

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie HeilM-RL:
Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische
Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen

Vom 21. Oktober 2021

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)	3
2.1.1	Zu § 1 Absatz 8.....	3
2.1.2	Zu § 6 Absatz 4.....	3
2.1.3	Zu § 11 Absatz 3.....	4
2.1.4	Zu § 16 Absatz 8 (neu)	4
2.1.5	Zu § 16b – Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung.....	5
2.2	Änderung in Anlage 3 (Ergänzung)	7
2.3	Änderungen im zweiten Teil der Richtlinie (Heilmittelkatalog)	8
2.4	Würdigung der Stellungnahmen	8
3.	Bürokratiekostenermittlung	8
4.	Verfahrensablauf	9

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

Im Zuge des epidemischen Ausbruchsgeschehens von SARS-COV-2 sind seitens der Kassenverbände auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbands Empfehlungen für den Heilmittelbereich herausgegeben worden, u. a. mit dem Ziel, die Versorgung in dieser außerordentlichen Situation zu erleichtern und aufrecht zu erhalten. Hierdurch bestand für die Heilmittelerbringer die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen geeignete Maßnahmen der Heilmittelbehandlung auch im Rahmen einer telemedizinischen Leistung zu erbringen. Die Möglichkeit, bestimmte ärztlich verordnete Heilmittelbehandlungen pandemiebedingt auch im Wege der Videobehandlung durchführen zu können, wurde mit Beschluss vom 17. September 2020 in die „Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie“ in § 2a der HeilM-RL aufgenommen.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der letzten Stellungnahmeverfahren zur Änderung der HeilM-RL und der HeilM-RL ZÄ die Ermöglichung einer Videobehandlung bei Heilmitteln in der Regelversorgung angeregt. Der G-BA hat sich diesem Anliegen angenommen und am 15. Oktober 2020 das Beratungsverfahren zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) eingeleitet, mit dem Ziel zu prüfen, ob und in welchen Fällen die gemäß Heilmittel-Richtlinie durchführbaren Heilmittelbehandlungen auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können. Bisher können Heilmittelbehandlungen ausschließlich in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder als medizinisch notwendiger Hausbesuch bzw. in Einrichtungen nach § 11 Absatz 2 HeilM-RL durchgeführt werden.

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit der telemedizinischen Leistungserbringung im Zuge der COVID-Pandemie ebenfalls als weitere Form der Leistungserbringung im Bereich der Heilmittelversorgung gesehen. Er hat daher mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) (Inkrafttreten am 9. Juni 2021) den gesetzlichen Leistungsanspruch der Versicherten um Heilmittel, die telemedizinisch erbracht werden können, erweitert.

Gemäß der Gesetzesbegründung zur Änderung des § 32 SGB V umfasst der Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln nunmehr auch die Erbringung von Heilmitteln im Wege der Videobehandlung. Gemäß der Gesetzesbegründung zu § 125 Absatz 2a SGB V werden hierdurch keine neuen Leistungen geschaffen, sondern es wird lediglich der Leistungsort durch Einbeziehung telemedizinischer Möglichkeiten erweitert. Welche Leistungen grundsätzlich geeignet sind, als telemedizinische Behandlung erbracht zu werden, bestimmen die Vertragspartner der bundeseinheitlichen Verträge nach § 125 SGB V für die jeweiligen Heilmittelbereiche.

Auf Grundlage einer Recherche der Fachberatung Medizin des G-BA und der eingebrachten Hinweise im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gibt es derzeit noch keine ausreichenden und gesicherten Erkenntnisse darüber, in wie fern eine Gleichwertigkeit zwischen einer telemedizinisch erbrachten Heilmitteltherapie und einer unmittelbar persönlich erbrachten Leistung besteht.

Die von der Fachberatung Medizin des G-BA eingeschlossenen systematischen Reviews stammen mit einer Ausnahme (Cordes et al. 2020 zum Thema Aphasie) sämtlich aus dem Ausland, wie Kanada, Australien, USA oder Finnland. Die Studienlage in den eingeschlossenen systematischen Reviews ist sehr heterogen bezogen auf das Studiendesign (von RCT´s bis zu einzelnen Fallberichten), die Indikationen, Fallzahlen sowie die Dauer und Frequenz der Therapie und der technischen Umsetzung.

