



Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie)

Vom 15. September 2022

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Schwere neuromuskuläre Erkrankungen.....	3
2.1.1	G60.0 Hereditäre sensomotorische Neuropathie.....	3
2.1.2	G60.8 Sonstige hereditäre und idiopathische Neuropathien.....	3
2.1.3	G70.2 Angeborene oder entwicklungsbedingte Myasthenie.....	4
2.1.4	G71.1 Myotone Syndrome.....	4
2.1.5	G71.2 Angeborene Myopathien.....	5
2.1.6	G71.3 Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert.....	5
2.1.7	G73.6* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten.....	6
2.2	Verlust von oberen und unteren Extremitäten (Z89.3, Z89.7, Z89.8).....	6
2.3	Q93.3 Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 4 (Wolf-Hirschhorn Syndrom).....	7
2.4	Q93.5 Sonstige Deletionen eines Chromosomenteils (Angelman-Syndrom).....	8
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	9
4.	Bürokratiekostenermittlung.....	9
5.	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

Aus den Stellungnahmen zum Beratungsverfahren „Änderung der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs“, Hinweisen aus der Versorgung und durch Selbsthilfeorganisationen gemeldeten Versorgungsproblemen ergeben sich Ergänzungen in der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf – Anlage 2 der HeilM-RL.

Ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V liegt vor, wenn sich aus der ärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf eines Versicherten ergeben. Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V auszugehen.

Die Eingaben wurden daraufhin überprüft und entsprechend in die Diagnoseliste aufgenommen.

Bei allen aufgeführten Diagnosen ist die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen vergleichbar mit den bereits gelisteten Diagnosen auf der Anlage 2 der HeilM-RL. Nach sorgfältiger Prüfung der Krankheitsverläufe sowie deren körperlichen Auswirkungen wird davon ausgegangen, dass bei diesen Diagnosen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht und eine Unterbrechung der Heilmitteltherapie zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der betroffenen Patienten führen würde.

2.1 Schwere neuromuskuläre Erkrankungen

2.1.1 G60.0 Hereditäre sensomotorische Neuropathie

Bei den hereditären sensomotorischen Neuropathien (HSMN) handelt es sich um eine Gruppe von verschiedenen Krankheiten, bei denen die peripheren Nerven und somit sekundär die Muskulatur langsam fortschreitend degeneriert und die überwiegend auf einem Gendefekt beruhen. Die HSMN werden in verschiedene Typen eingeteilt, klinisch relevant sind insbesondere die Typen I-IV. Typ I entspricht dem Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann-Syndrom (CMT). Der fortschreitende Krankheitsverlauf führt zu einem Funktionsverlust der Nerv-Muskel-Einheit mit der sekundären Folge einer zunehmenden Muskelschwäche und -atrophie (Fuß-, Waden-, Handmuskeln etc.). Bei einigen Formen hereditärer Neuropathien kommt es zu einer Beteiligung der Gesichtsmuskulatur, welche mit Störungen der Artikulation oder des Sprechtempos einhergehen. Dieser Prozess ist irreversibel und kann nicht aufgehalten werden. Die einzelnen Nerven und damit Muskeln sind nicht gleichermaßen betroffen. Dies führt wiederum zu einer unterschiedlichen Muskelspannung an den Extremitäten und kann damit im weiteren Krankheitsverlauf zu orthopädischen Problemen wie z.B. einem Hohlfuß (Charcot-Fuß), Skoliose, Gelenkdeformitäten, Kontrakturen führen. Das zentrale Nervensystem (Gehirn, Rückenmark) ist bei den hereditären sensomotorischen Neuropathien nicht betroffen.

Eine kontinuierliche Heilmittelversorgung mit Physio- und Ergotherapie soll das Fortschreiten der Krankheitsfolgen verlangsamen. Ziel der Therapie ist die gezielte Kräftigung der verbliebenen Muskulatur und eine Stabilisierung des herabgesetzten Muskeltonus, um die Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) und Lebensqualität möglichst lange zu erhalten, Sturz- und Verletzungsgefahr zu vermindern sowie Sekundärschäden am Skelettsystem wie Skoliosen oder Fußdeformitäten zu verhindern bzw. zu verzögern. Sofern durch eine Beteiligung der Gesichtsmuskulatur auch eine Störung der Artikulation oder des Sprechtempos vorliegt, kann auch eine Sprech- und Sprachtherapie indiziert sein.

Aufgrund der bestehenden Zielsetzungen sollen folgende Diagnosegruppen aufgenommen werden:

Physiotherapie: **WS/EX/PN**

Ergotherapie: **SB2/EN3**

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST): **SP3**

2.1.2 G60.8 Sonstige hereditäre und idiopathische Neuropathien

Der ICD-10-Code G60.8 umfasst eine heterogene Gruppe von Neuropathien, die keine eindeutige oder keine nachweisbare Ursache haben oder genetisch bedingt sind. Hierunter werden auch die Morvan-Krankheit sowie das Nélaton-Syndrom gefasst.

Bei der Morvan-Krankheit handelt es sich um ein seltenes, autoimmun oder paraneoplastisch ausgelöstes, variables Krankheitsbild, welches mit einer Neuromyotonie (Muskelschwäche, -krämpfe), autonomen Störungen (Schwizzattacken), Enzephalopathie mit Gedächtnisstörungen, einhergeht.

Das Nélaton-Syndrom ist eine ebenfalls seltene, nervale Degeneration mit schwerer, vorwiegend sensibler und autonomer Neuropathie mit Neigung zu trophischen Ulcera und z.B. strukturellen Läsionen der Fußwurzelknochen.

Bei chronischem Verlauf ist eine kontinuierliche Heilmittelversorgung mit Physio- und Ergotherapie angezeigt, um das Fortschreiten der Krankheitsfolgen zu verlangsamen, verbliebene

Muskelfunktionen möglichst lange zu erhalten und Sekundärschäden am Skelettsystem, insbesondere im Bereich der Wirbelsäule und Extremitäten zu verhindern bzw. zu verzögern sowie die Folgen der trophischen Störungen möglichst zu vermindern.

Aufgrund der bestehenden Zielsetzungen sollen folgende Diagnosegruppen aufgenommen werden:

Physiotherapie: **EX/CS/PN/SO4**

Ergotherapie: **SB1/SB2/EN3**

Sofern bei der Morvan-Krankheit aufgrund der Beteiligung des zentralen Nervensystems mit Enzephalopathie und spastischem Muskeltonus ein langfristiger Heilmittelbedarf in den Diagnosegruppen ZN und EN1 gegeben ist, entscheidet die Krankenkasse gemäß § 8 Absatz 3 HeilM-RL auf Antrag der oder des Versicherten, ob die notwendigen Heilmittel in den Diagnosegruppen ZN und EN1 langfristig genehmigt werden können.

2.1.3 G70.2 Angeborene oder entwicklungsbedingte Myasthenie

Bei den angeborenen oder entwicklungsbedingten Myasthenien kommt es zu einer Störung der Signalübertragung zwischen Nerv und Muskel. Hierunter fallen verschiedene, genetisch bedingte Erkrankungen, die zu den sogenannten myasthenen Syndromen gehören. Klinisch kommt es zu einer vorwiegend abends oder nach Belastung auftretenden Muskelschwäche, die bei einigen Formen mit Beteiligung der Kau-, Schluck-, Sprech- und Atemmuskulatur einhergeht. Schwere Verläufe können zur Notwendigkeit einer maschinellen Beatmung und künstlichen Ernährung führen.

Die Behandlung erfolgt in erster Linie medikamentös. Nach Absetzen der symptomatischen Therapie (Acetylcholinesterasehemmer) kommt es zu einer unmittelbaren Zunahme der Muskelschwäche.

Nach Absetzen der Immuntherapie ist eine mittelbare Verschlechterung der Symptomatik bis hin zu einer krisenhaften Verschlechterung möglich (abhängig von der Art der Myasthenie – lokalisierte oder generalisierte Form; seropositiv oder seronegativ, d.h. mit oder ohne Autoantikörper).

Physio- und Ergotherapie sollen insbesondere zu einer Verbesserung der Muskelkraft, Feinmotorik und Koordination sowie einer Regulierung des Muskeltonus führen. Bei Beteiligung der orofazialen Muskulatur mit Dysarthrie sowie Schluckstörungen ist SSSST angezeigt.

Aufgrund der bestehenden Zielsetzungen sollen folgende Diagnosegruppen aufgenommen werden:

Physiotherapie: **PN/AT**

Ergotherapie: **EN3/SB3**

SSSST: **SC/SP6**

2.1.4 G71.1 Myotone Syndrome

Die autosomal dominant erblichen myotonen Syndrome sind eine heterogene Gruppe von Erkrankungen, deren gemeinsames Merkmal eine pathologisch andauernde Anspannung der Willkürmuskulatur (Myotonie) ist, wobei die Myotonie unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Bei der dystrophischen Myotonie (Curschmann-Steinert-Krankheit) sind neben der Muskulatur auch das Gehirn und innere Organe betroffen. Es kommt neben der Muskelsteifigkeit zu Schwäche u. a. der Augen- und Gesichtsmuskeln, des Herzmuskels und der Atemmuskulatur.

Ferner kann es zu progressiven kognitiven Störungen, abnormer Müdigkeit und Antriebsminderung kommen. Die Lebenserwartung ist herabgesetzt.

Die bisherigen Therapieoptionen sind nur symptomorientiert, können aber den Krankheitsverlauf und insbesondere die Progression nicht aufhalten. Dies führt im Krankheitsverlauf zu einem hohen Versorgungsbedarf der Patienten mit Blick auf notwendige Hilfsmittel aber auch auf eine fortschreitende Pflegebedürftigkeit. Vor diesem Hintergrund ist eine kontinuierliche Heilmittelversorgung erforderlich, um die muskulären Funktionen zu stärken, sowie die Mobilität und Selbsthilfefähigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens so lange wie möglich zu erhalten. Bei Beteiligung der orofazialen Muskulatur sollte SSSST mit dem Ziel, die sprachliche Kommunikation möglichst zu erhalten oder zu verbessern und Schluckstörungen zu mindern, durchgeführt werden.

Aufgrund der bestehenden Zielsetzungen sollen folgende Diagnosegruppen aufgenommen werden:

Physiotherapie: **PN/AT**

Ergotherapie: **EN3/SB3**

SSSST: **SC/SP6**

Sofern bei einer myotonen Dystrophie Typ 1 (z. B. Curschmann-Steinert-Krankheit) und der myotonen Dystrophie Typ 2 (Proximale Myotone Myopathie, PROMM) aufgrund der Beteiligung des zentralen Nervensystems ein langfristiger Heilmittelbedarf in den Diagnosegruppen ZN und EN1 gegeben ist, entscheidet die Krankenkasse gemäß § 8 Absatz 3 HeilM-RL auf Antrag der oder des Versicherten, ob die notwendigen Heilmittel in den Diagnosegruppen ZN und EN1 langfristig genehmigt werden können.

2.1.5 G71.2 Angeborene Myopathien

Angeborene Myopathien umfassen eine Gruppe seltener, vererbter Muskelerkrankungen, die sich bereits im Säuglings- oder Kleinkindalter manifestieren. Art und Schweregrad der Symptomatik sind von der jeweiligen Myopathie abhängig. Es kommt zu einer progredienten Muskelschwäche, die bei manchen Verlaufsformen neben der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur die orofaziale und Atemmuskulatur betrifft.

Ziel einer kontinuierlichen Heilmittelversorgung ist insbesondere die Stärkung der verbliebenen muskulären Funktionen und die Vermeidung von Sekundärschäden am Skelettsystem. Bei Beteiligung der orofazialen Muskulatur sollte SSSST mit dem Ziel, die sprachliche Kommunikation möglichst zu erhalten oder zu verbessern und Schluckstörungen zu mindern, durchgeführt werden.

Aufgrund der bestehenden Zielsetzungen sollen folgende Diagnosegruppen aufgenommen werden:

Physiotherapie: **WS/EX/PN/AT**

Ergotherapie: **EN3/SB3**

SSSST: **SC/SP6**

2.1.6 G71.3 Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert

Mitochondriale Myopathien sind genetisch bedingte Multisystemerkrankungen, wobei überwiegend die Skelettmuskulatur betroffen ist. Bei einigen Formen können weitere Organsysteme (Herz, Gehirn) beteiligt sein. Es findet sich häufig eine Schwäche und v. a. Belastungstoleranz der Extremitäten-Muskulatur. Häufige weitere Manifestationen sind die Beteiligung

der Augen (Ophthalmoplegie), Schwerhörigkeit, Ataxie und Reizleitungsstörungen am Herzen. Alle mitochondrialen Erkrankungen sind progredient. Der Schweregrad reicht von schwersten und schon früh tödlich verlaufenden Erkrankungen im Kindesalter bis zu relativ milden Spätmanifestationen. Bei den mitochondrialen Myopathien gibt es bislang keine ursächlichen Therapien.

Bei motorischen und sensiblen Beeinträchtigungen ist von einem zunehmenden Behinderungsgrad auszugehen, ebenso bei bereits anfangs schwer Betroffenen. Auch hier ist eine kontinuierliche Heilmittelversorgung zur Verzögerung des Krankheitsverlaufs indiziert. Ziel der Therapie ist, die muskulären Funktionen zu stärken sowie die Mobilität und Selbsthilfefähigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens so lange wie möglich zu erhalten. Bei Beteiligung der orofazialen Muskulatur sollte SSSST mit dem Ziel, die sprachliche Kommunikation möglichst zu erhalten oder zu verbessern und Schluckstörungen zu mindern, durchgeführt werden.

Aufgrund der bestehenden Zielsetzungen sollen folgende Diagnosegruppen aufgenommen werden:

Physiotherapie: **ZN/PN**

Ergotherapie: **EN1/EN3/SB3**

SSSST: **SC/SP6**

2.1.7 G73.6* Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten

Metabolische Myopathien beruhen auf genetisch bedingten Störungen des Energiestoffwechsels. Es handelt sich um progrediente Muskelerkrankungen, wobei sowohl milde als auch schwere Verläufe mit erheblichen funktionell-motorischen Defiziten vorkommen. Die Enzyersatztherapie folgt zwar einem quasi kausalen Behandlungsansatz, stellt aber in ihrer bisher verfügbaren Form keine kurative Therapie dar. Ein Großteil der behandelten Patienten weist daher immer noch (oder nach wenigen Jahren wieder) einen fortschreitenden Krankheitsverlauf auf, so dass Physio- und Ergotherapie in schweren Fällen langfristig erforderlich ist, um die muskulären Funktionen zu stärken sowie die Mobilität und Selbsthilfefähigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens so lange wie möglich zu erhalten. Bei Beteiligung der orofazialen Muskulatur sollte SSSST mit dem Ziel, die sprachliche Kommunikation möglichst zu erhalten oder zu verbessern und Schluckstörungen zu mindern, durchgeführt werden.

Aufgrund der bestehenden Zielsetzungen sollen folgende Diagnosegruppen aufgenommen werden:

Physiotherapie: **PN**

Ergotherapie: **EN3/SB3**

SSSST: **SC/SP6**

Sofern bei einer metabolischen Myopathie mit zerebraler Beteiligung (z. B. E75.2 Niemann-Pick-Krankheit) aufgrund der Beteiligung des zentralen Nervensystems ein langfristiger Heilmittelbedarf in den Diagnosegruppen ZN und EN1 gegeben ist, entscheidet die Krankenkasse gemäß § 8 Absatz 3 HeilM-RL auf Antrag der oder des Versicherten, ob die notwendigen Heilmittel in den Diagnosegruppen ZN und EN1 langfristig genehmigt werden können.

2.2 Verlust von oberen und unteren Extremitäten (Z89.3, Z89.7, Z89.8)

Ursachen für Amputationen von oberen und unteren Extremitäten sind beispielsweise Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom), periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK),

Missbildungen, Tumore, Infektionen und Traumata. Entscheidend für die Prognose einer optimalen Prothesenversorgung, die Wiederherstellung einer guten Mobilität und damit möglichst der Erhalt der Selbstständigkeit sind die Amputationshöhe und das Ausmaß der Amputation (Ein- oder Mehrfachamputation), das Lebensalter und bestehende Komorbiditäten.

Der Extremitätenverlust bei beidseitigen und mehrfachen Amputationen sowohl bei Majoramputation (z. B. Oberschenkelamputation) als auch bei Minoramputationen (z. B. Hand oder beide Daumen) führt zu schweren funktionellen und strukturellen Schädigungen und damit verbundenen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe insbesondere in den Bereichen der Mobilität, der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens. In den genannten Fällen liegt in der Regel eine dauerhaft therapiebedürftige funktionelle Schädigung und Beeinträchtigung vor.

Im Besonderen besteht der langfristige Bedarf bei vorliegenden Komorbiditäten z.B. Umfangsschwankungen des Stumpfes bei Herzinsuffizienz oder Lymphabflussstörungen, Koordinationsstörungen und Einschränkungen der Muskelkraft bei Anlegen der Prothese oder Sturzgefahr bei Schwindel und Taumel. Die Betroffenen benötigen eine regelmäßige physio- und ergotherapeutische Behandlung, um einen weitgehenden Verlust der Selbstständigkeit, der Selbstversorgung und Mobilität zu verhindern. Ziele der Physio- und Ergotherapie sind die Nutzung und der Umgang der Prothese(n), Verbesserung der Mobilität, der Transferfähigkeit, das Erlernen von Kompensationsstrategien, Minderung des Phantomschmerzes, ATL-Training oder die Anpassung des veränderten Körperschemas. Wenn keine Prothesenversorgung möglich ist, geht es auch um die Nutzung von Gehstützen oder Gehhilfen oder die Rollstuhlnutzung. Hierbei treten häufig im Verlauf der Adaption mittels Prothesen oder durch die Nutzung anderer Hilfsmittel behandlungsbedürftige Folgeschäden im Bereich der Wirbelsäule oder des Schultergürtels auf.

Aufgrund der bestehenden Zielsetzungen sollen folgende Diagnosegruppen aufgenommen werden:

Physiotherapie: **EX/WS/CS/LY**

Ergotherapie: **SB2**

Die postoperative Versorgung mit Heilmitteln nach Extremitätenverlust ist zudem als besonderer Ordnungsbedarf gemäß § 106b SGB V berücksichtigt.

2.3 Q93.3 Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 4 (Wolf-Hirschhorn Syndrom)

In Folge des sogenannten Wolf-Hirschhorn-Syndroms werden Skelettanomalien in Form von Kyphosen oder Skoliosen mit malformierten Wirbelkörpern, akzessorischen oder fusionierten Rippen, Klumpfuß und Spalthand beschrieben. Betroffene Patienten sind zusätzlich durch Hypotonie und Unterentwicklung der Muskeln beeinträchtigt. Bei bis zu 95% der Patienten werden Krampfanfälle unterschiedlicher Typen beobachtet. Neben diesen Schädigungen von Körperstrukturen werden erhebliche Entwicklungsverzögerungen mit schweren Beeinträchtigungen im Bereich von Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe beschrieben. Betroffen sind beispielsweise die Bereiche Selbstversorgung (z. B. essen, trinken, sich selbstständig kleiden) und der Bereich der Mobilität (z. B. gehen und sich fortbewegen). Hinzu kommen häufig beobachtete intellektuelle Defizite die moderat bis schwer, selten mild ausgeprägt sind. Die Sprechfunktionen beschränken sich häufig auf gutturale oder zweisilbige Laute, nur wenige Patienten können einfache Sätze formulieren. Die langfristig erforderliche symptomatische Behandlung mittels Physiotherapie, Ergotherapie, Sprech- und Sprachtherapie zielt vor allem auf die Adaption und Integration dieser schweren Beeinträchtigungen. Zielsetzung ist zudem, weitere Folgeschäden von Körperstrukturen zu vermeiden oder zu mildern. Im Rahmen der

Physiotherapie, Ergotherapie, Sprech- und Sprachtherapie erfolgt die Förderung der Muskelkraft, -ausdauer und -koordination, die Regulierung des Muskeltonus, die Anbahnung sprachlicher Äußerungen oder Besserung der Sprechfunktion, insbesondere der Artikulation. Durch eine kontinuierliche Heilmittelversorgung können die Mobilität und Teile der Selbstversorgung gefördert werden, um den Grad Pflegebedürftigkeit zu erhalten oder zu mindern.

Aufgrund der bestehenden Zielsetzungen sollen folgende Diagnosegruppen aufgenommen werden:

Physiotherapie: **EX/WS**

Ergotherapie: **SB1/SB2**

SSSST: **SP1**

2.4 Q93.5 Sonstige Deletionen eines Chromosomenteils (Angelman-Syndrom)

Patienten mit Angelman-Syndrom sind nach der Geburt unauffällig. Erst innerhalb den ersten 6 Lebensmonate können Fütterprobleme und Muskelhypotonie auftreten, gefolgt von Entwicklungsverzögerungen zwischen dem 6. und 24. Lebensmonat. Eine Reihe an Symptomen wird in der Regel ab dem ersten Lebensjahr beschrieben. Darunter fallen eine schwere Intelligenzminderung, fehlende Sprache und beobachtete Verhaltensweisen in Form von Ausbrüchen in Lachen mit Handwedeln, Hyperaktivität ohne Aggression und ein glücklich wirkendes Erscheinungsbild. Im Bereich der Körperstrukturen sind folgende Schädigungen beschrieben: Mikrozephalie, Makrostomie und hypoplastische Maxilla. Zudem werden Störungen von neuro-muskuloskeletalen und bewegungsbezogenen Funktionen beschrieben, wie ein puppenartiger Gang, Ataxie und epileptische Anfälle mit spezifischen elektroenzephalographischen Anomalien. Im Bereich der mentalen Funktionen treten Beeinträchtigungen der Funktionen des Schlafes, der Aufmerksamkeit und der Affektkontrolle auf. Mit zunehmendem Alter werden Betroffene vor allem durch ausgeprägte Thoraxskoliosen in der Mobilität beeinträchtigt. Die symptomatische Behandlung mittels Physiotherapie und Ergotherapie dient der Förderung und dem Erhalt der Mobilität und Selbstversorgung. Ziel ist die Vermeidung bzw. Verminderung von Gelenkkontrakturen oder progredienten Thoraxskoliosen, um die Gehfähigkeit möglichst lange zu erhalten und so eine Rollstuhlpflicht hinaus zu zögern. Neben den neuro-muskuloskeletalen und bewegungsbezogenen Funktionen geht es in der Ergotherapie auch um die Förderung der mentalen Funktionen, beispielsweise in Form von sensomotorisch-perzeptiven oder psychomotorischen Behandlungsansätzen. Die Sprech- und Sprachtherapie kann eine Förderung der Sprech- und Sprachfunktionen beinhalten oder auch alternative Formen der Sprache, wie Methoden nonverbaler Kommunikation anbahnen.

Aufgrund der bestehenden Zielsetzungen sollen folgende Diagnosegruppen aufgenommen werden:

Physiotherapie: **ZN/WS**

Ergotherapie: **EN1/SB1/SB2/PS1**

SSSST: **SP1**

3. 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 hat sich aufgrund der Stellungnahmen eine Änderung am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurde (vgl. Ziffer B-5.1.2.1 ZD bzw. Abschlussbericht).

4. Bürokratiekostenermittlung

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

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
17.02.2022	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 VerfO
06.07.2022	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der HeilM-RL
24.08.2022	UA VL	Mündliche Anhörung und Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen sowie abschließende Beratung
15.09.2022	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der HeilM-RL
14.11.2022		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
08.12.2022		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
01.01.2023		Inkrafttreten

Berlin, den 15. September 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken