie“ gestrichen.
- c) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „sind“ die Wörter „im Folgenden“ eingefügt.
22. § 19 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:
- „5. Übungsbehandlung
- Bei der Übungsbehandlung werden aktive, aktiv-passive und passiv geführte Übungen eingesetzt. Sie verfolgt als gezielte und kontrollierte Maßnahme das Ziel, Schädigungen der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) sowie Schädigungen der Gelenkfunktionen (z. B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität) zu beseitigen oder zu mindern.“
23. § 21 wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift werden die Wörter „Wärme-/Kältetherapie“ ersetzt durch die Wörter „Wärme- oder Kältetherapie“.
- b) In Absatz 2 Nummer 4 wird das Wort „Verbesserung“ durch das Wort „Besserung“ ersetzt.
24. § 22 wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift werden vor dem Wort „Elektrotherapie“ die Wörter „Maßnahmen der“ vorangestellt.
- b) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „wenden“ das Wort „galvanische,“ eingefügt sowie das Wort „Durchblutungsverbesserung“ durch das Wort „Durchblutungsförderung“ ersetzt.
- c) In Absatz 2 werden dem Wort „Elektrotherapie“ die Wörter „Maßnahmen der“ vorangestellt sowie das Wort „umfasst“ durch das Wort „umfassen“ ersetzt und die Wörter „die nachstehend beschriebenen Maßnahmen“ gestrichen.
- d) In Absatz 3 Satz 1 und 2 werden jeweils dem Wort „Elektrotherapie“ die Wörter „Die Maßnahmen der“ vorangestellt sowie jeweils das Wort „kann“ durch das Wort „können“ ersetzt.
25. In Abschnitt F wird die Überschrift wie folgt gefasst:
- „F. Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“
26. § 23 wird wie folgt gefasst:
- „§ 23 Grundlagen
- (1) Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, die auch Techniken der orofazialen Stimulation umfassen, dienen hier dazu, krankheitsbedingte orofaziale Störungen im Mund- und Kieferbereich oder Störungen der oralen Phase des Schluckaktes zu beseitigen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.
- (2) Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, sind in Abhängigkeit von der vorliegenden Schädigung und der Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten als 30-, 45- oder 60-minütige Behandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung des sozialen Umfelds in das Therapiekonzept, verordnungsfähig. Die Verordnung erfolgt nach Maßgabe des Heilmittelkataloges ZÄ.
- (3) Zu den Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, gehören die in den §§ 24 bis 26 genannten verordnungsfähigen Heilmittel.“
27. § 24 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden die Wörter „sowie der Funktion der oralen Phasen des Schluckaktes“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach dem Wort „Sprachregion“ wird das Komma gestrichen.
- bb) Im dritten Spiegelstrich wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
- cc) Der vierte Spiegelstrich wird gestrichen.
- dd) Die Wörter „dazu kann das soziale Umfeld in das Therapiekonzept einbezogen werden.“ werden gestrichen.



28. § 25 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „sowie des Schluckvorganges“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Der achte Spiegelstrich wird gestrichen.
 - bb) Im siebten Spiegelstrich wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.

29. Nach § 25 wird folgender § 26 angefügt:

„§ 26 Schlucktherapie in der oralen Phase

(1) Die Schlucktherapie dient der Besserung oder der Normalisierung des Schluckaktes in der oralen Phase des Schluckvorganges sowie erforderlichenfalls der Erarbeitung von Kompensationsstrategien und der Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Anbahnung, Wiederherstellung oder Besserung des Schluckaktes in der oralen Phase mit
- Bewegungstraining der am Schlucken beteiligten Muskeln einschließlich der orofazialen Muskulatur,
- Modifikationen des Schluckvorgangs durch Haltungsänderungen oder Schlucktechniken,
- Beratung zu schluckphasengerechten Kostformen sowie den Umgang mit diesen,
- dem Umgang mit speziellen Ess- und Trinkhilfen, um aspirationsfreies Schlucken zu ermöglichen.“

II.

Der zweite Teil: Heilmittelkatalog Zahnärzte, Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V wird wie folgt geändert:

1. Dem Inhaltsverzeichnis wird folgender Satz vorangestellt:

„Hinweis: Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.“

2. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 werden die Wörter „Physikalische Therapie“ durch das Wort „Physiotherapie“ ersetzt.
- b) In Nummer 2 werden die Wörter „Sprech- und Sprachtherapie“ durch die Wörter „Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ersetzt.

3. Das Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen wird wie folgt geändert:

- a) Nach dem Wort „Heilmittelkatalog“ wird die Angabe „ZÄ“ ergänzt
- b) Die Zeilen „Erst-VO = Erstverordnung“ und „Folge-VO = Folgeverordnung“ werden gestrichen.

4. Der Abschnitt 1 Maßnahmen der Physiotherapie und der Physikalischen Therapie wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter „und der Physikalischen Therapie“ gestrichen.
- b) Der Abschnitt 1.1 Craniomandibuläre Störungen wird wie folgt geändert:
 - aa) In der Tabelle wird für die Indikationsgruppe CD1 die Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall wie folgt neu gefasst:

„Heilmittelverordnung“	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel:	Höchstmenge je VO:
– Krankengymnastik	– bis zu 6 x/VO
– Manuelle Therapie	orientierende Behandlungsmenge:
ergänzende Heilmittel:	– bis zu 18 Einheiten
– Kältetherapie	Frequenzempfehlung:
– Wärmetherapie	– 1 bis 3 x wöchentlich
– Elektrotherapie	Ziel:
	– Erlernen eines Eigenübungsprogramms“

bb) Die Tabelle für die Indikationsgruppe CD2 wird wie folgt geändert:

- aaa) In der Spalte Indikationsgruppen wird nach dem Wort „Gaumenspalten“ folgender Spiegelstrich angefügt:
 - „ – chronischer Osteoarthritis des Kiefergelenks“



bbb) Die Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall wird wie folgt neu gefasst:

„Heilmittelverordnung“	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel: – Krankengymnastik – Manuelle Therapie	Höchstmenge je VO: – bis zu 10 x/VO orientierende Behandlungsmenge:
ergänzende Heilmittel: – Kältetherapie – Wärmetherapie – Elektrotherapie	– bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: – 1 bis 3 x wöchentlich Ziel: – Erlernen eines Eigenübungsprogramms“

c) Im Abschnitt 1.2 Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS wird die Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall wie folgt neu gefasst:

„Heilmittelverordnung“	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel: – Krankengymnastik – KG-ZNS – KG-ZNS-Kinder	Höchstmenge je VO: – bis zu 10 x/VO orientierende Behandlungsmenge:
ergänzende Heilmittel: – Kältetherapie – Wärmetherapie – Elektrotherapie	– bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: – 1 bis 3 x wöchentlich“

d) Im Abschnitt 1.3 Chronifiziertes Schmerzsyndrom wird die Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall wie folgt neu gefasst:

„Heilmittelverordnung“	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel: – Krankengymnastik – Manuelle Therapie	Höchstmenge je VO: – bis zu 6 x/VO orientierende Behandlungsmenge:
ergänzende Heilmittel: – Kältetherapie – Wärmetherapie – Elektrotherapie	– bis zu 18 Einheiten Frequenzempfehlung: – 1 bis 3 x wöchentlich Ziel: – Erlernen eines Eigenübungsprogramms“



e) Der Abschnitt 1.4 Lymphabflussstörungen wird wie folgt geändert:

aa) In der Tabelle wird für die Indikationsgruppe LYZ1 die Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall wie folgt neu gefasst:

„Heilmittelverordnung“	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel: – MLD-30	Höchstmenge je VO: – bis zu 6 x/VO
ergänzende Heilmittel: – Kältetherapie – Wärmetherapie – Elektrotherapie – Übungsbehandlung	orientierende Behandlungsmenge: – bis zu 12 Einheiten Frequenzempfehlung: – 1 bis 3 x wöchentlich Ziel: – Erlernen eines Eigenübungsprogramms“

bb) In der Tabelle wird für die Indikationsgruppe LYZ2 die Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall wie folgt neu gefasst:

„Heilmittelverordnung“	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel: – MLD-30 – MLD-45	Höchstmenge je VO: – bis zu 10 x/VO
ergänzende Heilmittel: – Kältetherapie – Wärmetherapie – Elektrotherapie – Übungsbehandlung	orientierende Behandlungsmenge: – bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: – 1 bis 3 x wöchentlich Ziel: – Erlernen eines Eigenübungsprogramms“

f) Der Abschnitt 2 Maßnahmen der Sprech-, und Sprachtherapie wird wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift werden die Wörter „Sprech- und Sprachtherapie“ durch die Wörter „Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ersetzt.

bb) Im Abschnitt 2.1 Störungen des Sprechens wird die Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall wie folgt neu gefasst:

„Heilmittelverordnung“	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
– Sprech- und Sprachtherapie 30 – Sprech- und Sprachtherapie 45 – Sprech- und Sprachtherapie 60	Höchstmenge je VO: – bis zu 10 x/VO
30 oder 45 oder 60 Minuten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten	orientierende Behandlungsmenge: – bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: – 1 bis 3 x wöchentlich“

cc) Im Abschnitt 2.2 Störungen des oralen Schluckaktes wird die Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall wie folgt neu gefasst:

„Heilmittelverordnung“	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
– Schlucktherapie 30 – Schlucktherapie 45 – Schlucktherapie 60	Höchstmenge je VO: – bis zu 10 x/VO
30 oder 45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten	orientierende Behandlungsmenge: – bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: – 1 bis 3 x wöchentlich“



dd) Im Abschnitt 2.3 Orofaziale Störungen wird die Spalte Heilmittelverordnung im Regelfall wie folgt neu gefasst:

„Heilmittelverordnung“	
Heilmittel	<u>Verordnungsmenge je Indikationsgruppe</u> weitere Hinweise
– Sprech- und Sprachtherapie 30	Höchstmenge je VO:
– Sprech- und Sprachtherapie 45	– bis zu 10 x/VO
– Sprech- und Sprachtherapie 60	orientierende Behandlungsmenge:
30 oder 45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten	– bis zu 30 Einheiten
	Frequenzempfehlung:
	– 1 bis 3 x wöchentlich“

III.

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

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

Berlin, den 14. Mai 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Prof. Hecken

A-5 Prüfung durch das BMG

A-5.1 Beschluss vom 14. Mai 2020



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

vorab per Fax: 030 – 275838105



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

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, 16. Juli 2020
AZ 213 – 21432 – 68

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 14. Mai 2020

hier: Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/Heilm-RL ZÄ); Anpassung an das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und weitere Änderungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 14. Mai 2020 über eine Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung wird nicht beanstandet.

Es wird auf Folgendes hingewiesen:

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird gebeten zu prüfen,

1. in § 6 Absatz 5 Satz 1 nach dem Wort „Abweichend“ die Wörter „von Absatz 4“ einzufügen, um klarzustellen, wovon abweichend die Regelungen gelten sollen.
2. in § 9 Absatz 2 Satz 3 den Begriff „ärztliche Verordnung“ in „zahnärztliche Verordnung“ zu korrigieren und nachfolgend die Wörter „der Heilmittelbehandlung“ zwecks Klarstellung zu ergänzen.

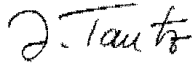
Seite 2 von 2

Ein Änderungsbeschluss, der diese Formulierungsvorschläge übernimmt, bedarf keiner erneuten Vorlage nach § 94 SGB V.

Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass das auf Ihrer Internetseite als derzeit geltende Fassung der HeiM-RL ZÄ veröffentlichte Dokument in § 12 Absatz 2 einen Formatierungsfehler enthält. Die Reihung der Buchstaben fängt mit d an. Es wird um Korrektur gebeten, um etwaige Missverständnisse zu vermeiden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Dr. Josephine Tautz

A-5.2 Beschluss vom 3. September 2020



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 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 15. September 2020
AZ 213 - 21432 - 68

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 3. September 2020
hier: **Änderung des Beschlusses zur Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ):**
Anpassung an das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und weitere Änderungen vom 14. Mai 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 3. September 2020 über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA

B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V
- Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Abs. 6 S. 2 SGB V:
 - o Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)
 - o Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
 - o Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)
 - o Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)
- VDB-Physiotherapieverband e.V. gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerFO des G-BA Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen beschloss in seiner Sitzung am 13. November 2019 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen wurden den Stellungnahmeberechtigten am 19. November 2019 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von 4 Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-2 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

B-3 Unterlagen des Stellungsnahmeverfahrens

B-3.1 Beschlussentwurf

Beschlussentwurf



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel- Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ): Anpassung an das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und weitere Änderungen

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ) in der Fassung vom 15. Dezember 2016 (BAnz AT 14.03.2017 B2), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a)

PatV	GKV-SV/KZBV
Absatz 2 wird folgender Satz angefügt: „Bei der Heilmittelerbringung im Rahmen der Krankenbehandlung nach dieser Richtlinie ist zu berücksichtigen, dass Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten sind.“	

a/b) [PatV] Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Abgabe von Heilmitteln ist Aufgabe der gemäß § 124 SGB V zugelassenen Leistungserbringer. Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Absatz 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers.“

b/c) [PatV] Es wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Der GKV-Spitzenverband stellt die nach § 125 SGB V vereinbarten Preise der einzelnen Leistungspositionen in einem elektronisch verarbeitbaren Format bereit.“

2. § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Im ersten Spiegelstrich werden die Wörter „und der physikalischen Therapie“ gestrichen.

b) Der zweite Spiegelstrich wird wie folgt gefasst:

„- einzelnen Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (§§ 23-26).“

3. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Verordnung von Heilmitteln kann nur erfolgen, wenn sich die behandelnde Vertragszahnärztin oder der behandelnde Vertragszahnarzt von dem Zustand der oder des Versicherten überzeugt hat. Soweit erforderlich, soll sich die behandelnde Vertragszahnärztin oder der behandelnde Vertragszahnarzt bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände (Kontextfaktoren) informieren und bisherige Heilmittelverordnungen, sofern ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind, berücksichtigen. Die Versicherte oder der Versicherte soll die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt im Rahmen ihrer oder seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren.“

b) Es wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.“

4. In § 4 Absatz 2 werden im dritten Spiegelstrich die Wörter „und Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen)“ gestrichen.

5. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Weiterhin dürfen Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung der vorliegenden Schädigungen geboten sind (insbesondere Leistungen nach den §§ 46 und 79 des SGB IX).“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 30, 32 Nummer 1“ wird ersetzt durch die Angabe „§ 46 Absatz 1 und 2 und § 79“.

bb) Nach der Angabe „vom 24. Juni 2003“ wird ein Komma und die Angabe „geändert am 23. Dezember 2016,“ eingefügt.

6. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

(1) Ein Verordnungsfall umfasst alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Indikation und derselben Indikationsgruppe nach Heilmittelkatalog ZÄ. Dies gilt auch, wenn sich innerhalb des Verordnungsfall es die Leitsymptomatik ändert oder unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Im Rahmen eines Verordnungsfall es können mehrere Verordnungen getätigt werden. Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben oder unterschiedlicher Indikationsgruppe(n) auf, kann dies weitere Verordnungsfall e auslösen, für die jeweils separate Verordnungen auszustellen sind. Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten Verordnung ein Zeitraum von 6 Monaten vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.

(2) Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Die orientierende Behandlungsmenge ergibt sich Indikationsbezogen aus dem Heilmittelkatalog ZÄ.

(3) Könnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind. In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation zu übernehmen.

(4)

Variante A	Variante B
Im Heilmittelkatalog ZÄ ist zudem die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt. Sofern gemäß § 10 Absatz 2 Satz 1 neben dem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels.	Im Heilmittelkatalog ZÄ ist zudem die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt. Sofern gemäß § 10 Absatz 2 Sätze 1 bis 3 neben einem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels.

(5) Abweichend gilt für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 7

PatV	GKV-SV/KZBV
oder § 6 Absatz 3	

„dass die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Therapiefrequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Die orientierende Behandlungsmenge gemäß Heilmittelkatalog ZÄ ist nicht zu berücksichtigen.“

7. § 7 wird aufgehoben.
8. Die §§ 8 bis 12 werden die §§ 7 bis 11.
9. Der neue § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird im zweiten Spiegelstrich die Angabe „§ 12“ durch die Angabe „§ 11“ ersetzt.
 - bb) In Satz 4 wird die Angabe „nach Absatz 3“ gestrichen.
 - cc) In Satz 6 wird das Wort „Diagnosegruppe/-gruppen“ durch die Wörter „Indikationsgruppe oder die Indikationsgruppen“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 wird aufgehoben.
10. Der neue § 8 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§§ 11 und 12“ durch die Angabe „§§ 10 und 11“ ersetzt.
 - b) Dem Absatz 2 wird folgender neuer Absatz angefügt:

„(3) Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es

erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.“

11. Der neue § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Das Wort „anderes“ wird durch das Wort „Anderes“ ersetzt.

bb) Der zweite Spiegelstrich wird wie folgt gefasst:

„- als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2 verordnet werden. Die Verordnung eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die Behandlung in einer Einrichtung (z.B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, gegebenenfalls darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. Dies können auch Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder Regelschulen sein. Voraussetzung dafür ist, dass sich aus der ärztlichen Verordnung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. Dies soll in der Regel bei einem behördlich festgestellten Förderstatus angenommen werden. § 5 Absatz 1 darf dem nicht entgegenstehen.“

12. Der neue § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10 Auswahl der Heilmittel

(1) Die Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz) hängt bei gegebener Indikation nach § 3 Absatz 4 ab von:

- I. der Ausprägung und Schwere der Erkrankung,
- II. den daraus resultierenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen,
- III. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und
- IV. den angestrebten Therapiezielen.

Dabei sind die person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Die konkreten Therapieziele zu den jeweiligen Heilmitteln werden im Heilmittelkatalog ZÄ erläutert. Die Frequenzempfehlung gemäß Heilmittelkatalog ZÄ dient der verordnenden Vertragszahnärztin oder dem verordnenden Vertragszahnarzt zur Orientierung, er oder sie kann hiervon in medizinisch begründeten Fällen ohne zusätzliche Dokumentation auf der Verordnung abweichen.

(2)

Variante A	Variante B
Soweit medizinisch erforderlich, kann in der Physiotherapie zu einem vorrangigen Heilmittel nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes	Soweit medizinisch erforderlich, kann in der Physiotherapie je vorrangigem Heilmittel ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes

<p>ergänzendes Heilmittel verordnet werden (d.h. maximal zwei Heilmittel je Verordnung). Abweichend hiervon können Maßnahmen der Elektrotherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ diese Maßnahmen Indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.</p>	<p>ergänzendes Heilmittel verordnet werden. Die Verordnungsmenge kann je Verordnung auf maximal zwei unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ in der Indikationsgruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. Soweit die Verordnungsmenge auf zwei vorrangige Heilmittel aufgeteilt wird, können auch zwei ergänzende Heilmittel verordnet werden. § 6 Absatz 4 ist zu beachten. Abweichend von Satz 1 können Maßnahmen der Elektrotherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ diese Maßnahmen Indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht. Die Aufteilung der Verordnungsmenge ist auf dem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.</p>
--	---

(3) In der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können je Verordnung verschiedene Heilmittel (Behandlungszeiten) verordnet werden. Dies ist auf dem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.

(4) Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln aus den verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges ZÄ (gleichzeitige Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie und Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) ist bei entsprechender Indikation zulässig. Werden Heilmittel aus verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkatalogs ZÄ verordnet, ist für jede Verordnung je ein Verordnungsvordruck zu verwenden.

(5) Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und sofern verordnet ein ergänzendes Heilmittel. Ausnahmen regelt der Heilmittelkatalog ZÄ. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden. Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß Heilmittel-Richtlinie zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht."

13. Der neue § 11 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe b wird aufgehoben.

b) Die Buchstaben c bis k werden die Buchstaben b bis j.

c) Im neuen Buchstaben c werden im Klammerzusatz die Wörter „oder nein“ gestrichen.

d) Der neue Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

„d. gegebenenfalls Kennzeichnung eines dringlichen Behandlungsbedarfs“

e) Der neue Buchstabe g wird wie folgt gefasst:

„g. die Therapiefrequenz (Angabe auch als Therapiefrequenzspanne möglich)“

f) Der neue Buchstabe h wird wie folgt gefasst:

„h. gegebenenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z.B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“)“

g) Im neuen Buchstaben l wird im Klammerzusatz das Wort „Diagnosengruppe“ durch das Wort „Indikationsgruppe“ ersetzt.

l) Der bisherige Buchstabe l wird aufgehoben.

14. Nach § 11 wird folgender § 12 eingefügt:

„§ 12 Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern („Blankverordnung“)

(1) Bei Verordnungen aufgrund von Indikationen nach § 125a SGB V kann auf folgende Angaben nach § 11 Absatz 2 verzichtet werden:

e. die Verordnungsmenge,

f. das/die Heilmittel gemäß dem Heilmittelkatalog ZÄ,

g. die Therapiefrequenz (Angabe auch als Therapiefrequenzspanne möglich).

(2) Wenn die Heilmittel-Behandlung nicht gemäß den vorgegebenen Zeiträumen nach § 14 begonnen wird, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Verordnungen nach Absatz 1 sind maximal 16 Wochen ab Verordnungsdatum gültig.

(3) Sofern wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Auswahl der Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog, der Dauer und Frequenz der Therapie durch die Therapeutin oder den Therapeuten sprechen, sind auch bei Indikationen nach § 125a SGB V alle Angaben nach § 11 Absatz 2 zu machen.“

15. In § 13 Satz 2 wird das Wort „gewährleistet“ durch das Wort „gewährleisten“ ersetzt.

16. § 14 wird wie folgt gefasst:

„§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung

(1) Die Behandlung hat innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt zu beginnen. Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, hat die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen. Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.

(2) Kann die Heilmittelbehandlung in den genannten Zeiträumen nach Absatz 1 nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.“

17. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 12“ wird durch die Angabe „§ 11“ ersetzt.

bb) Nach dem Wort enthalten werden die Wörter „oder die Voraussetzungen des § 12 Absatz 1 erfüllt“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Der folgende Satz wird vorangestellt:

„Die Angaben zur Therapiefrequenz auf der Verordnung sind für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend.“

bb) Im neuen Satz 2 werden die Wörter „von der Frequenzangabe“ durch das Wort „davon“ ersetzt.

c) In Absatz 3 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Heilmittel“ die Wörter „oder den
verordneten Heilmitteln“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Therapieziels“ durch das Wort „Therapieplans“
ersetzt.

18. § 16 wird wie folgt gefasst:

„§ 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie

(1) Vor der erstmaligen Verordnung von Maßnahmen der Physiotherapie ist eine
Eingangsdagnostik notwendig. Bei der Eingangsdagnostik sind
schädigungsabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren
und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen
exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten.

(2) Vor weiteren Verordnungen von Maßnahmen der Physiotherapie ist zu prüfen,
ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes
erforderlich ist. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden. Weitere
Befundergebnisse können auf dem Verordnungsvordruck angegeben werden,
sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.

(3) Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapieziels ist eine
weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die Entscheidung über
die Notwendigkeit zur Einleitung anderer Maßnahmen, die Beendigung oder die
Fortsetzung einer Therapie. Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt
entscheidet schädigungsabhängig, welche Maßnahmen der weiterführenden
Diagnostik sie oder er durchführt beziehungsweise veranlasst.“

19. § 17 wird wie folgt gefasst:

„§ 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

(1) Vor der erstmaligen Verordnung von Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und
Schlucktherapie ist eine Eingangsdagnostik notwendig. Bei der Eingangsdagnostik
sind störungsbildabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu
dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde
heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen
Schädigungen zu erhalten.

(2) Vor weiteren Verordnungen von Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und
Schlucktherapie ist die erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen
Befundes erforderlich. Dabei können auch Fremdbefunde berücksichtigt werden.
Weitere Befundergebnisse können auf dem Verordnungsvordruck angegeben
werden, sofern sie für die Heilmitteltherapie relevant sind.

(3) Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapieziels ist eine
weiterführende Diagnostik erforderlich, die maßgebend ist für die Entscheidung über
die Notwendigkeit zur Einleitung anderer Maßnahmen, die mögliche Beendigung
oder die Fortsetzung einer Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Die
Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt entscheidet schädigungsabhängig,
welche Maßnahmen der weiterführenden Diagnostik sie oder er durchführt
beziehungsweise veranlasst.“

20. In Abschnitt „E.“ werden in der Überschrift die Wörter „und der physikalischen
Therapie“ gestrichen.

21. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Physiotherapie im Sinne dieser Richtlinie umfasst die
physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie sowie die

physikalische Therapie. Physiotherapie nutzt sowohl die aktive selbständig ausgeführte, die assistive, therapeutisch unterstützte, als auch die passive, beispielsweise durch die Therapeutin oder den Therapeuten geführte, Bewegung des Menschen, bei Bedarf ergänzt durch den Einsatz physikalischer Therapien wie Thermo- oder Elektrotherapie. Therapieziel ist das Erreichen der größtmöglichen Funktionsfähigkeit (im Sinne der ICF).“

b) In Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 werden jeweils die Wörter „und der physikalischen Therapie“ gestrichen.

c) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „sind“ die Wörter „im Folgenden“ eingefügt.

22. § 19 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. Übungsbehandlung

Bei der Übungsbehandlung werden aktive, aktiv-passive und passiv geführte Übungen eingesetzt. Sie verfolgt als gezielte und kontrollierte Maßnahme das Ziel, Schädigungen der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) sowie Schädigungen der Gelenkfunktionen (z. B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität) zu beseitigen oder zu mindern.“

23. § 21 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „Wärme-/Kältetherapie“ ersetzt durch die Wörter „Wärme- oder Kältetherapie“.

b) In Absatz 2 Nummer 4 wird das Wort „Verbesserung“ durch das Wort „Besserung“ ersetzt.

24. § 22 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden vor dem Wort „Elektrotherapie“ die Wörter „Maßnahmen der“ eingefügt.

b) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „wenden“ das Wort „galvanische“ und ein Komma eingefügt sowie das Wort „Durchblutungsverbesserung“ durch das Wort „Durchblutungsförderung“ ersetzt.

c) In Absatz 2 werden dem Wort „Elektrotherapie“ die Wörter „Maßnahmen der“ vorangestellt sowie das Wort „umfasst“ durch das Wort „umfassen“ ersetzt.

25. In Abschnitt „F.“ wird die Überschrift wie folgt gefasst:

„F. Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“

26. § 23 wird wie folgt gefasst:

„§ 23 Grundlagen

(1) Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, die auch Techniken der orofazialen Stimulation umfassen, dienen hier dazu, krankheitsbedingte orofaziale Störungen im Mund- und Kieferbereich oder Störungen der oralen Phase des Schluckaktes zu beseitigen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden.

(2) Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, sind in Abhängigkeit von der vorliegenden Schädigung und der Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten als 30-, 45- oder 60-minütige Behandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung des sozialen Umfelds in das Therapiekonzept, verordnungsfähig. Die Verordnung erfolgt nach Maßgabe des Heilmittelkataloges ZÄ.

(3) Zu den Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, gehören die in den §§ 24 bis 26 genannten verordnungsfähigen Heilmittel.“

27. § 24 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „sowie der Funktion der oralen Phasen des Schluckaktes“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach dem Wort „Sprachregion“ wird das Komma gestrichen.
 - bb) Im dritten Spiegelstrich wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
 - cc) Der vierte Spiegelstrich wird gestrichen.
 - dd) Die Wörter „dazu kann das soziale Umfeld in das Therapiekonzept einbezogen werden.“ werden gestrichen.

28. § 25 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „sowie des Schluckvorganges“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Der achte Spiegelstrich wird gestrichen.
 - bb) Im siebten Spiegelstrich wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.

29. Dem § 25 wird folgender § 26 angefügt:

„§ 26 Schlucktherapie in der oralen Phase

(1) Die Schlucktherapie dient der Besserung oder der Normalisierung des Schluckaktes in der oralen Phase des Schluckvorganges sowie erforderlichenfalls der Erarbeitung von Kompensationsstrategien und der Ermöglichung der oralen Nahrungsaufnahme.

(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf Schädigungsebene, wie

- Anbahnung, Wiederherstellung oder Besserung des Schluckaktes in der oralen Phase mit
 - Bewegungstraining der am Schlucken beteiligten Muskeln einschließlich der orofazialen Muskulatur,
 - Modifikationen des Schluckvorgangs durch Haltungsänderungen oder Schlucktechniken,
 - Beratung zu schluckphasengerechten Kostformen sowie den Umgang mit diesen,
- dem Umgang mit speziellen Ess- und Trinkhilfen, um aspirationstreies Schlucken zu ermöglichen.“

II. Der zweite Teil „Zweiter Teil: Heilmittelkatalog Zahnärzte, Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ wird wie folgt geändert:

1. Dem Inhaltsverzeichnis wird folgender Satz vorangestellt:

„Hinweis: Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstverordnungsmenge je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.“

2. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

- aa) Die Wörter „Physikalische Therapie“ werden durch das Wort „Physiotherapie“ ersetzt.
- bb) Die Wörter „Sprech- und Sprachtherapie“ werden durch die Wörter „Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ersetzt.
3. Im Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen wird nach dem Wort „Heilmittelkatalog“ die Angabe „ZÄ“ ergänzt.
4. Der Abschnitt „1. Maßnahmen der Physiotherapie und der Physikalischen Therapie“ wird wie folgt geändert.
- a) In der Überschrift werden die Wörter „und der Physikalischen Therapie“ gestrichen.
- b) Der Abschnitt „1.1 Cranio-mandibuläre Störungen:“ wird wie folgt geändert:
- aa) Im Tabellenblatt „CD1“ wird die Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ wie folgt neu gefasst:

Heilmittelverordnung	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel: • Krankengymnastik • Manuelle Therapie ergänzende Heilmittel: • Kältetherapie • Wärmetherapie • Elektrotherapie	Höchstmenge je VO: • bis zu 6 x/VO orientierende Behandlungsmenge: • bis zu 18 Einheiten Frequenzempfehlung: • 1 bis 3 x wöchentlich Ziel: • Erlernen eines Eigenübungsprogramms

- bb) Im Tabellenblatt „CD2“ wird die Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ wie folgt neu gefasst:

Heilmittelverordnung	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel: • Krankengymnastik • Manuelle Therapie ergänzende Heilmittel: • Kältetherapie • Wärmetherapie • Elektrotherapie	Höchstmenge je VO: • bis zu 10 x/VO orientierende Behandlungsmenge: • bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: • 1 bis 3 x wöchentlich Ziel: • Erlernen eines Eigenübungsprogramms

- c) Im Abschnitt „1.2 Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen des ZNS:“ wird die Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ wie folgt neu gefasst:

Heilmittelverordnung	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel: • Krankengymnastik • KG-ZNS • KG-ZNS-Kinder ergänzende Heilmittel: • Kältetherapie • Wärmetherapie • Elektrotherapie	Höchstmenge je VO: • bis zu 10 x/VO orientierende Behandlungsmenge: • bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: • 1 bis 3 x wöchentlich

- d) Im Abschnitt „1.3 Chronifiziertes Schmerzsyndrom:“ wird die Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ wie folgt neu gefasst:

Heilmittelverordnung	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel: • Krankengymnastik • Manuelle Therapie ergänzende Heilmittel: • Kältetherapie • Wärmetherapie • Elektrotherapie	Höchstmenge je VO: • bis zu 6 x/VO orientierende Behandlungsmenge: • bis zu 18 Einheiten Frequenzempfehlung: • 1 bis 3 x wöchentlich Ziel: • Erlernen eines Eigenübungsprogramms

- e) Der Abschnitt „1.4 Lymphabflussstörungen:“ wird wie folgt geändert:

- aa) Im Tabellenblatt „LYZ1“ wird die Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ wie folgt neu gefasst:

Heilmittelverordnung	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe weitere Hinweise
vorrangige Heilmittel: • MLD-30 ergänzende Heilmittel: • Kältetherapie • Wärmetherapie • Elektrotherapie • Übungsbehandlung	Höchstmenge je VO: • bis zu 6 x/VO orientierende Behandlungsmenge: • bis zu 12 Einheiten Frequenzempfehlung: • 1 bis 2 x wöchentlich Ziel: • Erlernen eines Eigenübungsprogramms

bb) Im Tabellenblatt „LYZ2“ wird die Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ wie folgt neu gefasst:

Heilmittelverordnung	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe
weitere Hinweise	
vorrangige Heilmittel: • MLD-30 • MLD-45 ergänzende Heilmittel: • Kältetherapie • Wärmetherapie • Elektrotherapie • Übungsbehandlung	Höchstmenge je VO: • bis zu 10 x/VO orientierende Behandlungsmenge: • bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: • 1 bis 3 x wöchentlich Ziel: • Erlernen eines Eigenübungsprogramms

f) Der Abschnitt „2. Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie“ wird wie folgt geändert.

aa) In der Überschrift werden die Wörter „Sprech- und Sprachtherapie“ durch die Wörter „Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ ersetzt.

bb) Im Abschnitt „2.1 Störungen des Sprechens“ wird die Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ wie folgt neu gefasst:

Heilmittelverordnung	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe
weitere Hinweise	
• Sprech- und Sprachtherapie 30 • Sprech- und Sprachtherapie 45 30 oder 45 Minuten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten	Höchstmenge je VO: • bis zu 10 x/VO orientierende Behandlungsmenge: • bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: • 1 bis 3 x wöchentlich

cc) Im Abschnitt „2.2 Störungen des oralen Schluckaktes“ wird die Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ wie folgt neu gefasst:

Heilmittelverordnung	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe
weitere Hinweise	
• Schlucktherapie 30 • Schlucktherapie 45 • Schlucktherapie 60 30 oder 45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten	Höchstmenge je VO: • bis zu 10 x/VO orientierende Behandlungsmenge: • bis zu 30 Einheiten Frequenzempfehlung: • 1 bis 3 x wöchentlich

dd) Im Abschnitt „2.3 Orofaziale Störungen“ wird die Spalte „Heilmittelverordnung im Regelfall“ wie folgt neu gefasst:

Heilmittelverordnung	
Heilmittel	Verordnungsmenge je Indikationsgruppe
	weitere Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> • Sprech- und Sprachtherapie 30 • Sprech- und Sprachtherapie 45 <p>30 oder 45 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten</p>	<p>Höchstmenge je VO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 10 x/VO <p>orientierende Behandlungsmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 30 Einheiten <p>Frequenzempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 bis 3 x wöchentlich

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Oktober 2020 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-3.2 Tragende Gründe

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

**zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen
Bundesausschusses über eine Änderung der
Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte: Überarbeitung
der HeiIM-RL ZÄ**

Vom Beschlussdatum

Stand: 18.11.2019

Inhalt	
1.	Rechtsgrundlage 3
2.	Eckpunkte der Entscheidung 3
2.1	Änderungen im ersten Teil der Richtlinien (Richtlinientext) 3
	A. Allgemeine Grundsätze 3
2.1.1	§ 1 Grundlagen 3
2.1.2	§ 2 Heilmittel 4
	B. Grundsätze der Heilmittelverordnung 5
2.1.3	§ 3 zu Voraussetzungen der Verordnung 5
2.1.4	§ 4 Heilmittelkatalog Zahnärzte 5
2.1.5	§ 5 Verordnungsausschlüsse 5
2.1.6	§ 6 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung [neu gefasst] 5
2.1.7	Streichung § 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls 8
2.1.8	§ 7 Langfristiger Heilmittelbedarf (neu) 9
2.1.9	§ 8 Wirtschaftlichkeit (neu) 9
2.1.10	§ 9 Ort der Leistungserbringung (neu) 9
2.1.11	§ 10 Auswahl der Heilmittel (neu) 10
2.1.12	§ 11 Verordnungsvordruck (neu) 11
2.1.13	Neu § 12 (Blankverordnung) 12
	C. Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten 13
2.1.14	§ 13 Grundlagen 13
2.1.15	§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung 13
2.1.16	§ 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung 13
	D. Zahnärztliche Diagnostik 14
2.1.17	§ 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie 14
2.1.18	§ 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech-, und Sprach- und Schlucktherapie 14
	E. Maßnahmen der Physiotherapie 15
2.1.19	§ 18 Grundlagen 15
2.1.20	§ 19 Bewegungstherapie 15
2.1.21	§ 22 Maßnahmen der Elektrotherapie 15
	F. Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie 16
2.1.22	Neuer § 26 Schlucktherapie 16
2.2	Zweiter Teil: Heilmittelkatalog Zahnärzte 17
2.2.1	Anpassung Spalte Heilmittelverordnung 17
3.	Inkrafttreten 18
4.	Evaluation 19
5.	Bürokratiekostenermittlung 20
6.	Verfahrensablauf 21

1. Rechtsgrundlage

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

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (Heilm-RL) umfasst insbesondere die Änderungen im Bereich der Heilmittelversorgung durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice und Versorgungsgesetz - TSVG). Hierzu zählt die Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge, die Abschaffung des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls sowie Regelungen zur Blankoverordnung. Ebenfalls wird geprüft, ob sich aus erfolgten Änderungen im Bereich der Heilmittel-Richtlinie Ärzte ein fachlich notwendiger Anpassungsbedarf für die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte ergibt. Darüber hinaus erfolgt bei den Formulierungen der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte eine weitere Anlehnung an das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell und an die Begrifflichkeiten der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF).

2.1 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)

A. Allgemeine Grundsätze

2.1.1 § 1 Grundlagen

Zu Absatz 2

PatV	GKV-SV/KZBV
Die Ergänzung ist sinnvoll, damit der gesetzlichen Vorschrift nach § 43 SGB IX Rechnung getragen wird. Eine Leistungsausweitung ist damit nicht verbunden. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Regelung in § 43 SGB IX sicherstellen, dass auch innerhalb der Krankenbehandlung Ziele verwirklicht werden, die der Vermeidung und Verminderung von Behinderung dienen.	Die vorgeschlagene Regelung ist nicht sachgerecht. Über § 43 SGB IX werden die in § 42 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele keine explizite Voraussetzung für Leistungen der Krankenbehandlung. Die Regelung in § 43 SGB IX ist so zu verstehen, dass bereits im Rahmen der Krankenbehandlung die Rehabilitationsziele aus § 42 Abs. 1 SGB IX mit in den Blick genommen werden und mit geprüft wird, ob frühzeitig mit der

PatV	GKV-SV/KZBV
Damit konkretisiert er u.a. den allgemeinen Grundsatz nach § 2a SGB V. Ein Hinweis liegt auch deshalb nahe, da bei der Änderung der HeiM-RL die ICF konsequent berücksichtigt wurde. Auch wenn damit keine eigene oder gar neue Anspruchsgrundlage geschaffen wird, wird damit deutlich, welche Ziele mit der Heilmittelversorgung verfolgt werden sollen. Damit ist insbesondere die Aufforderung an die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt und die Heilmittelerbringer verbunden, darüber nachzudenken, wie mit Heilmitteln als rein therapeutischen Maßnahmen auch Behinderungen vermindert werden können.	Rehabilitationskette bzw. einzelnen rehabilitativen Elementen während der Krankenbehandlung begonnen werden sollte. Die Zielsetzung aus §§ 43 i.V.m. mit § 42 Abs. 1 SGB IX ist zudem auch nicht neu, bereits schon der alte § 27 SGB IX enthielt eine gleichlautende Formulierung. Auch die mit Beschluss vom 19.9.2019 geänderte Heilmittel-Richtlinie Ärzte beinhaltet keine vergleichbare Regelung, da die Übernahme ohnehin geltender gesetzlicher Vorgaben als redundant angesehen wird.

Zu Absatz 4 und Absatz 5

Aufgrund der gesetzlichen Neuordnung bezüglich der Zulassung von Heilmittelerbringern (§ 124 SGB V) und der Ausgestaltung der Verträge zur Heilmittelversorgung (§125 SGB V) durch das TSVG und das MDK-Reformgesetz bedarf es Anpassungen des § 1 Absatz 4 und einer Neuregelung in Absatz 5 (neu). Die bisherige Regelung, wonach die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen den kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Anforderung ein Verzeichnis der zugelassenen Leistungserbringer zur Verfügung stellen (§ 1 Absatz 4), wird an die neue Rechtslage des § 124 Abs. 2 SGB V nach dem MDK-Reformgesetz angepasst. Nach § 124 Abs. 2 SGB V veröffentlicht der GKV-Spitzenverband eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers. Durch den Verweis auf die Veröffentlichung nach § 124 Absatz 2 SGB V wird dem Informationsinteresse der Versicherten, der Vertragszahnärztinnen und -ärzte und ihrer KZVen Rechnung getragen werden.

Die Regelung, wonach die Krankenkassen auch die Vergütungsvereinbarungen über die vereinbarten Leistungen (einschließlich der Regelbehandlungszeiten) zur Verfügung stellen, wird inhaltlich an die Neuregelungen der §§ 124, 125 SGB V angepasst und in eine gesonderte Regelung in Absatz 5 überführt.

2.1.2 § 2 Heilmittel

Zu Absatz 1

Die bisherige Bezeichnung „Physiotherapie und der physikalischen Therapie“ wird in „Physiotherapie“ geändert. Die Verwendung der Begriffe „Physiotherapie“ und „Physikalische Therapie“ folgt der Begrifflichkeit des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26.05.1994; danach ist Physiotherapie der Oberbegriff, der die Krankengymnastik und die physikalische Therapie umfasst.

Die Ergänzung der Schlucktherapie in § 2 Absatz 1, zweiter Spiegelstrich ist eine Folgeveränderung. Zur Begründung siehe § 33a.

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

2.1.3 § 3 zu Voraussetzungen der Verordnung

Zu Absatz 3 (neu)

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

Neu aufgenommen wird daher, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt soweit erforderlich, in Abhängigkeit des Einzelfalls dabei auch persönlichen Lebensumstände (sogenannte Kontextfaktoren) sowie bekannte bisherige Heilmittelverordnungen erfragt und, wenn notwendig, berücksichtigt. Ziel ist es, beispielsweise parallele Behandlungen derselben Erkrankungen mit Heilmitteln, die durch mitbehandelnde Zahnärztinnen und Zahnärzte verordnet wurden, zu vermeiden. Der Patient soll den Zahnarzt im Rahmen seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren. Die Verordnung darf jedoch nicht mit dem Hinweis auf eine fehlende Information verweigert werden.

Zu Absatz 4 (neu)

Absatz 4 wurde sprachlich angepasst.

2.1.4 § 4 Heilmittelkatalog Zahnärzte

Zu Absatz 2

Mit der Einführung der orientierenden Behandlungsmengen erfolgt keine Unterscheidung mehr zwischen Erst- und Folgeverordnung. Damit regelt der Heilmittelkatalog ZÄ auch keine Besonderheiten mehr bei Wiederholungsverordnungen.

2.1.5 § 5 Verordnungsausschlüsse

In Absatz 1 und 2 erfolgt an eine Anpassung an geänderte Normen im SGB IX.

2.1.6 § 6 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung [neu gefasst]

Auf Grund der gesetzlichen Änderungen in § 32 Absatz 1b und 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V im Rahmen des TSVG in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Mai 2019 (BGBl. S. 646ff. Jahrgang 2019 Teil I Nr. 18) und der damit verbundenen Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen und der Einführung von orientierenden Behandlungsmengen, wurde der § 7 der Heilmittel-Richtlinie neu gefasst.

Zu Absatz 1

Durch den Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes entfällt künftig die Notwendigkeit, zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalles zu unterscheiden. Vor dem Hintergrund der Änderung der grundlegenden Systematik wird auch die Begrifflichkeit des „Regelfalles“ ersetzt. In Absatz 1 erfolgt eine Definition des „Verordnungsfalls“, die klarstellen soll, wann eine Verordnung demselben Verordnungsfall zuzuordnen ist und wann es sich um einen neuen Verordnungsfall handelt. Des Weiteren wird das behandlungsfreie Intervall abgeschafft. Der § 7 Abs. 1 definiert keine zwingende Behandlungspause. Sofern medizinisch erforderlich ist die Fortsetzung der Heilmitteltherapie, über die orientierende Behandlungsmenge hinaus, möglich. Durch die Definition eines verordnungsfreien Zeitraums ist zukünftig nicht mehr das letzte Behandlungsdatum beim Therapeuten, sondern das letzte

Verordnungsdatum maßgeblich für die Bemessung des Zeitpunkts, ab dem ein neuer Verordnungsfall beginnt. Verordnungen, die innerhalb des Zeitraums von 6 Monaten nach der letzten Verordnung auf Grund derselben Diagnose und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog ausgestellt werden, sind demselben Verordnungsfall zuzurechnen, unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive, d. h. um das Wiederauftreten einer Erkrankung nach zeitweiliger Abheilung, oder neue Erkrankungsphasen einer zumeist chronischen Erkrankung mit akuter Symptomatik handelt. Die Regelung dient der Klarstellung, dass für die Fortsetzung der Heilmitteltherapie, über die orientierende Behandlungsmenge hinaus, keine Behandlungspausen einzuhalten sind, sofern diese nicht medizinisch indiziert sind. Die 6-Monatsfrist dient ausschließlich der Abgrenzung von Verordnungsfällen und der Einordnung der verordnenden Zahnärztin / des verordnenden Zahnarztes, zu welchem Zeitpunkt sie oder er von einem neuen Verordnungsfall und somit von einer neuen orientierenden Behandlungsmenge gemäß Absatz 2 ausgehen kann. Verordnungen über die orientierende Behandlungsmenge hinaus sind bei medizinischer Notwendigkeit stets möglich.

Zu Absatz 2

Absatz 2 definiert die Begrifflichkeit „orientierende Behandlungsmenge“. Es handelt sich hierbei um die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Der Umfang der orientierenden Behandlungsmengen ist mit dem der Gesamtverordnungsmengen des Regelfalls identisch. Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass das angestrebte Therapieziel mit den der Indikation zugeordneten Heilmitteln im Rahmen der orientierenden Behandlungsmenge erreicht werden kann. Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweils verordnende Zahnärztin oder den jeweils verordnenden Zahnarzt einer Praxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums. Bei der Verordnungsentscheidung sind andere zahnärztliche Verordnungen gemäß § 3 Absatz 3 zu berücksichtigen und beim Patienten zu erfragen. Die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge erfolgt jedoch grundsätzlich zahnarztbezogen. Es erfolgt keine Anrechnung von Behandlungseinheiten anderer Zahnärztinnen und Zahnärzte für dieselbe Patientin oder denselben Patienten in die Berechnung der orientierenden Behandlungsmenge.

Zu Absatz 3

Der bisherigen Systematik entsprechend, sind auch zukünftig Heilmittelbehandlungen über die im Heilmittelkatalog definierten orientierenden Behandlungsmengen hinaus möglich, sofern das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wurde und durch eine Fortsetzung der Behandlungen das Therapieziel voraussichtlich erreicht werden kann. Auch dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, die Behandlung von Rezidiven oder von neuen Erkrankungsphasen handelt.

Hierbei ist die im Heilmittelkatalog definierte Höchstmenge je Verordnung zu beachten.

Patientinnen und Patienten mit einem hohen Heilmittelbedarf sind in der Regel über die Vorgaben zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8a HeiM-RL berücksichtigt. Für diese Patientinnen und Patienten können die notwendigen Heilmittel je Verordnung unmittelbar für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Die über die orientierende Behandlungsmenge hinausgehenden Verordnungen sind ebenfalls dem jeweiligen Verordnungsfall zuzurechnen. Die verordnende Zahnärztin/ der verordnende Zahnarzt dokumentiert die medizinischen Gründe in der Patientendokumentation seiner Praxis, aus der das Erfordernis der Fortführung der Heilmittelbehandlung hervorgeht.

Zu Absatz 4

Absatz 4 umfasst Regelungen zu den Festlegungen der Höchstmengen je Verordnung gemäß § 92 Absatz 6 Nummer 3 SGB V. Es wird klargestellt, dass sich die Höchstverordnungsmenge für ergänzend verordnete Heilmittel in der Physiotherapie nach der Anzahl der Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels richtet (z. B. 6 x Krankengymnastik als vorrangiges Heilmittel und 6 x ergänzende Wärmetherapie).

Variante A	Variante B
	Sofern die Verordnungsmenge auf zwei unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt wurde 10 Absatz 2 Satz 2, richtet sich die Höchstverordnungsmenge des ergänzenden Heilmittels oder der ergänzenden Heilmittel nach der Summe der Verordnungsmengen der vorrangig verordneten Heilmittel. Wurden beispielsweise 3 Einheiten Manuelle Therapie und 3 Einheiten Krankengymnastik als vorrangige Heilmittel verordnet, können maximal 6 Einheiten ergänzende Wärmetherapie oder 3 Einheiten Wärmetherapie und 3 Einheiten Elektrotherapie verordnet werden.

Zu Absatz 5

Die Regelung, dass Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können bleibt bestehen und wird an die die neue Vorgabe der orientierenden Behandlungsmenge angepasst.

PatV	KZBV und GKV-SV
<p>Bislang konnten bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles Behandlungen ebenfalls für einen Zeitraum von 12 Wochen auf einem Verordnungsblatt verordnet werden. Dies ersparte häufige Wiedervorstellungen, ermöglichte eine kontinuierliche Behandlung und ersparte Patientinnen und Patienten zusätzliche zuzahlungspflichtige Verordnungen nach § 61 Satz 3 SGB V.</p> <p>Durch die neue Regelung mit Wegfall der VO außerhalb des Regelfalles und die vorgesehene Regelung nach § 7 Abs. 6 würde diese Möglichkeit sich auf die Diagnosen beschränken, die in Anlage 2 oder bei den besonderen Verordnungsbedarfen aufgeführt werden. Damit würde sich die Versorgungssituation für eine bedeutende Patientengruppe erheblich schwieriger und aufwändiger gestalten.</p> <p>Um den bestehenden Status im Grundsatz nicht zu ändern, hat die verordnende Zahnärztin/ der verordnende Zahnarzt ebenso die Möglichkeit, nach Erreichen der orientierenden Behandlungsmenge gemäß § 7 Abs. 4 Verordnungen für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen auszustellen.</p> <p>Dies ist z. B. für folgende Patientengruppen von großer Bedeutung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit psychischen Erkrankungen, die aus eigener Kraft Übungen nicht selbst fortsetzen können bzw. ein Behandlungsprozess oft längerfristig anzulegen ist. 	

PatV	KZBV und GKV-SV
<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen im Sinne einer geistigen Behinderung • Menschen mit erworbenen neuropsychologischen Syndromen • Menschen mit längerdauernden Beeinträchtigungen im Bereich der muskuloskeletalen Funktionen <ul style="list-style-type: none"> ○ Schultergelenkserkrankungen mit prolongierten Verlauf ○ Komplikationen nach Trans- oder Implantaten ○ Nach Polytrauma • Menschen mit Immobilität <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach multiplen bzw. schweren Allgemeinerkrankungen oder Operationen • Menschen mit in den Listen nicht benannten neurologischen Erkrankungen (z.B. Guillain-Barre-Syndrom) • Menschen mit nicht gelisteten Systemerkrankungen der Bewegungsorgane, wie z. B. Myositis ossificans progressiva <p>Die Gesetzesbegründung zu § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V macht deutlich, dass die orientierende Behandlungsmenge mit dem bisherigen Regelfall vergleichbar ist. Zu Verordnungen außerhalb des Regelfalls wird keine Aussage getroffen.</p> <p>Die Gesetzesbegründung zu § 32 Absatz 1b SGB V führt an, dass die Genehmigungsverfahren für Verordnungen von Heilmitteln, die die orientierende Behandlungsmenge nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 überschreiten, entfallen aufgrund des hohen bürokratischen Aufwands und der Tatsache, dass es nur noch von wenigen Krankenkassen durchgeführt wurde.</p> <p>Eine definierte Höchstmenge je Verordnung für Verordnungen über die orientierende Behandlungsmenge hinaus ergibt sich aus den Begründungen nicht.</p>	

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

2.1.7 Streichung § 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls

Auf Grundlage der Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen im Rahmen des TSVG erfolgt die Streichung des § 7. Die notwendigen Regelungen in Bezug auf Wiederholungsverordnungen werden in der Neufassung des § 6 getroffen.

Der Genehmigungsvorbehalt entfällt jedoch erst mit Inkrafttreten der geänderten HeiM-RL zur orientierenden Behandlungsmenge. Dies ergibt sich aus dem Zusammenspiel von § 32 Absatz

1b SGB V und § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V in der Fassung des TSVG. In § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, Indikationsbezogene orientierende Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu regeln. Etwaige Genehmigungsvorbehalte der Krankenkassen können somit erst dann entfallen, wenn der G-BA den Auftrag nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V erfüllt hat, was mit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie dann der Fall ist. Für bis zum Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie ausgestellte Verordnungen außerhalb des Regelfalls gemäß § 7 Absatz 4 Heilm-RL Zahnärzte gilt ein ggf. ausgesprochener Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse fort.

2.1.8 § 7 Langfristiger Heilmittelbedarf (neu)

Mit der Streichung des § 7 (Verordnungen außerhalb des Regelfalls) erfolgt eine Anpassung der Nummerierung der folgenden Paragraphen.

Zu Absatz 2

Es erfolgte eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 3 (alt)

Der Regelungsinhalt ist in § 6 Absatz 5 verschoben worden.

2.1.9 § 8 Wirtschaftlichkeit (neu)

Zu Absatz 3 (neu)

Die neu eingefügte Regelung in Absatz 3 war vorher in § 6 Absatz 2 Satz 2 verortet. Eine inhaltliche Änderung erfolgte nicht.

2.1.10 § 9 Ort der Leistungserbringung (neu)

Zu Absatz 1

Es erfolgte eine sprachliche Überarbeitung.

Zu Absatz 2

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen aller Schweregrade besuchen heute nicht nur Fördererichtungen, sondern zunehmend Regelschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten, in denen sie ganztägig betreut sind und speziell gefördert werden. Die Organisation der Förderung wird je nach Behinderungsbild, Schulform und Landesrecht unterschiedlich gestaltet. Kinder und Jugendliche mit Behinderungen weisen häufig einen besonderen Bedarf an Heilmitteln auf, dem nach dem Schul- oder Kindergartenbesuch/Kindertagesstättenbesuch am späten Nachmittag oder Abend, insbesondere bei Ganztagschulen, nicht mehr Rechnung getragen werden kann. Deshalb kann die Erbringung von Heilmitteln bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung mit oder ohne einen behördlich festgestellten Förderstatus, der je nach Landesrecht bestimmt wird, auch innerhalb der oben genannten Einrichtungen stattfinden, sofern die Voraussetzungen, z.B. ein geeigneter Raum für die Therapie, dort gegeben sind. Das Vorliegen eines Förderstatus allein begründet nicht die Verordnung von Heilmitteln und deren Erbringung in der Tageseinrichtung. Stets muss ein Behandlungsbedarf im Sinne der Richtlinie vorliegen und die Behandlung wegen des Vorliegens einer Behinderung dort notwendig sein. Die in § 5 Absatz 1 genannten Verordnungsaußschlüsse sind zu berücksichtigen.

2.1.11 § 10 Auswahl der Heilmittel (neu)

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2 (alt)

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

Zu Absatz 2 (neu)

Variante A	Variante B
<p>Die bisher in Satz 3 vorhandene klarstellende Regelung, dass nicht mehr als ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden kann, wird als entbehrlich aufgehoben, da ausschließlich die Elektrotherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig ist. Die Streichung von Satz 4 („Auf dem Verordnungsvordruck ist das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen.“) hat zum Ziel, das Missverständnis, dass nur das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen ist, zu vermeiden. Nach § 13 Absatz 2 ist jedes Heilmittel eindeutig zu bezeichnen.</p>	<p>Die Änderung sieht vor, dass künftig im Bereich der Physiotherapie mehrere unterschiedliche vorrangige Heilmittel verordnet werden können. Die neue Regelung soll u.a. der Flexibilisierung der Therapie dienen und dem verordnenden Zahnarzt oder der verordnenden Zahnärztin mehr Therapieoptionen eröffnen. So können z.B. künftig schon während der Laufzeit einer Verordnung bedarfsbezogen und zielgerichtet Maßnahmen der Manuellen Therapie und Krankengymnastik zur Anwendung kommen. (siehe Satz 3). Sofern medizinisch erforderlich, können auch zwei ergänzende Heilmittel verordnet werden, wenn zwei vorrangige Heilmittel verordnet werden. Die Aufteilung der Verordnungsmenge ist auf dem Verordnungsvordruck zu spezifizieren. Die bisher in Satz 3 vorhandene klarstellende Regelung, dass nicht mehr als ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden kann, wird als entbehrlich aufgehoben, da ausschließlich die Elektrotherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig ist. Die Streichung von Satz 4 („Auf dem Verordnungsvordruck ist das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen.“) hat zum Ziel, das Missverständnis, dass nur das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen ist, zu vermeiden. Nach § 13 Absatz 2 ist jedes Heilmittel eindeutig zu bezeichnen.</p>

Zu Absatz 3 (neu)

Die Änderung sieht vor, dass künftig im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie mehrere unterschiedliche Heilmittel verordnet werden können. Die neue Regelung soll u.a. der Flexibilisierung der Therapie dienen und dem verordnenden Zahnarzt oder der verordnenden Zahnärztin mehr Therapieoptionen eröffnen. Für den Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie besteht damit die Möglichkeit, verschiedene Heilmittel (Behandlungszeiten) gemeinsam zu verordnen. Die Aufteilung der Heilmittel ist auf dem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.

Zu Absatz 3/4

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung bzw. Folgeänderung.

Zu Absatz 4/5 (neu)

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

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

Fallgestaltungen für eine Doppelbehandlung können sich aus medizinischen Gründen insbesondere dort ergeben, wo aufgrund multipler struktureller oder funktioneller Schädigungen und Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten mit der normalen Zeiteinheit eine effektive Therapie nicht oder kaum durchführbar ist, da bspw. das Ausmaß der Schmerzen in Verbindung mit den ausgeprägten Funktionsstörungen oder ausgeprägte spastische Tonuserhöhungen zunächst eine Detonisierung der beteiligten Muskulatur sowie die Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster erforderlich machen, bevor der Patient mit aktiven physiotherapeutischen Maßnahmen behandelt werden kann. Zur Erreichung des Behandlungsziels, kann in diesen Fallgestaltungen daher eine längere Therapiezeit pro Behandlungseinheit angezeigt sein. Hier sind insbesondere Indikationen aus der Indikationsgruppe CD2, wie sie bei schweren Traumata, Tumoren oder komplexen Fehlbildungssyndromen vorkommen können, in Betracht zu ziehen. Des Weiteren sind Indikationen aus der Indikationsgruppe ZNSZ, insbesondere bei schweren zentral bedingten Bewegungsstörungen im Kindesalter vorstellbar. Bei diesen kann es unter physiotherapeutischer Behandlung zudem zu einer Verstärkung der orofazialen Spastik kommen, sodass eine längere Therapiezeit pro Behandlungseinheit erforderlich ist, um das Behandlungsziel erreichen zu können.

2.1.12 § 11 Verordnungsvordruck (neu)

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe b.

Mit der Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge ist eine Unterscheidung der Verordnungen nicht mehr erforderlich.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe c (neu).

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe d (neu).

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

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe g (neu)

Es erfolgte eine begriffliche Anpassung. Darüber hinaus wurde ergänzt, dass die Angabe auch als Frequenzspanne möglich ist.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe h (neu)

Es wird ein Hinweis ergänzt, dass auch „ergänzende Angaben zum Heilmittel“ auf der Verordnung möglich sind. Beispiele für ergänzende Angaben zum Heilmitteln können „Doppelbehandlung“ oder bei „KG-ZNS“ die Angabe „Bobath“ sein.

Die (gesonderte) Angabe der Therapiedauer ist nicht notwendig, da die Minutenzahl im anzugebenden Heilmittel enthalten ist.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe l (neu).

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Der Heilm-Katalog ZÄ spricht von „Indikationsgruppe“ und nicht von „Diagnosegruppe“.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe l (alt)

Es handelt sich um eine Folgeänderung, da die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls durch den Wegfall des Genehmigungsverfahrens gemäß § 7 Absatz 4 (a.F.) nicht mehr erforderlich ist.

2.1.13 Neu § 12 (Blankoverordnung)

Mit der Einführung der „Blankoverordnung“ in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Änderungen aufgrund des TSVG (vgl. § 125a SGB V i.V.m. § 73 Absatz 11 SGB V) bedarf es auch einer entsprechenden Ergänzung in der Heilm-RL ZÄ. Mit dem TSVG wurde in § 92 Absatz 6 Satz 1 Nr. 5 und 6 vorgegeben, dass der G-BA in seinen Heilmittel-Richtlinien regeln soll, auf welche Angaben auf der Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1 (Blankoverordnung) verzichtet werden kann sowie die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1 (Blankoverordnung). Blankoverordnungen sind nach § 125a Abs. 1 Satz 1 SGB V in den jeweiligen Bereichen der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich. Grundlage hierfür ist ein Vertrag, den die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelbringer mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Heilmittelbereich gemeinsam abschließen. Vor Vertragsabschluss ist gem. § 125a Abs. 1 Satz 7 SGB V in der Fassung des MDK-Reformgesetzes den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV und KZBV) Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Neben dem Stellungnahmerecht ist für die vertraglichen Festlegungen nach § 125a Abs. 2 Nr. 1 und 7 SGB V das Einvernehmen mit der KBV und der KZBV herzustellen.

Mit der Regelung des § 12 Heilm-RL Zahnärzte zur Möglichkeit von Blankoverordnungen bleibt offen, ob und inwieweit in den Verträgen nach § 125a SGB V auch zahnärztliche Indikationen für die Blankoverordnung festgelegt werden.

C. Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten

2.1.14 § 13 Grundlagen

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung

2.1.15 § 14 Beginn der Hellmittelbehandlung

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

2.1.16 § 15 Durchführung der Hellmittelbehandlung

Zu Absatz 1

Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Regelungen des § 15 nur in eingeschränkter Form für eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Hellmittelerbringern (Blankoverordnung) gemäß § 12 gilt. Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe in § 73 Absatz 11 SGB V, wonach Hellmittelerbringer bei den in den Verträgen nach § 125a Absatz 1 SGB V vereinbarten Indikationen selbst die Auswahl und die Dauer der Hellmitteltherapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten festlegen, sind § 15 Absätze 3 bis 5 der Hellmittel-Richtlinie ZÄ für die Blankoverordnung nicht einschlägig. Die Möglichkeiten der Hellmittelerbringer, ob und in wie weit bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Hellmittel-Richtlinie ZÄ abgewichen werden kann, werden in den Verträgen nach § 125a SGB V geregelt.

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

Die Ergänzung durch den neuen Satz 3 stellt klar, dass der Hellmittelerbringer auch in den Fällen der begründeten Unterbrechung zu gewährleisten hat, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird.

Zu Absatz 4

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung.

D. Zahnärztliche Diagnostik

2.1.17 § 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie

Zu Absatz 1

Bei den Änderungen in Absatz 1 handelt es sich um Folgeänderungen.

Zu Absatz 2

Aufgrund der notwendigen Folgeänderungen wird der Absatz sprachlich überarbeitet. Bei den benannten Fremdbefunden kann es sich, neben anderen zahnärztlichen oder ärztlichen Befunden, auch um Befunde von Heilmittelleistungserbringern handeln.

2.1.18 § 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech-, und Sprach- und Schlucktherapie

Zu Absatz 1

Bei den Änderungen in Absatz 1 handelt es sich um Folgeänderungen.

Zu Absatz 2

Aufgrund der notwendigen Folgeänderungen wird der Absatz sprachlich überarbeitet. Bei den benannten Fremdbefunden kann es sich, neben anderen zahnärztlichen oder ärztlichen Befunden, auch um Befunde von Heilmittelleistungserbringern handeln.

E. Maßnahmen der Physiotherapie

2.1.19 § 18 Grundlagen

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

2.1.20 § 19 Bewegungstherapie

Zu Nummer 5. Übungsbehandlung

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

2.1.21 § 22 Maßnahmen der Elektrotherapie

Der Zusatz „Maßnahmen“ ist notwendig, um den übergeordneten Begriff der „Maßnahmen der Elektrotherapie“ von der spezifischen Maßnahme Elektrotherapie zu unterscheiden. Bei der Ergänzung des Wortes „galvanisch“ handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung, da diese Stromform explizit unter Absatz 2 Nummer 1 genannt wird.

F. Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

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

Bei der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie kann die Einbeziehung des sozialen Umfelds ein Bestandteil des Therapiekonzeptes sein, weshalb eine übergeordnete Regelung und damit Verortung in § 22 sachgerecht ist.

2.1.22 Neuer § 26 Schlucktherapie

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

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

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

2.2 Zweiter Teil: Heilmittelkatalog Zahnärzte

Mit der Einführung der Begrifflichkeit „orientierende Behandlungsmenge“ durch das TSVG und den damit verbundenen Änderungen des § 6 ergeben sich auch Folgeänderungen in der Bezeichnung der Spaltenüberschriften des Heilmittelkatalogs. Es wird hier nur noch von „Heilmittelverordnung“ gesprochen. Ebenso verändert sich der Begriff „Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls“ in „orientierende Behandlungsmenge“.

2.2.1 Anpassung Spalte Heilmittelverordnung

Benennung der Heilmittel

Unter der Spalte Heilmittel wurde die Bezeichnung und Auswahl der verordnungsfähigen Heilmittel konkretisiert. Durch die Konkretisierung erfolgt keine Aufnahme neuer Heilmittel, sondern lediglich eine Harmonisierung und Weiterentwicklung der bisher gültigen Regelung der Heilm-RL im HMK. Aus diesem Grund bedarf es einer Anpassung im Bereich der Indikationsgruppe „Chronifiziertes Schmerzsyndrom im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (CSZ): Zukünftig wird zur Behandlung aller Leitsymptome der Indikationsgruppe CSZ auch Manuelle Therapie verordnungsfähig sein. Manuelle Therapie ist ein physiotherapeutisches Diagnose- und Behandlungskonzept bei Schädigungen bewegungsbezogener und neuromuskulärer Funktionen. Wesentliche therapeutische Wirkungen der Manuellen Therapie sind u.a. Schmerzlinderung, Wiederherstellung der Gelenkfunktion und Unterbrechung eines pathologischen neuromuskulären Reflexgeschehens. Die Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie für die gesamten Indikationen begründet sich durch die oben aufgeführten therapeutischen Wirkungen. Da die in Einzeltherapie durchzuführenden Techniken der Manuellen Therapie u.a. der Schmerzlinderung durch Weichteiltechniken und Mobilisation der Kiefergelenke dienen, welche im zahnärztlichen Bereich häufiger Ursache von chronischen Schmerzsyndromen sind, beispielhaft seien hier die craniomandibulären Dysfunktionen genannt, ist die Verordnung von Manueller Therapie als vorrangiges Heilmittel bei der Indikationsgruppe CSZ indiziert. Dies trifft auf die Gesamtheit der unter dieser Indikationsgruppe genannten Krankheitsbilder, deren Leitsymptomatik und/oder deren Therapieziele zu. Mit der Ergänzung sind aus den genannten Gründen keine wesentlichen Änderungen oder Erweiterungen der jeweiligen Indikationsbereiche der verordnungsfähigen Heilmittel oder der Art der Erbringung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA verbunden.

Bei Heilmitteln, für die im Heilmittelkatalog eine Behandlungszeit vorgegeben wird, wurde die Heilmittelbezeichnung analog der bestehenden Formulierung der MLD um den entsprechenden Minutenwert ergänzt (z.B. „Sprech- und Sprachtherapie-30“). Die Anpassungen dienen der besseren Abbildung der verordnungsfähigen Heilmittel in der zahnärztlichen Praxissoftware und sollen Fehler im Zusammenhang mit der Heilmittelauswahl vermeiden.

Umbenennung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls in orientierende Behandlungsmenge

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund von § 6.

3. Inkrafttreten

Da die HeiM-RL ZÄ und die HeiM-RL dieselben Heilmittelerbringer adressieren, ist ein gleichzeitiges Inkrafttreten der Änderungen in der HeiM-RL ZÄ und der HeiM-RL unabdingbar, insbesondere vor dem Hintergrund die Neuerung durch die Einführung der orientierenden Behandlungsmenge in der Versorgung einheitlich zu etablieren. Die Änderungen der HeiM-RL ZÄ treten daher zeitgleich mit der HeiM-RL zum 1. Oktober 2020 in Kraft.

4. Evaluation

Der G-BA überprüft zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderungen die Auswirkungen der HeiM-Richtlinie ZÄ insgesamt. Ziel der Evaluation ist es, insbesondere die Entwicklungen der Verordnungen nach § 6 der Richtlinie vor Inkrafttreten der Änderungen und deren Entwicklung in der Zeit nach Inkrafttreten zu vergleichen. Der Umsetzungsstand und die Auswirkungen der Änderungen werden überprüft und gegebenenfalls erforderliche Änderungen vorgeschlagen.

5. Bürokratiekostenermittlung

[folgt]

20

6. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
15.08.2019	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens
13.11.2018	UA VL	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	UA VL	Anhörung
Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	UA VL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)
21.03.2019	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJJ	XY	ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben
TT.MM.JJJJ 1		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ 2		Inkrafttreten

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

Berlin, den **Beschlussdatum**

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

B-4 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

Organisation
gemeinsame Stellungnahme: Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafforst-Andersen e.V. (dba) Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.
VDB-Physiotherapieverband e.V.
<i>LOGO Deutschland (Nicht stellungnahmeberechtigt)</i>

B-5 Schriftliche Stellungnahmen

B-5.1 Eingereichte Stellungnahmen



**Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte:
Anpassung an das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und weitere Änderungen**

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

Stellungnahme dba, dbi, dbs 16. Dezember 2019

Gerne nehmen wir zu den geplanten Änderungen wie folgt Stellung:

Heilmittel-Richtlinie ZÄ	Begründung
§ 1 Abs. 4 „Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Abs. 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den maßgeblichen Daten...“	Dies wird durch das MDK-Reformgesetz bereits im neuen § 124 Abs. 2 SGB V geregelt, daher ist die Ergänzung hier überflüssig.
§ 1 Abs. 5	Der GKV Spitzenverband muss die Preise bereits nach § 125 Abs. 1 S. 4 (n.F.) zur Verfügung stellen; daher ist die Ergänzung hier überflüssig.
§ 2 Abs. 1	Die Ergänzung der Maßnahmen der Schlucktherapie als Heilmittel wird ausdrücklich begrüßt.
§ 4 Abs. 2 § 6 Neue Verordnungssystematik	Der Wegfall der Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung, sowie „im Regelfall“ und „außerhalb des Regelfalls“ wird ausdrücklich begrüßt. Die Unterscheidung hat zu vielen falsch ausgestellten Verordnungen geführt. Die Korrekturen erschweren den Praxisalltag unnötig. Auch der Wegfall des Genehmigungsverfahrens wird begrüßt, da auch dieses den Versorgungsalltag massiv erschwert.



Stellungnahme dba, dbI, dbS 16. Dezember 2019	
6-Monatsfrist	<p>Bisher ist es für die Therapeuten nicht nachvollziehbar gewesen, ob der verordnende Arzt eine rezidive oder neue Erkrankungsphase festgestellt hat und eine neue Verordnung entsprechend korrekt ausgefüllt hat.</p> <p>Es wird daher begrüßt, dass diese Unterscheidungskriterien entfallen und nunmehr auf eine rein formale Betrachtung abgestellt wird.</p>
§ 6 Abs. 1 Verordnungsfall	<p>In der HeiM-RL ZÄ wird die Begrifflichkeit Indikation/Indikationsgruppe statt Indikation/Diagnosegruppe wie in der HeiM-RL Ärzte verwendet.</p> <p>Wir bitten um Verwendung gleicher Begrifflichkeiten, um unnötige Irritationen im Austausch zwischen Zahnarzt/Therapeut bzw. Arzt/Therapeut zu vermeiden.</p> <p>Hier ergibt sich ein Verordnungsfall aus derselben Indikation und derselben Indikationsgruppe nach Heilmittelkatalog ZÄ.</p> <p>Ändert sich also unter derselben Indikationsgruppe die Indikation, würde dies einen neuen Verordnungsfall auslösen. Dies aber auch, wenn die Indikation bleibt, aber die Indikationsgruppe wechselt.</p> <p>Hierzu enthält die HeiM-RL Ärzte eine abweichende Regelung.</p> <p>Wünschenswert ist jedoch ein „Gleichklang“ der Richtlinien, damit die behandelnden Therapeuten, die mit beiden Richtlinien befasst sind, nicht unterschiedliche Regelungen beachten müssen.</p>
§ 6	<p>Es fehlt eine Regelung entsprechend § 7 Abs. 3 HeiM-RL Ärzte (Verordnungsfall/orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf den jeweils verordnenden Arzt)</p> <p>Wünschenswert ist auch hier ein „Gleichklang“ der Richtlinien, damit die behandelnden Therapeuten, die mit beiden Richtlinien befasst sind, nicht unterschiedliche Regelungen beachten müssen.</p>
§ 6 Abs. 5 § 7	<p>Die abweichenden Regelungen für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf werden ausdrücklich begrüßt, um eine Versorgungssicherheit, Kontinuität und Praktikabilität zu gewährleisten.</p> <p>Gleichwohl fehlt es an diesen Vereinfachungen bei Verordnungen, die einen besonderen Verordnungsbedarf darstellen.</p>



Stellungnahme dba, dbI, dbS 16. Dezember 2019	
	<p>Hier ist eine vergleichbare Regelung wie in der HeiM-RL Ärzte erforderlich.</p> <p>Dies könnte z.B. mit einem Aufgreifen der Liste der Verordnungsbesonderheiten und der Liste des langfristigen Heilmittelbedarfs aus dem ärztlichen Bereich erfolgen.</p> <p>Einen langfristigen Heilmittelbedarf nur nach Antragstellung und individueller Entscheidung der Krankenkasse zu ermöglichen, schränkt unnötig ein. Ein Verweis auf bestehende Listen würde dies erheblich vereinfachen.</p>
§ 6 Abs. 5 12-Wochen	<p>Nach § 6 Abs. 5 können Heilmittel je Verordnung auch für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Damit wird die Regelung der bisherigen Verordnung außerhalb des Regelfalls aufgegriffen, wenn – wie vom PatV gefordert – gleichfalls auf § 6 Abs. 3 verwiesen wird. Die Bezugnahme auf § 6 Abs. 3 wird ausdrücklich gefordert, um eine Schlechterstellung der Patienten zu vermeiden und unnötige bürokratische Hürden aufzubauen.</p> <p>Durch die von der alten Fassung abweichenden Formulierung und die Verwendung des Begriffs „Behandlungsdauer“ kommt es jedoch zu einer unnötigen Verschärfung.</p> <p>So muss unter der aktuell gültigen HeiM-RL ZÄ die Verordnungsmenge bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls in Abhängigkeit von der Frequenz rechnerisch in 12 Wochen durchführbar sein. Kommt es jedoch zu</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer Therapiedurchführung mit geringerer Frequenz oder - krankheitsbedingten Unterbrechungen etc., <p>berührt dies nicht die Gültigkeit der verordneten Einheiten.</p> <p>Mit der Verwendung des Begriffs Behandlungsdauer kann dies dahingehend missverstanden werden, dass eine Behandlung nach 12 Wochen abubrechen wäre, auch wenn die verordneten Einheiten nicht durchgeführt wurden. Hierbei wäre unklar, ab wann diese Behandlungsdauer zu zählen wäre.</p> <p>Um Missverständnisse und Interpretationsspielräume zu vermeiden, bitten wir um Formulierung entsprechend der bisherigen Regelung in § 7 Abs. 1 S. 4. Dies auch vor dem Hintergrund, zusätzliche zuzahlungspflichtige Verordnungen (10 Euro pro Verordnung) für die Patienten</p>



Stellungnahme dba, dbi, dbs 16. Dezember 2019	
	<p>zu vermeiden.</p> <p>Dahingehend verstehen wir auch die Ansicht der PatV in den tragenden Gründen, die zum Patientenwohle das Ausstellen von Verordnungen für einen Zeitraum von 12 Wochen fordern und ebenfalls eine Anlage 2 und besondere Verordnungsbedarfe wie im ärztlichen Bereich.</p>
Fehlender § 6 Abs. 6	<p>Es fehlt am in den tragenden Gründen genannten Abs. 6, der klarstellen soll, dass im Fall der Angabe einer Frequenzspanne immer auf den höchsten Wert zur Berechnung der Höchstmenge je Verordnung abzustellen ist.</p> <p>Wir bitten um entsprechende Ergänzung.</p>
§ 8 Abs. 3 i.V.m. den Regelungen im Hellmittelkatalog	<p>Es ist selbstverständlich, dass sich die Verordnungsmenge nach dem medizinischen Erfordernis im Einzelfall richtet.</p> <p>Es ist aber ausreichend, wenn dies an dieser Stelle der HellM-RL ZÄ ausgeführt wird.</p> <p>Eine nochmalige Aufführung zu Beginn des Hellmittelkatalogs ist entbehrlich und erweckt den Eindruck, als müsste erneut zu einem restriktiven Ordnungsverhalten angehalten werden.</p>
§ 9 Abs. 2	<p>Die ergänzende Klarstellung, dass auch Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen in Regeleinrichtungen mitumfasst sind, wird grundsätzlich begrüßt.</p>
§ 9 Altersbeschränkung	<p>Wir bitten um Wegfall der Altersbeschränkung</p> <p>„bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung“</p> <p>denn diese ist nicht kompatibel mit der Versorgung von erwachsenen behinderten Menschen in Tageseinrichtungen, wie z.B. Tagesförderstätten oder Werkstätten für behinderte Menschen.</p>
§ 9 Erweiterung des Personenkreises	<p>Die Neufassung verkennt den Beschluss der 91. Gesundheitsministerkonferenz 2018, die zu TOP 10.11 den Beschluss gefasst hat, dass mit Sorge betrachtet wird, „dass der Zugang zu einer logopädischen Therapie für viele Kinder, die eine ganztägige Bildung und Betreuung in Schulen und Horteinrichtungen erhalten, erheblich erschwert oder nicht möglich ist.“</p>



Stellungnahme dba, dbI, dbS 16. Dezember 2019	
	<p>Aufgrund der veränderten Aufenthaltszeiten am Lernort Schule und Horteinrichtung wird von der GMK dargelegt, dass für Kinder ohne besondere Schädigungen die Erbringung von Heilmitteln in Einrichtungen nicht mehr sachgerecht ist und die Gefahr besteht, dass notwendige Therapien unterbleiben oder nicht konsequent durchgeführt werden können.</p> <p>Die Begründung des Beschlusses führt weiter aus, dass durch den Ausbau der Ganztagsbetreuung eine Therapiedurchführung erst am späten Nachmittag oder frühen Abend möglich ist, was für die Familien zu erheblichen organisatorischen Schwierigkeiten führt, aber auch die Praxen dort nicht ausreichend Kapazitäten haben und insbesondere es an der für eine Therapie erforderlichen Aufnahmefähigkeit des Kindes fehlt.</p> <p>Wir fordern daher, die Forderung der Gesundheitsministerkonferenz mit der aktuellen Überarbeitung der HeiM-RL umzusetzen und § 11 entsprechend um den Therapieort „tagestrukturierenden Fördereinrichtung“ zu ergänzen.</p>
§ 10 Abs. 1 Auswahl des Heilmittels	<p>Es wird begrüßt, dass die Behandlungsziele in die Richtlinie überführt worden sind.</p> <p>Die Klarstellung, dass Abweichungen von der Frequenz zulässig sind, wird ausdrücklich begrüßt, denn ein Abweichen ist erforderlich, um z.B. hochfrequenten Therapieintervalle zu ermöglichen und therapeutisch indiziert reagieren zu können.</p>
§ 10 Abs. 1 oder Abs. 3	<p>Die Möglichkeit der Verordnung von Gruppentherapie sollte sich auch in der HeiM-RL ZÄ wiederfinden, z.B. in § 10 Abs. 1 oder Abs. 3.</p> <p>Gruppendynamische Effekte können auch im Bereich der zahnärztlich gestellten Diagnosen einen sinnvollen Therapierahmen darstellen.</p>
§ 10 Abs. 3	<p>Auf dem Verordnungsvordruck muss ersichtlich sein, dass verschiedene Behandlungszeiten möglich sind</p> <p>Dies könnte z.B. mit einer Angabe von ... bis erfolgen, wie bei einer Frequenzspanne.</p>
§ 10 Abs. 5	<p>Es wird um Klarstellung gebeten, dass Doppelbehandlungen ebenfalls im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie möglich sind. Da es im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie keine vorrangigen und ergänzenden Heilmittel</p>



Stellungnahme dba, dbI, dbS 16. Dezember 2019	
	<p>gibt, ist dies nicht eindeutig aus dem Richtlinienentwurf heraus zu lesen.</p> <p>Die Möglichkeit einer Doppelbehandlung sollte sich auch im Verordnungsmuster eindeutig wiederfinden.</p> <p>Eine bloße Eingabemöglichkeit als ggf. ergänzende Angabe zum Heilmittel (siehe § 11 Abs. 2h) wird als nicht ausreichend erachtet.</p>
§ 11 Verordnungsvordruck	<p>Wir bitten bei der Neugestaltung des Verordnungsvordrucks um Einbeziehung der Verbände der Therapeuten, um eine für alle Beteiligten praktikable Umsetzung zu erreichen.</p> <p>So fehlt es beispielsweise auf dem aktuellen Muster um Bestätigungsfelder bei verordneten 20 Einheiten oder auch für die im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie hinzukommende Eingangsdagnostik, die an einem separaten Termin durchzuführen und auf der Verordnung zu dokumentieren ist. Auch hierfür fehlt eine entsprechende Zeile.</p>
§ 11 Abs. 2 S. 3 Buchstaben b und c	<p>Es ist nicht schlüssig, konsequent und transparent, dass für einen Hausbesuch immer eine Auswahl zwischen JA oder NEIN erfolgen muss, beim Therapiebericht das Kästchen aber allein für ein JA steht.</p> <p>Um Missverständnisse zu vermeiden bitten wir in beiden Fällen auf ein Ankreuzfeld für JA zu reduzieren.</p>
§ 11 Abs. 2 S. 3 Buchstabe d	<p>Siehe hierzu Ausführungen unter „dringlicher Behandlungsbedarf“, § 14</p>
§ 11 Abs. 2 Buchstabe f	<p>Die Angabe des Heilmittels (Sprechtherapie/ Sprachtherapie/ Schlucktherapie oder einer Mischform) muss im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gänzlich entfallen, da die Zuordnung zur Sprech-, Sprach- oder Schlucktherapie bereits durch die Wahl der Indikationsgruppe getroffen ist.</p> <p>Die zusätzliche Angabe an dieser Stelle liefert keinen inhaltlichen Mehrwert, ist aber eine erhebliche Fehlerquelle.</p> <p>Es ist ausreichend, wenn allein die Therapiedauer auf der Verordnung angegeben wird, siehe dazu auch unsere Anmerkungen und Vorschläge zum Heilmittelkatalog</p> <p>Es ist ausreichend, wenn die verordnungsfähigen Heilmittel in</p>

Stellungnahme dba, dbf, dbs 16. Dezember 2019	
	<p>§ 2 Abs. 1 genannt sind, im Katalog aber nur die Therapie mit wahlweise 30/45/60 Minuten aufgeführt ist und eine Zuordnung zu einem oder zu mehreren Bereichen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie entfällt.</p>
§ 11 Abs. 2 Buchstabe g	<p>Die ausdrückliche Nennung der Möglichkeit einer Frequenzspanne wird begrüßt, denn eine solche hat sich im Versorgungsalltag bewährt.</p> <p>Allerdings sollten ärztliche Frequenzempfehlungen gänzlich entfallen, da fundierte Empfehlungen in dieser pauschalen Form nicht möglich sind. Die Frequenzwahl hängt u.a. ab von Therapiedosis,-methode, Inter-Therapie-Intervall; Alter und Compliance des Patienten; Ausprägung und Schweregrad der Störung; Begleitenden Störungsbilder und Therapien etc., die der Therapeut festlegt.</p> <p>Bereits jetzt kann der Therapeut die Therapiefrequenz in Absprache mit dem Arzt ändern und diese Änderung dokumentieren. Der Wegfall der Frequenzempfehlung würde dieses Vorgehen erleichtern.</p>
§ 11 Abs. 2l	<p>Indikationsgruppe statt Diagnosegruppe; siehe hierzu unter § 6 Abs. 1</p>
§ 11 Abs. 2j	<p>Hier sollte klargestellt werden, dass die Angabe der Leitsymptomatik nur bei Indikationen erforderlich ist, die ein Buchstabenkürzel (z.B. ein kleines a wie bei CD1a) vorweisen, was im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie nicht der Fall ist.</p> <p>Um eine optimale Entbürokratisierung zu erreichen schlagen wir vor, dass die Angabe einer Leitsymptomatik gänzlich entfallen sollte, denn sie ist weder formal noch inhaltlich erforderlich, führt aber gleichzeitig zu vielen fehlerhaft ausgestellten Verordnungen.</p>
§ 12 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3	<p>Die in Abs. 3 gewählte Formulierung führt den Gesetzeszweck ad absurdum.</p> <p>Allein durch die Angabe von Auswahl, Dauer und Frequenz soll deutlich werden, dass der Arzt auf eine Blankoverordnung verzichtet und wichtige medizinische Gründe als gegeben sieht.</p> <p>Somit würde eine - auch versehentlich - vollständig ausgefüllte Verordnung zur Aufhebung der Blankoverordnung führen.</p>



Stellungnahme dba, dbI, dbS 16. Dezember 2019	
	<p>Um den Gesetzeszweck des TSVG und auch den Wortlaut des § 12 Abs. 3 abbilden zu können, ist zwingend erforderlich, dass die wichtigen medizinischen Gründe auch dokumentiert sind und auf die Blankoverordnung ausdrücklich und nicht bloß vernehmlich verzichtet wird.</p> <p>Eine entsprechende Dokumentation und Kenntlichmachung muss das neue Verordnungsmuster zwingend abbilden.</p>
§ 12 Blankoverordnung Abs. 2	<p>Die Festlegung zur Gültigkeit der Blankoverordnung geht über den Gesetzeszweck hinaus.</p> <p>So legt das TSVG lediglich fest, dass die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung in der Heilm-RL festzulegen ist, macht jedoch keine Vorgaben zur festzulegenden Dauer.</p> <p>Die geplante Festlegung auf 16 Wochen führt dazu, dass Beginnfristen und Unterbrechungstatbestände nicht abgebildet werden und die Blanko-Verordnung dadurch eine Schlechterstellung des Patienten bedeuten kann.</p> <p>So kann z.B. eine Verordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 Wochen nach Ausstellungsdatum begonnen werden - 10 je 1X die Woche stattfinden und durch einen Urlaub, eine Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt in Summe um mehrere Wochen unterbrochen sein und dadurch schnell länger als 16 Wochen andauern. <p>Eine „normale“ Verordnung würde dabei ihre Gültigkeit behalten, eine Blankoverordnung hingegen nicht. Dies ist nicht sachgerecht.</p> <p>Die Frist ist daher gänzlich zu streichen oder zumindest deutlich zu erhöhen, denn die Gültigkeitsdauer kann sich auch nach einem langen Zeitraum bemessen oder kann an inhaltliche Aspekte (z.B. Verschlechterung des Zustandes) geknüpft werden.</p>
§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung	<p>Die Möglichkeit, einen spätesten Behandlungsbeginn bis ... einzutragen bzw. den angegebenen dringlichen Behandlungsbedarf aufzuheben, muss erhalten bleiben, um besonderen Versorgungsformen weiter gerecht werden zu können.</p> <p>So wird von der Möglichkeit eines vorgegebenen spätesten Behandlungsbeginns im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie insbesondere dann Gebrauch gemacht, wenn eine Heilmittelbehandlung auf der laufenden Verordnung noch</p>



Stellungnahme dba, dbI, dbS 16. Dezember 2019	
	nicht abgeschlossen ist, der Zahnarzt aber auf Grund des eigenen Urlaubs bereits vorher die Therapiefortsetzung in seinem Urlaub ermöglichen möchte, ohne dass ein Vertretungszahnarzt die Verordnung übernehmen muss. Auch bei der zahnärztlichen und therapeutischen Versorgung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen, bei denen die Hausbesuche durch den Zahnarzt nicht immer stattfinden können, ist die individuelle Festlegung des Behandlungsbeginns wichtig im Versorgungsalltag.
§ 15 Abs. 2	Siehe dazu bereits unter § 11 Abs. 2 Buchstabe g
§ 15 Abs. 4	In der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie liegt die Methodenwahl beim Therapeuten, so dass er selbst über die Änderungen oder Ergänzung des therapeutischen Therapieplans entscheiden kann/muss. Eine Unterbrechung der Behandlung ist daher nicht erforderlich. Wir bitten auch um Klarstellung, dass es sich in Satz 2 um den zahnärztlichen Therapieplan handelt.
§ 17 Abs. 2	Es wird um Klarstellung im Richtlinien-text gebeten, dass es sich bei den Fremdbefunden auch um Befunde von Heilmittelerbringern handeln kann. Dies ergibt sich nur aus den tragenden Gründen.
§ 23 Abs. 2, § 24 Abs. 2	Die ausdrückliche Nennung, dass das soziale Umfeld in das Therapiekonzept einbezogen werden kann, wird ausdrücklich begrüßt. Selbstverständlich ist dies bereits seit langem Inhalt der Leistungsbeschreibung für die (Stimm-) Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, die auf Grundlage des § 125 Abs. 1 (alte Fassung, vor TSVG) vereinbart wurde.
§ 26 Tragende Gründe 2.1.22	In den tragenden Gründen ist folgende Formulierung zu streichen: „Sie wird von Logopäden und speziell ausgebildeten Sprachtherapeuten erbracht“. Richtig ist, dass die Schlucktherapie von allen nach § 124 SGB V zugelassenen Therapeuten erbracht wird.
Einführung eines neuen § 27 UK-Therapie (Unterstützte Kommunikation) 1) Die UK-Therapie dient der Anbahnung, Erreichen, Erwel-	Auch non-verbale Störungen zählen zu den Kommunikationsstörungen und bedürfen ebenso wie verbale Störungen der Therapie. Da Sprachverständnis und passiver Wortschatz durchaus vorhanden sein, aber die lautsprachliche Kommunikation gestört oder nicht vorhanden sein können, wirft die nicht direkte Darstellung dieser Störung im Katalog in der Praxis immer wieder Fragen und Unklarheiten auf und führt zu uneinheitlichen Ver-



Stellungnahme dba, dbi, dbs 16. Dezember 2019	
<p>terung und Erhalt aktiver Sprache mittels unterstützender Kommunikation (z. B. durch Gebärden, Symbolsystemen, leichter Sprache mit oder ohne elektronischem Kommunikationsgerät)</p> <p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung, Verbesserung bzw. Normalisierung der Kommunikation mit Hilfe elektronischer und/oder nichtelektronischer Kommunikationshilfen - Aufbau und Erweiterung kommunikativer Kompetenz - Verbesserung der Lebensqualität und der Partizipation im Alltag <p>ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.</p>	<p>ordnungen.</p> <p>Im Interesse von Klarheit und Eindeutigkeit sollte diese Störung mit einer eigenen Diagnosegruppe dargestellt werden. Menschen ohne verbale Sprache benötigen Unterstützung, alternative Kommunikationsmöglichkeiten zu erwerben und zu nutzen.</p> <p>Eine Verständigung mittels Lautsprache ist ihnen nicht ausreichend möglich, so dass alternative bzw. ergänzende Kommunikationsformen ausgewählt sowie deren Gebrauch im Alltag mit dem sozialen Umfeld erprobt, abgestimmt und eingeübt werden müssen.</p> <p>Die Verordnung mit Unterstützter Kommunikation betrifft Menschen aller Altersgruppen und mit unterschiedlich gestörten Funktionsbereichen Sprache-Kommunikation-Sprechen-Stimme.</p> <p>Diese Therapie bedarf der Zuordnung zu einer Indikation: Unterstützte Kommunikation (UK)</p> <p><i>Literatur:</i> Wegner, S./Safinski, K. (2012): Früher Gebärden- und Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom. Die Sprachheilerbeit 57, 184-191 Preißler, Paula (2017): Inwiefern sind modifizierte Runde Tische (MoRT) qualitätsichernde Elemente der Sprachtherapie im Rahmen der Unterstützte-Kommunikationsversorgung von Erwachsenen mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Bachelorarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät Urbic, H. (2016): Inwiefern sind runde Tische ein qualitätsicherndes Element in der Sprach- und Kommunikationsförderung von Kindern mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Abschlussarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät</p>



Heilmittelkatalog	
Auswahl des Heilmittels	<p>Die Angabe des Heilmittels mit inkludierter Minutenangabe führt zu unnötigem bürokratischem Aufwand und zu einem erhöhten Fehlerpotenzial.</p> <p>Es ist ausreichend, wenn allein die Therapiedauer auf der Verordnung angegeben wird (siehe auch unsere Anmerkung zu § 11 Abs. 2 Buchstabe f) oder auch eine Spanne für die Therapiedauer zu ermöglichen, um die in § 10 Abs. 3 vorgesehene Möglichkeit der verschiedenen Behandlungszeiten auf dem Verordnungsvordruck abbilden zu können. (siehe dazu bereits unter § 10 abs. 3)</p> <p>Die Angabe des Heilmittels (Sprechtherapie, Sprachtherapie, Schlucktherapie oder einer Mischform) kann im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gänzlich entfallen, da die Zuordnung Sprech-, Sprach- oder Schluck bereits durch die Wahl der Indikationsgruppe/des Indikationsschlüssels getroffen ist.</p>
Auswahl der Therapiedauer	<p>Bei der Vorgabe „30 oder 45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten“ ist unklar, wie dies über das Verordnungsmuster abgebildet werden soll.</p> <p>Ferner kann diese Angabe im Heilmittelkatalog entfallen und eine Regelung an zentraler Stelle (z.B. in § 10 Auswahl des Heilmittels) erfolgen.</p>
Therapiedauer 60 Minuten	<p>Bei den Indikationsgruppen SPZ und OFZ fehlt die Therapiedauer von 60 Minuten.</p> <p>Diese ist jedoch oftmals notwendig, um eine Therapie effizient durchführen zu können.</p> <p>Die HeIM-RL Ärzte hat dies bereits berücksichtigt. Wir bitten um einen „Gleichklang“ der Richtlinien, damit die behandelnden TherapeutInnen, die mit beiden Richtlinien befasst sind, nicht unterschiedliche Regelungen beachten müssen.</p>
Frequenzempfehlung	<p>Die Angabe der Frequenzempfehlung mit einer vorgegebenen Unter- und Obergrenze lässt den Eindruck entstehen, dass andere Frequenzen nicht zulässig seien! Dies könnte durch die Beibehaltung der bisherigen Formu-</p>



	<p>rung „mindestens“ klargestellt werden, um auch hochfrequente Therapieintervalle zu ermöglichen, wenn diese angezeigt sind.</p> <p>Auch kann, wenn eine Frequenzempfehlung beibehalten werden sollte (siehe dazu bereits unter § 11 Abs. 2 Buchstabe g), eine Angabe im Katalog entfallen, da die einmalige Regelung an zentraler Stelle in der Richtlinie ausreichend wäre und so eine weitere Reduzierung der Regelungskomplexität erreicht werden könnte.</p>
SPZ Indikationsgruppe	<p>Wir bitten um Ergänzung von Schetismus:</p> <p>Störungen des Sprechens z. B. bei/nach</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mund-, Kieferanomalien (z. B. bei offenem Biss, Sigmatismus interdentalis, Sigmatismus addentalis, Schetismus)
CRZ2/Ergänzung	<p>Die cranio-mandibulären Störungen sollten um Maßnahmen der Sprachtherapie ergänzt werden, wenn sie mit einer begleitenden Sprech-, Sprach-, Schluck-, Stimm- oder Redeflussstörung einhergehen.</p>



<p>Zu ergänzende Diagnosegruppe/Indikationsgruppe: UK</p>	<p>Unter Diagnosegruppe/Indikationsgruppe sollte aufgeführt werden:</p> <p>Störungen der sprachlichen Verständigung z.B. wenn Lautverständnis vorhanden ist, aber</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Sprechen unverständlich ist - durch motorische Einschränkungen Sprechen nicht möglich ist - Sprachverständnis und Sprechen auf Grund zusätzlicher geistiger Einschränkung begrenzt sind <p>bei nicht Sprechenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kindern und Jugendlichen <p>z.B. Infolge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autismus - frühkindlicher Hirnschädigungen - peripherer Anomalien der Sprechorgane - genetisch bedingter Krankheiten - Mehrfachbehinderungen und Syndromen - peripherer und zentraler Hörstörungen - selektiver Mutismus - unklarer Genese <p>bei nicht Sprechenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erwachsenen <p>z.B. Infolge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schlaganfall - Schädel-Hirn-Trauma - Zustand nach Laryngektomie - genetisch bedingter Krankheiten - Mehrfachbehinderungen und Syndromen - Progrediente Erkrankungen (ALS)
<p>Erweiterung des Hellmittel-Katalogs</p>	<p>Bis zu Erstfassung der Hellmittel-Richtlinie Zahnärzte waren diese berechtigt, „Hellmittel im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verordnen, soweit die Verordnung zur Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gehört. Der Vertragszahnarzt, der sprachtherapeutische [...] Maßnahmen im Rahmen der Zahnheilkunde für indiziert hält, darf den Versicherten nicht darauf verweisen, sich eine Verordnung bei einem Arzt, z.B. HNO-Arzt, zu besorgen. Er hat in diesem Fall selbst zu entscheiden, ob er derartige Maßnahmen für notwendig hält und diese dann selbst verordnet.“, so das Rundschreiben der KZBV zur Verordnung von Hellmitteln vom 20.11.2002.</p> <p>Mit der Erstfassung der HeiM-RL Zahnärzte ist die Verordnungsmöglichkeit jedoch auf die Indikationsgruppen SPZ, SCZ und OFZ beschränkt worden.</p>



	<p>Dies schränkt nicht nur die Verordnungskompetenz von Vertragszahnärzten in unbegründeter Weise ein, sondern behindert gleichzeitig die umgehende und direkte Versorgung von Patienten mit erforderlichen Heilmitteln.</p> <p>So werden z.B. bestimmte Patientengruppen von der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Heilmitteln ausgeschlossen. Dies betrifft insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder mit frühkindlichem Karies, der neben Sprech- und Schluck- auch Kommunikationsstörungen auslösen kann [vgl. 1] • geriatrische Patienten, bei denen altersbedingte Veränderungen zu einer abnehmenden Mundgesundheit und zu Schwierigkeiten beim Sprechen und Schlucken führen [vgl. 2] • Patienten mit neurologischen Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz), die zu einer abnehmenden Mundgesundheit und zu Schwierigkeiten beim Sprechen und Schlucken führen <p>Quellen [1] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2014). Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. [2] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2010). Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.</p>
--	--

	<p>Daher sollten auch die weiteren Diagnoseschlüssel der Hellmittel-Richtlinie Ärzte in der HellIM-RL ZÄ abgebildet werden:</p> <p>Indikationsschlüssel ST: Die Verordnung dieser Indikationsschlüssel ist aus zahnärztlicher Sicht relevant, wenn eine orofaziale Dysfunktion zu einer gestörten Muskelbalance im Hals- und Nackenbereich führt [1] und diese sich auf die angrenzende, an der Stimmbildung beteiligte Muskulatur überträgt. Heiserkeit und zunehmende Stimmermüdung können die Folge sein [2]. Es könnte gezeigt werden, dass Muskelverspannungen im Phonationstrakt durch Kiefergelenksstörungen ausgelöst werden können [3].</p> <p>Der Indikationsschlüssel SPZ sollte weiter gefasst werden und auch die Diagnosegruppen SP1, SP5, SP6 miteinfassen</p> <p>SP1: Frühkindliche Karies, orofaziale Dysfunktionen und Kieferanomalien können neben Sprech- und Schluckstörungen auch Kommunikationsstörungen auslösen (z.B. durch soziale Ausgrenzung, vgl. [4]). In diesem Fall ist auch aus zahnärztlicher Sicht die Verordnung der Indikation SP1 relevant, da hier nicht nur die Artikulation, sondern die gesamte sprachliche Entwicklung eines Kindes betroffen ist.</p> <p>SP5/SP6: Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz), aber auch der Alterungsprozess an sich, können zu orofazialen Veränderungen und einer abnehmenden Mundgesundheit und daher zu Schwierigkeiten beim Sprechen führen. Die vorliegenden Konzepte zur zahnärztlichen Versorgung von geriatrischen Personen und Menschen mit Behinderungen [5] zeigen, dass sich Zahnärzte ihrer besonderen Verantwortung bei der Behandlung dieser Patienten bewusst sind. Damit eine umfassende Versorgung gewährleistet ist, sollten Zahnärzte die Möglichkeit haben, auch die Indikationsschlüssel SP5/SP6 zu verordnen.</p> <p>SF Der Indikationsschlüssel SF sollte auch in den HellIM-RL ZÄ abgedeckt werden. Rhinophonien können organische Ursachen haben, z.B. Lippen-Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildungen, und fallen dann in den zahnärztlichen Versorgungsauftrag [6].</p> <p>SCZ = SC1 und SC2 Neben dem Indikationsschlüssel SCZ (entspricht dem bisherigen SC2) sollte auch der bisherige Indikationsschlüssel SC1 durch die HellIM-RL ZÄ abgedeckt werden. In der Hellmittel-Richtlinie Ärzte sind diese ebenfalls zu einer</p>
--	--



	<p>gemeinsamen Diagnosegruppe zusammen gefasst worden.</p> <p>Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz) aber auch der Alterungsprozess an sich können zu orofazialen Veränderungen und einer abnehmenden Mundgesundheit und daher zu Schwierigkeiten beim Schlucken führen. Die vorliegenden Konzepte zur zahnärztlichen Versorgung von geriatrischen Personen und Menschen mit Behinderungen [5] zeigen, dass sich Zahnärzte ihrer besonderen Verantwortung bei der Behandlung dieser Patienten bewusst sind. Damit eine umfassende Versorgung gewährleistet ist, sollten Zahnärzte generell die Möglichkeit haben, Maßnahmen zur Verbesserung des Schluckaktes zu verordnen. Die Beschränkung auf Störungen des oralen Schluckaktes ist nicht angemessen.</p> <p>Quellen:</p> <p>[1] Böhme, G. (1996). Phoniatrie und Pädaudiologie. In: Berghaus, A., Rettinger, G. & Böhme, G. (Hrsg.). Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Hippokrates Verlag Stuttgart.</p> <p>[2] Nawka, T. & Wirth, G. (2007). Stimmstörungen. Deutscher Ärzte Verlag.</p> <p>[3] Hölse, M. & Losert-Bruggner, B. (2005). Muskelverspannungen im Phonationsstrakt, ausgelöst durch Kiefergelenksstörungen und/oder funktionelle Halswirbelsäulenstörungen. Vortrag auf der 22. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie/ dem 24. Kongress der Union Europäischer Phoniater, Berlin.</p> <p>[4] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2014). Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern.</p> <p>[5] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2010). Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.</p> <p>[6] Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Die Rolle der myofunktionellen Therapie in der interdisziplinären Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalten. Online abrufbar unter: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgmkd/documents/Myofunktionelle_Therapie_bei_LKG.pdf</p>
--	---

Mania Malzahn

dba
Mania Malzahn
1. Vorsitzende

Kern

dbf
Frauke Kern
Mitglied im Bundesvorstand, Interessenvertretung Freiberufler

v. Gerrlich

dbb
Volker Gerrlich
Geschäftsführer



**SHV Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte:
Anpassung an das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und weitere Änderungen**

SHV	
17.12.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag (Ergänzungen durch Verbände: unterstrichen, Streichungen durch Verbände: durchgestrichen)	Begründung
<p>Vorwort</p> <p>Befundung/ Standardisierte Heilmittelkombination</p>	<p>Ein evidenzbasiertes Vorgehen erfordert eine Eingangsbefundung, die weder vom verordnenden Zahnarzt noch im Rahmen einer physiotherapeutischen Einzelbehandlung möglich ist. Dazu gehört beispielsweise das Observieren, Messen und Palpieren der Mundöffnung, der Latero- und Protrusion und muskulärer Strukturen. Ein Physiotherapeut braucht mehrere Informationen für eine gute und zielgerichtete Behandlung, die sich in einer Untersuchung anderer vergleichbarer Zeichen und beitragender Faktoren (z. B. eine schlechte Okklusion) fortsetzt. Um eine angemessene und evidenzbasierte Therapie sicherzustellen, sprechen wir uns daher ausdrücklich für eine Befundposition aus, die einmalig innerhalb eines Regelfalles erbracht werden kann.</p> <p>Erst nach der umfassenden Befundung von Strukturen und Funktionen kann eine gezielte multimodale Therapie stattfinden, die nach bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ganzheitlich ausgerichtet sein sollte und neben aktiven und passiven Maßnahmen auch die Patientenedukation einschließen muss (American association for dental research 2015). Diese Therapie macht eine gewisse Flexibilität in der Auswahl und Kombination therapeutischer Leistungen erforderlich. Es wäre daher sinnvoll, für die Heilmittelverordnungen der Zahnärzte eine kombinierte und komplexe Heilmittelposition einzuführen, wie sie als „standardisierte Heilmittelkombination“ bei orthopädisch-chirurgischen Indikationen verordnungsfähig ist.</p>
<p>§ 1 Abs. 2 Satz 2 (PatV)</p> <p>„Bei der Heilmittelerbringung im Rahmen der Krankenbehandlung nach dieser Richtlinie ist zu berücksichtigen, dass Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten sind.“</p>	<p>Der SHV begrüßt den Vorschlag der PatV, da so der Aufgabenbereich der Heilmittelerbringung klarer, umfassender und korrekter definiert wird und somit die Behandlungswirksamkeit besser dargestellt wird.</p>

<p>§ 4 Abs. 2, Punkt 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Die orientierende Behandlungsmenge und Möglichkeiten zur Fortsetzung der Heilmitteltherapie über diese Menge hinaus.</u> 	<p>Der bisherige Entwurf könnte sprachlich missverstanden werden, dass die in der Heilm-RL-ZÄ angegebene orientierende Verordnungsmenge die absolute Maximalmenge ist, und keine weiteren Verordnungen möglich seien. Wie in der bisherigen Heilm-RL-ZÄ sollte diese Möglichkeit hier aber ebenfalls benannt werden.</p>
<p>§4 Absatz 3 Satz 1</p> <p>Der Heilmittelkatalog ZÄ führt nur die möglichen Indikationen für eine sachgerechte Heilmitteltherapie auf.</p> <p>Änderungsvorschlag: Der Heilmittelkatalog ZÄ führt nur mögliche Indikationen für eine sachgerechte Heilmitteltherapie auf.</p>	<p>Mit der Bezeichnung „die möglichen Indikationen“ kann die Aussage auch dahingehend interpretiert werden, dass damit explizit nur die in den Heilmittel-RL ZÄ genannten Indikationen in der Verordnung möglich sind.</p> <p>Daher sollte eine Anpassung dieses Passus stattfinden um darauf hinzuweisen, dass die im Heilmittelkatalog aufgeführten Indikationen nur eine unvollständige Liste von Indikations-Beispielen zur Orientierung darstellt.</p>
<p>§ 5 Abs. 2</p> <p>Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den § 46 Absatz 1 und 2 und § 79 §§ 30, 32 Nummer 1 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003, geändert am 23. Dezember 2016, für dieselbe <u>Erkrankung</u> als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.</p>	<p>Es sollte klargestellt werden, dass sich diese Vorgehensweise nur auf die entsprechende Erkrankung (Verordnungsfall) bezieht. Bei weiteren/anderen Erkrankungen, die mit der Behandlung in der Frühförderung in keinem direkten Zusammenhang steht, muss eine Heilmittelverordnung zusätzlich möglich sein. Beispiel: Ein Kind, das aufgrund von motorischen Entwicklungsstörungen in der Frühförderung behandelt wird, benötigt ggf. eine weitere Verordnung in der Regelversorgung, wenn es sich zeitgleich den Kiefer gebrochen hat.</p>
<p>§ 6 Abs. 1, Satz 1</p> <p>Ein Verordnungsfall umfasst alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Indikation und derselben <u>Indikationsgruppe, d. h. derselben Erkrankung, nach Heilmittelkatalog ZÄ.</u></p>	<p>Eine präzisierende Klarstellung, dass es sich der Verordnungsfall jeweils auf die Erkrankung bezieht, halten wir für wichtig.</p>
<p>§ 6 Abs. 1, Satz 7</p> <p>Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten</p>	<p>Die Verlängerung des behandlungsfreien Intervalls von 12 Wochen (gerechnet ab dem letzten Tag der Behandlung) auf 6 Monate (gerechnet ab dem Tag der Ausstellung der Verordnung)</p>

<p>Verordnungsausstellung ein Zeitraum von 16 Wochen vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.</p>	<p>führt bei der angedachten Änderung insbesondere bei Patienten, bei denen die Vertragszahnärztin/ der Vertragszahnarzt mit Blick auf die Höchstverordnungsmenge pro Verordnung eine eher geringere Anzahl von Behandlungseinheiten (z.B. 6 Behandlungen/2x wöchentlich) verordnet, zu deutlich längeren behandlungsfreien Intervallen, als das im Rahmen der aktuellen Regelung der Fall ist.</p> <p>Da derzeit viele Vertragszahnärztinnen/Vertragszahnärzte ihr Verordnungsverhalten unzulässigerweise ausschließlich am Regelfall ausrichten (spricht dem Patienten erst nach Ablauf eines 12-Wochen-Zeitraumes weitere Heilmittelbehandlungen vor) besteht die große Sorge unsererseits, dass dieser Teil der Patienten zukünftig noch später mit dringend notwendigen Heilmitteln versorgt wird, als das bereits heute der Fall ist. Unter Hinweis auf die Entwurfsfassung der überarbeiteten Heilmittelrichtlinie Stand 29.08.2018 wird deshalb gefordert, den Zeitraum auf 16 Wochen zu begrenzen. Im letzten Satz wünschen wir zudem zur Klarstellung den Zusatz „Ausstellung“.</p>
<p>§ 6 Abs. 2</p> <p>Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Die orientierende Behandlungsmenge, mit der die Ziele gem. § 3 Absatz 2 Heilm-RL-ZÄ erreicht werden können, ergibt sich Indikationsbezogen aus dem Heilmittelkatalog ZÄ.</p>	<p>Die Formulierung „mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann“ sehen wir kritisch. Das jeweilige Therapieziel wird individuell in der Therapie mit dem Versicherten erarbeitet. Deshalb haben nicht alle Versicherten mit der gleichen Diagnosegruppe/ Indikation das gleiche Ziel. Das ist nicht möglich, da die Leitsymptomatik, die Ausprägung der Erkrankung und die weiteren Kontextfaktoren bei den Versicherten völlig unterschiedlich sind.</p> <p>Alternativ könnte auch folgende Formulierung ergänzt werden: „ mit der die angegebene Leitsymptomatik in Ihrer Auswirkung verringert werden kann,“</p>
<p>§ 6 Abs. 3 (neu)</p> <p><u>Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweils verordnende Zahnärztin oder den jeweils verordnenden Zahnarzt.</u></p>	<p>Bei der Verordnungsentscheidung sind Verordnungen anderer Zahnärzte gemäß § 3 Absatz 3 zu berücksichtigen und beim Patienten zu erfragen. Mit diesem Satz, der z. B. hinter dem bisherigen Absatz 2 eingefügt werden könnte, wird jedoch klargestellt, dass die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge zahnarztbezogen erfolgt und Behandlungseinheiten anderer Zahnärztinnen und Zahnärzte für dieselbe Patientin oder denselben Patienten nicht in die Berechnung der orientierenden Behandlungsmenge einbezogen werden müssen.</p>
<p>§ 6 Abs. 3 (bisher)</p> <p>Könnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind</p>	



<p>weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind. In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation der Zahnärztin oder des Zahnarztes zu übernehmen.</p>	<p>Wir halten diese Klarstellung für nötig. Ansonsten sehen wir hier die Gefahr, dass die Dokumentationspflicht sich auf die Heilmittelerbringer beziehen könnte.</p>
<p>§ 6 Abs. 4</p> <p>Variante B:</p> <p>Im Heilmittelkatalog ZÄ ist zudem die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt. Sofern gemäß § 10 Absatz 2 Sätze 1 bis 3 neben einem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels.</p>	<p>Wir halten Variante B für zielführender, die Verordnungsmenge auf – zumindest zwei – vorrangige Heilmittel aufzutellen, sofern die Zahnärztin oder der Zahnarzt dies als medizinisch sinnvoll erachtet. Dies bietet der Therapeutin oder dem Therapeuten einen größeren Gestaltungsspielraum, durch den er die Therapie für den individuellen Patienten besser durchführen und steuern kann. So könnten z. B. künftig schon während der Laufzeit einer Verordnung bedarfsbezogen und zielgerichtet passive und aktive Maßnahmen zur Anwendung kommen. Darüber hinaus ergeben sich auch aus Leitlinien Hinweise darauf, dass die kombinierte Verordnung verschiedener Heilmittel bei einer Erkrankung insbesondere auch abhängig vom Verlauf medizinisch sinnvoll sein kann.</p>
<p>§ 6 Abs. 5</p> <p>Abweichend gilt für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 7 oder § 6 Absatz 3, dass die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Therapiefrequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Die orientierende Behand-</p>	<p>Der Vorschlag der PatV ist zu befürworten. Wir weisen mit Besorgnis darauf hin, dass nach dem Wegfall der Verordnung außerhalb des Regelfalles, ausschließlich Versicherte nach § 7 (langfristiger Heilmittelbedarf) Behandlungen außerhalb der orientierenden Behandlungsmenge – für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen – erhalten werden. Zudem gibt es keine zahnarzt-spezifischen – in der HeiM-RL- ZÄ – enthaltenen Diagnosenlisten, sodass jeder Versicherte im Vorfeld eine solche Genehmigung beantragen muss.</p> <p>Eine Beschränkung der Behandlungen pro Verordnung nach Ausschöpfen der orientierenden Behandlungsmenge auf i. d. R. 6 bzw. 10 Einheiten ist nicht sachgerecht. Hinzu kommt, dass jede zusätzlich ausgestellte Verordnung einen zusätzlichen Arztkontakten erfordert, der zu zusätzlichen Kosten führt. Außerdem löst jede zusätzlich ausgestellte Verordnung eine neue Verordnungsgebühr und zusätzlichen bürokratischen Aufwand aus.</p>

<p>lungsmenge gemäß Heilmittelkatalog ZA ist nicht zu berücksichtigen.</p>	
<p>§ 8 Abs. 3</p> <p>Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge aususchöpfen.</p>	<p>Der Begriff „Höchstmenge“ drückt bereits eindeutig aus, dass auch geringere Behandlungsmengen verordnet werden dürfen, wenn die Zahnärztin oder der Zahnarzt dies als medizinisch sinnvoll und ausreichend erachtet. Der 2. Satz dieses Absatzes beinhaltet daher eine Tautologie und sollte gestrichen werden. Die bisherige Praxis zeigt, dass den Zahnärztinnen und Zahnärzten die Möglichkeiten zur Verordnung sehr wohl bewusst sind. Nach unseren Erfahrungen wird nicht selten sogar aus vermeintlich wirtschaftlichen Erwägungen (Angst vor Regressen) das medizinisch sinnvolle Ordnungsmaß unterschritten, wodurch sich ggf. der Krankheitsverlauf des Patienten suboptimal gestaltet, was langfristig zu weit höheren Folgekosten führen kann. Dieses letztlich auch unwirtschaftliche Verhalten könnte durch die explizite Erwähnung in der Heilmittel-Richtlinie unnötig gefördert werden.</p>
<p>§ 9 Abs. 1</p> <p>Heilmittel können, sofern nichts anderes bestimmt ist,</p> <ul style="list-style-type: none"> - als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder - als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten <p>als Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2 durchgeführt werden. Die <u>Durchführung</u> eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagestrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die <u>Durchführung</u> eines Hausbesuchs.</p>	<p>Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die verordnende Zahnärztin oder der verordnende Zahnarzt trifft die Entscheidung nach dem Status des Patienten, wie er am Tag der Verordnung vorliegt oder auch in der Vergangenheit vorgelegen hat. Der Zustand und die Belastbarkeit von Patienten unterliegen dabei Schwankungen, so dass hier zeitweise ein Aufsuchen der Praxis möglich ist oder auch nicht. Dazu ergeben sich durch Veränderungen in den Fähigkeiten und den Lebensumständen des Patienten neue oder geänderte Zielsetzungen, die in der Praxis besser erarbeitet und erreicht werden können. Von daher sollte die Therapeutin oder der Therapeut die Möglichkeit erhalten, flexibel auf die Situation und die Fähigkeiten des Patienten einzugehen. Die therapeutischen Ziele können effektiver bearbeitet werden und Therapieausfall wird vermieden.</p> <p>Beispiel: Chronisch psychisch Erkrankte unterliegen starken Schwankungen in ihrer Tagesform und in ihrer Mobilität. Auch wenn eine Patientin oder ein Patient grundsätzlich in der Lage ist, die Praxis aufzusuchen, können zeitweise verstärkte Ängste die Patientin oder den Patienten daran hindern, die Wohnung zu verlassen oder öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Normalerweise würde die Therapie dann für die Patientin oder den Patienten ausfallen, was sicherlich für seinen Allgemeinzustand zusätzlich negative Auswirkungen hat. Eine Weiterführung der Therapie durch die flexible Wahl des Therapieortes gewährleistet hier eine kontinuierliche Therapie. Gleichzeitig müsste in § 11</p>

	Abs. 2 die Angabe von Punkt b) entfallen, um diese Flexibilität zu gewährleisten.
<p>§10 Absatz 2</p> <p>Variante B:</p> <p>«Soweit medizinisch erforderlich, kann in der Physiotherapie zu einem je „vorrangigem Heilmittel“ nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden. »Die Verordnungsmenge kann je Verordnung auf maximal zwei unterschiedliche vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ in der Indikationsgruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. »Soweit die Verordnungsmenge auf zwei vorrangige Heilmittel aufgeteilt wird, können auch zwei ergänzende Heilmittel verordnet werden. «§ 6 Absatz 4 ist zu beachten. «Abweichend von Satz 1 können Maßnahmen der Elektrotherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.»Die Aufteilung der Verordnungsmenge ist auf dem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.</p>	<p>Variante B wird befürwortet, siehe auch § 6 Abs. 4</p> <p>Darüber hinaus plädieren wir aber für eine Streichung von Satz 5, da sich Elektrotherapie nur als ergänzendes Heilmittel eignet, um akute Beschwerden kurzfristig für einen begrenzten Zeitraum zu lindern. Für einen nachhaltigen Therapieeffekt ist der Einsatz von vorrangigen Heilmitteln, der bedarfsgerecht durch den Therapeuten gesteuert werden kann, elementar.</p>
<p>§10 Absatz 2 Satz 1</p> <p>Soweit medizinisch erforderlich, kann In der Physiotherapie zu einem „vorrangigen Heilmittel“ nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ</p>	<p>Änderungsvorschlag: Soweit medizinisch erforderlich, kann in der Physiotherapie pro Verordnung zu einem „vorrangigen Heilmittel“ nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden. Andernfalls wäre die Möglichkeit zur synergistischen, gleichzeitigen Verordnung unterschiedlicher Heilmittel für dieselbe Indikation nach §8 nicht gegeben.</p>

<p>genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden.</p>	
<p>§ 10 Abs. 5</p> <p>„Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. „Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und sofern verordnet ein ergänzendes Heilmittel. „Ausnahmen regelt der Heilmittelkatalog ZÄ. „In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden. „Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel. <u>„Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß Heilmittel-Richtlinie zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die ordnende Behandlungsmenge nicht. Die verordnete Anzahl der Behandlungseinheiten verdoppelt sich automatisch bei einer Verordnung von Doppelbehandlungen.</u>“</p>	<p>Der Begriff „Doppelbehandlung“ impliziert schon sprachlich, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt i. d. R. eine doppelte Behandlungszeit wünscht. Eine Klarstellung, dass bei einer Verordnung von z. B. 3 Behandlungseinheiten automatisch 3x2, also insgesamt 6 Behandlungen durchgeführt werden sollen, wäre sinnvoll, um Unklarheiten zu vermeiden, die in der Vergangenheit zu vermeidbaren Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geführt haben.</p>
<p>§ 11 Abs. 1</p> <p>„Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. „Der Vordruck muss nach Maßgabe des Absatzes 2 vollständig ausgefüllt werden. „Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen mit Ausnahme der Regelung nach § 15 Absatz 2 einer erneuten zahnärztlichen Unterschrift mit Datumsangabe. <u>Weiteres hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.</u>“</p>	<p>Die Beschreibung möglicher Änderungen bzw. Korrekturen der Verordnung durch die Therapeutin oder den Therapeuten fällt in die Zuständigkeit der Vereinbarung der Vertragspartner nach § 125 SGB V.</p>



<p>§ 11 Abs. 2 Punkt b) <u>Hausbesuch (ja oder nein)</u></p>	<p>Auf die Angabe kann verzichtet werden (siehe Begründung § 9 Abs. 1). Unabhängig davon wird der Klammerzusatz „oder nein“ in keinem Fall benötigt für die Frage, ob ein Hausbesuch ärztlich verordnet ist. Auf dem Verordnungsvordruck reicht – wie beim Therapiebericht – ein Feld. Wird das Feld nicht angekreuzt, ist kein Hausbesuch verordnet.</p>
<p>§ 12 Abs. 1 <u>b. Hausbesuch (ja oder nein)</u> <u>h. ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. „KG-ZNS (Bobath)“ oder „Doppelbehandlung“)</u></p>	<p>Bei einer Blankoverordnung ist es sogar noch dringlicher als in der Regelversorgung (siehe § 11 Abs. 2), dass die Beurteilung, ob ein Hausbesuch vorgenommen werden muss, ggf. auch von der Therapeutin oder dem Therapeuten vorgenommen werden kann. Durch die Gültigkeit von bis zu 16 Wochen kann es in einigen Fällen zu Situationen kommen, dass sich der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten in diesem Zeitraum zumindest so stark gebessert hat, dass ein Wechsel auf Behandlung in der Praxis im Laufe der Verordnung möglich wird.</p> <p>Punkt h müsste der Vollständigkeit halber noch ergänzt werden, weil er im Sinne des TSVG bei der Blankoverordnung ebenfalls durch den Therapeuten festzulegen ist.</p>
<p>§ 14 Abs. 1 <u>¹Die Behandlung sollte innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt zu beginnen. ²Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, sollte die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen. ³Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen. ⁴Näheres hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V. ⁵Ein begründeter späterer Behandlungsbeginn ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren. ⁶Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. ⁷Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.</u></p>	<p>Grundsätzlich erscheint eine möglichst zeitnahe Behandlung sinnvoll, die auch bei dieser Formulierung gewährleistet bliebe. Nicht nur in Zeiten des Fachkräftemangels sollte aber eine auf die Versorgungsrealität gerichtete, flexiblere Regelung angestrebt werden. Analog zu den begründeten Unterbrechungstatbeständen gemäß § 15 muss auch ein späterer Behandlungsbeginn möglich sein. Voraussetzung dafür ist, dass der spätere Behandlungsbeginn das Therapieziel nicht gefährdet und die Begründung vom Therapeuten dokumentiert wird. Dies entlastet alle Beteiligten (Zahnärzte, Patienten, Heilmittelerbringer) vom bürokratischen Aufwand, eine neue Verordnung ausstellen zu müssen, wenn die vorgegebene Frist im medizinisch unbedenklichen Ausnahmefall nur kurz überschritten ist. Die diesbezügliche Kommunikation zwischen Zahnarzt und Heilmittelerbringer kann zwischen den Vertragspartnern nach § 125 SGB V vereinbart werden.</p>



<p>§ 15 Abs. 1 (Ende)</p> <p>... Näheres hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V</p>	<p>Analog zu § 11 Abs. 1 sollte auch hier auf die Zuständigkeit der Vereinbarung der Vertragspartner nach § 125 SGB V verwiesen werden, die genannten Punkte zu konkretisieren.</p>
<p>§ 15 Abs. 2, Satz 1</p> <p>Die Angaben zur Therapiefrequenz auf der Verordnung sind für die Therapeutin oder den Therapeuten nicht bindend, sondern sind eine Empfehlung der Zahnärztin oder des Zahnarztes an die Therapeutin oder den Therapeuten.</p>	<p>Die Therapiefrequenz sollte nicht bindend sein – akute Krankheitszustände können eine höhere oder niedrigere Therapiefrequenz erforderlich machen.</p>
<p>§16 Absatz 1 Satz 2</p> <p>Bei der Eingangsdiagnostik sind abhängig von Art und Ausmaß der Schädigung von Strukturen oder Funktionen schädigungsabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu Schädigungen von Strukturen oder Funktionen funktionalen oder strukturellen Schädigungen und Funktionsstörungen zu erhalten.</p>	<p>Die Funktionsstörung auch ohne Vorliegen einer strukturellen Schädigung ist elementarer Bestandteil der Indikation/Diagnose „Cranio-mandibuläre Dysfunktion“. Eine Streichung/Ausschluss der Funktionsstörung wie bisher im Änderungstext vorgesehen würde selbige zukünftig ausschließen.</p>
<p>§16 Absatz 2 Satz 1</p> <p>Vor weiteren Verordnungen von Maßnahmen der Physiotherapie ist zu prüfen, ob eine erneute schädigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes in Abhängigkeit von Schädigungen von Strukturen oder Funktionen erforderlich ist.</p>	<p>Siehe §16 Absatz 1 Satz 2</p>
<p>§18 Grundlagen</p> <p>Zusätzlichen Absatz 1 voranstellen:</p>	<p>Ein evidenzorientiertes Vorgehen erfordert eine Individuelle Eingangsbefundung, die weder vom verordnenden Zahnarzt/Zahnstellen:</p>

<p><u>Vor der erstmaligen Durchführung von Maßnahmen der Physiotherapie ist eine Eingangsbefundung durch den Therapeuten/die Therapeutin notwendig. Die störungsbildabhängige Eingangsbefundung ist zu dokumentieren und inklusive eines Therapieplans zeitnah mit der Vertragsärztin/ dem Vertragsarzt zu kommunizieren um die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln im Sinne von §13 zu ermöglichen.</u></p>	<p>ärztin noch im Rahmen einer physiotherapeutischen Einzelbehandlung möglich ist. Dazu gehören neben einer ausführlichen Anamnese ebenso die orientierende Inspektion wie auch spezifische Untersuchungen der Gelenkfunktion, der umgebenden Muskulatur, der Nervenstrukturen und -funktion, sowie Messverfahren (z.B. Mundöffnung, Laterotrusion etc.) als Assessments für die Erstellung eines umfassenden und zielführenden Therapieplans und ebenso zur Dokumentation des Therapieverlaufs.</p> <p>Um eine angemessene und evidenzorientierte Therapie sicherzustellen, sprechen wir uns daher ausdrücklich für eine Befundposition aus, die einmalig innerhalb eines Regelfalls erbracht werden kann.</p> <p>Erst nach der umfassenden Befundung von Strukturen und Funktionen kann eine gezielte multimodale Therapie stattfinden</p>
<p>§ 19 Abs. 5</p> <p><u>... Schädigung Störungen der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) sowie Schädigung Störungen der Gelenkfunktionen (z.B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität) zu beseitigen oder zu mindern.</u></p>	<p>Die Änderung erscheint sprachlich sinnvoller, da sich der Absatz nur auf Funktionsstörungen bezieht. Schädigungen gemäß der ICF-Definition umfassen sowohl Beeinträchtigungen von Körperfunktionen als auch von der Körperstruktur.</p>
<p>§ 19 Nr. 2 und 3 (siehe auch Heilmittelkatalog – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen)</p> <p><u>... sowie bei Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen der ZNS</u></p>	<p>Kinder mit neurologischen Grunderkrankungen, die in dieser Indikationsgruppe subsumiert werden, sind in der Regel bei Therapeuten mit neurologischer Zusatzqualifikation (z. B. Bobath) in Behandlung. Die Behandlung von orofazialen Problemen erfolgt bisher von diesen Therapeuten zumelst im Rahmen der Position KG-ZNS, um ein einheitliches und ganzheitliches Therapieregime zu gewährleisten. In der Ausbildung erwerben Therapeuten für die Behandlung des Mund-Kiefer-Gesichtsbereichs bei angeborenen ZNS-Erkrankungen ein Grundwissen. Allerdings setzt ein optimales Behandlungsergebnis eine Fortbildung und ein entsprechendes Zertifikat über KG-ZNS voraus. Daher reicht die Verordnungsposition der allgemeinen Krankengymnastik keinesfalls in allen Fällen aus.</p> <p>Die Behandlung von angeborenen cranio- und orofazialen Problemen kann nur sinnvoll im Rahmen einer Therapie nach KG-ZNS erfolgen, da die neurologische Grunderkrankung im Mittelpunkt steht. Eine Ergänzung des vorrangigen Heilmittels KG-</p>

	<p>ZNS um die Möglichkeit einer Manuellen Therapie als „ergänzendes Heilmittel“ wäre an dieser Stelle sinnvoll. Als alleiniges Heilmittel wäre jedoch die Versorgung der Kinder gefährdet, da Physiotherapeuten, die über KG-ZNS abrechnen, nicht zwangsläufig über ein Zertifikat zur Manuellen Therapie verfügen.</p>
<p>§19 Nummer 2</p> <p>Zusätzlich Satz 2:</p> <p>Erfolgt keine Spezifikation des Heilmittels in Bobath oder Voita durch die Vertragszahnärztin/den Vertragszahnarzt, kann der Heilmittelerbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.</p>	<p>Die Durchführung der genannten Maßnahmen bedarf nach §18 Absatz 2 spezieller Qualifikationen seitens der Physiotherapeuten. Diese Qualifikationen, bzw. die Kenntnisse und Inhalte selbiger sind weder Bestandteil des zahnmedizinischen Studiums noch der zahnmedizinischen Weiterbildung, so dass es fraglich ist ob eine zielführende und differenzierte Spezifikation des Heilmittels durch den verordnenden Zahnarzt möglich ist.</p> <p>Daher sollte grundsätzlich die Möglichkeit geschaffen werden, dass der Physiotherapeut mit seiner Fachkompetenz in diesem spezifischen Bereich selbständig entscheiden kann, welche Maßnahme notwendig, bzw. zielführend ist.</p>
<p>§19 Nummer 3</p> <p>Zusätzlich Satz 2:</p> <p>Erfolgt keine Spezifikation des Heilmittels in PNF, Bobath oder Voita durch die Vertragszahnärztin/den Vertragszahnarzt, kann der Heilmittelerbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.</p>	<p>Die Durchführung der genannten Maßnahmen bedarf nach §18 Absatz 2 spezieller Qualifikationen seitens der Physiotherapeuten. Diese Qualifikationen, bzw. die Kenntnisse und Inhalte selbiger sind weder Bestandteil des zahnmedizinischen Studiums noch der zahnmedizinischen Weiterbildung, so dass es fraglich ist ob eine zielführende und differenzierte Spezifikation des Heilmittels durch den verordnenden Zahnarzt möglich ist.</p> <p>Daher sollte grundsätzlich die Möglichkeit geschaffen werden, dass der Physiotherapeut mit seiner Fachkompetenz in diesem spezifischen Bereich selbständig entscheiden kann, welche Maßnahme notwendig, bzw. zielführend ist.</p>
<p>§19 Nummer 5</p> <p>Bei der Übungsbehandlung werden aktive, aktiv-passive und passiv geführte Übungen eingesetzt. Sie verfolgt als gezielte und kontrollierte Maßnahme das Ziel, <u>Störungen</u> der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) sowie <u>Störungen</u> der Gelenkfunktionen (z. B. der</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Bei der Übungsbehandlung werden aktive, aktivpassive und passiv geführte Übungen eingesetzt. <u>Die Übungsbehandlung kann auch ergänzend zur Manuellen Lymphdrainage eingesetzt werden.</u> Sie verfolgt als kontrollierte Maßnahme das Ziel, <u>Schädigungen</u> der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) sowie <u>Schädigungen</u> der Gelenkfunktionen (z. B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität) zu beseitigen oder zu mindern. Die Übungsbehandlung als ergänzendes Heilmittel soll</p>

<p>Gelenkbeweglichkeit und -stabilität) zu beseitigen oder zu mindern.</p>	<p>als synergetische Maßnahme zur Lymphdrainage vor Allem auch Therapeuten mit einer Qualifikation als Masseur Innerhalb einer Therapieeinheit die ergänzende Durchführung dieser Maßnahme ermöglichen ohne dabei grundsätzlich als Ersatz von Krankengymnastik oder Manueller Therapie zu fungieren.</p> <p>Damit soll vor Allem die allgemeine Versorgung von Patienten deutlich verbessert werden.</p>
<p>§20 Satz 1</p> <p>Manuelle Lymphdrainage*) (MLD) des Kopfes und des Halses ist verordnungsfähig zur entstauenden Behandlung bei Ödemen im Bereich des cranio-mandibulären Systems einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems nach umfangreichen chirurgischen Eingriffen wie tumorchirurgischen Eingriffen sowie deren Nachbehandlung und bei der Behandlung von Traumata sowie deren Nachbehandlung.</p>	<p>Die Textstelle sollte entsprechend gelöscht werden, da hierdurch eine spezifische Beschränkung der Maßnahme auf tumor-chirurgische Indikationen besteht. Nicht-tumorchirurgische Eingriffe mit entsprechenden Konsequenzen im lymphatischen system werden damit trotz ansonsten bestehender Indikation zur Lymphdrainage kategorisch ausgeschlossen.</p>
<p>§21</p> <p>Abs. 3 (Ende)</p> <p><u>... Sie kann von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt spezifiziert werden.</u></p> <p>Zusätzlich Absatz 4</p> <p><u>Erfolgt keine Spezifikation der Wärmeapplikation durch die Vertragszahnärztin/den Vertragszahnarzt, kann der Heilmittelerbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.</u></p>	<p>Der Zahnärztin oder dem Zahnarzt sollte die Möglichkeit gegeben werden, die Wärmetherapie ggf. auch unspezifisch zu verordnen, sodass die Therapeutin oder der Therapeut zwischen den Maßnahmen der Wärmetherapie frei wählen kann. Die Therapeutin oder der Therapeut können oftmals den Krankheitsverlauf in Abhängigkeit von der Wirkung des vorrangigen Heilmittels besser einschätzen.</p> <p>Die Kenntnisse über fachliche Grundlagen, die Wirkweisen sowie die Anwendung der genannten Maßnahmen sind Bestandteil der physiotherapeutischen Ausbildung und damit Grundqualifikationen seitens der Physiotherapeuten. Diese Qualifikationen, bzw. die Kenntnisse und Inhalte sind weder Bestandteil des zahnmedizinischen Studiums noch der zahnmedizinischen Weiterbildung, so dass es fraglich ist ob eine zielführende und differenzierte Spezifikation des Heilmittels durch den verordnenden Zahnarzt möglich ist.</p> <p>Daher sollte grundsätzlich die Möglichkeit geschaffen werden, dass der Physiotherapeut mit seiner Fachkompetenz in diesem</p>

	spezifischen Bereich selbständig entscheiden kann, welche Maßnahme notwendig, bzw. zielführend ist.
<p>§ 22 Abs. 3</p> <p>„Elektrotherapie kann <u>Die</u> Maßnahmen nach Abs. 2 <u>können</u> als ergänzendes Heilmittel zu den vorrangigen Heilmitteln Krankengymnastik, KG-ZNS, KG-ZNS-Kinder, Manuelle Therapie oder Manuelle Lymphdrainage verordnet werden. „Elektrotherapie kann <u>Diese</u> Maßnahmen <u>können</u> ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog <u>ZÄ</u> die Verordnung als ergänzendes Heilmittel vorsieht.</p>	<p>Eine Klarstellung ist nötig, dass hier mit „Elektrotherapie“ auch implizit die „Elektrostimulation“ gemeint ist, da auch für diese die getroffene Regelung sinnvoll ist. Analog zu unserer Begründung in § 10 Abs. 2 müsste allerdings Satz 2 gestrichen werden.</p>
<p>Zweiter Teil:</p> <p>Einführung einer standardisierten Heilmittelkombination</p>	<p>Ein evidenzorientiertes Vorgehen mit einer multimodalen Therapie, wie sie im Sinne von §1 Absatz 1 und §8 zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung notwendig ist, macht eine gewisse Flexibilität in der Auswahl und Kombination therapeutischer Leistungen erforderlich. Es wäre daher sinnvoll, für die Heilmittelverordnungen der Zahnärzte eine kombinierte und komplexe Heilmittelposition einzuführen, wie sie als „standardisierte Heilmittelkombination“ bei orthopädisch-chirurgischen Indikationen verordnungsfähig ist.</p> <p>Auch zur Reduzierung der Bürokratie (vgl. Kommentar zu §10 Absatz 2) sprechen wir uns für die Einführung einer Heilmittelposition im Sinne einer „standardisierten Heilmittelkombination“ aus. Diese ermöglicht dem/der Physiotherapeuten/-in ein flexibles Handeln, welches sich am Therapieverlauf orientiert, ohne vom verordnenden Zahnarzt einen erhöhten bürokratischen Aufwand zu verlangen.</p>
<p>Abkürzungsverzeichnis:</p> <p>Erst-VG</p> <p>Folge-VG</p>	<p>Streichen, da Regelfallsystematik entfällt</p>

Leitsymptomatik (patienten-individuelle)	Die Möglichkeit einer patientenindividuellen Leitsymptomatik sollte aufgenommen werden, damit für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten individuelle Angaben zu den Leitsymptomen gemacht werden können, um so dass Therapieziel auch individueller gestalten zu können.
Zusammenfassung der Indikationsgruppen CD1 und CD2 zu CD sowie LYZ1 und LYZ2 zu LYZ	<p>Eine Zusammenfassung der Indikationsgruppen dient der Reduzierung der Komplexität des Heilmittelkatalogs und trägt somit zu einer Entbürokratisierung in dessen Anwendung bei. Bei der Auswahl der Diagnosegruppe sollte daher nicht mehr unterschieden werden, ob es sich um einen kurz-, mittel- oder längerfristigen Behandlungsbedarf handelt.</p> <p>Sofern eine Zusammenlegung der Indikationsgruppen zu CD vorgenommen wird, sollte in jedem Fall eine maximale Gesamtverordnungsmenge von bis zu 30 Einheiten gewährleistet werden.</p>
LYZ: Lymphabflussstörungen	<p>Die Gruppe LYZ1 umfasst Störungen mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf, die durchaus auch eine 30minütige Therapie-sitzung indiziert. Nach bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen sollte jedoch gerade im Akutstadium die Frequenz der Therapie bei bis zu 5 Behandlungen wöchentlich liegen.</p> <p>Mit der KZVB sind wir der Auffassung, dass eine neue Indikationsgruppe LYZ3 sinnvoll ist. Sollte diese nicht konsentierbar sein, können die hier aufgeführten Diagnosen in LYZ2 überführt werden. Dann muss aber Folgendes gewährleistet sein:</p> <p>Eine Behandlung von Tumorerkrankungen ist in einem kurzzeitigen Behandlungsintervall und einer 30minütigen Therapie-sitzung nicht möglich, da bei der Manuellen Lymphdrainage auch immer umliegende Strukturen mitbehandelt werden müssen. Diese können bei einer Tumorerkrankung großflächiger ausfallen und nehmen daher mehr Zeit in Anspruch. Aufgrund dessen muss ein Zeitintervall von 45 Minuten, in schwerwiegenden Fällen auch 60 Minuten, bei Tumorerkrankungen verordnungsfähig sein, bei einer Gesamtverordnungsmenge von bis zu 50 Einheiten.</p> <p>Ein eventuell ausgestellter Kompressionsstrumpf für den Kopf muss ebenfalls in der Therapiezeit an- und ausgezogen werden können.</p> <p>Sofern eine Zusammenlegung der Indikationsgruppen zu LY vorgenommen werden sollte (s. o.) sollte in jedem Fall eine maximale Gesamtverordnungsmenge von bis zu 50 Einheiten sowie die Möglichkeit zur Verordnung von MLD-30, MLD-45 und MLD-60 gewährleistet werden.</p>
CD1&CD2 Streichung der Leitsymptomatiken a-d	Da sowohl Art der Heilmittel, als auch die Verordnungsmengen für alle Leitsymptomatiken identisch sind und in den meisten Fällen eine Kombination der verschiedenen Leitsymptomatiken vorliegt, stellt die vorliegende Unterteilung in spezifische Leit-



	<p>symptomatischen einen unverhältnismäßig höheren, bürokratischen Aufwand für Zahnärzte und Heilmittelerbringer dar ohne positive Konsequenz für die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen.</p>
<p>CD2</p> <p>Zusätzliche Indikation:</p> <p>- Chronisch degenerative Erkrankungen im stomatognathem System</p>	<p>Bei den Indikationen mit längerfristigem Behandlungsbedarf werden bisher chronisch degenerative Prozesse vollständig von der Verordnung ausgeschlossen, da sie weder zur Gruppe der Tumoren, noch zu schweren Traumata, noch zu den Fehlbildungen gerechnet werden können.</p> <p>Ebenso erachten wir die Einführung von standardisierten Heilmittelkombinationen für diesen Bereich als zielführend im Sinne von evidenzorientierter Therapie unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.</p>
<p>Heilmittelkatalog Zahnärzte – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (ZNSZ)</p> <p>1.2 Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen der ZNS</p>	<p>Begründung: siehe § 19 Abs. 2 und 3</p>
<p>1.3 Chronifiziertem Schmerzsyndrom</p>	<p>Der SHV hält jeweils „bis zu 10x/VO“ sowie die daraus resultierende Gesamtverordnungsmenge für angemessen. Aus unserer Sicht ist eine Beschränkung auf 6 Termine der Komplexität der Behandlung nicht angemessen, die Verordnung von 6 Terminen ist aber in leichten Fällen möglich, wenn es lautet „bis zu 10x/VO“. In allen anderen Fällen führt es dazu, dass die Patienten nochmals in die Zahnarztpraxis müssen und bei einer Folgeverordnung in jedem Fall einen um 10 Euro höheren Eigenanteil zu entrichten haben.</p>
<p>CSZ</p> <p>Änderung der Höchstmenge je VO auf 10x/VO und der orientierenden Behandlungsmenge auf 30 Einheiten</p>	<p>Der Behandlung chronischer Schmerzgeschehen muss besondere Bedeutung zugemessen werden. Chronische Schmerzen nehmen statistisch gesehen zu und belasten damit nicht nur finanziell das Gesundheitssystem sondern führen zu weiteren Folgeerkrankungen mit Einschränkungen von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit und werden damit zunehmend auch zu einem allgemeinen gesellschaftlichen Faktor, den es zu berücksichtigen gilt. Chronische Schmerzkrankungen sind als solche zu bezeichnen, wenn ein Schmerzgeschehen länger als 3 Monate besteht.</p> <p>Chronische Erkrankungen haben aus medizinischer Sicht grundsätzlich einen längerfristigen Behandlungsbedarf. Sie bedürfen einer intensiveren Behandlung, welche auch über einen längeren Zeitraum als bei akuten Erkrankungen notwendig sind. Da-</p>

	<p>her ist nicht nachvollziehbar, warum bei der Verordnungshöchstmenge und bei der orientierenden Behandlungsmenge die gleichen Richtwerte wie bei Cranio-mandibulären Funktionsstörungen mit prognostisch kurzfristigem Behandlungsbedarf (CD1) angesetzt werden. Aufgrund der Limitierung der Verordnungshöchstmenge auf 6 Behandlungseinheiten entsteht ein erhöhter Verwaltungs- und Kostenaufwand durch die Notwendigkeit einer höheren Anzahl von Verordnungen für die gleiche Menge an Behandlungseinheiten.</p> <p>Nicht nur um die bürokratischen Prozesse zu minimieren, sondern auch um kontinuierliche Therapiemaßnahmen im Sinne einer zielführenden Therapie zu gewährleisten, sollten die Höchst-mengen angehoben werden.</p> <p>Ebenso erachten wir die Einführung von standardisierten Heilmittelkombinationen für diesen Bereich als zielführend im Sinne von evidenzorientierter Therapie unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.</p>
CSZ Streichung der Leitsymptomatiken a-c	<p>Da sowohl Art der Heilmittel, als auch die Verordnungsmengen für alle Leitsymptomatiken identisch sind und in den meisten Fällen eine Kombination der verschiedenen Leitsymptomatiken vorliegt, stellt die vorliegende Unterteilung in spezifische Leitsymptomatiken einen unverhältnismäßig höheren, bürokratischen Aufwand für Zahnärzte und Heilmittelerbringer dar ohne positive Konsequenz für die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen.</p>
LYZ1 Änderung der Frequenzempfehlung 1-5x wöchentlich	<p>Gerade bei kurzzeitigem Behandlungsbedarf ist eine kontinuierliche und höherfrequentierte Behandlungsdurchführung indiziert zur schnelleren Erlangung des Behandlungsziels und Vermeidung weiterer Komplikationen</p>
1.4 Lymphabflussstörungen LYZ1 und LYZ2 Weitere Hinweise: Ziel: Erlernen eines Eigenübungsprogrammes	<p>Gerade chronische Lymphabflussstörungen sind nicht durch ein Eigenübungsprogramm zielführend therapierbar, sondern bedürfen der therapeutischen Maßnahmen.</p> <p>Vorschlag: Erlernen eines Eigenübungsprogrammes unter Ziel der Therapie ergänzen und unter weitere Hinweise entfernen.</p>
Lymphabflussstörungen LYZ2 Einführung von MLD-60 und Erhöhung der orientierenden Behandlungsmenge auf 50 Einheiten	<p>Eine Behandlung von schwerwiegenden Lymphabflussstörungen ist in kürzeren Behandlungsintervallen und Therapiesitzungen von einer Dauer unter 45 Minuten nicht möglich, da bei der Manuellen Lymphdrainage auch immer Strukturen in umliegenden Körperregionen mitbehandelt werden müssen. Auch aus diesem Grund müssen in schwerwiegenden Fällen auch Therapieeinheiten von 60 Minuten verordnungsfähig sein, bei einer orientierenden Behandlungsmenge von bis zu 50 Einheiten.</p>



	Ein eventuell ausgestellter Kompressionsstrumpf für den Kopf muss ebenfalls in der Therapiezeit an- und ausgezogen werden können.
--	---

**Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte:
Anpassung an das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und weitere
Änderungen**

VDB Physiotherapieverband§	
16.12.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§6 Abs. 1 Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten Verordnung ein Zeitraum von 6 Monaten vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.	Die Verlängerung des behandlungsfreien Intervalls von 12 Wochen auf ein verordnungsfreies Intervall von 6 Monaten bedeutet eine Verdopplung der Wartezeit gegenüber der aktuellen Regelung. Da einige Vertragszahnärzte die Versorgung auf die Regelfallmenge (zukünftig auf die orientierende Behandlungsmenge) beschränken, befürchten wir, dass Patienten in diesen Fällen später mit benötigten Heilmitteln als Heute versorgt werden. Deshalb plädieren wir für einen verordnungsfreien Zeitraum von 16 Wochen.
§6 Abs. 2 Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann	Das Therapieziel wird individuell je Patient ermittelt. Deshalb halten wir die allgemeine Formulierung in diesem Absatz für nicht zielführend. Besser wäre die Formulierung: „...mit der die Ziele gem. §3 Abs. 2 der Heilm-RL-ZÄ erreicht werden können.“
§6 Abs. 3 In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation zu übernehmen	Hier sollte eine weitere Präzisierung erfolgen: In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation des Arztes zu übernehmen.
§8 Abs. 3 Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.	Der Satz sollte zum besseren Verständnis gekürzt werden: „Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.“



VDB Physiotherapieverband§	
16.12.2019	
§11 Abs. 1 Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen mit Ausnahme der Regelung nach § 15 Absatz 2 einer erneuten zahnärztlichen Unterschrift mit Datumsangabe.	Analog zur Heilm-RL sollten auch in der Heilm-RL-ZÄ Änderungsmöglichkeiten an der Verordnung durch die Therapeuten möglich sein. Somit sollte der Satz wie folgt lauten: „Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen einer erneuten zahnärztlichen Unterschrift mit Datumsangabe. Ausnahmen hiervon regeln die Vertragspartner in den Verträgen nach §125 SGB V.“
§11 Abs. 2, Buchstabe b Hausbesuch (ja oder nein)	Hier reicht ein Ankreuzfeld für den Hausbesuch. Ist der Hausbesuch nicht angekreuzt, ist dieser auch nicht verordnet.
§15 Abs. 2 Die Angaben zur Therapiefrequenz auf der Verordnung sind für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend	Die Angaben zur Therapiefrequenz sollten für den Therapeuten eine Empfehlung darstellen. Aufgrund der individuellen Krankheitsverläufe bei den jeweiligen Patienten kann es immer wieder erforderlich sein, dass Frequenzen an den Verlauf der Krankheit individuell anzupassen sind.



NICHT STELLUNGNAHMEBERECHTIGT

Stellungnahme über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte:

Anpassung an das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und weitere Änderungen

Vorbemerkung:

LOGO Deutschland e.V. begrüßt, dass es zu einer Harmonisierung der Heilmittelrichtlinie-Zahnärzte und der Heilmittelrichtlinie für Ärzte kommen soll. Eine sinnvolle, möglichst weitgehende Vereinheitlichung beider Richtlinien unterstützt den Abbau unnötiger Bürokratie und verschlankt Kontroll- und Abrechnungsprozesse in Heilmittelpraxen. LOGO Deutschland e.V. verzichtet deshalb darauf, zu Punkten, die bereits in der Heilmittelrichtlinie Ärzte geregelt sind und zu denen der Verband eine Stellungnahme abgegeben hat, hier erneut Stellung zu beziehen.

Eine Diskrepanz der beiden Richtlinien ergibt sich jedoch im Bereich der Gruppentherapie. Gruppentherapie wird in der Heilmittelrichtlinie Zahnärzte auch im vorliegenden Entwurf nicht geregelt, wohl aber in unseren Rahmenverträgen nach §125 SGB V.

Von daher halten wir die Aufnahme der Gruppenbehandlung in die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte und den entsprechenden Heilmittelkatalog für dringend erforderlich und beziehen dazu wie folgt Stellung:

LOGO Deutschland e.V. Selbstständige in der Logopädie	
16.12.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Einfügen eines § 10 a Einzel/Gruppenbehandlung Heilmittel können - sofern im Heilmittelkatalog nichts anderes bestimmt ist, als Einzel- oder Gruppentherapie verordnet werden. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots Gruppentherapie zu verordnen.	Sowohl fachlich als auch wirtschaftlich ist die Verankerung der Gruppentherapie in der Heilmittelrichtlinie Zahnärzte dringend geboten. Der GKV Spitzenverband hat selbst in seinem Schreiben vom 10.07.2017 an die Berufsverbände der Heilmittelerbringer festgestellt, dass die Durchführung von Gruppenbehandlungen im Bereich der Sprech- und Sprachtherapie sinnvoll sein und von daher erbracht und abgerechnet werden kann. Gerade im Bereich der Sprech-/Sprachtherapie sind die entsprechenden Indikationen (z.B. SPZ mit Sigmastismus, SCZ mit viszeralem Schluckmuster oder OFZ mit Kieferfehlstellungen) geradezu prädestiniert, im Gruppen- und eben nicht im Einzelsetting durchgeführt zu werden. Auch die Rahmenverträge nach §125 SGB V sehen die Möglichkeit der Gruppentherapie vor. Im Zuge der oben bereits erwähnten Harmonisierung sollten hier keine Regelungslücken entstehen.

LOGO Deutschland e.V. Selbstständige in der Logopädie	
16.12.2019	
	Literaturhinweise: 1. Stefanie Böbling: Logopädische Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche (Hrsg: D. Schrey-Diem und N. Lauer), Forum Logopädie, Thieme Verlag 2. Karen Grosstüch: Sigma Plus- Gruppenkonzept zur Behandlung des Stomatismus, Schuitz-Kirchner-Verlag 3. Steffi Kührt: SZET Schlucken und Zungenruhelage effizient therapieren; https://szet-konzept.de/category/blog/ 4. Petra Krätsch-Sievert: MUNDT - Myofunktionelle Störungen umfanglich und nachhaltig diagnostizieren und therapieren Veröffentlichung in Logos Interdisziplinär 1/2019 5. Ute Burhop: Mundmotorische Förderung in der Gruppe - der Berliner Therapieansatz, Ernst Reinhard-Verlag
<i>Einfügen eines 6. Abschnitts in § 15</i> §15 (6) Hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt Gruppentherapie verordnet und kann die Maßnahme aus Gründen, die die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nicht zu verantworten hat, nur als Einzeltherapie durchgeführt werden, hat die Therapeutin oder der Therapeut die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu informieren und die Änderung auf dem Verordnungsvordruck zu begründen. Kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne Behandlungseinheiten in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist dies möglich. Der verordnende Vertragszahnarzt ist darüber zu informieren. Die Änderung ist von der Therapeutin bzw.	Die Gruppentherapie ist eine Behandlungsform, die in besonderem Maße dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht. Nicht immer können jedoch passende Gruppen zusammengestellt werden. Bei einer geplanten Gruppe sagt beispielsweise ein Therapiepartner oder eine Therapiepartnerin aufgrund einer akuten Erkrankung ab. In diesen Fällen muss unkompliziert und gegebenenfalls auch kurzfristig eine Einzelbehandlung durchgeführt werden können. Umgekehrt zeigt sich im Laufe einer begonnenen Einzelbehandlung häufig, dass das Therapieziel auch (oder sogar besser) in einer Gruppe erreicht werden kann. Die Therapeutin wird durch Satz 2 in die Lage versetzt, §12 (1) SGBV (Wirtschaftlichkeitsgebot) umzusetzen.

<p>LOGO Deutschland e.V. Selbstständige in der Logopädie</p>	
<p>16.12.2019</p>	
<p>dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren</p>	
<p>Fassung von § 23 (2) wie folgt: (2) Maßnahmen der Sprech- und Sprach- und Schlucktherapie sind in Abhängigkeit vom Störungsbild von der vorliegenden Schädigung und der Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten als 30-, 45- oder 60-minütige Einzelbehandlung, sowie als 45- oder 90 minütige Gruppenbehandlung gegebenenfalls unter Einbeziehung des sozialen Umfelds in das Therapiekonzept, verordnungsfähig.</p>	<p>Siehe obige Begründungen zur fachlichen und wirtschaftlichen Sinnhaftigkeit bei Gruppenbehandlungen</p>
<p>Ergänzung der Heilmittel im Heilmittelkatalog unter der Diagnosegruppe SPZ um folgende Punkte: Sprech- und Sprachtherapie Gruppe 45 Minuten und Sprech- und Sprachtherapie Gruppe 90 Minuten</p>	
<p>Ergänzung der Heilmittel im Heilmittelkatalog unter der Diagnosegruppe SCZ um folgende Punkte: Schlucktherapie Gruppe 45 Minuten und Schlucktherapie Gruppe 90 Minuten</p>	
<p>Änderung des Heilmittels im Heilmittelkatalog unter der Diagnosegruppe OFZ von Sprech- und Sprachtherapie auf Schlucktherapie, sodass</p>	<p>Anhand der Indikation und der Leitsymptomatiken in dieser Diagnosegruppe (ohne Sprech- Artikulationsstörung) erscheint eine Sprech-/Sprachtherapie nicht geboten, stattdessen bietet sich das Heilmittel „Schlucktherapie“ an, welches ebenfalls aus</p>



LOGO Deutschland e.V. Selbstständige in der Logopädie	
16.12.2019	
dann die verordnungsfähigen Heilmittel lauten würden: Schlucktherapie 30 Minuten Schlucktherapie 45 Minuten Schlucktherapie 45 Minuten Gruppe und Schlucktherapie 90 Minuten Gruppe	fachlichen und wirtschaftlichen Gründen als Gruppentherapie erbracht werden können sollte.

B-5.2 Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs-vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
1.	SHV	<p><u>Vorwort</u> <u>Befundung/Standardisierte Heilmittelkombination</u></p> <p>Ein evidenzbasiertes Vorgehen erfordert eine Eingangsbefundung, die weder vom verordnenden Zahnarzt noch im Rahmen einer physiotherapeutischen Einzelbehandlung möglich ist. Dazu gehört beispielsweise das Observieren, Messen und Palpieren der Mundöffnung, der Latero- und Protrusion und muskulärer Strukturen. Ein Physiotherapeut braucht mehrere Informationen für eine gute und zielgerichtete Behandlung, die sich in einer Untersuchung anderer vergleichbarer Zeichen und beitragender Faktoren (z. B. eine schlechte Okklusion) fortsetzt. Um eine angemessene und evidenzbasierte Therapie sicherzustellen, sprechen wir uns daher ausdrücklich für eine Befundposition aus, die einmalig innerhalb eines Regelfalls erbracht werden kann.</p> <p>Erst nach der umfassenden Befundung von Strukturen und Funktionen kann eine gezielte multimodale Therapie stattfinden, die nach bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ganzheitlich ausgerichtet sein sollte und neben aktiven und passiven Maßnahmen auch die Patientenedukation einschließen muss (American association for dental research 2015). Diese Therapie macht eine gewisse Flexibilität in der Auswahl und Kombination therapeutischer Leistungen erforderlich. Es wäre daher sinnvoll, für die Heilmittelverordnungen der Zahnärzte eine kombinierte und komplexe Heilmittelposition einzuführen, wie sie als „standardisierte Heilmittelkombination“ bei orthopädisch-chirurgischen Indikationen verordnungsfähig ist.</p>		<p>nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens, siehe hierzu auch Ausführungen im Stellungnahmeverfahren zur Erstfassung der HeilM-RL ZÄ</p>	<p>nein</p>

Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)

Allgemeine Grundsätze

§ 1 Grundlagen, Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
2.	SHV	§ 1 Abs. 2 Satz 2 (PatV) Der SHV begrüßt den Vor- schlag der PatV,	da so der Aufgabenbereich der Heilmittelerbringung klarer, umfassender und korrekter definiert wird und somit die Behandlungswirklichkeit besser dargestellt wird.	PatV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV/KZBV: Kennt- nisnahme, keine Zu- stimmung Der PatV-Vorschlag führt in der Praxis nicht zu einer Verbesserung, da Fragen der Abgren- zung zwischen dem SGB V und SGB IX e- her zu Unsicherheiten bei der Verordnung füh- ren. § 1 Abs. 2 regelt bereits, dass den Be- langen psychisch krank- er, behinderter oder von Behinderung be- drohter sowie chro- nisch kranker Men- schen bei der Heilmit- telversorgung Rech- nung zu tragen ist. Zu- dem ist der Aufgaben- bereich der Heilmit- telerbringung in der	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				Richtlinie und dem dazugehörigen Katalog klar geregelt.	

§ 1 Grundlagen, Absatz 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
3.	dbl, dba, dbs	§ 1 Abs. 4 „Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht nach § 124 Abs. 2 SGB V eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den maßgeblichen Daten...“	Dies wird durch das MDK-Reformgesetz bereits im neuen § 124 Abs. 2 SGB V geregelt, daher ist die Ergänzung hier überflüssig.	keine Zustimmung, Die Regelung ist zur Vervollständigung der Informationen für den verordnenden Zahnarzt oder die verordnende Zahnärztin hilfreich und geboten.	nein

§ 1 Grundlagen, Absatz 5

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
4.	dbl, dba, dbs		Der GKV Spitzenverband muss die Preise bereits nach § 125 Abs. 1 S. 4 (n.F.) zur Verfügung stellen; daher ist die Ergänzung hier überflüssig.	keine Zustimmung, Die Regelung ist zur Vervollständigung der Informationen für den verordnenden Zahnarzt oder die verordnende Zahnärztin hilfreich und geboten.	nein

Grundsätze der Heilmittelverordnung

§ 2 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
5.	dbl, dba, dbs		Die Ergänzung der Maßnahmen der Schlucktherapie als Heilmittel wird ausdrücklich begrüßt.	Kenntnisnahme	nein

§ 4 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
6.	dbl, dba, dbs		Der Wegfall der Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung, sowie „im Regelfall“ und „außerhalb des Regelfalls“ wird ausdrücklich begrüßt. Die Unterscheidung hat zu vielen falsch ausgestellten Verordnungen geführt. Die Korrekturen erschweren den Praxisalltag unnötig. Auch der Wegfall des Genehmigungsverfahrens wird begrüßt, da auch dieses den Versorgungsalltag massiv erschwert. Bisher ist es für die Therapeuten nicht nachvollziehbar gewesen, ob der verordnende Arzt eine rezidive oder neue Erkrankungsphase festgestellt hat und eine neue Verordnung entsprechend korrekt ausgefüllt hat. Es wird daher begrüßt, dass diese Unterscheidungskriterien entfallen und nunmehr auf eine rein formale Betrachtung abgestellt wird.	Kenntnisnahme	nein
7.	SHV	§ 4 Abs. 2, Punkt 3: <u>Die orientierende Behandlungsmenge und Möglichkeiten zur Fortsetzung der Heilmitteltherapie über diese Menge hinaus.</u>	Der bisherige Entwurf könnte sprachlich missverstanden werden, dass die in der HeilM-RL-ZÄ angegebene orientierende Verordnungsmenge die absolute Maximalmenge ist, und keine weiteren Verordnungen möglich seien. Wie in der bisherigen Heilm-RL-ZÄ	Kenntnisnahme, keine Zustimmung Die Höchstmengen sind im HMK geregelt. Die Regelungen zur	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			sollte diese Möglichkeit hier aber ebenfalls benannt werden.	Möglichkeit der Verordnungen sind nicht abschließend über § 4 Abs. 2 dritter Spiegelstrich geregelt. Die Definition der orientierenden Behandlungsmenge erfolgt in § 6.	

§ 4 Absatz 3 Satz 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
8.	SHV	<p>Der Heilmittelkatalog ZÄ führt nur die möglichen Indikationen für eine sachgerechte Heilmitteltherapie auf.</p> <p>Änderungsvorschlag: Der Heilmittelkatalog ZÄ führt nur mögliche Indikationen für eine sachgerechte Heilmitteltherapie auf.</p>	<p>Mit der Bezeichnung „die möglichen Indikationen“ kann die Aussage auch dahingehend interpretiert werden, dass damit explizit nur die in den Heilmittel-RL ZÄ genannten Indikationen in der Verordnung möglich sind.</p> <p>Daher sollte eine Anpassung dieses Passus stattfinden um darauf hinzuweisen, dass die im Heilmittelkatalog aufgeführten Indikationen nur eine unvollständige Liste von Indikations-Beispielen zur Orientierung darstellt.</p>	<p>Die im HMK aufgeführten Indikationen sind als solche abschließend, auch wenn sie durch Angaben wie „z.B.“ Freiräume lassen.</p> <p>Die abgebildeten Beispieldiagnosen sind nicht abschließend.</p>	nein

§ 5 Verordnungsausschlüsse

§ 5 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
9.	SHV	§ 5 Abs. 2 Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach den § 46 Absatz 1 und 2 und § 79 §§ 30, 32 Nummer 1 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003, geändert am 23. Dezember 2016, für <u>dieselbe Erkrankung</u> als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.	Es sollte klargestellt werden, dass sich diese Vorgehensweise nur auf die entsprechende Erkrankung (Verordnungsfall) bezieht. Bei weiteren/anderen Erkrankungen, die mit der Behandlung in der Frühförderung in keinem direkten Zusammenhang steht, muss eine Heilmittelverordnung zusätzlich möglich sein. Beispiel: Ein Kind, das aufgrund von motorischen Entwicklungsstörungen in der Frühförderung behandelt wird, benötigt ggf. eine weitere Verordnung in der Regelversorgung, wenn es sich zeitgleich den Kiefer gebrochen hat.	Durch die Formulierung „soweit diese“ und „als therapeutische Leistung bereits erbracht werden“ ist ausreichend klargestellt, dass die Sperrwirkung nur in den Fällen eintritt, in denen dasselbe HeilM aufgrund derselben Indikation im Rahmen der Frühförderung erbracht wird.	nein

§ 6 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
10.	dbl, dba, dbs	Es fehlt eine Regelung entsprechend § 7 Abs. 3 HeilM-RL Ärzte (Verordnungsfall/orientierende Behandlungsmenge beziehen	Wünschenswert ist auch hier ein „Gleichklang“ der Richtlinien, damit die behandelnden Therapeuten, die mit beiden Richtlinien befasst sind, nicht unterschiedliche Regelungen beachten müssen.	Ein Gleichklang der Richtlinien ist an dieser Stelle nicht erforderlich, da diese Regelungen keine Auswirkungen	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		sich auf den jeweils verordnenden Arzt)		auf das therapeutische Handeln haben.	
11.	dbl, dba, dbs	Ergänzung § 6 Absatz 6	Es fehlt am in den tragenden Gründen genannten Abs. 6, der klarstellen soll, dass im Fall der Angabe einer Frequenzspanne immer auf den höchsten Wert zur Berechnung der Höchstmenge je Verordnung abzustellen ist. Wir bitten um entsprechende Ergänzung.	Kenntnisnahme, die Regelung befindet sich in Absatz 5, der Verweis in den TrGr wird entsprechend angepasst.	nein

§ 6 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
12.	dbl, dba, dbs	In der HeilM-RL ZÄ wird die Begrifflichkeit Indikation/Indikationsgruppe statt Indikation/Diagnosegruppe wie in der HeilM-RL Ärzte verwendet. Wir bitten um Verwendung gleicher Begrifflichkeiten, um unnötige Irritationen im Austausch zwischen Zahnarzt/Therapeut bzw. Arzt/Therapeut zu vermeiden. Hier ergibt sich ein Verordnungsfall aus derselben Indikation und derselben Indikationsgruppe nach Heilmittelkatalog ZÄ. Ändert sich also unter derselben Indikationsgruppe die Indikation, würde dies einen neuen Verordnungsfall auslösen. Dies aber auch, wenn die Indikation bleibt, aber die Indikationsgruppe wechselt. Hierzu enthält die HeilM-RL Ärzte eine abweichende Regelung.		Die Begrifflichkeiten und die Struktur des zahnärztlichen Heilmittelkataloges haben sich in der Versorgung etabliert. Die Regelungen in der HeilM-RL ZÄ und die bundesmantelvertraglichen Regelungen sind daher anders gestaltet als im vertragsärztlichen Bereich. Die Felder für den ICD-10-	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Wünschenswert ist jedoch ein „Gleichklang“ der Richtlinien, damit die behandelnden Therapeuten, die mit beiden Richtlinien befasst sind, nicht unterschiedliche Regelungen beachten müssen.</p>		<p>Code sind von der Vertragszahnärztin oder vom Vertragszahnarzt nicht auszufüllen. Die Diagnose ist als Freitext anzugeben. (Vereinbarung HM-Vordruck ZÄ, Ausfüllhinweis 13)</p> <p>siehe auch § 11 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe j</p>	
13.	VDB	<p>Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten Verordnung ein Zeitraum von 6 Monaten vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.</p>	<p>Die Verlängerung des behandlungsfreien Intervalls von 12 Wochen auf ein verordnungsfreies Intervall von 6 Monaten bedeutet eine Verdopplung der Wartezeit gegenüber der aktuellen Regelung.</p> <p>Da einige Vertragszahnärzte die Versorgung auf die Regelfallmenge (zukünftig auf die orientierende Behandlungsmenge) beschränken, befürchten wir, dass Patienten in diesen Fällen später mit benötigten Heilmitteln als Heute versorgt werden. Deshalb plädieren wir für einen verordnungsfreien Zeitraum von 16 Wochen.</p>	<p>Die neue Regelungssystematik, die klarstellen soll, wann eine Verordnung demselben Verordnungsfall zuzuordnen ist und wann es sich um einen neuen Verordnungsfall handelt, rechtfertigt einen Zeitraum von 6 Monaten. Das heutige definierte behandlungsfreie Intervall wird damit aufgehoben. Die Regelung dient der Klarstellung, dass für die Fortsetzung der Heilmitteltherapie, über die orientierende Behandlungsmenge hinaus,</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				keine Behandlungspausen einzuhalten sind, sofern diese nicht zahnmedizinisch indiziert sind.	
14.	SHV	<p>§ 6 Abs. 1, Satz 1 Ein Verordnungsfall umfasst alle Heilmittelbehandlungen für eine Patientin oder einen Patienten auf Grund derselben Indikation und derselben Indikationsgruppe, d. h. derselben Erkrankung, nach Heilmittelkatalog ZÄ.</p>	<p>Eine präzisierende Klarstellung, dass es sich der Verordnungsfall jeweils auf die Erkrankung bezieht, halten wir für wichtig.</p>	<p>Kenntnisnahme, keine Zustimmung Eine weitere Präzisierung ist nicht erforderlich. siehe auch lfd. Nr. 12 siehe auch Erläuterung in den Tragenden Gründen</p>	nein
15.	SHV	<p>§ 6 Abs. 1, Satz 7 Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten Verordnungsausstellung ein Zeitraum von <u>16 Wochen</u> vergangen ist, in dem keine weitere Verordnung für diesen Verordnungsfall ausgestellt wurde.</p>	<p>Die Verlängerung des behandlungsfreien Intervalls von 12 Wochen (gerechnet ab dem letzten Tag der Behandlung) auf 6 Monate (gerechnet ab dem Tag der Ausstellung der Verordnung) führt bei der angedachten Änderung insbesondere bei Patienten, bei denen die Vertragszahnärztin/ der Vertragszahnarzt mit Blick auf die Höchstverordnungsmenge pro Verordnung eine eher geringere Anzahl von Behandlungseinheiten (z.B. 6 Behandlungen/2x wöchentlich) verordnet, zu deutlich längeren behandlungsfreien Intervallen, als das im Rahmen der aktuellen Regelung der Fall ist. Da derzeit viele Vertragszahnärztinnen/ Vertragszahnärzte ihr Ordnungsverhalten unzulässigerweise ausschließlich am Regelfall ausrichten (sprich dem Patienten erst nach Ablauf eines 12-Wochen-</p>	<p>siehe lfd. Nr. 13</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			Zeitraumes weitere Heilmittelbehandlungen verordnen) besteht die große Sorge unsererseits, dass dieser Teil der Patienten zukünftig noch später mit dringend notwendigen Heilmitteln versorgt wird, als das bereits heute der Fall ist. Unter Hinweis auf die Entwurfsfassung der überarbeiteten Heilmittelrichtlinie Stand 29.08.2018 wird deshalb gefordert, den Zeitraum auf 16 Wochen zu begrenzen. Im letzten Satz wünschen wir zudem zur Klarstellung den Zusatz „Ausstellung“.		

§ 6 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
16.	VDB	Das Therapieziel wird individuell je Patient ermittelt. Deshalb halten wir die allgemeine Formulierung in diesem Absatz für nicht zielführend. Besser wäre die Formulierung: „...mit der die Ziele gem. §3 Abs. 2 der Heilm-RL-ZÄ erreicht werden können.“	Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann	siehe lfd. Nr. 17	nein
17.	SHV	§ 6 Abs. 2 Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der	Die Formulierung „mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann“ sehen wir kritisch. Das jeweilige Therapieziel wird individuell in	keine Zustimmung Es wird grundsätzlich davon ausgegangen,	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Die orientierende Behandlungsmenge, <u>mit der die Ziele gem. § 3 Absatz 2 Heilm-RL-ZÄ erreicht werden können</u>, ergibt sich indikationsbezogen aus dem Heilmittelkatalog ZÄ.</p>	<p>der Therapie mit dem Versicherten erarbeitet. Deshalb haben nicht alle Versicherten mit der gleichen Diagnosegruppe/ Indikation das gleiche Ziel. Das ist nicht möglich, da die Leitsymptomatik, die Ausprägung der Erkrankung und die weiteren Kontextfaktoren bei den Versicherten völlig unterschiedlich sind.</p> <p>Alternativ könnte auch folgende Formulierung ergänzt werden: „, mit der die angegebene Leitsymptomatik in ihrer Auswirkung verringert werden kann,“</p>	<p>dass das angestrebte Therapieziel mit den der Indikation zugeordneten Heilmitteln im Rahmen der orientierenden Behandlungsmenge erreicht werden kann. Die von den Gesamtverordnungsmengen des Regelfalls abgeleiteten indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen definieren dabei einen Orientierungsrahmen für die Menge der Behandlungseinheiten pro Verordnungsfall. Die Zieldefinition der Therapeutin/ des Therapeuten mit der/dem Versicherten abgestimmten individuellen Behandlungszieles für die Heilmitteltherapie wird hierbei nicht berührt.</p>	

§ 6 Absatz 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
18.	VDB	In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation des Arztes zu übernehmen	Hier sollte eine weitere Präzisierung erfolgen.	Zustimmende Kenntnisnahme „der Zahnärztin oder des Zahnarztes“ wird ergänzt	ja
19.	SHV	§ 6 Abs. 3 (neu) <u>Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweils verordnende Zahnärztin oder den jeweils verordnenden Zahnarzt.</u>	Bei der Verordnungsentscheidung sind Verordnungen anderer Zahnärzte gemäß § 3 Absatz 3 zu berücksichtigen und beim Patienten zu erfragen. Mit diesem Satz, der z. B. hinter dem bisherigen Absatz 2 eingefügt werden könnte, wird jedoch klargestellt, dass die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge zahnarztbezogen erfolgt und Behandlungseinheiten anderer Zahnärztinnen und Zahnärzte für dieselbe Patientin oder denselben Patienten nicht in die Berechnung der orientierenden Behandlungsmenge einbezogen werden müssen.	Kenntnisnahme, keine Zustimmung Eine Aufnahme des Satzes (analog der HeilM-RL) wird für den zahnärztlichen Bereich nicht als sachlich richtig angesehen, da sich der Verordnungsfall auch auf die Berufsausübungsgemeinschaft und nicht ausschließlich auf den einzelnen Zahnarzt beziehen kann. Die unterschiedlichen Formulierungen in der HeilM-RL und der HeilM-RL ZÄ sind insofern sachlich richtig und notwendig und da	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				diese sich an dieser Stelle an den Verordner (Arzt oder Zahnarzt) richten und nicht an die Therapeuten, entsteht keine Unklarheit bei den Heilmittelerbringern, welche mit Verordnungen aus dem ärztlichen und den zahnärztlichen Bereich arbeiten.	
20.	SHV	§ 6 Abs. 3 (bisher) Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zuzuordnen sind. In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation <u>der Zahnärztin oder des Zahnarztes</u> zu übernehmen.	Wir halten diese Klarstellung für nötig. Ansonsten sehen wir hier die Gefahr, dass die Dokumentationspflicht sich auf die Heilmittelerbringer beziehen könnte.	Siehe Nummer 18	ja

§ 6 Absatz 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
21.	SHV	<p>Variante B:</p> <p>Im Heilmittelkatalog ZÄ ist zudem die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt. Sofern gemäß § 10 Absatz 2 Sätze 1 bis 3 neben einem vorrangigen Heilmittel ein ergänzendes Heilmittel verordnet wird, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach den verordneten Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels.</p>	<p>Wir halten Variante B für zielführender, die Verordnungsmenge auf – zumindest zwei – vorrangige Heilmittel aufzuteilen, sofern die Zahnärztin oder der Zahnarzt dies als medizinisch sinnvoll erachtet. Dies bietet der Therapeutin oder dem Therapeuten einen größeren Gestaltungsspielraum, durch den er die Therapie für den individuellen Patienten besser durchführen und steuern kann. So könnten z. B. künftig schon während der Laufzeit einer Verordnung bedarfsbezogen und zielgerichtet passive und aktive Maßnahmen zur Anwendung kommen. Darüber hinaus ergeben sich auch aus Leitlinien Hinweise daraus, dass die kombinierte Verordnung verschiedener Heilmittel bei einer Erkrankung insbesondere auch abhängig vom Verlauf medizinisch sinnvoll sein kann.</p>	<p>Der Vorschlag zur Variante B wird im Zusammenhang mit der SN zu § 10 Abs. 2 (Nr. 34) als widersprüchlich angesehen. Der Widerspruch in der schriftlichen Stellungnahme wurde in der Anhörung nicht aufgelöst (siehe Wortprotokoll). Aus fachlicher Sicht wird die Variante A übernommen.</p>	<p>nein, Variante A</p>

§ 6 Absatz 5

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
22.	dbl, dba, dbs	<p>Die abweichenden Regelungen für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf werden ausdrücklich begrüßt, um eine Versorgungssicherheit, Kontinuität und Praktikabilität zu gewährleisten.</p> <p>Gleichwohl fehlt es an diesen Vereinfachungen bei Verordnungen, die einen besonderen Ordnungsbedarf darstellen.</p> <p>Hier ist eine vergleichbare Regelung wie in der HeilM-RL Ärzte erforderlich.</p>		<p>Ein Gleichklang der RL ist an dieser Stelle nicht zielführend. Die Regelungen der HeilM-Versorgung im vertragsärztlichen Bereich ist</p>	<p>nein</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs- vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
		Dies könnte z.B. mit einem Aufgreifen der Liste der Verordnungsbesonderheiten und der Liste des langfristigen Heilmittelbedarfs aus dem ärztlichen Bereich erfolgen. Einen langfristigen Heilmittelbedarf nur nach Antragstellung und individueller Entscheidung der Krankenkasse zu ermöglichen, schränkt unnötig ein. Ein Verweis auf bestehende Listen würde dies erheblich vereinfachen.		nicht übertragbar auf den vertragszahnärztlichen Bereich. Die Indikationen für eine Heilmittel-Verordnung im zahnärztlichen Bereich sind medizinisch nicht unmittelbar vergleichbar mit Diagnosen im vertragsärztlichen Bereich, weshalb eine Listung von Diagnosen im vertragszahnärztlichen Bereich nicht sachgerecht ist.	
23.	dbl, dba, dbs	<p><u>12 Wochen</u></p> <p>Um Missverständnisse und Interpretationsspielräume zu vermeiden, bitten wir um Formulierung entsprechend der bisherigen Regelung in § 7 Abs. 1 S. 4.</p> <p>Dies auch vor dem Hintergrund, zusätzliche zuzahlungspflichtige Verordnungen (10 Euro pro Verordnung) für die Patienten zu vermeiden.</p> <p>Dahingehend verstehen wir auch die Ansicht der PatV in den tragenden Gründen, die zum Patientenwohle das Ausstellen von Verordnungen für einen</p>	<p>Nach § 6 Abs. 5 können Heilmittel je Verordnung auch für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Damit wird die Regelung der bisherigen Verordnung außerhalb des Regel-falls aufgegriffen, wenn – wie vom PatV gefordert – gleichfalls auf § 6 Abs. 3 verwiesen wird.</p> <p>Die Bezugnahme auf § 6 Abs. 3 wird ausdrücklich gefordert, um eine Schlechterstellung der Patienten zu vermeiden und unnötige bürokratische Hürden aufzubauen.</p> <p>Durch die von der alten Fassung abweichenden Formulierung und die Verwendung des Begriffs „Behandlungsdauer“ kommt es jedoch zu einer unnötigen Verschärfung.</p>	<p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>KZBV/GKV-SV: Kenntnisnahme, keine Zustimmung</p> <p>Für diese Patientinnen und Patienten mit einem hohen Heilmittelbedarf auf Grund schwerer, langfristigen strukturellen Schädigungen sind in der regel über die Vorgaben zum langfristigen Heilmittelbedarf berücksichtigt. In diesen Fällen</p>	<p>ja</p> <p>in § 6 Absatz 5 wird folgender Satz ergänzt:</p> <p>„Soweit verordnete Behandlungseinheiten</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Zeitraum von 12 Wochen fordern und ebenfalls eine Anlage 2 und besondere Verordnungsbedarfe wie im ärztlichen Bereich.</p>	<p>So muss unter der aktuell gültigen HeilM-RL ZÄ die Verordnungsmenge bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls in Abhängigkeit von der Frequenz rechnerisch in 12 Wochen durchführbar sein. Kommt es jedoch zu</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer Therapiedurchführung mit geringerer Frequenz oder - krankheitsbedingten Unterbrechungen etc., <p>berührt dies nicht die Gültigkeit der verordneten Einheiten.</p> <p>Mit der Verwendung des Begriffs Behandlungsdauer kann dies dahingehend missverstanden werden, dass eine Behandlung nach 12 Wochen abbrechen wäre, auch wenn die verordneten Einheiten nicht durchgeführt wurden.</p> <p>Hierbei wäre unklar, ab wann diese Behandlungsdauer zu zählen wäre.</p>	<p>können die notwendigen Heilmittel je Verordnung unmittelbar für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden.</p> <p>zur Behandlungsdauer: zustimmende Kenntnisnahme, Klarstellung in RL in § 6 Absatz 5</p> <p>„Soweit verordnete Behandlungseinheiten innerhalb des 12 Wochen Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung unter Berücksichtigung des § 15 Absatz 3 ihre Gültigkeit.“</p>	<p>innerhalb des 12 Wochen Zeitraums nicht vollständig erbracht wurden, behält die Verordnung unter Berücksichtigung des § 15 Absatz 3 ihre Gültigkeit.“</p>
24.	SHV	<p>Abweichend gilt für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 7 oder § 6 Absatz 3, dass die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können. Die Anzahl der zu verordnenden Behandlungseinheiten ist dabei in Abhängigkeit von</p>	<p>Der Vorschlag der PatV ist zu befürworten. Wir weisen mit Besorgnis darauf hin, dass nach dem Wegfall der Verordnung außerhalb des Regelfalles, ausschließlich Versicherte nach § 7 (langfristiger Heilmittelbedarf) Behandlungen außerhalb der orientierenden Behandlungsmenge – für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen – erhalten werden. Zudem gibt es keine zahnarzt-spezifischen – in der HeilM-RL- ZÄ – enthaltenen Diagnoselisten, so dass jeder Versicherte im Vorfeld eine solche Genehmigung beantragen muss.</p>	<p>siehe lfd. Nr. 22 und 23</p> <p>zur Verordnungsgebühr:</p> <p>Nicht vom Regelungsauftrag des G-BA umfasst.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>der Therapiefrequenz zu bemessen. Sofern eine Therapiefrequenzspanne auf der Verordnung angegeben wird, ist der höchste Wert für die Bemessung der maximalen Verordnungsmenge maßgeblich. Die orientierende Behandlungsmenge gemäß Heilmittelkatalog ZÄ ist nicht zu berücksichtigen.</p>	<p>Eine Beschränkung der Behandlungen pro Verordnung nach Ausschöpfen der orientierenden Behandlungsmenge auf i. d. R. 6 bzw. 10 Einheiten ist nicht sachgerecht. Hinzu kommt, dass jede zusätzlich ausgestellte Verordnung einen zusätzlichen Arztkontakten erfordert, der zu zusätzlichen Kosten führt. Außerdem löst jede zusätzlich ausgestellte Verordnung eine neue Verordnungsgebühr und zusätzlichen bürokratischen Aufwand aus.</p>		

§ 8 neu, Absatz 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
25.	dbl, dba, dbs	<u>i.V.m. den Regelungen im Heilmittelkatalog</u> Eine nochmalige Aufführung zu Beginn des Heilmittelkatalogs ist entbehrlich und erweckt den Eindruck, als müsste erneut zu einem restriktiven Ordnungsverhalten angehalten werden.	Es ist selbstverständlich, dass sich die Verordnungsmenge nach dem medizinischen Erfordernis im Einzelfall richtet. Es ist aber ausreichend, wenn dies an dieser Stelle der HeilM-RL ZÄ ausgeführt wird.	keine Zustimmung Die Wiederholung dient der inhaltlichen Klarstellung.	nein
26.	VDB	Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.	Der Satz sollte zum besseren Verständnis gekürzt werden.	keine Zustimmung Eine Kürzung des Satzes ist nicht zielführend, da diese Regelung auch für die Höchstverordnungsmenge gilt.	nein
27.	SHV	Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls.- Nicht bei jeder funktionellen — oder — strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.	Der Begriff „Höchstmenge“ drückt bereits eindeutig aus, dass auch geringere Behandlungsmengen verordnet werden dürfen, wenn die Zahnärztin oder der Zahnarzt dies als medizinisch sinnvoll und ausreichend erachtet. Der 2. Satz dieses Absatzes beinhaltet daher eine Tautologie und sollte gestrichen werden. Die bisherige Praxis zeigt, dass den Zahnärztinnen und Zahnärzten die Möglichkeiten zur Verordnung sehr wohl bewusst sind. Nach unseren Erfahrungen wird nicht selten sogar aus vermeintlich wirtschaftlichen Erwägungen	siehe lfd. Nr. 25	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			(Angst vor Regressen) das medizinisch sinnvolle Verordnungsmaß unterschritten, wodurch sich ggf. der Krankheitsverlauf des Patienten suboptimal gestaltet, was langfristig zu weit höheren Folgekosten führen kann. Dieses letztlich auch unwirtschaftliche Verhalten könnte durch die explizite Erwähnung in der Heilmittel-Richtlinie unnötig gefördert werden.		

§ 9 (neu) Ort der Leistungserbringung

§ 9 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
28.	SHV	Heilmittel können, sofern nichts anderes bestimmt ist, - als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder - als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2 verordnet und durchgeführt werden. Die	Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die verordnende Zahnärztin oder der verordnende Zahnarzt trifft die Entscheidung nach dem Status des Patienten, wie er am Tag der Verordnung vorliegt oder auch in der Vergangenheit vorgelegen hat. Der Zustand und die Belastbarkeit von Patienten unterliegen dabei Schwankungen, so dass hier zeitweise ein Aufsuchen der Praxis möglich ist oder auch nicht. Dazu	keine Zustimmung Wunsch- und Wahlrechte im Hinblick auf den Ort der HeilM-Behandlung sind gesetzlich nicht vorgesehen. Hausbesuche sind jedoch in medizinisch begründeten Fällen möglich, die Feststellung liegt allein in der Verantwortung des verordnenden Zahnarztes.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Verordnung Durchführung eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung Durchführung eines Hausbesuchs.</p>	<p>ergeben sich durch Veränderungen in den Fähigkeiten und den Lebensumständen des Patienten neue oder geänderte Zielsetzungen, die in der Praxis besser erarbeitet und erreicht werden können. Von daher sollte die Therapeutin oder der Therapeut die Möglichkeit erhalten, flexibel auf die Situation und die Fähigkeiten des Patienten einzugehen. Die therapeutischen Ziele können effektiver bearbeitet werden und Therapieausfall wird vermieden.</p> <p>Beispiel: Chronisch psychisch Erkrankte unterliegen starken Schwankungen in ihrer Tagesform und in ihrer Mobilität. Auch wenn eine Patientin oder ein Patient grundsätzlich in der Lage ist, die Praxis aufzusuchen, können zeitweise verstärkte Ängste die Patientin oder den Patienten daran hindern, die Wohnung zu verlassen oder öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Normalerweise würde die Therapie dann für die Patientin oder den Patienten ausfallen, was sicherlich für seinen Allgemeinzustand zusätzlich negative Auswirkungen hat. Eine Weiterführung der Therapie durch die flexible Wahl des Therapieortes gewährleistet hier eine kontinuierliche Therapie. Gleichzeitig müsste in § 11 Abs. 2 die Angabe von Punkt b) entfallen, um diese Flexibilität zu gewährleisten.</p>		

§ 9 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
29.	dbl, dba, dbs	Die ergänzende Klarstellung, dass auch Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen in Regeleinrichtungen mitumfasst sind, wird grundsätzlich begrüßt.		Kenntnisnahme	nein
30.	dbl, dba, dbs	<u>Altersbeschränkung</u> Wir bitten um Wegfall der Altersbeschränkung „bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ggf. darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung“	denn diese ist nicht kompatibel mit der Versorgung von erwachsenen behinderten Menschen in Tageseinrichtungen, wie z.B. Tagesförderstätten oder Werkstätten für behinderte Menschen.	Kenntnisnahme, die Versorgung von erwachsenen Menschen mit Behinderungen in Tageseinrichtungen im Rahmen eines Hausbesuches ist unter der Voraussetzung des § 9 Abs. 1 möglich	nein
31.	dbl, dba, dbs	<u>§ 9 Erweiterung des Personenkreises</u> Die Neufassung verkennt den Beschluss der 91. Gesundheitsministerkonferenz 2018, die zu TOP 10.11 den Beschluss gefasst hat, dass mit Sorge betrachtet wird, „dass der Zugang zu einer logopädischen Therapie für viele Kinder, die eine ganztägige Bildung und Betreuung in Schulen und Horteinrichtungen erhalten, erheblich erschwert oder nicht möglich ist.“ Wir fordern daher, die Forderung der Gesundheitsministerkonferenz	Aufgrund der veränderten Aufenthaltszeiten am Lernort Schule und Horteinrichtung wird von der GMK dargelegt, dass für Kinder ohne besondere Schädigungen die Erbringung von Heilmitteln in Einrichtungen nicht mehr sachgerecht ist und die Gefahr besteht, dass notwendige Therapien unterbleiben oder nicht konsequent durchgeführt werden können. Die Begründung des Beschlusses führt weiter aus, dass durch den Ausbau der Ganztagsbetreuung eine Therapiedurchführung erst am späten Nachmittag oder frühen Abend möglich ist, was für die Familien zu erheblichen organisatorischen Schwierigkeiten führt, aber auch die Praxen dort	Kenntnisnahme Der Therapieort Regelschule ist nicht vergleichbar mit dem Therapieort Praxis. Auch deswegen kann nur von diesem Ort abgewichen werden, wenn medizinische Gründe dafür vorliegen.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		mit der aktuellen Überarbeitung der HeilM-RL umzusetzen und § 11 entsprechend um den Therapieort „tagestrukturierenden Fördereinrichtung“ zu ergänzen.	nicht ausreichend Kapazitäten haben und insbesondere es an der für eine Therapie erforderlichen Aufnahmefähigkeit des Kindes fehlt.		

§ 10 (neu) Auswahl der Heilmittel

§ 10 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
32.	dbl, dba, dbs	§ 10 Abs. 1 Auswahl des Heilmittels Es wird begrüßt, dass die Behandlungsziele in die Richtlinie überführt worden sind.	Die Klarstellung, dass Abweichungen von der Frequenz zulässig sind, wird ausdrücklich begrüßt, denn ein Abweichen ist erforderlich, um z.B. hochfrequenten Therapieintervalle zu ermöglichen und therapeutisch indiziert reagieren zu können	Kenntnisnahme	nein
33.	dbl, dba, dbs	Die Möglichkeit der Verordnung von Gruppentherapie sollte sich auch in der HeilM-RL ZÄ wiederfinden, z.B. in § 10 Abs. 1 oder Abs. 3.	Gruppendynamische Effekte können auch im Bereich der zahnärztlich gestellten Diagnosen einen sinnvollen Therapierahmen darstellen.	Nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens Das Erfordernis der Gruppentherapie im Rahmen der zahnärztlichen Heilmittelversorgung wird auf Grundlage der vorgebrachten	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				Stellungnahme nicht gesehen.	

§ 10 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
34.	SHV	Satz 1 Soweit medizinisch erforderlich, kann in der Physiotherapie zu einem „vorrangigen Heilmittel“ nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden.	Änderungsvorschlag: Soweit medizinisch erforderlich, kann in der Physiotherapie pro Verordnung zu einem „vorrangigen Heilmittel“ nur ein weiteres im Heilmittelkatalog ZÄ genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden. Andernfalls wäre die Möglichkeit zur synergistischen, gleichzeitigen Verordnung unterschiedlicher Heilmittel für dieselbe Indikation nach §8 nicht gegeben.	siehe lfd. Nr. 21	nein, Variante A

§ 10 Absatz 3

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
35.	dbl, dba, dbs	Auf dem Verordnungsvordruck muss ersichtlich sein, dass verschiedene Behandlungszeiten möglich sind Dies könnte z.B. mit einer Angabe von ... bis erfolgen, wie bei einer Frequenzspanne.		Eine Anpassung des Verordnungsvordrucks an die Änderungen der HeilM-RL ZÄ erfolgt, die Ausgestaltung des Verordnungsvordrucks ist jedoch nicht Gegenstand des Regelungsauftrags des G-BA.	nein

§ 10 Absatz 5

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
36.	dbl, dba, dbs	Es wird um Klarstellung gebeten, dass Doppelbehandlungen ebenfalls im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie möglich sind. Da es im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie keine vorrangigen und ergänzenden Heilmittel gibt, ist dies nicht eindeutig aus dem Richtlinien-text heraus zu lesen.	Die Möglichkeit einer Doppelbehandlung sollte sich auch im Verordnungsmuster eindeutig wiederfinden. Eine bloße Eingabemöglichkeit als ggf. ergänzende Angabe zum Heilmittel (siehe § 11 Abs. 2h) wird als nicht ausreichend erachtet.	Die Möglichkeit der Doppelbehandlung richtet sich auch an die SSST. Es erfolgt eine Klarstellung in den Tragenden Gründen.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
37.	SHV	<p>Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. 2Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und sofern verordnet ein ergänzendes Heilmittel. 3Ausnahmen regelt der Heilmittelkatalog ZÄ. 4In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden. 5Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel. 6Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß Heilmittel-Richtlinie zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht. Die verordnete Anzahl der Behandlungseinheiten verdoppelt sich automatisch bei einer Verordnung von Doppelbehandlungen.</p>	<p>Der Begriff „Doppelbehandlung“ impliziert schon sprachlich, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt i. d. R. eine doppelte Behandlungszeit wünscht. Eine Klarstellung, dass bei einer Verordnung von z. B. 3 Behandlungseinheiten automatisch 3x2, also insgesamt 6 Behandlungen durchgeführt werden sollen, wäre sinnvoll, um Unklarheiten zu vermeiden, die in der Vergangenheit zu vermeidbaren Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geführt haben.</p>	<p>keine Zustimmung</p> <p>Bei der Doppelbehandlung geht es nicht um eine generelle Verdopplung der Behandlungsvolumina.</p> <p>Fallgestaltungen für eine Doppelbehandlung können sich z.B. ergeben, wo aufgrund multipler struktureller oder funktioneller Schädigungen und Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten mit der normalen Zeiteinheit eine effektive Therapie nicht durchführbar ist, z. B. spastische Tonuserhöhungen der Muskulatur in Verbindung mit ausgeprägten Funktionsstörungen.</p>	nein

§ 11 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
38.	VDB	Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen mit Ausnahme der Regelung nach § 15 Absatz 2 einer erneuten zahnärztlichen Unterschrift mit Datumsangabe.	<p>Analog zur Heilm-RL sollten auch in der Heilm-RL-ZÄ Änderungsmöglichkeiten an der Verordnung durch die Therapeuten möglich sein.</p> <p>Somit sollte der Satz wie folgt lauten:</p> <p>„Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen einer erneuten zahnärztlichen Unterschrift mit Datumsangabe.</p> <p>Ausnahmen hiervon regeln die Vertragspartner in den Verträgen nach §125 SGB V.“</p>	<p>Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Die Verträge sind unter der Berücksichtigung der Heilmittel-Richtlinie ZÄ nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zu schließen (§125 Abs. 1 SGB V). Abweichende oder über die in der Richtlinie hinausgehende Ausnahmen, obliegen somit nicht der Regelungskompetenz der Verträge nach § 125 SGB V. Laut § 125 Abs. 2 Ziffer 7 SGB V sind lediglich die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung durch den Leistungserbringer zu regeln.</p> <p>Näheres zu den notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung werden auf Basis dieser Richtlinie von den Vertragspartnern</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				nach § 125 SGB V geregelt.	
39.	SHV	<p>§ 11 Abs. 1 Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. 2Der Vordruck muss nach Maßgabe des Absatzes 2 vollständig ausgefüllt werden. 3Änderungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung bedürfen mit Ausnahme der Regelung nach § 15 Absatz 2 einer erneuten zahnärztlichen Unterschrift mit Datumsangabe. <u>Weiteres hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.</u></p>	Die Beschreibung möglicher Änderungen bzw. Korrekturen der Verordnung durch die Therapeutin oder den Therapeuten fällt in die Zuständigkeit der Vereinbarung der Vertragspartner nach § 125 SGB V.	Siehe laufende Nr. 38	

§ 11 (neu) Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
40.	dbl, dba, dbs	Wir bitten bei der Neugestaltung des Verordnungsvordrucks um Einbeziehung der Verbände der Therapeuten, um eine für alle Beteiligten praktikable Umsetzung zu erreichen.	So fehlt es beispielsweise auf dem aktuellen Muster um Bestätigungsfelder bei verordneten 20 Einheiten oder auch für die im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie hinzukommende Eingangsdagnostik, die an einem separaten Termin durchzuführen und auf der Verordnung zu dokumentieren ist. Auch hierfür fehlt eine entsprechende Zeile.	<p>Verordnungsvordruck ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und liegt nicht in der Kompetenz des G-BA</p> <p>Die Ausgestaltung des Verordnungsvordrucks ist</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				Teil des Bundesmantelvertrages – Zahnärzte und wird von den Vertragspartnern KZBV und GKV-SV beschlossen.	
41.	dbl, dba, dbs	<p><u>§ 11 Abs. 2 S. 3 Buchstaben b und c</u> Um Missverständnisse zu vermeiden bitten wir in beiden Fällen auf ein Ankreuzfeld für JA zu reduzieren.</p>	Es ist nicht schlüssig, konsequent und transparent, dass für einen Hausbesuch immer eine Auswahl zwischen JA oder NEIN erfolgen muss, beim Therapiebericht das Kästchen aber allein für ein JA steht.	Kenntnisnahme. Da es sich beim Hausbesuch um eine Entscheidung zur Leistungserbringung handelt, ist eine aktive Option „Nein“ erforderlich. Vor dem Hintergrund der Rechtssicherheit im Umgang mit der zahnärztlichen Urkunde ist das Feld Hausbesuch bei einem JA/NEIN-Feld zu belassen.	Nein
42.	SHV	<p>§ 11 Abs. 2 Punkt b) Hausbesuch (ja oder nein)</p>	Auf die Angabe kann verzichtet werden (siehe Begründung § 9 Abs. 1). Unabhängig davon wird der Klammerzusatz „oder nein“ in keinem Fall benötigt für die Frage, ob ein Hausbesuch ärztlich verordnet ist. Auf dem Verordnungsvordruck reicht – wie beim Therapiebericht – ein Feld. Wird das Feld nicht angekreuzt, ist kein Hausbesuch verordnet.	siehe laufende Nr. 41	
43.	dbl, dba, dbs	<u>§ 11 Abs. 2 S. 3 Buchstabe d</u>	Siehe hierzu Ausführungen unter „dringlicher Behandlungsbedarf“; § 14	Kenntnisnahme, mit der Änderung in § 14 Absatz 1 wird der Beginn der Behandlung für solche Fälle,	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs-vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschluss-entwurf
				<p>in denen eine Behandlung nicht unverzüglich erfolgen muss, auf 28 Tage erweitert und damit eine deutliche Entbürokratisierung erreicht.</p> <p>In den Fällen, in denen zahnärztlicherseits ein dringender Behandlungsbedarf gesehen wird, muss die Behandlung auch weiterhin in 14 Tagen begonnen werden. Mit dieser - bisher regelhaft geltenden - Frist werden sowohl die Belange der Patientinnen und Patienten, kurzfristig einen Termin zu erhalten, als auch die Terminsituation der Heilmittelpraxen, angemessen berücksichtigt.</p> <p>Um das Ziel einer kurzfristigen Terminvergabe nicht zu gefährden, ist es sinnvoll, eine Abweichung von der ärztlichen Dringlichkeitsvorgabe durch eine erneute Zahnarztunterschrift bestätigen zu lassen. Anderenfalls wäre</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>das Anliegen der Patientinnen und Patienten, vorrangig bei der dringlichen Terminvergabe berücksichtigt zu werden, von vornherein geschwächt und sich die Terminvergabe einseitig an den Bedürfnissen der Therapeuten orientieren. Ferner würden die Möglichkeiten, ggf. freie Kapazitäten anderer Praxen zu nutzen, unterbunden, da die Dringlichkeit ohne weitere formale Anforderungen mit einem Anruf beim Zahnarzt aufgehoben werden kann, was auch hinsichtlich der Nachweisbarkeit problematisch sein kann.</p>	
44.	dbl, dba, dbs	<p><u>§ 11 Abs. 2 Buchstabe f</u> Die Angabe des Heilmittels (Sprechtherapie/ Sprachtherapie/ Schlucktherapie oder einer Mischform) muss im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gänzlich entfallen, da die Zuordnung zur Sprech-, Sprach- oder Schlucktherapie bereits durch</p>	<p>Die zusätzliche Angabe an dieser Stelle liefert keinen inhaltlichen Mehrwert, ist aber eine erhebliche Fehlerquelle. Es ist ausreichend, wenn allein die Therapiedauer auf der Verordnung angegeben wird, siehe dazu auch unsere Anmerkungen und Vorschläge zum Heilmittelkatalog Es ist ausreichend, wenn die verordnungsfähigen Heilmittel</p>	<p>Kenntnisnahme, keine Zustimmung. Nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 6 SGB V sind im Katalog verordnungsfähige Heilmittel abzubilden und Indikationen zuzuordnen. Nach § 10 i.v.m. § 11 der</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		die Wahl der Indikationsgruppe getroffen ist.	§ 2 Abs. 1 genannt sind, im Katalog aber nur die Therapie mit wahlweise 30/45/60 Minuten aufgeführt ist und eine Zuordnung zu einem oder zu mehreren Bereichen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie entfällt.	Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte hat die verordnende Zahnärztin/ der verordnende Zahnarzt die Auswahl zur Art des Heilmittels zu treffen und diese auf dem vereinbarten Vordruck anzugeben. Die Angabe lediglich des Minutenwertes wird als nicht ausreichend angesehen, da das anzuwendende Heilmittel eindeutig auf der Verordnung zu bezeichnen ist und von ggf. nicht von der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie umfassten Therapieformen abgrenzbar sein muss.	
45.	dbl, dba, dbs	<p>§ 11 Abs. 2 Buchstabe g</p> <p>Die ausdrückliche Nennung der Möglichkeit einer Frequenzspanne wird begrüßt, denn eine solche hat sich im Versorgungsalltag bewährt. Allerdings sollten ärztliche Frequenzempfehlungen gänzlich entfallen, da fundierte Empfehlungen in dieser pauschalen Form nicht möglich sind.</p>	<p>Die Frequenzwahl hängt u.a. ab von Therapiedosis,-methode, Inter-Therapie-Intervall; Alter und Compliance des Patienten; Ausprägung und Schweregrad der Störung; Begleitenden Störungsbilder und Therapien etc., die der Therapeut festlegt.</p> <p>Bereits jetzt kann der Therapeut die Therapiefrequenz in Absprache mit dem Arzt ändern und diese Änderung dokumentieren. Der Wegfall der Frequenzempfehlung würde dieses Vorgehen erleichtern.</p>	Keine Zustimmung, um der erforderlichen Flexibilität Rechnung zu tragen, wurde die „Frequenzspanne“ eingeführt. Eine Frequenzangabe ist für die Therapiesteuerung des Zahnarztes notwendig. Die Regelung des § 10 Abs. 1 Satz 4 stellt klar, dass der verord-	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				nende Zahnarzt in Abhängigkeit der medizinischen Notwendigkeit von den Frequenzempfehlungen abweichen kann. Eine Angabe ist aus Gründen der Verordnungssicherheit zwingend geboten.	
46.	dbl, dba, dbs	<u>§ 11 Abs. 2i</u>	Indikationsgruppe statt Diagnosegruppe; siehe hierzu unter § 6 Abs. 1	Siehe lfd. Nr. 12	Nein
47.	dbl, dba, dbs	<u>§ 11 Abs. 2j</u> Hier sollte klargestellt werden, dass die Angabe der Leitsymptomatik nur bei Indikationen erforderlich ist, die ein Buchstabenkürzel (z.B. ein kleines a wie bei CD1a) vorweisen, was im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie nicht der Fall ist.	Um eine optimale Entbürokratisierung zu erreichen schlagen wir vor, dass die Angabe einer Leitsymptomatik gänzlich entfallen sollte, denn sie ist weder formal noch inhaltlich erforderlich, führt aber gleichzeitig zu vielen fehlerhaft ausgestellten Verordnungen.	Kenntnisnahme. Vorliegende Regelung stellt bereits darauf ab, dass Leitsymptomatik ggf. angegeben wird (d.h. bei Möglichkeit dieser Angaben)	Nein
48.	VDB	<u>§11 Abs. 2, Buchstabe b Hausbesuch (ja oder nein)</u> Hier reicht ein Ankreuzfeld für den Hausbesuch.	Ist der Hausbesuch nicht angekreuzt, ist dieser auch nicht verordnet.	Siehe Lfd. Nr. 41 und 42	Nein

§ 12 Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern („Blankverordnung“)

§ 12 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungs-vorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be-schluss-entwurf
49.	dbl, dba, dbs	<p><u>§ 12 Abs. 1 i.V.m. Abs. 3</u> Die in Abs. 3 gewählte Formulierung führt den Gesetzeszweck ad absurdum. Um den Gesetzeszweck des TSVG und auch den Wortlaut des § 12 Abs. 3 abbilden zu können, ist zwingend erforderlich, dass die wichtigen medizinischen Gründe auch dokumentiert sind und auf die Blankverordnung ausdrücklich und nicht bloß versehentlich verzichtet wird. Eine entsprechende Dokumentation und Kenntlichmachung muss das neue Verordnungsmuster zwingend abbilden.</p>	<p>Allein durch die Angabe von Auswahl, Dauer und Frequenz soll deutlich werden, dass der Arzt auf eine Blankverordnung verzichtet und wichtige medizinische Gründe als gegeben sieht. Somit würde eine - auch versehentlich - vollständig ausgefüllte Verordnung zur Aufhebung der Blankverordnung führen.</p>	<p>Kenntnisnahme, die Regelung ist Folge der gesetzlichen Vorgabe, wonach der Zahnarzt bei wichtigen Gründen von einer Blanko-Verordnung absehen kann.</p>	Nein
50.	SHV	<p><u>b. Hausbesuch (ja oder nein)</u></p>	<p>Bei einer Blankverordnung ist es sogar noch dringlicher als in der Regelversorgung (siehe § 11 Abs. 2), dass die Beurteilung, ob ein Hausbesuch vorgenommen werden muss, ggf. auch von der Therapeutin oder dem Therapeuten vorgenommen werden kann. Durch die Gültigkeit von bis zu 16 Wochen kann es in einigen Fällen zu Situationen kommen, dass sich der Gesundheitszustand</p>	<p>Zu Hausbesuch: Ablehnung: §125 a SGB V sieht nicht vor, dass die zahnärztliche Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit eines erforderlichen Hausbesuchs auch auf die Therapeuten übertragen wird.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		h. ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“)	<p>der Patientin oder des Patienten in diesem Zeitraum zumindest so stark gebessert hat, dass ein Wechsel auf Behandlung in der Praxis im Laufe der Verordnung möglich wird.</p> <p>Punkt h müsste der Vollständigkeit halber noch ergänzt werden, weil er im Sinne des TSVG bei der Blankoverordnung ebenfalls durch den Therapeuten festzulegen ist.</p>	Zu Ergänzung lit. h): Zustimmungse Kenntnisnahme, da analoge Übernahme aus Heilmittel-RL Ä	Anpassung des BE: Dem § 12 Abs. 1 Buchstabe g wird folgender Buchstabe h angefügt: „gegebenfalls ergänzende Angaben zum Heilmittel (z.B. „KG-ZNS [Bobath]“ oder „Doppelbehandlung“)

§ 12 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
51.	dbl, dba, dbs	Die Frist ist daher gänzlich zu streichen oder zumindest deutlich zu erhöhen, denn die Gültigkeitsdauer kann sich auch nach einem langen Zeitraum bemessen oder kann an	Die Festlegung zur Gültigkeit der Blankoverordnung geht über den Gesetzeszweck hinaus. So legt das TSVG lediglich fest, dass die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung in der HeilM-RL festzulegen ist, macht jedoch keine Vorgaben zur festzulegenden Dauer.	Dadurch, dass die Fristen für den Beginn der Heilmittelbehandlung identisch sind wird eine Schlechterstellung des Patienten verhindert.	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>inhaltliche Aspekte (z.B. Verschlechterung des Zustandes) geknüpft werden.</p>	<p>Die geplante Festlegung auf 16 Wochen führt dazu, dass Beginnfristen und Unterbrechungstatbestände nicht abgebildet werden und die Blanko-Verordnung dadurch eine Schlechterstellung des Patienten bedeuten kann.</p> <p>So kann z.B. eine Verordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 Wochen nach Ausstellungsdatum begonnen werden - 10 je 1X die Woche stattfinden und durch einen Urlaub, eine Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt in Summe um mehrere Wochen unterbrochen sein <p>und dadurch schnell länger als 16 Wochen andauern. Eine „normale“ Verordnung würde dabei ihre Gültigkeit behalten, eine Blankoverordnung hingegen nicht. Dies ist nicht sachgerecht.</p>	<p>Der Zeitraum der Gültigkeit von 16 Wochen berücksichtigt die Beginnfristen gem. § 15 und orientiert sich an der Gültigkeit der Verordnungen nach besonderen Verordnungsbedarfen und mit einem langfristigen Heilmittelbedarf (12 Wochen). Außerhalb dessen gelten Verordnungen grundsätzlich nur für 6 bzw. 10 Einheiten. Danach ist eine neuerliche Vorstellung beim Zahnarzt notwendig. Eine „Schlechterstellung“ wird vor diesem Hintergrund nicht gesehen. Weitere Konkretisierungen bezüglich Unterbrechungsfristen im Rahmen der Blankoversorgung sind in den Verträgen nach §125a zu treffen.</p>	

Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten

§ 14 Beginn der Heilmittelbehandlung

§ 14 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
52.	dbl, dba, dbs	Die Möglichkeit, einen spätesten Behandlungsbeginn bis ... einzutragen bzw. den angegebenen dringlichen Behandlungsbedarf aufzuheben, muss erhalten bleiben, um besonderen Versorgungsformen weiter gerecht werden zu können.	So wird von der Möglichkeit eines vorgegebenen spätesten Behandlungsbeginns im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie insbesondere dann Gebrauch gemacht, wenn eine Heilmittelbehandlung auf der laufenden Verordnung noch nicht abgeschlossen ist, der Zahnarzt aber auf Grund des eigenen Urlaubs bereits vorher die Therapiefortsetzung in seinem Urlaub ermöglichen möchte, ohne dass ein Vertretungszahnarzt die Verordnung übernehmen muss. Auch bei der zahnärztlichen und therapeutischen Versorgung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen, bei denen die Hausbesuche durch den Zahnarzt nicht immer stattfinden können, ist die individuelle Festlegung des Behandlungsbeginns wichtig im Versorgungsalltag.	Siehe Lfd. Nr. 43	Nein
53.	SHV	¹ Die Behandlung <u>sollte</u> innerhalb von 28 Kalendertagen nach Verordnung durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt <u>zu</u> beginnen. ² Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, <u>sollte</u> die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen. ³ Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen. ⁴ Näheres hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.	Grundsätzlich erscheint eine möglichst zeitnahe Behandlung sinnvoll, die auch bei dieser Formulierung gewährleistet bliebe. Nicht nur in Zeiten des Fachkräftemangels sollte aber eine auf die Versorgungsrealität gerichtete, flexiblere Regelung angestrebt werden. Analog zu den begründeten Unterbrechungstatbeständen gemäß § 15 muss auch ein späterer Behandlungsbeginn möglich sein. Voraussetzung dafür ist, dass der spätere Behandlungsbe-	keine Änderung, da dies im Ergebnis zur Rechtsunsicherheit führt, wenn nicht innerhalb der Frist mit der Verordnung begonnen wurde. Vorgebene Zeiträume sind ausreichend, um mit der Therapie zu beginnen. Im Übrigen siehe lfd. Nr. 43	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p><u>⁵Ein begründeter späterer Behandlungsbeginn ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren. ⁶Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird. ⁷Das nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.</u></p>	<p>ginn das Therapieziel nicht gefährdet und die Begründung vom Therapeuten dokumentiert wird. Dies entlastet alle Beteiligten (Zahnärzte, Patienten, Heilmittelerbringer) vom bürokratischen Aufwand, eine neue Verordnung ausstellen zu müssen, wenn die vorgegebene Frist im medizinisch unbedenklichen Ausnahmefall nur kurz überschritten ist. Die diesbezügliche Kommunikation zwischen Zahnarzt und Heilmittelerbringer kann zwischen den Vertragspartnern nach § 125 SGB V vereinbart werden.</p>		

§ 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung**§ 15 Absatz 1**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
54.	SHV	§ 15 Abs. 1 (Ende) ... <u>Näheres hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V</u>	Analog zu § 11 Abs. 1 sollte auch hier auf die Zuständigkeit der Vereinbarung der Vertragspartner nach § 125 SGB V verwiesen werden, die genannten Punkte zu konkretisieren.	Siehe lfd. Nr. 38 und 39	Nein

§ 15 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
55.	dbl, dba, dbs	Siehe dazu bereits unter § 11 Abs. 2 Buchstabe g		Siehe lfd. Nr. 45	Nein
56.	VDB	Die Angaben zur Therapiefrequenz sollten für den Therapeuten eine Empfehlung darstellen.	Aufgrund der individuellen Krankheitsverläufe bei den jeweiligen Patienten kann es immer wieder erforderlich sein, dass Frequenzen an den Verlauf der Krankheit individuell anzupassen sind.	Siehe lfd. Nr. 45	Nein
57.	SHV	Satz 1 1Die Angaben zur Therapiefrequenz auf der Verordnung sind für die Therapeutin oder den Therapeuten <u>nicht</u> bindend, <u>sondern sind eine Empfehlung der Zahnärztin oder des Zahnarztes</u>	Die Therapiefrequenz sollte <u>nicht</u> bindend sein – akute Krankheitszustände können eine höhere oder niedrigere Therapiefrequenz erforderlich machen.	Siehe lfd. Nr. 45	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<u>an die Therapeutin oder den Therapeuten.</u>			

§ 15 Absatz 4

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
58.	dbl, dba, dbs	Wir bitten auch um Klarstellung, dass es sich in Satz 2 um den zahnärztlichen Therapieplan handelt.	In der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie liegt die Methodenwahl beim Therapeuten, so dass er selbst über die Änderungen oder Ergänzung des therapeutischen Therapieplans entscheiden kann/muss. Eine Unterbrechung der Behandlung ist daher nicht erforderlich	Kenntnisnahme, dem Änderungsvorschlag wird gefolgt	Anpassung am BE wie folgt: Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt entscheidet über eine Änderung oder Ergänzung des zahnärztlichen Therapieplans, eine neue Verordnung oder Beendigung der Behandlung.

Zahnärztliche Diagnostik

§ 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie

§ 16 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
59.	SHV	<p>Satz 2</p> <p>Bei der Eingangsdiagnostik sind <u>abhängig von Art und Ausmaß der Schädigung von Strukturen oder Funktionen</u> schädigungsabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu Schädigungen von Strukturen oder Funktionen funktionellen oder strukturellen Schädigungen und Funktionsstörungen zu erhalten.</p>	<p>Die Funktionsstörung auch ohne Vorliegen einer strukturellen Schädigung ist elementarer Bestandteil der Indikation/Diagnose „Cranio-mandibuläre Dysfunktion“. Eine Streichung/Ausschluss der Funktionsstörung wie bisher im Änderungstext vorgesehen würde selbige zukünftig ausschließen.</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte ist wie auch schon die Heilmittel-Richtlinie Vertragsärzte an das Wording der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angepasst worden. Ein Gesundheitsproblem drückt sich hier in der Komponente Körperfunktionen und -strukturen in einer Schädigung von Funktionen und Strukturen aus. Somit ist folgerichtig von einer Funktionsschädigung zu sprechen. Wenn durch die zahnärztliche Diagnostik eine Funktionsschädigung, zum Beispiel auf Grund Cranio-mandibulärer Dysfunktion vom Vertragszahnarzt festgestellt</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				wird, kann durch die Indikationsgruppe CD1 und CD2 Heilmitteltherapie verordnet werden.	

§ 16 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
60.	SHV	Satz 1 Vor weiteren Verordnungen von Maßnahmen der Physiotherapie ist zu prüfen, ob eine erneute schadigungsabhängige Erhebung des aktuellen Befundes <u>in Abhängigkeit von Schädigungen von Strukturen oder Funktionen</u> erforderlich ist.	Siehe §16 Absatz 1 Satz 2	Siehe lfd. Nr. 59	Nein

§ 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

§ 17 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
61.	dbl, dba, dbs	Es wird um Klarstellung im Richtlinienentwurf gebeten, dass es sich bei den Fremdbefunden auch um Befunde von Heilmittelerbringern handeln kann. Dies ergibt sich nur aus den tragenden Gründen.		Kenntnisnahme. Mit der Angabe, dass auch Fremdbefunde berücksichtigt werden und den Ausführungen in den Tragenden Gründen, ist eine ausreichende Klarstellung gegeben.	Nein

Maßnahmen der Physiotherapie

§ 18 Grundlagen

§ 18 Absatz 1

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
62.	SHV	§18 Grundlagen Zusätzlichen Absatz 1 voranstellen:	Ein evidenzorientiertes Vorgehen erfordert eine individuelle Eingangsbefundung, die weder vom verordnenden Zahnarzt/Zahnärztin noch im Rahmen einer physiotherapeutischen Einzelbehandlung möglich ist. Dazu gehören neben einer ausführli-	Siehe lfd. Nr. 1	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p><u>Vor der erstmaligen Durchführung von Maßnahmen der Physiotherapie ist eine Eingangsbefundung durch den Therapeuten/die Therapeutin notwendig. Die störungsbildabhängige Eingangsbefundung ist zu dokumentieren und inklusive eines Therapieplans zeitnah mit der Vertragszahnärztin/dem Vertragszahnarzt zu kommunizieren um die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln im Sinne von §13 zu ermöglichen.</u></p>	<p>chen Anamnese ebenso die orientierende Inspektion wie auch spezifische Untersuchungen der Gelenkfunktion, der umgebenden Muskulatur, der Nervenstrukturen und -funktion, sowie Messverfahren (z.B. Mundöffnung, Laterotrusion etc.) als Assessments für die Erstellung eines umfassenden und zielführenden Therapieplans und ebenso zur Dokumentation des Therapieverlaufs.</p> <p>Um eine angemessene und evidenzorientierte Therapie sicherzustellen, sprechen wir uns daher ausdrücklich für eine Befundposition aus, die einmalig innerhalb eines Regelfalls erbracht werden kann.</p> <p>Erst nach der umfassenden Befundung von Strukturen und Funktionen kann eine gezielte multimodale Therapie stattfinden</p>		

§ 19 Bewegungstherapie

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
63.	SHV	<p>Abs. 5 <u>... Störungen</u> der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) sowie <u>Störungen</u> der Gelenk-</p>	<p>Die Änderung erscheint sprachlich sinnvoller, da sich der Absatz nur auf Funktionsstörungen bezieht. Schädigungen gemäß der ICF-Definition umfassen</p>	Siehe lfd. Nr. 59	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		funktionen (z.B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität) zu beseitigen oder zu mindern.	sowohl Beeinträchtigungen von Körperfunktionen als auch von der Körperstruktur.		
64.	SHV	<p>§ 19 Nr. 2 und 3 (siehe auch Heilmittelkatalog – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen)</p> <p>... <u>sowie bei Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen der ZNS</u></p>	<p>Kinder mit neurologischen Grunderkrankungen, die in dieser Indikationsgruppe subsumiert werden, sind in der Regel bei Therapeuten mit neurologischer Zusatzqualifikation (z. B. Bobath) in Behandlung. Die Behandlung von orofazialen Problemen erfolgt bisher von diesen Therapeuten zumeist im Rahmen der Position KG-ZNS, um ein einheitliches und ganzheitliches Therapieregime zu gewährleisten. In der Ausbildung erwerben Therapeuten für die Behandlung des Mund-Kiefer-Gesichtsbereichs bei angeborenen ZNS-Erkrankungen ein Grundwissen. Allerdings setzt ein optimales Behandlungsergebnis eine Fortbildung und ein entsprechendes Zertifikat über KG-ZNS voraus. Daher reicht die Ordnungsposition der allgemeinen Krankengymnastik keinesfalls in allen Fällen aus.</p> <p>Die Behandlung von angeborenen cranio- und orofazialen Problemen kann nur sinnvoll im Rahmen einer Therapie nach KG-ZNS erfolgen, da die neurologische Grunderkrankung im Mittelpunkt steht. Eine Ergänzung des vorrangigen Heilmittels KG-ZNS um die Möglichkeit einer Manuellen Therapie als „ergänzendes Heilmittel“ wäre an dieser Stelle sinnvoll. Als alleiniges Heilmittel wäre jedoch die Versorgung der Kinder gefährdet, da Physiotherapeuten, die über KG-ZNS abrechnen, nicht zwangsläufig über ein Zertifikat zur Manuellen Therapie verfügen.</p>	<p>War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO angesehen.</p> <p>Vorbehalt des § 138 SGB V; Begründung wird als nicht ausreichend angesehen, um fachlich bewerten zu können, ob eine Ergänzung sinnvoll wäre.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
65.	SHV	<p>§19 Nummer 2</p> <p>Zusätzlich Satz 2:</p> <p>Erfolgt keine Spezifikation des Heilmittels in Bobath oder Vojta durch die Vertragszahnärztin/den Vertragszahnarzt, kann der Heilmittelerbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.</p>	<p>Die Durchführung der genannten Maßnahmen bedarf nach §18 Absatz 2 spezieller Qualifikationen seitens der Physiotherapeuten. Diese Qualifikationen, bzw. die Kenntnisse und Inhalte selbiger sind weder Bestandteil des zahnmedizinischen Studiums noch der zahnmedizinischen Weiterbildung, so dass es fraglich ist ob eine zielführende und differenzierte Spezifikation des Heilmittels durch den verordnenden Zahnarzt möglich ist.</p> <p>Daher sollte grundsätzlich die Möglichkeit geschaffen werden, dass der Physiotherapeut mit seiner Fachkompetenz in diesem spezifischen Bereich selbstständig entscheiden kann, welche Maßnahme notwendig, bzw. zielführend ist.</p>	<p>War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO angesehen.</p> <p>Gem. Ausfüllhinweis Nr. 7 zur Heilmittelverordnung (BMVZ Anlage 14b „Vordruck 9 - Zahnärztliche Heilmittelverordnung“) kann der Vertragszahnarzt durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens „Bobath“, „Vojta“ oder „PNF“ die Maßnahmen der „KG-ZNS-Kinder“ bzw. „KG-ZNS“ spezifizieren. Erfolgt keine Spezifikation, kann der Heilmittelerbringer selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.</p>	Nein
66.	SHV	<p>§19 Nummer 3</p> <p>Zusätzlich Satz 2:</p> <p>Erfolgt keine Spezifikation des Heilmittels in PNF, Bobath oder Vojta durch die</p>	<p>Die Durchführung der genannten Maßnahmen bedarf nach §18 Absatz 2 spezieller Qualifikationen seitens der Physiotherapeuten. Diese Qualifikationen, bzw. die Kenntnisse und Inhalte selbiger sind weder Bestandteil des zahnmedizinischen Studiums noch der zahnmedizinischen Weiterbildung, so dass es</p>	Siehe lfd. Nr. 65	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		Vertragszahnärztin/den Vertragszahnarzt, kann der Heilmittelerbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.	fraglich ist ob eine zielführende und differenzierte Spezifikation des Heilmittels durch den verordnenden Zahnarzt möglich ist. Daher sollte grundsätzlich die Möglichkeit geschaffen werden, dass der Physiotherapeut mit seiner Fachkompetenz in diesem spezifischen Bereich selbstständig entscheiden kann, welche Maßnahme notwendig, bzw. zielführend ist.		
67.	SHV	<p>§ 19 Nummer 5</p> <p>Bei der Übungsbehandlung werden aktive, aktiv-passive und passiv geführte Übungen eingesetzt. Sie verfolgt als gezielte und kontrollierte Maßnahme das Ziel, <u>Störungen</u> der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) sowie <u>Störungen</u> der Gelenkfunktionen (z. B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität) zu beseitigen oder zu mindern.</p>	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Bei der Übungsbehandlung werden aktive, aktivpassive und passiv geführte Übungen eingesetzt. <u>Die Übungsbehandlung kann auch ergänzend zur Manuellen Lymphdrainage eingesetzt werden.</u> Sie verfolgt als kontrollierte Maßnahme das Ziel, Schädigungen der Muskelfunktion (Muskelkraft, -ausdauer, -koordination und -tonus) sowie Schädigungen der Gelenkfunktionen (z. B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität) zu beseitigen oder zu mindern. Die Übungsbehandlung als ergänzendes Heilmittel soll als synergetische Maßnahme zur Lymphdrainage vor Allem auch Therapeuten mit einer Qualifikation als Masseur innerhalb einer Therapieeinheit die ergänzende Durchführung dieser Maßnahme ermöglichen ohne dabei grundsätzlich als Ersatz von Krankengymnastik oder Manueller Therapie zu fungieren. Damit soll vor Allem die allgemeine Versorgung von Patienten deutlich verbessert werden.</p>	<p>Zum Begriff Störungen siehe lfd. Nr. 59</p> <p>Zum Vorschlag ergänzendes Heilmittel: Keine Zustimmung, da mit der Regelung im HMK ausreichend klargestellt ist, dass die Übungsbahndlung bei Verordnung von MLD als ergänzendes Heilmittel verordnet werden kann.</p>	Nein

§ 20 Manuelle Lymphdrainage

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
68.	SHV	Satz 1 Manuelle Lymphdrainage*) (MLD) des Kopfes und des Halses ist verordnungsfähig zur entstauenden Behandlung bei Ödemen im Bereich des craniomandibulären Systems einschließlich der ableitenden Lymphbahnen im Halsbereich bei sekundärer (erworbener) Schädigung des Lymphsystems nach umfangreichen chirurgischen Eingriffen wie tumorchirurgischen Eingriffen sowie deren Nachbehandlung und bei der Behandlung von Traumata sowie deren Nachbehandlung.	Die Textstelle sollte entsprechend gelöscht werden, da hierdurch eine spezifische Beschränkung der Maßnahme auf tumorchirurgische Indikationen besteht. Nicht-tumorchirurgische Eingriffe mit entsprechenden Konsequenzen im lymphatischen system werden damit trotz ansonsten bestehender Indikation zur Lymphdrainage kategorisch ausgeschlossen.	War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO angesehen. Tumorchirurgischen Eingriffe sind durch das Wort „wie“ als Beispiel zu verstehen.	Nein

§ 21 Thermotherapie (Wärme- oder Kältetherapie)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
69.	SHV	§ 21 Abs. 3 (Ende)	Der Zahnärztin oder dem Zahnarzt sollte die Möglichkeit gegeben werden, die Wärmetherapie ggf. auch unspezifisch zu verordnen, sodass die Therapeutin oder der Therapeut zwischen den Maßnahmen der	War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>...<u>Sie kann von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt spezifiziert werden.</u></p>	<p>Wärmetherapie frei wählen kann. Die Therapeutin oder der Therapeut können oftmals den Krankheitsverlauf in Abhängigkeit von der Wirkung des vorrangigen Heilmittels besser einschätzen.</p>	<p>als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO angesehen.</p> <p>Gem. Ausfüllhinweis Nr. 8 zur Heilmittelverordnung (BMVZ Anlage 14b „Vordruck 9 - Zahnärztliche Heilmittelverordnung“) kann der Vertragszahnarzt durch das Ankreuzen des entsprechenden Kästchens „Heißluft“, „Heiße Rolle“, „Ultraschall“ oder „Packungen“ die Maßnahmen der „Wärmetherapie“ spezifizieren.</p> <p>Erfolgt keine Spezifikation, kann der Heilmittelbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen</p>	
70.	SHV	<p>Zusätzlich Absatz 4</p> <p><u>Erfolgt keine Spezifikation der Wärmeapplikation durch die</u></p>	<p>Die Kenntnisse über fachliche Grundlagen, die Wirkweisen sowie die Anwendung der genannten Maßnahmen sind Bestandteil der physiotherapeutischen Ausbildung und damit Grundqualifikationen seitens der Physiotherapeuten. Diese Qualifikationen, bzw.</p>	Siehe lfd. Nr. 69	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		Vertragszahnärztin/den Vertragszahnarzt, kann der Heilmittelerbringer unter Berücksichtigung der für ihn maßgebenden Vorschriften selbstständig die entsprechende Maßnahme auswählen.	die Kenntnisse und Inhalte sind weder Bestandteil des zahnmedizinischen Studiums noch der zahnmedizinischen Weiterbildung, so dass es fraglich ist ob eine zielführende und differenzierte Spezifikation des Heilmittels durch den verordnenden Zahnarzt möglich ist. Daher sollte grundsätzlich die Möglichkeit geschaffen werden, dass der Physiotherapeut mit seiner Fachkompetenz in diesem spezifischen Bereich selbstständig entscheiden kann, welche Maßnahme notwendig, bzw. zielführend ist.		

§ 22 Maßnahmen der Elektrotherapie

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
71.	SHV	Abs. 3 Elektrotherapie kann Die Maßnahmen nach Abs. 2 können als ergänzendes Heilmittel zu den vorrangigen Heilmitteln Krankengymnastik, KG-ZNS, KG-ZNS-Kinder, Manuelle Therapie oder Manueller Lymphdrainage verordnet werden. Elektrotherapie kann Diese Maßnahmen können	Eine Klarstellung ist nötig, dass hier mit „Elektrotherapie“ auch implizit die „Elektrostimulation“ gemeint ist, da auch für diese die getroffene Regelung sinnvoll ist. Analog zu unserer Begründung in § 10 Abs. 2 müsste allerdings Satz 2 gestrichen werden.	Zur Änderung in § 22 Abs. 3 Satz 1 War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO angesehen. Zustimmende Kenntnisnahme	Änderung am BE durch Ergänzung des Wortes „Maßnahmen“ in § 22 Absatz 3 Satz 1 und 2.

B STELLUNGNAHMEVERFAHREN

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog ZÄ die Verordnung als ergänzendes Heilmittel vorsieht.</p>		<p>Zur Streichung des § 22 Abs. 3 Satz 2 Siehe lfd. Nr. 34</p>	

Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

§ 23 Absatz 2

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
72.	dbl, dba, dbs		Die ausdrückliche Nennung, dass das soziale Umfeld in das Therapiekonzept einbezogen werden kann, wird ausdrücklich begrüßt. Selbstverständlich ist dies bereits seit langem Inhalt der Leistungsbeschreibung für die (Stimm-,) Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, die auf Grundlage des § 125 Abs. 1 (alte Fassung, vor TSVG) vereinbart wurde.	Kenntnisnahme	Nein

§ 24 Sprechtherapie

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
73.	dbl, dba, dbs		Die ausdrückliche Nennung, dass das soziale Umfeld in das Therapiekonzept einbezogen werden kann, wird ausdrücklich begrüßt. Selbstverständlich ist dies bereits seit langem Inhalt der Leistungsbeschreibung für die (Stimm-,) Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, die auf Grundlage des § 125 Abs. 1 (alte Fassung, vor TSVG) vereinbart wurde.	Kenntnisnahme	Nein

§ 26 Schlucktherapie in der oralen Phase**§ 26 Tragende Gründe 2.1.22**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
74.	dbl, dba, dbs	In den tragenden Gründen ist folgende Formulierung zu streichen: „Sie wird von Logopäden und speziell ausgebildeten Sprachtherapeuten erbracht“.	Richtig ist, dass die Schlucktherapie von allen nach § 124 SGB V zugelassenen Therapeuten erbracht wird.	Kenntnisnahme, Zustimmung. Begründung ist nachvollziehbar und sachlich richtig.	Nein

Änderungen im zweiten Teil der Richtlinie (Heilmittelkatalog ZÄ)

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
75.	SHV	Abkürzungsverzeichnis: Erst-VO Folge-VO	Streichen, da Regelfallsystematik entfällt	Zustimmende Kenntnisnahme	Änderung am BE: Erst- und Folgeverordnung wird aus Abkürzungsverzeichnis gestrichen
76.	SHV	Leitsymptomatik (patientenindividuelle) Die Möglichkeit einer patientenindividuellen Leitsymptomatik sollte aufgenommen werden, damit für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten individuelle Angaben zu den Leitsymptomen gemacht werden können, um so dass Therapieziel auch individueller gestalten zu können.		War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Die Leitsymptomatik wird immer in Abhängigkeit der patientenindividuellen Situation beschrieben. Die bisherigen Vorgaben sind vollständig aufgeführt.	Nein
77.	dbl, dba, dbs	<u>Auswahl des Heilmittels</u> Die Angabe des Heilmittels mit inkludierter Minutenangabe führt zu unnötigem bürokratischem Aufwand und zu einem erhöhten Fehlerpotenzial. Es ist ausreichend, wenn allein die Therapiedauer auf der Verordnung angegeben wird (siehe auch unsere Anmerkung zu § 11 Abs. 2 Buchstabe f) oder auch eine Spanne für die Therapiedauer zu ermöglichen, um die in § 10 Abs. 3 vorgesehene Möglichkeit der verschiedenen Behandlungszeiten auf dem Verordnungsvordruck abbilden zu können. (siehe dazu bereits unter § 10 abs. 3) Die Angabe des Heilmittels (Sprechtherapie, Sprachtherapie, Schlucktherapie oder einer Mischform) kann im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gänzlich entfallen, da die Zuordnung Sprech-, Sprach- oder Schluck bereits durch die Wahl der Indikationsgruppe/des Indikationsschlüssels getroffen ist.		Siehe lfd. Nr. 44 Spanne für die Therapiedauer. Die Entscheidung über die Therapiedauer liegt im Verantwortungsbereich der verordnenden Zahnärztin oder des Zahnarztes. Er oder sie treffen diese je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patienten.	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
78.	dbl, dba, dbs	<u>Auswahl der Therapiedauer</u> Ferner kann diese Angabe im Heilmittelkatalog entfallen und eine Regelung an zentraler Stelle (z.B. in § 10 Auswahl des Heilmittels) erfolgen.	Bei der Vorgabe „30 oder 45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Schädigungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten“ ist unklar, wie dies über das Verordnungsmuster abgebildet werden soll.	Siehe lfd. Nr. 40 und 44	Nein
79.	dbl, dba, dbs	<u>Therapiedauer 60 Minuten</u> Die HeilM-RL Ärzte hat dies bereits berücksichtigt. Wir bitten um einen „Gleichklang“ der Richtlinien, damit die behandelnden TherapeutenInnen, die mit beiden Richtlinien befasst sind, nicht unterschiedliche Regelungen beachten müssen.	Bei den Indikationsgruppen SPZ und OFZ fehlt die Therapiedauer von 60 Minuten. Diese ist jedoch oftmals notwendig, um eine Therapie effizient durchführen zu können.	War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO angesehen. Zustimmung entsprechend Änderung in ärztlicher Heilmittel-RL	Änderung am BE: in der Indikationsgruppen SPZ wird in der Spalte Heilmittel das Heilmittel „• Sprech- und Sprachtherapie 60“ sowie nach der 45 die Angabe „oder 60“ ergänzt der Indikationsgruppen OFZ wird in der Spalte Heilmittel das Heilmittel „• Sprech- und

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
					Sprachtherapie 60“ ergänzt
80.	dbl, dba, dbs	<p><u>Frequenzempfehlung</u> Die Angabe der Frequenzempfehlung mit einer vorgegebenen Unter- und Obergrenze lässt den Eindruck entstehen, dass andere Frequenzen nicht zulässig seien! Dies könnte durch die Beibehaltung der bisherigen Formulierung „mindestens“ klargestellt werden, um auch hochfrequente Therapieintervalle zu ermöglichen, wenn diese angezeigt sind.</p> <p>Auch kann, wenn eine Frequenzempfehlung beibehalten werden sollte (siehe dazu bereits unter § 11 Abs. 2 Buchstabe g), eine Angabe im Katalog entfallen, da die einmalige Regelung an zentraler Stelle in der Richtlinie ausreichend wäre und so eine weitere Reduzierung der Regelungskomplexität erreicht werden könnte.</p>		<p>Kenntnisnahme. Die Frequenzempfehlungen sind Empfehlungen, von denen gem. § 10 Abs. 1 Satz 4 ohne Begründung abgewichen werden kann.</p> <p>Im Übrigen siehe lfd. Nr. 45</p> <p>Zum Ort der Regelung: Eine Darstellung im Heilmittelkatalog ist aus Übersichtsgründen sinnvoll.</p>	Nein
81.	SHV	CD1&CD2 Streichung der Leitsymptomatiken a-d	Da sowohl Art der Heilmittel, als auch die Verordnungsmengen für alle Leitsymptomatiken identisch sind und in den meisten Fällen eine Kombination der verschiedenen Leitsymptomatiken vorliegt, stellt die vorliegende Unterteilung in spezifische Leitsymptomatiken einen unverhältnismäßig höheren, bürokratischen Aufwand für Zahnärzte und Heilmittelerbringer dar ohne positive Konsequenz für die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen.	Kenntnisnahme. War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO angesehen. Aufteilung der Leitsymptomatiken a-d sollte aus fachlichen Gründen beibehalten werden, auch wenn der „output“ bei der Heilmittelauswahl jeweils dieselben Möglichkeiten beinhaltet.	Nein
82.	SHV	Zusammenfassung der Indikationsgruppen CD1 und CD2 zu CD sowie LYZ1 und LYZ2 zu LYZ	Eine Zusammenfassung der Indikationsgruppen dient der Reduzierung der Komplexität des Heilmittelkatalogs und trägt somit zu einer Entbürokratisierung in dessen Anwendung bei. Bei der Auswahl der Diagnosegruppe sollte daher nicht	Kenntnisnahme. War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1.	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			mehr unterschieden werden, ob es sich um einen kurz-, mittel- oder längerfristigen Behandlungsbedarf handelt. Sofern eine Zusammenlegung der Indikationsgruppen zu CD vorgenommen wird, sollte in jedem Fall eine maximale Gesamtverordnungsmenge von bis zu 30 Einheiten gewährleistet werden.	Kapitel § 7 Abs. 4 VerFO angesehen. Keine Änderung aufgrund fehlender Notwendigkeit, die in der Versorgung bewährte Struktur des Heilmittelkatalogs zu ändern.	
83.	SHV	CD2 Zusätzliche Indikation: - Chronisch degenerative Erkrankungen im stomatognathen System	Bei den Indikationen mit längerfristigem Behandlungsbedarf werden bisher chronisch degenerative Prozesse vollständig von der Verordnung ausgeschlossen, da sie weder zur Gruppe der Tumoren, noch zu schweren Traumata, noch zu den Fehlbildungen gerechnet werden können. Ebenso erachten wir die Einführung von standardisierten Heilmittelkombinationen für diesen Bereich als zielführend im Sinne von evidenzorientierter Therapie unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.	Kenntnisnahme War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens Die Aufzählung unter CD2 ist nicht abschließend. Eine zusätzliche Indikation „Chronisch degenerative Erkrankungen im stomatognathen System“ wäre medizinisch zu unpräzise und würde nicht die Abgrenzung zu nicht zahnärztlichen Indikationen gewährleisten. Neville et al. (2015) nennen als einzige für die orale und maxillofaziale Pathologie relevante degenerative Erkrankung die Osteoarthritis. zu standardisierte Heilmittelkombination siehe lfd. Nr. 1	Änderung am BE: In der Indikationsgruppe CD2 wird nach „- angeborenen Fehlbildungen (z.B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten)“ ergänzt: „ - chronische Osteoarthritis des Kiefergelenks“
84.	SHV	LYZ: Lymphabflussstörungen		War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird	Nein

Lfd. · Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Ände- rungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
		<p>Die Gruppe LYZ1 umfasst Störungen mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf, die durchaus auch eine 30minütige Therapiesitzung indiziert. Nach bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen sollte jedoch gerade im Akutstadium die Frequenz der Therapie bei bis zu 5 Behandlungen wöchentlich liegen. Mit der KZVB sind wir der Auffassung, dass eine neue Indikationsgruppe LYZ3 sinnvoll ist. Sollte diese nicht konsentierbar sein, können die hier aufgeführten Diagnosen in LYZ2 überführt werden. Dann muss aber Folgendes gewährleistet sein: Eine Behandlung von Tumorerkrankungen ist in einem kurzzeitigen Behandlungsintervall und einer 30minütigen Therapiesitzung nicht möglich, da bei der Manuellen Lymphdrainage auch immer umliegende Strukturen mitbehandelt werden müssen. Diese können bei einer Tumorerkrankung großflächiger ausfallen und nehmen daher mehr Zeit in Anspruch. Aufgrund dessen muss ein Zeitintervall von 45 Minuten, in schwerwiegenden Fällen auch 60 Minuten, bei Tumorerkrankungen verordnungsfähig sein, bei einer Gesamtverordnungsmenge von bis zu 50 Einheiten.</p> <p>Ein eventuell ausgestellter Kompressionsstrumpf für den Kopf muss ebenfalls in der Therapiezeit an- und ausgezogen werden können.</p> <p>Sofern eine Zusammenlegung der Indikationsgruppen zu LY vorgenommen werden sollte (s. o.) sollte in jedem Fall eine maximale Gesamtverordnungsmenge von bis zu 50 Einheiten sowie die Möglichkeit zur Verordnung von MLD-30, MLD-45 und MLD-60 gewährleistet werden.</p>		<p>daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerFO angesehen.</p> <p>Der Vorschlag würde zu einer fachlich nicht gebotenen Veränderung der HM-Katalogstruktur in LYZ1 und LYZ2 führen. Zumal wurden die hier vorgebrachten Vorschläge bereits ausführlich bei der ursprünglichen Erstellung des HM-Kataloges besprochen und damals für fachlich nicht sinnvoll erachtet. Aus den Ausführung der vorliegenden Stellungnahme ergibt sich kein neuer Sachverhalt, der nicht auch bereits im Rahmen der Erstfassung der Richtlinie berücksichtigt wurde.</p>	
85.	SHV	<p>LYZ1</p> <p>Änderung der Frequenzempfehlung: 1-5 x wöchentlich</p>	<p>Gerade bei kurzzeitigem Behandlungsbedarf ist eine kontinuierliche und höherfrequentierte Behandlungsdurchführung indiziert zur schnelleren Erlangung des Behandlungsziels und Vermeidung weiterer Komplikationen</p>	<p>Kenntnisnahme. Die Frequenzempfehlungen sind Empfehlungen, von denen gem. § 10 Abs. 1 Satz 4 ohne Begründung abgewichen werden kann.</p> <p>Dem Hinweis aus der Stellungnahme wird teilweise nachgekommen, indem die Frequenzempfehlung auf 1-3x wöchentlich erhöht wird.</p>	<p>ja, unter LYZ1 wird die Frequenzempfehlung auf „1-3 x wöchentlich“ geändert</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
86.	SHV	<p>1.4 Lymphabflussstörungen LYZ1 und LYZ2</p> <p>Weitere Hinweise:</p> <p>Ziel: Erlernen eines Eigenübungsprogrammes</p>	<p>Gerade chronische Lymphabflussstörungen sind nicht durch ein Eigenübungsprogramm zielführend therapierbar, sondern bedürfen der therapeutischen Maßnahmen.</p> <p>Vorschlag: Erlernen eines Eigenübungsprogrammes unter Ziel der Therapie ergänzen und unter weitere Hinweise entfernen.</p>	<p>War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO angesehen. Eine Änderung ist aus Sicht des G-BA nicht erforderlich.</p>	Nein
87.	SHV	<p>Lymphabflussstörungen LYZ2</p> <p>Einführung von MLD-60 und Erhöhung der orientierenden Behandlungsmenge auf 50 Einheiten</p>	<p>Eine Behandlung von schwerwiegenden Lymphabflussstörungen ist in kürzeren Behandlungsintervallen und Therapiesitzungen von einer Dauer unter 45 Minuten nicht möglich, da bei der Manuellen Lymphdrainage auch immer Strukturen in umliegenden Körperregionen mitbehandelt werden müssen. Auch aus diesem Grund müssen in schwerwiegenden Fällen auch Therapieeinheiten von 60 Minuten verordnungsfähig sein, bei einer orientierenden Behandlungsmenge von bis zu 50 Einheiten.</p> <p>Ein eventuell ausgestellter Kompressionsstrumpf für den Kopf muss ebenfalls in der Therapiezeit an- und ausgezogen werden können.</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 84</p>	Nein
88.	SHV	<p>Heilmittelkatalog Zahnärzte – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (ZNSZ)</p> <p>1.2 Fehlfunktionen bei angeborenen cranio- und orofazialen Fehlbildungen und Fehlfunktionen bei Störungen der ZNS</p>	<p>Begründung: siehe § 19 Abs. 2 und 3</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 64</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Ände- rungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
89.	SHV	<p>1.3 Chronifiziertem Schmerzsyndrom</p> <p>Der SHV hält jeweils „bis zu 10x/VO“ sowie die daraus resultierende Gesamtverordnungsmenge für angemessen.</p>	<p>Aus unserer Sicht ist eine Beschränkung auf 6 Termine der Komplexität der Behandlung nicht angemessen, die Verordnung von 6 Terminen ist aber in leichten Fällen möglich, wenn es lautet „bis zu 10x/VO“. In allen anderen Fällen führt es dazu, dass die Patienten nochmals in die Zahnarztpraxis müssen und bei einer Folgeverordnung in jedem Fall einen um 10 Euro höheren Eigenanteil zu entrichten haben.</p>	<p>War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerFO angesehen.</p> <p>Die hier vorgebrachten Vorschläge wurden bereits ausführlich bei der ursprünglichen Erstellung des HM-Kataloges besprochen und damals für fachlich nicht ausreichend nachvollziehbar betrachtet. Aus den Ausführung der vorliegenden stellungnahme ergibt sich kein neuer Sachverhalt, der nicht auch bereits im Rahmen der Erstfassung der Richtlinie berücksichtigt wurde. Darüber hinaus sollte es fachlich weiterhin gegeben sein, dass der Zahnarzt das Beschwerdebild des Patienten nach 6 Behandlungseinheiten begutachtet, um ggf. falls medizinisch erforderlich weitere Behandlungseinheiten zu verordnen.</p>	Nein
90.	SHV	<p>CSZ</p> <p>Änderung der Höchstmenge je VO auf 10x/VO und der orientierenden Behandlungsmenge auf 30 Einheiten</p>	<p>Der Behandlung chronischer Schmerzgeschehen muss besondere Bedeutung zugemessen werden. Chronische Schmerzen nehmen statistisch gesehen zu und belasten damit nicht nur finanziell das Gesundheitssystem, sondern führen zu</p>	Siehe lfd. Nr. 89	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Ände- rungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
			<p>weiteren Folgeerkrankungen mit Einschränkungen von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit und werden damit zunehmend auch zu einem allgemeinen gesellschaftlichen Faktor, den es zu berücksichtigen gilt. Chronische Schmerzerkrankungen sind als solche zu bezeichnen, wenn ein Schmerzgeschehen länger als 3 Monate besteht.</p> <p>Chronische Erkrankungen haben aus medizinischer Sicht grundsätzlich einen längerfristigen Behandlungsbedarf. Sie bedürfen einer intensiveren Behandlung, welche auch über einen längeren Zeitraum als bei akuten Erkrankungen notwendig sind. Daher ist nicht nachvollziehbar, warum bei der Verordnungshöchstmenge und bei der orientierenden Behandlungsmenge die gleichen Richtwerte wie bei Craniomandibulären Funktionsstörungen mit prognostisch kurzfristigem Behandlungsbedarf (CD1) angesetzt werden. Aufgrund der Limitierung der Verordnungshöchstmenge auf 6 Behandlungseinheiten entsteht ein erhöhter Verwaltungs- und Kostenaufwand durch die Notwendigkeit einer höheren Anzahl von Verordnungen für die gleiche Menge an Behandlungseinheiten.</p> <p>Nicht nur um die bürokratischen Prozesse zu minimieren, sondern auch um kontinuierliche Therapiemaßnahmen im Sinne einer zielführenden Therapie zu gewährleisten, sollten die Höchstmengen angehoben werden.</p> <p>Ebenso erachten wir die Einführung von standardisierten Heilmittelkombinationen für diesen Be-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			reich als zielführend im Sinne von evidenzorientierter Therapie unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.		
91.	SHV	CSZ Streichung der Leitsymptomatiken a-c	Da sowohl Art der Heilmittel, als auch die Verordnungsmengen für alle Leitsymptomatiken identisch sind und in den meisten Fällen eine Kombination der verschiedenen Leitsymptomatiken vorliegt, stellt die vorliegende Unterteilung in spezifische Leitsymptomatiken einen unverhältnismäßig höheren, bürokratischen Aufwand für Zahnärzte und Heilmittelerbringer dar ohne positive Konsequenz für die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen.	Siehe lfd. Nr. 81	Nein
92.	dbl, dba, dbs	<u>SPZ Indikationsgruppe</u> Wir bitten um Ergänzung von Schetismus: Störungen des Sprechens z. B. bei/nach - Mund-, Kieferanomalien (z. B. bei offenem Biss, Sigmatismus interdentalis, Sigmatismus addentalis, Schetismus)		War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Da es sich um beispielhafte Aufzählungen handelt, ist eine Ergänzung nicht zwingend erforderlich.	nein
93.	dbl, dba, dbs	<u>CRZ2/Ergänzung</u> Die craniomandibulären Störungen sollten um Maßnahmen der Sprachtherapie ergänzt werden, wenn sie mit einer begleitenden Sprech-, Sprach-, Schluck-, Stimm- oder Redeflussstörung einhergehen.		War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Vorbehalt des § 138 SGB V; Begründung wird als nicht ausreichend angesehen, um fachlich bewerten zu können, ob eine Ergänzung sinnvoll wäre.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Ände- rungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
94.	dbl, dba, dbs	Zu ergänzende Diagnose- gruppe/Indikationsgruppe: UK	<p>Unter Diagnosegruppe/Indikationsgruppe sollte aufgeführt werden:</p> <p>Störungen der sprachlichen Verständigung</p> <p>z. B. wenn Lautverständnis vorhanden ist, aber</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Sprechen unverständlich ist - durch motorische Einschränkungen Spre- chen nicht möglich ist - Sprachverständnis und Sprechen auf Grund zusätzlicher geistiger Einschrän- kung begrenzt sind <p>bei nicht Sprechenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kindern und Jugendlichen <p>z.B. infolge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autismus - frühkindlicher Hirnschädigungen - peripherer Anomalien der Sprechorgane - genetisch bedingter Krankheiten - Mehrfachbehinderungen und Syndromen - peripherer und zentraler Hörstörungen - selektiver Mutismus - unklarer Genese <p>bei nicht Sprechenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erwachsenen <p>z.B. infolge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schlaganfall - Schädel-Hirn-Trauma - Zustand nach Laryngektomie - genetisch bedingter Krankheiten - Mehrfachbehinderungen und Syndromen - Progrediente Erkrankungen (ALS) 	<p>War nicht Gegenstand des Stel- lungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Ver- sorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO angesehen.</p> <p>Vorbehalt des § 138 SGB V; Be- gründung wird als nicht ausrei- chend angesehen, um fachlich bewerten zu können, ob eine Er- gänzung sinnvoll wäre.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Ände- rungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
95.	dbl, dba, dbs	Erweiterung des Heilmittel-Katalogs	<p>Bis zu Erstfassung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte waren diese berechtigt, „Heilmittel im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verordnen, soweit die Verordnung zur Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gehört. Der Vertragszahnarzt, der sprachtherapeutische [...] Maßnahmen im Rahmen der Zahnheilkunde für indiziert hält, darf den Versicherten nicht darauf verweisen, sich eine Verordnung bei einem Arzt, z.B. HNO-Arzt, zu besorgen. Er hat in diesem Fall selbst zu entscheiden, ob er derartige Maßnahmen für notwendig hält und diese dann selbst verordnet.“, so das Rundschreiben der KZBV zur Verordnung von Heilmitteln vom 20.11.2002. Mit der Erstfassung der HeilM-RL Zahnärzte ist die Verordnungsmöglichkeit jedoch auf die Indikationsgruppen SPZ, SCZ und OFZ beschränkt worden. Dies schränkt nicht nur die Verordnungskompetenz von Vertragszahnärzten in unbegründeter Weise ein, sondern behindert gleichzeitig die umgehende und direkte Versorgung von Patienten mit erforderlichen Heilmitteln. So werden z.B. bestimmte Patientengruppen von der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Heilmitteln ausgeschlossen. Dies betrifft insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder mit frühkindlichem Karies, der neben Sprech- und Schluck- auch Kommunikationsstörungen auslösen kann [vgl. 1] • geriatrische Patienten, bei denen altersbedingte Veränderungen zu einer abnehmenden Mundgesundheit und zu Schwierigkeiten beim Sprechen und Schlucken führen [vgl. 2] 	<p>War nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher als Hinweis aus der Versorgung gem. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO angesehen.</p> <p>Vorbehalt des § 138 SGB V; Begründung wird als nicht ausreichend angesehen, um fachlich bewerten zu können, ob eine Ergänzung sinnvoll wäre.</p>	Nein

Lfd. · Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Ände- rungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
			<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit neurologischen Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz), die zu einer abnehmenden Mundgesundheit und zu Schwierigkeiten beim Sprechen und Schlucken führen <p>Quellen [1] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2014). Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. [2] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2010). Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Daher sollten auch die weiteren Diagnoseschlüssel der Heilmittel-Richtlinie Ärzte in der HeilM-RL ZÄ abgebildet werden: Indikationsschlüssel ST: Die Verordnung dieser Indikationsschlüssel ist aus zahnärztlicher Sicht relevant, wenn eine orofaziale Dysfunktion zu einer gestörten Muskelbalance im Hals- und Nackenbereich führt [1] und diese sich auf die angrenzende, an der Stimmbildung beteiligte Muskulatur überträgt. Heiserkeit und zunehmende Stimmermüdung können die Folge sein [2]. Es konnte gezeigt werden, dass Muskelverspannungen im Phonationstrakt durch Kiefergelenkstörungen ausgelöst werden können [3]. Der Indikationsschlüssel SPZ sollte weiter gefasst werden und auch die Diagnosegruppen SP1, SP5, SP6 miterfassen SP1: Frühkindliche Karies, orofaziale Dysfunktionen und Kieferanomalien können neben Sprech-</p>		

Lfd. · Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Ände- rungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
			<p>und Schluckstörungen auch Kommunikationsstö- rungen auslösen (z.B. durch soziale Ausgrenzung, vgl. [4]). In diesem Fall ist auch aus zahnärztlicher Sicht die Verordnung der Indikation SP1 relevant, da hier nicht nur die Artikulation, sondern die ge- samte sprachliche Entwicklung eines Kindes be- troffen ist.</p> <p>SP5/SP6: Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz), aber auch der Alterungsprozess an sich, können zu orofazialen Veränderungen und einer abnehmenden Mundge- sundheit und daher zu Schwierigkeiten beim Spre- chen führen. Die vorliegenden Konzepte zur zahn- ärztlichen Versorgung von geriatrischen Personen und Menschen mit Behinderungen [5] zeigen, dass sich Zahnärzte ihrer besonderen Verantwor- tung bei der Behandlung dieser Patienten bewusst sind. Damit eine umfassende Versorgung gewähr- leistet ist, sollten Zahnärzte die Möglichkeit haben, auch die Indikationsschlüssel SP5/SP6 zu verord- nen.</p> <p>SF Der Indikationsschlüssel SF sollte auch in den HeilM-RL ZÄ abgedeckt werden. Rhinophonien können organische Ursachen haben, z.B. Lippen- Kiefer-Gaumen-Segel-Fehlbildungen, und fallen dann in den zahnärztlichen Versorgungsauftrag [6].</p> <p>SCZ = SC1 und SC2 Neben dem Indikations- schlüssel SCZ (entspricht dem bisherigen SC2) sollte auch der bisherige Indikationsschlüssel SC1 durch die HeilM-RL ZÄ abgedeckt werden.</p>		

Lfd. · Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Ände- rungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
			<p>In der Heilmittel-Richtlinie Ärzte sind diese ebenfalls zu einer gemeinsamen Diagnosegruppe zusammengefasst worden.</p> <p>Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, Demenz) aber auch der Alterungsprozess an sich können zu orofazialen Veränderungen und einer abnehmenden Mundgesundheit und daher zu Schwierigkeiten beim Schlucken führen. Die vorliegenden Konzepte zur zahnärztlichen Versorgung von geriatrischen Personen und Menschen mit Behinderungen [5] zeigen, dass sich Zahnärzte ihrer besonderen Verantwortung bei der Behandlung dieser Patienten bewusst sind. Damit eine umfassende Versorgung gewährleistet ist, sollten Zahnärzte generell die Möglichkeit haben, Maßnahmen zur Verbesserung des Schluckaktes zu verordnen. Die Beschränkung auf Störungen des oralen Schluckaktes ist nicht angemessen.</p> <p>Quellen:</p> <p>[1] Böhme, G. (1996). Phoniatrie und Pädaudiologie. In: Berg-haus, A., Rettinger, G. & Böhme, G. (Hrsg.). Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Hippokrates Verlag Stuttgart.</p> <p>[2] Nawka, T. & Wirth, G. (2007). Stimmstörungen. Deutscher Ärzte Verlag.</p> <p>[3] Hülse, M. & Losert-Bruggner, B. (2005). <i>Muskelverspannungen im Phonationstrakt, ausgelöst durch Kiefergelenksstörungen und/oder funktionelle Halswirbelsäulenstörungen</i>. Vortrag auf der 22. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie/ dem 24. Kongress der Union Europäischer Phoniater. Berlin.</p> <p>[4] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2014). <i>Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern</i>.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Ände- rungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Be- schluss- entwurf
			<p>[5] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2010). <i>Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.</i></p> <p>[6] Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde. <i>Die Rolle der myofunktionellen Therapie in der interdisziplinären Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalten.</i> Online abrufbar unter: http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdqzmkdocuments/Myo-funktionelle_Therapie_bei_LKG.pdf</p>		
96.	SHV	Einführung einer standardisierten Heilmittelkombination	<p>Ein evidenzorientiertes Vorgehen mit einer multimodalen Therapie, wie sie im Sinne von §1 Absatz 1 und §8 zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung notwendig ist, macht eine gewisse Flexibilität in der Auswahl und Kombination therapeutischer Leistungen erforderlich. Es wäre daher sinnvoll, für die Heilmittelverordnungen der Zahnärzte eine kombinierte und komplexe Heilmittelposition einzuführen, wie sie als „standardisierte Heilmittelkombination“ bei orthopädisch-chirurgischen Indikationen verordnungsfähig ist.</p> <p>Auch zur Reduzierung der Bürokratie (vgl. Kommentar zu §10 Absatz 2) sprechen wir uns für die Einführung einer Heilmittelposition im Sinne einer „standardisierten Heilmittelkombination“ aus. Diese ermöglicht dem/der Physiotherapeuten/-in ein flexibleres Handeln, welches sich am Therapieverlauf orientiert, ohne vom verordnenden Zahnarzt einen erhöhten bürokratischen Aufwand zu verlangen.</p>	Siehe lfd. Nr. 1	Nein

Weitere Eingaben

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
97.	dbl, dba, dbs	<p>Einführung eines neuen § 27 UK-Therapie (Unterstützte Kommunikation)</p> <p>1) Die UK-Therapie dient der Anbahnung, Erreichen, Erweiterung und Erhalt aktiver Sprache mittels unterstützen der Kommunikation (z.B. durch Gebärden, Symbolsystemen, leichter Sprache mit oder ohne elektronischem Kommunikationsgerät)</p> <p>(2) Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum/zur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung, Verbesserung bzw. Normalisierung der Kommunikation mit Hilfe elektronischer und/oder nitelektronischer Kommunikationshilfen - Aufbau und Erweiterung kommunikativer Kompetenz - Verbesserung der Lebensqualität und der Partizipation im Alltag <p>ggf. unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes in das Therapiekonzept.</p>	<p>Auch non-verbale Störungen zählen zu den Kommunikationsstörungen und bedürfen ebenso wie verbale Störungen der Therapie.</p> <p>Da Sprachverständnis und passiver Wortschatz durchaus vorhanden sein, aber die lautsprachliche Kommunikation gestört oder nicht vorhanden sein können, wirft die nicht direkte Darstellung dieser Störung im Katalog in der Praxis immer wieder Fragen und Unklarheiten auf und führt zu uneinheitlichen Verordnungen.</p> <p>Im Interesse von Klarheit und Eindeutigkeit sollte diese Störung mit einer eigenen Diagnosegruppe dargestellt werden. Menschen ohne verbale Sprache benötigen Unterstützung, alternative Kommunikationsmöglichkeiten zu erwerben und zu nutzen.</p> <p>Eine Verständigung mittels Lautsprache ist ihnen nicht ausreichend möglich, so dass alternative bzw. ergänzende Kommunikationsformen ausgewählt sowie deren Gebrauch im Alltag mit dem sozialen Umfeld erprobt, abgestimmt und eingeübt werden müssen.</p> <p>Die Verordnung mit Unterstützter Kommunikation betrifft Menschen aller Altersgruppen und mit unterschiedlich gestörten Funktionsbereichen Sprache-Kommunikation-Sprechen-Stimme.</p> <p>Diese Therapie bedarf der Zuordnung zu einer Indikation:</p> <p>Unterstützte Kommunikation (UK)</p> <p>Literatur:</p>	Siehe lfd. Nr. 94	Nein

B STELLUNGNAHMEVERFAHREN

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Wagner, S./Sarimski, K (2012): Früher Gebärden- und Spracherwerb bei Kindern mit Down-Syndrom. Die Sprachheilarbeit 57, 184-191</p> <p>Preißler, Paula (2017): Inwiefern sind moderierte Runde Tische (MoRTi) qualitätssichernde Elemente der Sprachtherapie im Rahmen der Unterstützte-Kommunikation-Versorgung von Erwachsenen mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Bachelorarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät)</p> <p>Urbic, H. (2016): Inwiefern sind runde Tische ein qualitätssicherndes Element in der Sprach- und Kommunikationsförderung von Kindern mit Behinderung? (nicht veröffentlichte Abschlussarbeit zur Erlangung des Bachelor of Arts im Fach Sprachtherapie), Uni Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät)</p>		

B-6 Mündliche Stellungnahmen

B-6.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

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

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

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 12. Februar 2020 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
Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 92 Absatz 7 Satz 2 SGB V:							
VDB Physiotherapieverband e.V.	Herr Thomas Steinbrenner	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.	Herr Matthias T. Paulsen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaafforst-Andersen e.V. (dba)	Frau Marion Malzahn	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)	Frau Kirsten Weiffen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Frau Corinna Lafrentz	Ja	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 eine Änderung der Richtlinie über die
Verordnung von Heilmitteln in der
vertragszahnärztlichen Versorgung
(Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/Heilm-RL ZÄ):
Anpassung an das Terminservice- und
Versorgungsgesetz (TSVG) und weitere
Änderungen**

Vom 12. Februar 2020

Vorsitzende:	Frau Dr. Leigemann
Beginn:	10:43 Uhr
Ende:	10:57 Uhr
Ort:	Geschäftsstelle des G-BA Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

VDB-Physiotherapeutenverband e. V. (VDB):
Herr Steinbrenner

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV):
Herr Paulsen

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

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs):
Frau Wellen

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

Beginn der Anhörung: 10:43 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Einen schönen guten Morgen! Ich darf Sie im Namen des Gemeinsamen Bundesausschusses, Unterausschuss Veranlasste Leistungen, ganz herzlich begrüßen zu der Anhörung zur Änderung der Heilmittelrichtlinie Zahnärzte mit der noch zu erfolgenden Anpassung an das TSVG, also dem Terminservice- und Versorgungsgesetz.

Lassen Sie mich einige Vorbemerkungen machen. Wir erzeugen von dieser Anhörung ein Wortprotokoll. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind. Ansonsten haben Sie jetzt noch das Recht zu widersprechen. Wenn das nicht der Fall ist, dann folgt aufgrund dieses Wortprotokolls, meine Bitte, für einen Wortbeitrag die Mikrofone zu benutzen. Damit unsere Stenografin dem leichter folgen kann, bitte ich Sie außerdem, vor dem jeweiligen Beitrag kurz Ihren Namen und die Organisation, die Sie vertreten, zu nennen.

Ich möchte Sie jetzt in der folgenden Reihenfolge begrüßen: Für den VDB-Physiotherapieverband Herrn Thomas Steinbrenner – einen schönen guten Morgen; für den Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) Herrn Paulsen – guten Morgen; für den Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/Innen Lehrervereinigung Schläfforst-Andersen Frau Malzahn – herzlich willkommen; für den Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie Frau Weiffen – auch Ihnen einen guten Morgen; der Deutsche Bundesverband für Logopädie wird vertreten durch Frau Lafrentz – guten Morgen.

Ich habe folgende kleine Vorbemerkung: Der G-BA hat Ihre Stellungnahmen gelesen und gewürdigt, sodass ich Sie bitte, sich hier in der mündlichen Anhörung auf die wesentlichen Punkte und neue Aspekte zu konzentrieren. – Allerdings gehe ich davon aus, dass nicht viel Neues dazugekommen ist. – Wer möchte anfangen? Ladies first? Eine der drei Damen? – Frau Malzahn.

Frau Malzahn (dba): Die Berufsverbände der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie haben sich bemüht, eine gemeinsame Stellungnahme abzugeben. Das haben wir auch getan. Entsprechend sind wir hier auch bemüht, gemeinsam zu antworten und Stellung zu nehmen. Wir haben uns darauf geeinigt, dass Frau Weiffen die Antworten geben wird und wir, Frau Lafrentz und ich, gegebenenfalls ergänzen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Dann übergebe ich an Frau Weiffen.

Frau Weiffen (dba): Uns war es noch einmal wichtig, einen Bereich kurz darzulegen, in dem wir eine große Verordnungsunsicherheit sehen und auch eine große Unsicherheit in der formalen Betrachtung der Verordnungsart, die gerade im Alltag zwischen verordnenden Zahnärzten, durchführenden Heilmittelerbringern und der Abrechnung durch die Krankenkassen auftreten kann. Wir sehen gerade eine große Schwierigkeit im Bereich der Verordnungsmöglichkeit – damals hieß es noch „Langfristverordnung“ oder „Verordnung außerhalb des Regelfalls“. Das ist im § 6 Absatz 5 neu geregelt. Dort ist in der Beschlussfassung ein Verweis auf § 7 genannt, der aber wegfällt. Dadurch nimmt die Unsicherheit ein bisschen ihren Lauf.

Und zwar ist in der Formulierung der Beschlussfassung nicht klar, wann diese Möglichkeit der Verordnung für eine Dauer von 12 Wochen möglich sein soll. Ist das nur auf Antrag möglich,

wenn ein langfristiger Bedarf genehmigt wird? Ist das möglich, wenn die orientierende Behandlungsmenge erreicht ist bzw. überschritten wird? Oder ist das – wie im Bereich der Heilmittel-Richtlinie Ärzte – möglich, wenn es sich um Diagnosen handelt, die einen sogenannten langfristigen Heilmittel-Bedarf oder eine besondere Verordnungsbesonderheit darstellen? Da in den Tragenden Gründen dies entsprechend aufgegriffen wird, ist zu vermuten, dass das so geregelt sein möchte. Wir vermissen dort aber die Regelung in der Beschlussfassung und bitten noch einmal um genaue Klarstellung, damit diese Unsicherheiten nicht den Verordnungs- und Durchführungsalltag entsprechend beeinträchtigen können. – Das ist der wichtigste Punkt, der für uns von Bedeutung wäre.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Vielen Dank auch für die Fokussierung auf den einen Punkt. Gibt es weitere Wortbeiträge? Wer möchte fortfahren? – Herr Paulsen.

Herr Paulsen (SHV): Ich bin gebeten worden, noch einmal darauf hinzuweisen, dass wir unsere Äußerungen schriftlich abgegeben haben und an diesem Ort nichts hinzuzufügen haben. – Danke sehr.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Okay, vielen Dank. – Herr Steinbrenner.

Herr Steinbrenner (VDB): Auch von unserer Seite ist die schriftliche Stellungnahme erfolgt. Neue Erkenntnisse haben sich aktuell nicht ergeben. Somit gibt es auch von meiner Seite keine weiteren Wortbeiträge.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Gut. Was bleibt mir nun zu sagen? In der Kürze liegt die Würze?

Dann eröffne ich die Fragerunde. Wer hat Fragen an unsere Stellungnehmer? – GKV-SV.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an den SHV. Sie haben in Ihrer Stellungnahme zu den Lymphabflussstörungen, LYZ1, eine höhere Frequenzempfehlung vorgegeben. Der Katalog sieht bisher ein- bis zweimal wöchentlich vor. Sie haben ein- bis fünfmal wöchentlich geschrieben. Können Sie das vielleicht noch einmal erklären bzw. erläutern, warum hier aus Ihrer Sicht eine höhere Frequenz notwendig ist?

Herr Paulsen (SHV): Die Erfahrung aus der Praxis hat gezeigt, dass bei einem Eingriff im Kieferbereich die lymphpflichtige Last akut anfällt und dann auch wirklich in dem Geschehen abgebaut werden muss, weil der Patient in den ersten Tagen die Beschwerden hat. Das ist eigentlich der Grund, warum wir uns am Anfang eine höhere Frequenz wünschen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ist die Frage ausreichend beantwortet. Vielen Dank. – KZBV.

KZBV: Wir haben eine Frage hinsichtlich des Vorschlags vom SHV: Anders als bei den Ärzten wollen Sie die Regelung der Elektrotherapie als Maßnahme ohne vorrangiges Heilmittel in der Verordnung streichen. Gibt es dafür fachliche Gründe, weshalb Sie das im zahnärztlichen Bereich nicht so sehen, dass ohne vorrangiges Heilmittel die Elektrotherapie verordnet werden kann, obwohl es nur ein ergänzendes Heilmittel ist?

Herr Paulsen (SHV): Ich denke, als Monoverordnung kann es verordnet werden, wenn der Arzt es für nötig hält, dieses Heilmittel alleine als schmerzlindendes Mittel abzugeben. Es müsste dann alleine stehen können. – Ist damit Ihre Frage so beantwortet?

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ich glaube, wir wollen auf die Unterschiede hinaus.

KZBV: Genau. Im ärztlichen Bereich gibt es die Regelung, dass man ohne vorrangiges Heilmittel das ergänzende Heilmittel Elektrotherapie im Einzelfall verordnen kann. Sie haben aber in der zahnärztlichen Heilmittel-Richtlinie eine Streichung dieses Satzes vorgeschlagen. Das war für uns nicht nachvollziehbar und deswegen die Frage, ob es dafür fachliche Gründe gibt, dass dies im zahnärztlichen Bereich nicht vorkommen kann. Wir würden dann diesen Satz nachvollziehbar streichen. Oder Sie können es nicht begründen, dann hätten wir es nicht verstanden.

Herr Paulsen (SHV): Ich möchte es an dieser Stelle nicht begründen, weil mir das Mandat von meinem Vorstand nicht gegeben worden ist.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Schade. Gibt es weitere Fragen? – Ja, KZBV.

KZBV: Wir haben noch eine Frage an den dbI, dbA und dbS zu Ihrer Stellungnahme hinsichtlich der Aufnahme des Schetismus in die Indikationsgruppe SPZ: Indikation Störung des Sprechens. Dort möchten Sie gerne bei den Regelbeispielen, die dort im Klammerzusatz beispielsweise „bei offenem Biss, Sigmatismus interdentalis, Sigmatismus addentalis“ aufgezählt sind, auch den Schetismus aufgeführt haben. Wir möchten gerne nach einer vertieften fachlichen Begründung fragen: Warum soll gerade der Schetismus an dieser Stelle im Sinne einer Beispielenennung aufgenommen werden, wie es bislang vorgesehen ist? Oder wäre es aus Ihrer Sicht nicht sinnvoller, dass der Schetismus separat aufgeführt werden müsste, da es sich beim Schetismus um eine originäre funktionelle orofaziale, myofunktionelle Störung handelt? Dazu möchten wir gerne um Erläuterung bitten.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): – Frau Weiffen.

Frau Weiffen (dbS): Uns war wichtig, dass es zumindest beispielhaft aufgeführt ist, weil wir die Erfahrung gemacht haben, dass es durch die Festlegung der verordnungsfähigen Störungsbilder durch den Heilmittel-Katalog zu einer Einschränkung gekommen ist. Das heißt, vor Einführung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte haben die Zahnärzte ein sehr viel breiteres Spektrum genutzt, um bei verschiedenen Störungsbildern verordnen zu können. Das ist durch die Begrenzung in unserem Bereich auf drei Indikationen beschränkt worden. Von daher war es uns wichtig, dies beispielhaft aufzuführen. Wir hätten natürlich auch keine Einwände, das anders zuzuordnen oder einen eigenen Bereich dafür aufzumachen. Uns war nur wichtig, dass es nicht hinten runterfällt und die Verordnungsmöglichkeit gar nicht mehr gegeben ist. Es ist zwar eine beispielhafte Aufzählung, sie wird aber oft im Alltag als abschließend verstanden. Daher war uns das wichtig.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ist die Frage ausreichend beantwortet? – Vielen Dank, Frau Weiffen.

KZBV: Vielen Dank auch von uns.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Gibt es weitere Fragen? – Ja, KZBV.

KZBV: Wir haben uns ja mit der Frage der Spaltung von vorrangigen und ergänzenden Hellmitteln beschäftigt. Dazu haben Sie, bezogen auf die beiden Varianten, die wir dargestellt haben, auch Stellung bezogen. Uns wäre noch einmal wichtig, dass Sie fachlich untermauern, ob Sie es für sinnvoll ansehen, vorrangige Hellmittel zu spalten. Damit verbunden ist die Fragestellung, ob es aus Ihrer Sicht fachlich nachvollziehbar ist, dass man ergänzende Hellmittel auch spaltet – beispielsweise KG und manuelle Therapie. Die Möglichkeit war bis dato nicht gegeben. Insofern würde uns Ihre fachliche Einschätzung an der Stelle interessieren.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Wer möchte antworten? – Herr Paulsen.

Herr Paulsen (SHV): Ich hatte die Frage so verstanden, dass sie an uns gerichtet wurde. – Ich bin eigentlich hierhergekommen, weil ich sagen sollte, dass wir unsere schriftliche Äußerung abgegeben haben.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Was bedeutet das für uns? Sie können die Frage nicht beantworten?

Herr Paulsen (SHV): Ich kann und möchte die Frage hier so nicht beantworten.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Dann grüßen Sie doch mal Ihren Vorstand. Der soll noch einmal nachdenken, ob das zielführend ist und auch für das Renommee gut ist.

(Herr Paulsen (SHV): Das mache ich gerne.)

Gibt es jemand anderen, der die Frage beantworten kann? – Herr Steinbrenner.

Herr Steinbrenner (VDB): Ich bin leider kein Physiotherapeut und kann deswegen hier keine fachliche Aussage zu dieser Spaltung abgeben.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): – Frau Weiffen.

Frau Weiffen (dbb): Ich muss fachlich-inhaltlich passen, weil es den Bereich vorrangige Hellmittel bei uns nicht gibt. Von daher bin ich leider die falsche Ansprechpartnerin und muss aus diesem Grund passen. Wir haben diese Unterscheidung nicht.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): – KZBV.

KZBV: Genau zu diesem Themenkomplex haben wir noch eine ergänzende Frage. Wir hatten diese beiden Varianten sehr bewusst ins Stimmabgabeverfahren gegeben, um uns diesbezüglich Erkenntnisse von den Fachverbänden zu erhoffen. Die Tatsache, dass wir diese Frage heute in der Anhörung noch einmal an Sie richten, zeigt, dass wir Ihre Antworten gelesen haben. Allerdings konnten wir im Rahmen der Auswertung des schriftlichen Stimmabgabeverfahrens keine abschließende Erkenntnis daraus gewinnen, welche Variante Sie nun tatsächlich bevorzugen. Insofern müssen wir die Ratlosigkeit auch aus der mündlichen Anhörung wieder in die Beratung mitnehmen – das nur noch einmal als eine klare Rückmeldung. Ansonsten können wir uns nur der Vorsitzenden mit der Bewertung anschließen.

Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende): Ich möchte diese Stellvorlage nutzen. – Das gilt jetzt nicht nur für Sie alle. Ich bedanke mich natürlich, dass Sie hier sind und eine Stellungnahme

abgegeben haben – Diese Anhörung ist kein symbolischer Akt. Sondern sie gibt uns natürlich die Möglichkeit, fachliche Fragen zu stellen. Dem G-BA wird ja sonst auch gerne unterstellt, er würde hinter verschlossenen Türen agieren und wäre beratungsresistent. Das, was wir hier tun, ist genau das, was wir an fachlichem Input brauchen. Deswegen ist es mir noch einmal wichtig, dass Sie mitnehmen – natürlich nicht die, für die es jetzt nicht zutrifft –, dass wir uns tatsächlich einen fachlichen Austausch wünschen. Das ist für uns das Entscheidende. – Vielen Dank.

Gibt es noch Fragen? – Gut, da es keine weiteren Fragen gibt, bedanke ich mich dafür, dass Sie da waren und wünsche eine gute Heimfahrt. – Vielen Dank.

Schluss der Anhörung: 10:57 Uhr

B-6.3 Auswertung und Würdigung 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).