Es konnten einzelne Publikationen aus verschiedenen Heilmittelbereichen identifiziert werden, vorwiegend aus dem Bereich Physiotherapie und nur wenige aus dem Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und Ergotherapie. Diese Arbeiten beschränken sich dabei auf spezifische Indikationen wie Dysphagien, Aphasien oder kognitive Störungen. Die im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens erwähnten Studien (siehe Anhang) enthalten z. T. nicht von der Heilmittel-Richtlinie umfasste Leistungen, beziehen sich teilweise auf sehr kleine Fallzahlen und können derzeit ebenfalls nicht ausreichend eine Gleichwertigkeit bzw. nicht Unterlegenheit der telemedizinischen Heilmitteltherapie gegenüber einer im unmittelbaren persönlichen Kontakt erbrachten Leistung belegen.

Der G-BA kann aus diesen derzeit bekannten Erkenntnissen keine Gleichwertigkeit ableiten und hat mit dem neuen Paragraphen 16b nähere Bestimmungen zur Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten treffen müssen, die die Versorgung mit telemedizinisch erbrachten Heilmittelleistung näher definieren.

2.1 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)

2.1.1 Zu § 1 Absatz 8

Die Ergänzung ist klarstellender Natur. Gemäß § 91 Absatz 6 SGB V sind Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Träger nach § 91 Absatz 1 Satz 1 SGB V, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

2.1.2 Zu § 6 Absatz 4

Im Zusammenhang mit der Verordnung von Heilmitteln erhält die Verordnerin oder der Verordner die Möglichkeit, die Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung auszuschließen, sofern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich relevanter person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren Gründe vorliegen, die eine Heilmittelbehandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt erforderlich machen. Dies kann beispielsweise bei Vorliegen von Schädigungen der mentalen Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit, Wahrnehmung oder Gedächtnis im Rahmen einer demenziellen Entwicklung) oder komplexen, mehrere Funktionen betreffenden Schädigungen (z. B. kombinierte sensomotorische Schädigungen, Neglect nach Hirninfarkt oder Schädel-Hirn-Trauma) der Fall sein, da bei einer telemedizinischen Heilmittelbehandlung therapeutische Anweisungen ausschließlich über visuelle (per Bildschirm) und auditive (im Rahmen einer Videoübertragung, eines Telefonats) Wahrnehmung vermittelt werden können. Neben einer ggf. erforderlichen Anleitung im unmittelbar persönlichen Kontakt, z. B. durch geführte Übungen oder erforderliche haptische

Wahrnehmung, kann es insbesondere bei Schädigungen der mentalen oder der Sinnesfunktionen bei telemedizinischer Heilmittelbehandlung zu einer Überforderung und Verunsicherung der Patientinnen und Patienten kommen. Des Weiteren ist eine telemedizinische Heilmittelerbringung in den Fällen grundsätzlich nicht möglich, in denen die Therapeutin oder der Therapeut aus Gründen der therapeutischen Effizienz (z. B. bei intermittierend auftretender Spastik) sowie der Patientensicherheit (z. B. bei latenter Sturzneigung oder falscher Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten) unmittelbar auf die Patientin oder den Patienten einwirken können muss.

Auch kann dies beispielsweise bei Säuglingen oder Kleinkindern oder auch bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit schweren Behinderungen der Fall sein. Vor allem bei eingeschränkter Selbstfürsorge- und Kooperationsfähigkeit kann ein erhöhter Betreuungs- und Unterstützungsbedarf bestehen oder die Patienten sind z.B. kognitiv nicht in der Lage, Maßnahmen im Rahmen der Heilmitteltherapie ohne unmittelbar persönlichen Kontakt umzusetzen. Es sollten auch Unterstützungsmöglichkeiten durch An- und Zugehörige oder Betreuungspersonen berücksichtigt werden.

Wenn derartige Gründe einer telemedizinischen Heilmittelbehandlung entgegenstehen, muss es für die Verordnerinnen oder Verordner, welche in der Regel die Patientinnen und Patienten länger kennen, die Möglichkeit geben, bereits im Rahmen einer Heilmittelverordnung eine telemedizinische Leistungserbringung aus vorgenannten Gründen ausschließen zu können.

Weiter können sich Gründe ergeben, die die technische Ausstattung oder die Medienkompetenz der Patientinnen und Patienten betreffen und somit die Möglichkeit einer telemedizinischen Leistungserbringung verhindern. Dies aber sind keine Gründe, die im Rahmen der Verordnung durch die Ärztin oder den Arzt oder berücksichtigt werden können.

2.1.3 Zu § 11 Absatz 3

Der im Rahmen des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPMG) geschaffene gesetzliche Leistungsanspruch für telemedizinisch erbrachte Heilmittel wird in einem neuen Absatz 3 berücksichtigt. In der Heilmittel-Richtlinie ist festgelegt, dass Heilmittelbehandlungen nur im unmittelbar persönlichen Kontakt entweder als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch oder in einer Fördereinrichtung nach § 11 Absatz 2 HeilM-RL verordnet und erbracht werden können. Die Heilmittelerbringung als telemedizinische Leistung unterscheidet sich hiervon dadurch, dass sich die Patientin oder der Patient sowie die Therapeutin oder der Therapeut während der Behandlung an unterschiedlichen Orten befinden, die Patientin oder der Patient üblicherweise in ihrer oder seiner häuslichen Umgebung und die Therapeutin oder der Therapeut in den gemäß § 124 SGB V zugelassenen Praxisräumen. In Absatz 3 wird der Leistungsort unter Bezugnahme auf die Vorgabe des § 2 Absatz 1 ("Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen") auf die telemedizinische Leistungserbringung erweitert. Der Wortlaut „persönlich“ setzt die Anwesenheit der Patientin oder des Patienten in seiner Person voraus. Dies gilt gleichermaßen für die telemedizinische wie für die Präsenzbehandlung. Im Falle der Präsenzbehandlung ist die Patientin oder der Patient unmittelbar, also vor Ort, persönlich anwesend. Im Falle der telemedizinischen Behandlung hingegen ist sie oder er mittelbar, also über digitale Medien in Echtzeit, persönlich anwesend.

2.1.4 Zu § 16 Absatz 8 (neu)

Im Einzelfall kann es im Verlauf der Heilmittelbehandlung zu einer Remission oder Teilremission von Symptomen kommen, die zum Zeitpunkt der Verordnung den Ausschluss nach § 6 Abs. 4 begründet haben. Um diese Entwicklung zu berücksichtigen, wird der

behandelnden Therapeutin oder dem behandelnden Therapeuten die Möglichkeit eingeräumt eine einvernehmliche Änderung mit der Verordnerin oder dem Verordner herzustellen und dies auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Die Änderung des Ausschlusses nach § 6 Abs. 4 ist nur möglich, wenn die behandelnde Therapeutin oder der behandelnde Therapeut im Verlauf der Behandlung zu der Einschätzung gelangt, dass trotz des vertragsärztlichen Ausschlusses der Durchführung einer Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung diese als geeignet beurteilt wird und mit der telemedizinischen Leistung das Therapieziel in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann. Bei dieser Beurteilung ist die Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich relevanter person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren vorzunehmen.

2.1.5 Zu § 16b – Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung

Zu Absatz 1 – Definition telemedizinische Leistung

Soweit die in der Heilmittel-Richtlinie festgelegten Heilmittel nach Maßgabe der Verträge gemäß § 125 SGB V als telemedizinische Leistung erbracht werden können, erfordert dies eine in zeitlicher Hinsicht synchrone Kommunikation zwischen der Patientin oder dem Patienten und der Therapeutin oder dem Therapeuten. Anstelle des unmittelbar persönlichen Kontaktes, bei dem sich die Patientin oder Patient und die Therapeutin oder der Therapeut persönlich begegnen, kommunizieren bei einer telemedizinischen Durchführung einer Heilmitteltherapie die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut mittelbar persönlich miteinander. Dies erfordert einen Kontakt in Echtzeit, vorrangig über eine Videoübertragung per Bildschirm. Der Begriff „vorrangig“ wird gewählt, da die Videotherapie in Echtzeit die Behandlung der ersten Wahl ist, sofern es sich um eine telemedizinische Leistungserbringung handelt. In Einzelfällen, insbesondere wenn der Beratungsaspekt im Vordergrund steht, kann auch eine telefonische Behandlung, in Betracht gezogen werden.

Asynchron stattfindende Behandlungsformen (bspw. das aufgezeichnete Video oder die Vermittlung von Eigenübungsprogrammen über eine digitale Gesundheitsanwendung) stellen keine Behandlung im Sinne der Heilmittel-Richtlinie dar.

Zu Absatz 2

Eine Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung ist sowohl für die Patientin oder den Patienten als auch für die Therapeutin oder den Therapeuten freiwillig. Die Entscheidung darüber, ob die verordnete Heilmittelbehandlung telemedizinisch erbracht werden kann und diese Form der Leistungserbringung im Einzelfall geeignet ist, wird zwischen der Patientin oder dem Patienten und der ausführenden Therapeutin oder dem Therapeuten, nach Maßgabe der Verträge nach § 125 SGB V und vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 6 Absatz 4, getroffen.

Die Patientin oder der Patient ist darauf hinzuweisen, dass jederzeit ein Wechsel zu einer Durchführung der Heilmittelbehandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt möglich ist.

Zu Absatz 3

Heilmittel als persönlich zu erbringende medizinische Leistungen kennzeichnen sich durch einen unmittelbaren Kontakt zwischen der Patientin oder dem Patienten und der ausführenden Therapeutin oder dem Therapeuten, der in Echtzeit unter Einsatz taktiler, auditiver und visueller Wahrnehmung stattfindet. Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut befinden sich dabei räumlich am selben Ort (unmittelbar persönlich). Diese Form der Therapie gilt als fachlicher Standard.

Die Heilmittelerbringung als telemedizinische Leistung unterscheidet sich hiervon, da sich Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut während der Behandlung an unterschiedlichen Orten befinden (mittelbar persönlich in Echtzeit), so dass spezifische Techniken aus den verschiedenen Heilmittelbereichen, die einen unmittelbar persönlichen Kontakt zu der Patientin oder zu dem Patienten erfordern (z. B. bestimmte Grifftechniken, geführte Bewegungen) nicht durchgeführt werden können. Auch ist ein kurzfristiger Wechsel zu derartigen Techniken im Rahmen einer telemedizinischen Erbringung nicht möglich. Ferner ist die taktile Wahrnehmung sowohl seitens der Therapeutinnen und Therapeuten als auch der Patientinnen und Patienten bei einer telemedizinischen Heilmittelerbringung nicht gegeben und die visuelle und auditive Wahrnehmung können deutlich beeinträchtigt sein.

Darüber hinaus werden Heilmittelbehandlungen, die als telemedizinische Leistung erbracht werden, von technischen Faktoren (Übertragungsqualität, Lichtverhältnisse in der Häuslichkeit der Patienten, Bildqualität) beeinflusst, so dass nicht die gleichen Eindrücke gesammelt und Befunde erhoben werden können, wie wenn die Patientin oder der Patient in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten behandelt wird. Dies führt dazu, dass die Therapeutin oder der Therapeut die Angaben der oder des Versicherten zu den vorliegenden Beschwerden sowie dem Ausmaß der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren nicht in jedem Einzelfall vollumfänglich überprüfen bzw. nachvollziehen kann. Die Heilmittelbehandlung kann nur dann als telemedizinische Leistung erfolgen, wenn die Therapeutin oder der Therapeut sich mit den begrenzten Mitteln der telemedizinischen Behandlung einen ausreichenden Eindruck vom Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten verschaffen kann und die Erkrankung bzw. die vorliegenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen aufgrund ihrer Art und Schwere eine telemedizinische Leistung nicht ausschließen.

Vor jeder Heilmittelbehandlung ist eine Befunderhebung durch die ausführende Therapeutin oder den ausführenden Therapeuten erforderlich. Diese kann nur – wie oben ausgeführt – im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen, da nur durch eine unmittelbar persönliche Untersuchung und unter Einsatz taktiler, auditiver und visueller Wahrnehmung eine ausreichende Sicherheit zur Erkennung der vorliegenden Schädigungen gewährleistet ist, eine angemessene medizinisch-therapeutische Einordnung erfolgen und ein fachgerechter Therapieplan aufgestellt werden kann. Zur Sicherstellung der Befundergebnisse und dem sich daraus ergebenden Therapieplan müssen daher auch im Verlauf der Behandlung immer wieder Verlaufskontrollen im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen.

Bei der telemedizinischen Heilmittelbehandlung handelt es sich um keine neue Form der Erbringung. Es ist daher für die Durchführung einer telemedizinischen Leistung Voraussetzung, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht gleichermaßen wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann. Die Entscheidung über die Durchführbarkeit einer Behandlung als telemedizinische Leistung ist daher stets im Einzelfall im Rahmen der beruflichen Sorgfaltspflicht zu treffen. Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der vorliegenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Rahmen der Fernbehandlung nicht möglich ist, ist von einer telemedizinischen Leistungserbringung abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Behandlung durch die Therapeutin oder den Therapeuten zu verweisen. Die Therapeutin oder der Therapeut informiert die Verordnerin oder den Verordner über den Anteil der Behandlungseinheiten, die als telemedizinische Leistung im Rahmen der jeweiligen Verordnung erfolgt sind, wenn über den Verordnungsvordruck ein Therapiebericht nach § 13 Abs. 2 lit. d. i. V. m. § 16 Abs. 7 HeilM-RL angefordert wurde.

Bei der Therapiedurchführung kommt es während des gesamten Behandlungsverlaufes neben den verschiedenen heilmittelspezifischen Behandlungstechniken (z. B. bestimmte Grifftechniken) in besonderem Maße auf die taktile, auditive und visuelle Wahrnehmung der ausführenden Therapeutin oder des ausführenden Therapeuten, aber auch der Patientin oder des Patienten an. Die taktile Wahrnehmung ist bei der telemedizinischen Erbringung einer Heilmittelbehandlung nicht gegeben, die visuelle und auditive Wahrnehmung können deutlich beeinträchtigt sein. Des Weiteren ist für eine effektive Therapie eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zwischen Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient erforderlich. Diese ist im unmittelbar persönlichen Kontakt i. d. R. einfacher herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten als bei einem telemedizinischen Kontakt, z. B. per Videoübertragung. Die Therapie im unmittelbar persönlichen Kontakt gilt daher wie oben ausgeführt nach dieser Richtlinie derzeit als etablierter fachlicher Standard für die Durchführung einer Heilmittelbehandlung. Aus diesen Gründen soll die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes grundsätzlich Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.

Zur Sicherung des Behandlungserfolges wird es auch bei telemedizinischen Leistungen als erforderlich angesehen, dass diese in geschlossenen Räumen stattfinden, die eine ausreichende Privatsphäre bieten und einen ungestörten Behandlungsablauf ermöglichen. Auf therapeutischer Seite wird davon ausgegangen, dass telemedizinische Leistungen grundsätzlich in den nach § 124 SGB V zugelassenen Praxisräumen stattfinden. Dies insbesondere deswegen, da der zugelassene Heilmittelerbringer analog zu den Regelungen für die ärztliche Videosprechstunde (vgl. § 2 Abs. 1 Anlage 31b BMV-Ä) eine sichere Verarbeitung der patientenbezogenen Daten gewährleisten muss und zur Erbringung telemedizinischer Leistungen ausschließlich die zertifizierten und zugelassenen Praxis- und IT-Systeme nutzen darf. Es muss zu jeder Zeit gewährleistet sein, dass die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Datensicherheit eingehalten werden. Ferner muss gewährleistet sein, dass die Behandlung jederzeit auch im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten durchgeführt bzw. fortgeführt werden kann (vgl. § 11 Abs. 1 Satz 1. 1. Spiegelstrich), bspw., wenn sich die Patientin oder der Patient oder die Therapeutin oder Therapeut im Verlaufe der Behandlung gegen eine telemedizinische Erbringung entscheidet. Das Nähere zu den räumlichen und technischen Voraussetzungen wird in den Verträgen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene nach § 125 SGB V geregelt.

Zu Absatz 4

In Bezug auf telemedizinisch erbrachte Leistungen wird präzisiert, dass im Falle von Unterbrechungen die verordnete Leistung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortzusetzen und in vollem Umfang zu erbringen ist. Dies gilt auch für den Fall, dass sich die Patientin oder der Patient gegen eine Fortsetzung der Behandlung als telemedizinische Leistung entscheidet.

2.2 Änderung in Anlage 3 (Ergänzung)

In der Übersicht ist zusammengefasst, in welchen Fällen von unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf der Verordnung eine Änderung notwendig ist und welche Änderungen eine erneute Arztunterschrift mit Datumsangabe erfordern bzw. in welchen Fällen ein Einvernehmen mit der – oder eine Information an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt ausreichend ist. Ferner wird einheitlich dargestellt, in welcher Form und

an welcher Stelle der Verordnung Änderungen erfolgen bzw. Rücksprachen dokumentiert werden sollen.

Aufgrund der Änderung in § 16 Abs. 8 (neu) ist eine Ergänzung in der Anlage 3 erforderlich. Sofern im Laufe der Behandlung trotz eines Ausschlusses telemedizinischer Leistungen einzelne Therapieeinheiten doch als telemedizinische Leistungen erbracht werden können ist dies nur nach Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten und nur im Einvernehmen mit der Verordnerin oder dem Verordner möglich. Diese Änderung im Einvernehmen wird in der Anlage 3 unter lit. m. erforderlichenfalls spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde ergänzt.

2.3 Änderungen im zweiten Teil der Richtlinie (Heilmittelkatalog)

Thermische Anwendungen im Rahmen der Ergotherapie werden bei den Diagnosegruppen SB3 (System- und Autoimmunerkrankungen mit Bindegewebe-, Muskel- und Gefäßbeteiligung), EN2 (ZNS-Erkrankungen (Rückenmark)/Neuromuskuläre Erkrankungen) und EN3 (Periphere Nervenläsionen/Muskelerkrankungen) ergänzt. Dadurch wird eine dem Schädigungsbild bei diesen Krankheitsbildern angepasste Versorgung sichergestellt, da die von diesen Diagnosegruppen umfassten Erkrankungen (z.B. Sklerodermie, Systemischer Lupus erythematodes, Polymyositis, Myotonie unter SB3; z.B. Spina bifida, Amyotrophe Lateralsklerose, spinale Muskelatrophien, Querschnittssyndrome oder Multiple Sklerose unter EN2; periphere Paresen, Plexusschädigungen oder Myopathien unter EN3) häufig mit Schädigungen der Muskelfunktion wie schmerzhaften Veränderungen des Muskeltonus einhergehen. Dabei handelt es sich nicht um neue Heilmittel für die von diesen Diagnosegruppen umfassten Krankheitsbilder. Bereits jetzt können bei diesen Krankheitsbildern unter den physiotherapeutischen Diagnosegruppen WS, EX, ZN und PN thermische Anwendungen ergänzend zum Einsatz kommen. Es handelt sich bei den Änderungen daher nicht um wesentliche Indikationserweiterungen.

2.4 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation (ZD) bzw. Abschlussbericht in Abschnitt B dokumentiert. Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Ziffer B-4.1.2 ZD bzw. Abschlussbericht).

3. Bürokratiekostenermittlung

Mit vorliegendem Beschluss kann gemäß § 11 Abs. 3 HeilM-RL die Heilmittelerbringung auch als telemedizinische Leistung in Echtzeit anstelle eines unmittelbar persönlichen Kontaktes erbracht werden. Gemäß der Regelung in § 6 Abs. 4 HeilM-RL ist die Heilmittelversorgung als telemedizinische Leistung auszuschließen, sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen. Dafür ist ein entsprechender Hinweis auf dem Verordnungsvordruck im Feld Therapieziele vorzunehmen. Zugleich haben gemäß § 16 Abs. 8 HeilM-RL die behandelnde Therapeutin oder der behandelnde Therapeut die im Einvernehmen mit der Verordnerin oder dem Verordner vorgenommene Änderung eines Ausschlusses nach § 6 Abs. 4 HeilM-RL auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Da es sich sowohl bei der Dokumentation des Ausschlusses einer

telemedizinischen Leistung nach § 6 Abs. 4 HeilM-RL als auch der Änderung dieses Ausschlusses nach § 16 Abs. 8 HeilM-RL um wenige Einzelfälle handelt, wird auf eine Quantifizierung der damit entstehenden Bürokratiekosten verzichtet.

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
15.10.2020	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 VerFO
23.06.2021	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der HeilM-RL
22.09.2021	UA VL	Mündliche Anhörung und Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen sowie abschließende Beratung
21.10.2021	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der HeilM-RL
17.12.2021		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
21.01.2022		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
22.01.2022		Inkrafttreten

Berlin, den 21. Oktober 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken