

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:
Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbe-
darf nach § 32 Absatz 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richt-
linie)

Vom 16. Mai 2024

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Regelung zum Inkrafttreten	4
4.	Würdigung der Stellungnahmen	4
5.	Bürokratiekostenermittlung	5
6.	Verfahrensablauf	5
7.	Fazit.....	5
8.	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	6
8.1	Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens.....	6
8.2	Eingegangene Stellungnahmen	6
8.3	Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren	7
8.4	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren	8
8.5	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	13
8.6	Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen.....	23
8.7	Mündliche Stellungnahmen	36
8.8	Wortprotokoll der Anhörung vom 16. April 2024.....	38

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 unter anderem den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu den Indikationen. Zudem regelt er gemäß § 32 Absatz 1a SGB V das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. Dabei hat er insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt.

Nach 1. Kapitel § 7 Absatz 4 Verfahrensordnung des G-BA soll der G-BA im Rahmen seiner Beobachtungspflichten überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen auf Überarbeitungsbedarfe nachgehen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V liegt nach § 8 Absatz 1 HeilM-RL 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 zur HeilM-RL gelisteten Diagnosen ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V auszugehen.

Mit Beschluss vom 15. September 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023, wurde letztmalig die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 zur HeilM-RL) ergänzt. Im Rahmen des hierzu durchgeführten Stellungnahmeverfahrens wurden dem G-BA Hinweise aus der Versorgung vorgetragen, die zu einer Überprüfung zur Aufnahme der Diagnose J84.1 Lungenfibrose/ idiopathische pulmonale Fibrose in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf führte¹.

Der G-BA hat die Hinweise geprüft und kommt zu dem Ergebnis, dass bei den Diagnosen J84.10 und J84.80 vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs auszugehen ist.

Da Interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) häufig im Rahmen entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen auftreten, wurde dies bereits in der Anlage 2 zur HeilM-RL durch die Einordnung als Diagnosegruppe AT bei systemischem Lupus, systemischer Sklerose oder seropositiver Polyarthritits berücksichtigt.

Die idiopathische pulmonale Fibrose (IPF, synonym: idiopathische Lungenfibrose) ist eine chronische, progredient verlaufende und fibrosierende interstitielle Lungenerkrankung ungeklärter Genese. In den letzten Jahrzehnten haben sich die Diagnostik und die Therapie erheblich weiterentwickelt, auch wenn eine Heilung weiterhin nicht möglich ist. Die IPF ist eine sel-

¹ Beschluss des G-BA vom 15. September 2022, verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5624/>, (Zugriff am 23.02.2024)

tene Lungenerkrankung mit einer Inzidenz von 6,8 bis 16,3/100.000 Einwohner und einer Prävalenz zwischen 2 und 29 Fällen/100.000 Einwohner^{2,3}. Sie betrifft meist männliche Patienten (m:w = 3–4:1) zwischen dem sechzigsten und siebzigsten Lebensjahr, häufig mit Raucheranamnese^{2,4,5,6,7}.

Die Diagnosestellung einer IPF ist komplex, aufwendig und sollte in spezialisierten Zentren erfolgen. Die idiopathische Lungenfibrose ist immer noch eine Ausschlussdiagnose, aber für die unterschiedlichen insbesondere medikamentösen Therapieansätze essentiell^{2,8}. Im Krankheitsverlauf kann es durchaus auch zu einer Revision der Diagnose kommen. Aus diesem Grund wurde neben J84.10 ergänzend auch die J84.80 bei der Überprüfung berücksichtigt.

Die Therapie der IPF beruht auf fünf tragenden Säulen: 1. Pharmakologische Therapie, 2. Nicht-pharmakologische Therapie, 3. Therapie der Komorbiditäten, 4. Lungentransplantation sowie 5. Palliativtherapie.

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit IPF erfordert ein multiprofessionelles Team, das neben der Lungenerkrankung auch die Komorbiditäten behandelt und bei Bedarf auch palliativmedizinisch betreut.

Der wichtigste therapeutische Ansatz, mit inzwischen deutlicher Verbesserung der Prognose, ist die Pharmakotherapie. Für die Pharmakotherapie steht eine aktualisierte S2k-Leitlinie von 2022⁹ zur Verfügung. Die einzige definitive Therapie ist die Lungentransplantation. Allerdings kommt sie nur für sehr wenige Patienten auf Grund des Lebensalters und der Begleiterkrankungen noch in Frage.

Bei den nicht-pharmakologischen Therapien sind insbesondere die Langzeitsauerstofftherapie und die gezielte pneumologische Rehabilitation zu nennen, bei der ein individualisiertes Trainingsprogramm angeboten wird. Die Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie ergibt sich aus der entsprechenden, aktuell gültigen Leitlinie¹⁰. Auch für die gezielte pneumologische Rehabilitation gibt es gute Belege dafür, dass durch diese Maßnahme die Alltagsbelastbarkeit und das Wohlbefinden der Patienten mit IPF nachhaltig verbessert werden kann. Wesentlicher Schwerpunkt im Rahmen einer pneumologischen Rehabilitation ist die gezielte und individuell angepasste Trainingstherapie.

Nach einer Rehabilitation sollte die Trainingstherapie möglichst im Rahmen von Lungensport weitergeführt werden.

² Behr J, Günther A, Bonella F, Dinkel J, Fink L, Geiser T, Geissler K, Gläser S, Handzhiev S, Jonigk D, Koschel D, Kreuter M, Leuschner G, Markart P, Prasse A, Schönfeld N, Schupp JC, Sitter H, Müller-Quernheim J, Costabel U (2021). S2k guideline for diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. *Respiration*. 100(3):238–271

³ Kreuter et al. (2018). DGP interstitial lung disease patient questionnaire. *Pneumologie* 72(6):446–457

⁴ Behr et al. (2013). German guideline for diagnosis and management of idiopathic pulmonary fibrosis. *Pneumologie* 67(2):81–111

⁵ Behr et al. (2018). German guideline for idiopathic pulmonary fibrosis – update on pharmacological therapies 2017. *Pneumologie* 72(2):155–168

⁶ Nathan et al. (2011). Long-term course and prognosis of idiopathic pulmonary fibrosis in the new millennium. *Chest* 140(1):221–229

⁷ Raghu et al. (2018). Diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. An official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 198(5):e44–e68

⁸ Kreuter et al. (2023). S1-Leitlinie Interdisziplinäre Diagnostik interstitieller Lungenerkrankungen im Erwachsenenalter; *Pneumologie*, 77: 269–302.

⁹ S2k Leitlinie: Pharmakotherapie der idiopathischen Lungenfibrose (ein Update) und anderer progredienter pulmonaler Fibrosen. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-025I_S2k_Idiopathische-Lungenfibrose-Update-medikamentoesse-Therapie_2022-11.pdf (Zugriff am 15.02.2024)

¹⁰ Haidl et al. (2020). Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie [*] S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) *Pneumologie*; 74: 813–84

Als Teil der nicht-pharmakologischen Therapien kann auch die Atemphysiotherapie sowohl im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation als auch im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung (in der HeilM-RL als Atemtherapie bezeichnet) sinnvoll sein. Die Atemphysiotherapie ist eine unterstützende Behandlung bei chronischen Atemwegserkrankungen und kann dazu beitragen, die Symptomatik zu verbessern und dadurch die Belastungstoleranz der Patienten zu erhöhen. Sie wird gezielt eingesetzt, um die Dyspnoe in Ruhe und unter Belastung zu verringern, die dynamische Lungenüberblähung zu reduzieren und die Thoraxbeweglichkeit sowie den Gasaustausch der Patienten zu optimieren. Atemphysiotherapeutische Maßnahmen sind auch während typischer Alltagssituationen unerlässlich. Insgesamt trägt Atemphysiotherapie dazu bei, die Belastungstoleranz zu erhöhen und die Symptomatik sowohl in Ruhe als auch während der Belastung zu lindern.

Zusammenfassend kommt der G-BA daher zu dem Ergebnis, dass zur Symptomlinderung und Verbesserung beziehungsweise dem Erhalt der Belastungsfähigkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten neben den anderen therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung von IPF eine langfristige angeleitete Unterstützung mit Atemphysiotherapie und regelmäßig in Eigenregie sinnvoll sein kann. Es handelt sich bei **J84.10** (Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose) und **J84.80** (Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten) jeweils um Erkrankungen mit schweren und langfristigen funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten mit einem medizinisch notwendigen Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr.

Die Aufnahme der ICD-10-Diagnosen J84.10 und J84.80 auf die Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie – Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V – mit der Diagnosegruppe AT ist somit medizinisch gerechtfertigt.

3. Regelung zum Inkrafttreten

Die diesem Beschluss zugrundeliegenden Richtlinienänderungen zur Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 zur HeilM-RL) stehen unter anderem im Zusammenhang mit einer notwendigen Aktualisierung der Informationen die in den Praxisverwaltungssystemen für die vertragsärztliche Versorgung verarbeitet werden. Auch müssen diese durch den Beschluss geänderten Informationen in allen weiteren Prozessen der Heilmittelversorgung, beispielsweise im Rahmen der Leistungserbringung und Leistungsabrechnung, aktualisiert werden. Somit müssen bei der Regelung zum Inkrafttreten des Beschlusses zur Änderung der HeilM-RL erforderliche Vorlaufzeiten berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund wird ein Inkrafttreten der Änderungen zum 1. Oktober 2024 vorgesehen, um eine Umsetzung und damit eine flächendeckende Anwendung der geänderten Richtlinie zu gewährleisten.

4. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stimmnahmeverfahren ist in Kapitel 8 als Anlage der Tragenden Gründe abgebildet. Es haben sich aufgrund der schriftlichen Stellungnahme Änderungen am Beschlussentwurf ergeben.

5. Bürokratiekostenermittlung

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

6. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
15.09.2022	G-BA	Hinweis aus dem Stellungnahmeverfahren zum Beschluss vom 15.09.2022
19.03.2024	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
16.04.2024	UA VL	Anhörung und abschließende Beratung des Beschlussentwurfs über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
16.05.2024	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
01.07.2024		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
02.08.2024		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
01.10.2024		Inkrafttreten

7. Fazit

Der G-BA beschließt die Änderung der Heilmittel-Richtlinie.

Berlin, den 16. Mai 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

8. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind als Anlage den Tragenden Gründen beigefügt.

8.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung (GO) und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) in seiner Sitzung am 19. März 2024 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V, § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a VerfO vor seiner Entscheidung über eine Änderung der HeilM-RL einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer, dem VDB Physiotherapieverband e.V. – Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie und der Bundesärztekammer wurde Gelegenheit gegeben, zur beabsichtigten Änderung der HeilM-RL Stellung zu nehmen. Die Stellungnahmefrist soll gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 3 VerfO nicht kürzer als vier Wochen sein. Vor dem Hintergrund des geringen Umfangs der vorgesehenen Änderung wurde die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens mit einer Frist von zwei Wochen beschlossen. Die Stellungnahmefrist endete am 2. April 2024. Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens neben dem Beschlussentwurf auch die Tragenden Gründe als Erläuterung übersandt.

8.2 Eingegangene Stellungnahmen

Die eingegangenen Stellungnahmen der Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme (SN) gegeben wurde sowie entsprechende Eckdaten zum Eingang und zur Anhörung sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V		
Bundesärztekammer (BÄK)	28.03.2024	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme.
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V		
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e.V.	28.03.2024	
LOGO Deutschland e.V. Selbständige in der Logopädie	02.04.2024	
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	02.04.2024	
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs)	26.03.2024	Verzicht auf die Abgabe einer Stellungnahme.
Verband Deutscher Podologen e. V. (VDP)	01.04.2024	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst- Andersen e. V. (dba)	02.04.2024	
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)		Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Bundesverband für Podologie e. V.		
Deutscher Verband für Podologie e. V. (ZFD)		
Stellungnahmeberechtigte gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a VerfO		
VDB-Physiotherapieverband e.V. - Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie e.V.	02.04.2024	

8.3 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 19.03.2024



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie)

Vom T. Monat JJJJ

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

- I. In Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V, Abschnitt „Störungen der Atmung“ wird der Zeile „J44.90“ folgende Zeile angefügt:

„J84.10	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose		AT		
J84.80	Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten“				

- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Oktober 2024 in Kraft.

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

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

8.4 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 19.03.2024



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie:
Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbe-
darf nach § 32 Absatz 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richt-
linie)

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Regelung zum Inkrafttreten	4
4.	Würdigung der Stellungnahmen	4
5.	Bürokratiekostenermittlung	4
6.	Verfahrensablauf	5
7.	Fazit.....	5

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 unter anderem den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu den Indikationen. Zudem regelt er gemäß § 32 Absatz 1a SGB V das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. Dabei hat er insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt.

Nach 1. Kapitel § 7 Absatz 4 Verfahrensordnung des G-BA soll der G-BA im Rahmen seiner Beobachtungspflichten überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen auf Überarbeitungsbedarfe nachgehen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V liegt nach § 8 Absatz 1 HeilM-RL 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 zur HeilM-RL gelisteten Diagnosen ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V auszugehen.

Mit Beschluss vom 15. September 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023, wurde letztmalig die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 zur HeilM-RL) ergänzt. Im Rahmen des hierzu durchgeführten Stellungnahmeverfahrens wurden dem G-BA Hinweise aus der Versorgung vorgetragen, die zu einer Überprüfung zur Aufnahme der Diagnose J84.1 Lungenfibrose/ idiopathische pulmonale Fibrose in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf führte¹.

Der G-BA hat die Hinweise geprüft und kommt zu dem Ergebnis, dass bei den Diagnosen J84.10 und J84.80 vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs auszugehen ist.

Da Interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) häufig im Rahmen entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen auftreten, wurde dies bereits auf Anlage 2 mit Benennung der Diagnosegruppe AT bei systemischem Lupus, systemischer Sklerose oder seropositiver Polyarthritits berücksichtigt.

Die idiopathische pulmonale Fibrose (IPF, synonym: idiopathische Lungenfibrose) ist eine chronische, progredient verlaufende und fibrosierende interstitielle Lungenerkrankung ungeklärter Genese. In den letzten Jahrzehnten haben sich die Diagnostik und die Therapie erheblich weiterentwickelt, auch wenn eine Heilung weiterhin nicht möglich ist.

Die Diagnosestellung einer IPF ist komplex, aufwendig und sollte in spezialisierten Zentren erfolgen. Die idiopathische Lungenfibrose ist immer noch eine Ausschlussdiagnose, aber für

¹ Beschluss des G-BA vom 15. September 2022, verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5624/>, (Zugriff am 23.02.2024)

die unterschiedlichen insbesondere medikamentösen Therapieansätze essentiell^{2,3}. Im Krankheitsverlauf kann es durchaus auch zu einer Revision der Diagnose kommen. Aus diesem Grund wurde neben J84.10 ergänzend auch die J84.80 bei der Überprüfung berücksichtigt.

Die IPF ist eine seltene Lungenerkrankung mit einer Inzidenz von 6,8 bis 16,3/100.000 Einwohner und einer Prävalenz zwischen 2 und 29 Fällen/100.000 Einwohner^{2,4}. Sie betrifft meist männliche Patienten (m:w = 3–4:1) zwischen dem sechzigsten und siebzigsten Lebensjahr, häufig mit Raucheranamnese^{2,5,6,7,8}.

Die Therapie der IPF beruht auf fünf tragenden Säulen: 1. Pharmakologische Therapie, 2. Nicht-pharmakologische Therapie, 3. Therapie der Komorbiditäten, 4. Lungentransplantation sowie 5. Palliativtherapie.

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit IPF erfordert ein multiprofessionelles Team, das neben der Lungenerkrankung auch die Komorbiditäten behandelt und bei Bedarf auch palliativmedizinisch betreut.

Der wichtigste therapeutische Ansatz, mit inzwischen deutlicher Verbesserung der Prognose, ist die Pharmakotherapie. Für die Pharmakotherapie steht eine aktualisierte S2k-Leitlinie von 2022⁹ zur Verfügung. Die einzige definitive Therapie ist die Lungentransplantation. Allerdings kommt sie nur für sehr wenige Patienten auf Grund des Lebensalters und der Begleiterkrankungen noch in Frage.

Bei den nicht-pharmakologischen Therapien sind insbesondere die Langzeitsauerstofftherapie und die gezielte pneumologische Rehabilitation zu nennen, bei der ein individualisiertes Trainingsprogramm angeboten wird. Die Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie ergibt sich aus der entsprechenden, aktuell gültigen Leitlinie¹⁰. Auch für die gezielte pneumologische Rehabilitation gibt es gute Belege dafür, dass durch diese Maßnahme die Alltagsbelastbarkeit und das Wohlbefinden der Patienten mit IPF nachhaltig verbessert werden kann. Wesentlicher Schwerpunkt im Rahmen einer pneumologischen Rehabilitation ist die gezielte und individuell angepasste Trainingstherapie.

Nach einer Rehabilitation sollte die Trainingstherapie möglichst im Rahmen von Lungensport weitergeführt werden.

Als Teil der nicht-pharmakologischen Therapien kann auch die Atemphysiotherapie sowohl im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation als auch im Rahmen der ambulanten Heilmittelversorgung (in der HeilM-RL als Atemtherapie bezeichnet) sinnvoll sein. Die Atemphysiotherapie ist eine unterstützende Behandlung bei chronischen Atemwegserkrankungen und kann

² Behr J, Günther A, Bonella F, Dinkel J, Fink L, Geiser T, Geissler K, Gläser S, Handzhiev S, Jonigk D, Koschel D, Kreuter M, Leuschner G, Markart P, Prasse A, Schönfeld N, Schupp JC, Sitter H, Müller-Quernheim J, Costabel U (2021). S2k guideline for diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. *Respiration*. 100(3):238–271

³ Kreuter et al. (2023). S1-Leitlinie Interdisziplinäre Diagnostik interstitieller Lungenerkrankungen im Erwachsenenalter; *Pneumologie*, 77: 269–302.

⁴ Kreuter et al. (2018). DGP interstitial lung disease patient questionnaire. *Pneumologie* 72(6):446–457

⁵ Behr et al. (2013). German guideline for diagnosis and management of idiopathic pulmonary fibrosis. *Pneumologie* 67(2):81–111

⁶ Behr et al. (2018). German guideline for idiopathic pulmonary fibrosis – update on pharmacological therapies 2017. *Pneumologie* 72(2):155–168

⁷ Nathan et al. (2011). Long-term course and prognosis of idiopathic pulmonary fibrosis in the new millennium. *Chest* 140(1):221–229

⁸ Raghu et al. (2018). Diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis. An official ATS/ERS/JRS/ALAT clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 198(5):e44–e68

⁹ S2k Leitlinie: Pharmakotherapie der idiopathischen Lungenfibrose (ein Update) und anderer progredienter pulmonaler Fibrosen. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-0251_S2k_Idiopathische-Lungenfibrose-Update-medikamentose-Therapie_2022-11.pdf (Zugriff am 15.02.2024)

¹⁰ Haidl et al. (2020). Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie [*] S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) *Pneumologie*; 74: 813–84

dazu beitragen, die Symptomatik zu verbessern und dadurch die Belastungstoleranz der Patienten zu erhöhen. Sie wird gezielt eingesetzt, um die Dyspnoe in Ruhe und unter Belastung zu verringern, die dynamische Lungenüberblähung zu reduzieren und die Thoraxbeweglichkeit sowie den Gasaustausch der Patienten zu optimieren. Atemphysiotherapeutische Maßnahmen sind auch während typischer Alltagssituationen unerlässlich. Insgesamt trägt Atemphysiotherapie dazu bei, die Belastungstoleranz zu erhöhen und die Symptomatik sowohl in Ruhe als auch während der Belastung zu lindern.

Zusammenfassend kommt der G-BA daher zu dem Ergebnis, dass zur Symptomlinderung und Verbesserung beziehungsweise dem Erhalt der Belastungsfähigkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten neben den anderen therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung von IPF eine langfristige angeleitete Unterstützung mit Atemphysiotherapie und regelmäßig in Eigenregie sinnvoll sein kann. Es handelt sich bei der **J84.10** (Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose) und **J84.80** (Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten) jeweils um Erkrankungen mit schweren und langfristigen funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten mit einem medizinisch notwendigen Therapiebedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr.

Die Aufnahme der ICD-10-Diagnosen J84.10 und J84.80 auf die Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie – Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V – mit der Diagnosegruppe AT ist somit medizinisch gerechtfertigt.

3. Regelung zum Inkrafttreten

Die diesem Beschluss zugrundeliegenden Richtlinienänderungen zur Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie) stehen unter anderem im Zusammenhang mit einer notwendigen Aktualisierung der Informationen die in den Praxisverwaltungssystemen für die vertragsärztliche Versorgung verarbeitet werden. Auch müssen diese durch den Beschluss geänderten Informationen in allen weiteren Prozessen der Heilmittelversorgung, beispielsweise im Rahmen der Leistungserbringung und Leistungsabrechnung, aktualisiert werden. Somit müssen bei der Regelung zum Inkrafttreten des Beschlusses zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie erforderliche Vorlaufzeiten berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund wird ein Inkrafttreten der Änderungen zum 1. Oktober 2024 vorgesehen, um eine Umsetzung und damit eine flächendeckende Anwendung der geänderten Richtlinie zu gewährleisten.

4. Würdigung der Stellungnahmen

[...]

5. Bürokratiekostenermittlung

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

6. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
15.09.2022	G-BA	Hinweis aus dem Stellungnahmeverfahren zum Beschluss vom 15.09.2022
19.03.2024	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ	UA VL	Anhörung und abschließende Beratung des Beschlussentwurfs über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

7. Fazit

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

8.5 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
1.	BED	<p>Prüfung zur Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V um die Diagnose Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS)</p> <p>Das Patientenbündnis CRPS Netzwerk gemeinsam stark e.V. startete im letzten Jahr unter dem Hinweis auf einen Behandlungsbedarf von über einem Jahr und Abbrüchen in der Therapiekontinuität eine Petition zur Aufnahme des CRPS in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (https://crpsnetzwerk.org/petition-langfristiger-heilmittelbedarf/).</p> <p>Die S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS) der DGN (https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-116l_S1_Schmerzsyndrome_CRPS_2018-09-abgelaufen.pdf) weist auf ein Jahr oder länger andauernde relevante Schmerzen vor allem bei Belastung hin. Ergotherapie und Physiotherapie werden als Basismaßnahmen vorgeschlagen.</p> <p>Uns als Berufsverband erreichen ebenso Hinweise aus der Versorgung, die einen Versorgungsbedarf von über einem Jahr und daraus resultierenden Problemen beschreiben. Im Dezember 2022 veröffentlichten wir die Ergebnisse einer Befragung von Therapeuten, die konkret Probleme bei der Ausstellung von Folgeverordnungen, sehr individuelle Probleme bei der Genehmigung von Langfristverordnungen über den Besonderen Verordnungsbedarf hinaus und „Ärztelisting“ als Folge von ausbleibenden Folgeverordnungen benennen (https://www.bed-ev.de/artikel/artikel.aspx?id=7416).</p> <p>Aus diesen Gründen bitten wir den G-BA, eine Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V um die Diagnose Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS) zu prüfen.</p>	<p>Kenntnisnahme. Dem Hinweis des Stellungnehmers wird nicht gefolgt.</p> <p>Es wurde eine mögliche Aufnahme bereits zu einem früheren Zeitpunkt geprüft und im Ergebnis festgestellt, dass für das CRPS die Kriterien zur Aufnahme in die Anlage 2 als nicht erfüllt angesehen werden. Zudem spricht auch die S1-Leitlinie „<i>Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome</i>“ von einem stadienabhängigen Krankheitsgeschehen und einem damit verbundenem Therapieverlauf. Grundsätzlich sollte ein multimodaler Behandlungsansatz angestrebt werden. In bestimmten Stadien des CRPS wäre eine physio- bzw. ergotherapeutische Intervention kontraindiziert und könnte auch zu einer Verschlechterung des Krankheitsgeschehens führen. Die in Anlage 2 gelisteten Diagnosen erfordern dagegen einen durchgängigen bzw. kontinuierlichen Behandlungsbedarf, der sich aufgrund der Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. CRPS erfordert einen auf die Akutsituation reagierenden kontinuierlichen Anpassungsbedarf in der Therapie.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass die ICD-10-Codes „G90.5“, „G90.6“ und „G90.7“ zum 1. Januar 2019 als Diagnosen für einen besonderen Verordnungsbedarf zwischen KBV und GKV-SV vereinbart und in die Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe (Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen) aufgenommen wurden.</p>	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
			<p>Viele Therapien werden im Rahmen individuell angepasster, nachweislich wirksamer multimodaler Programme durchgeführt. Die Datenlage für konkrete einzelne Maßnahmen ist unzureichend, es existieren nur wenige randomisierte-kontrollierte Studienheterogener Populationen (Melf-Marzi A, Böhringer B, Wiehle M, Hausteiner-Wiehle C: Modern principles of diagnosis and treatment in complex regional pain syndrom. Dtsch Arztebl Int 2022;119: 879-86).</p>	
2.	BED	<p>Bitte um Aufnahme der Sensomotorisch-perzeptiven Behandlung als vorrangiges Heilmittel für die Diagnosegruppe PS4 (Dementielle Syndrome)</p> <p>Die S3 Leitlinie „Demenzen“ (https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf) benennt Evidenz dafür, dass ergotherapeutische, individuell angepasste Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz unter Einbeziehung der Bezugspersonen zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen.</p> <p>Diese individuell angepassten Maßnahmen müssen berücksichtigen, dass neben dem voranschreitenden Abbau der kognitiven Funktionen bei Demenzpatient*innen auch die Wahrnehmung in allen Bereichen immer weiter abnimmt. Hierauf kann auch im fortschreitenden Krankheitsverlauf durch therapeutische Interventionen bis zum Lebensende Einfluss genommen werden. Die Entwicklung der Körperwahrnehmung sollte bereits zu Beginn der Krankheit im Blick behalten werden, um der zukünftigen Abnahme rechtzeitig entgegenwirken zu können (Schaade, Danke, 2023, Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz und Korsakow-Syndrom, online: https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-66731-6#bibliographic-information).</p> <p>Durch sensomotorische und perzeptive Störungen der Betroffenen zeigen sich im Alltag typische Symptome und Problemstellungen, auf die durch eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung Einfluss genommen werden kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demente neigen zu Stürzen, die Gleichgewichtsregulation ist eingeschränkt, eine gezielte Förderung dient der Sturzprophylaxe ▪ im Verlauf der Demenz fangen Betroffene an, taktile Reize mit ihren Händen zu suchen, sie nesteln überall herum, sind unruhig und können die Hände daher weniger gezielt für andere Aktivitäten einsetzen; um die Funktion der Hände möglichst 	<p>Kenntnisnahme. Dem Hinweis des Stellungnehmers wird nicht gefolgt.</p> <p>Die vorgeschlagene Indikation wurde bereits im Rahmen vorhergehender Stellungnahmeverfahren zur Änderung der HeilM-RL eingebracht. Da aktuell keine weiteren Erkenntnisse angeführt wurden, bleibt die Bewertung des G-BA unverändert.</p> <p>Nach der S3-Leitlinie Demenzen (AWMF-Register-Nr.: 038-013) besteht weiterhin keine ausreichende Evidenz für die systematische Anwendung bestimmter körperlicher Aktivierungsverfahren.</p> <p>Bei einigen demenzauslösenden Erkrankungen (z. B. vaskuläre Demenz, neurodegenerative Erkrankungen), welche mit komplexen sensomotorischen Schädigungen einhergehen, ist eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung unter EN1 möglich. Für eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung bei einer ausschließlichen Alzheimer-Demenz liegt keine Evidenz vor.</p>	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>lange zu erhalten, ist eine gezielte Förderung wichtig und bedeutsam; eine Nesteldecke alleine ersetzt nicht die gezielte Therapie, die dem Menschen ermöglicht, sinnvoll aktiv mit seinen Händen zu interagieren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ auch die Propriozeption (Tiefensensibilität) spielt eine bedeutende Rolle und sollte möglichst lange aufrechterhalten werden; die Begrenzung von Raum und Person ermöglicht eine gezielte, ruhige Interaktion; viele Demenzerkrankte sind auf der ständigen Suche nach propriozeptiven Reizen und deswegen voller Unruhe bis hin zu Autoaggressionen ▪ (Prävention von) Mangelernährung, durch Missempfindungen, Verlust von Geruchs- und Geschmacksinn, Abbau Mundmotorik → Unterstützung des Erhalts von von Mund- und Essmotorik um die Legung einer PEG möglichst zu vermeiden oder ggf. nur zur Überbrückung von Krisenzuständen kurzzeitig zu nutzen. <p>In diesem Kontext bestehen für die Behandlung von Demenzpatient*innen folgende, sehr relevante Therapieziele der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung, welche durch eine psychisch-funktionelle Behandlung nicht umfassend realisierbar sind:</p> <p>auf Schädigungsebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabilisierung/oder Aufbau der Sensibilität verschiedener Modalitäten <ul style="list-style-type: none"> - Temperatur-, Druck- und Berührungsempfinden - Propriozeption - Vibrationsempfinden - Sinneswahrnehmung (visuelle, auditive, taktil-haptische Wahrnehmung) - Wahrnehmung schädlicher Reize - Umsetzung der Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration) ▪ Entwicklung oder Besserung (= Erhalt) der Körperwahrnehmung und des Körperschemas ▪ Entwicklung oder Besserung (= Erhalt) der Gleichgewichtsfunktion und der Haltung ▪ Aufbau oder Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen, z. B. Grob-, Feinmotorik und Willkürmotorik, Mund- und Essmotorik <p>auf Aktivitäts- und Teilhabeebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt <ul style="list-style-type: none"> - zur Alltagsbewältigung benötigter Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Bereiche allgemeine Aufgaben (z.B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen), Selbstversorgung (z. B. Ankleiden, sich Waschen) und häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung) 		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschlussentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> - der Bewegung und Geschicklichkeit im Alltag (z.B. Greifen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, grafomotorische Funktionen) - der Mobilität im Alltag (z.B. Treppen steigen, ausreichendes Stehvermögen, Sturzprophylaxe, sichere Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfs- und/oder Verkehrsmitteln). <p>Aus diesen Gründen bitten wir den G-BA um die Aufnahme der Sensomotorisch-perzeptiven Behandlung als vorrangiges Heilmittel für die Diagnosegruppe PS4 (Dementielle Syndrome).</p>		
3.	BED	Beschluss zur Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie): Wir begrüßen die geplante Ergänzung um die Zeilen <i>J84.10 Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose</i> und <i>J84.80 Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten</i> .	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
4.	VDB	In Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V, Abschnitt „Störungen der Atmung“ wird der Zeile „J44.90“ folgende Zeile angefügt: „J84.10 Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose J84.80 Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten“ Der VDB – Physiotherapieverband begrüßt die Erweiterung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um die im Beschlussentwurf angegebenen Diagnosen und die jeweilige Zuordnung der Diagnosegruppen der Physiotherapie.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
5.	VDB	Zusätzlich schlagen wir, wie von der SHV in der Stellungnahme vom 1. August 2022 vorgeschlagen, vor, die folgenden weiteren Diagnosen für den physiotherapeutischen Bereich mit aufzunehmen: J47.- Bronchiektasen / Q33.4 Angeborene Bronchiektasen Bronchiektasen sind irreversible Erweiterungen und Aussackungen der Bronchien und Bronchiolen. Sie können angeboren sein oder sie entstehen in Folge von Infektionen oder chronischen Lungenkrankheiten wie Mukoviszidose, PCD oder einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Ausgelöst werden sie z.B. durch Entzündungen, die zur Schädigung und Zerstörung der Bronchialwände und des elastischen Bindegewebes der Lunge führen. Infolge ist die Selbstreinigung der Lunge gestört, und in den betroffenen Aussackungen staut sich das Bronchialsekret. Dieses wiederum bildet einen Nährboden für Bakterien und andere Erreger. So werden permanent lokale Entzündungen aufrechterhalten und wiederkehrende Infektionen der Lunge begünstigt.	Kenntnisnahme. Den Hinweisen des Stellungnehmers wird nicht gefolgt. Die vorgeschlagenen Indikationen wurde bereits im Rahmen vorhergehender Stellungnahmeverfahren zur Änderung der HeilM-RL eingebracht. Da keine neueren Erkenntnisse angeführt wurden, bleibt die Bewertung des G-BA (siehe Beschluss vom 15. September 2022) unverändert. Zu J47.- und Q33.4: Bronchiektasen werden in angeborene Formen (insbesondere bei Zystischer Fibrose, PCD, Immundefekte) sowie in erworbene Formen nach Pneumonien (gehäuften Exacerbati-	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>Symptome: Ähnlich dem Beschwerdebild der Mukoviszidose leiden Betroffene mit Bronchiektasen an Husten mit großen Mengen von schleimigem meist infektiösem Auswurf. In den schleimgefüllten bronchialen Aussackungen kann es immer wieder zu gefährlichen Infektionen mit akuten Krankheitsschüben (sogenannten Exazerbationen) kommen. Sie treten häufig mit Fieber auf und können zur Pneumonie führen. Viele Betroffene mit Bronchiektasen leiden regelmäßig ein- bis zweimal jährlich an Exazerbationen.</p> <p>Physiotherapie: Auch bei Non CF-Bronchiektasen wird international die Bedeutung der Atemphysiotherapie zur Secretclearance und zur Vermeidung pulmonaler Verschlechterung betont. Durch regelmäßig durchgeführte gezielte atemphysiotherapeutische Techniken zur Reinigung der Atemwege wird das zähe Sekret verflüssigt, mobilisiert und in zentrale Atemwege zum schonenden Abhusten transportiert. Der Umgang mit entsprechenden Hilfsmitteln wird geschult. Betroffene werden in Selbstmanagement-Techniken zur selbständigen Reinigung der Atemwege angeleitet.</p> <p>Eine deutsche Leitlinie zum Management erwachsener Patienten mit Bronchiektasen-Erkrankung steht kurz vor der Fertigstellung. Auch die Diagnose Bronchiektasen sollte in die Diagnoseliste für Langfristige Heilmittelbedarfe aufgenommen werden, um langfristig entscheidend zur Stabilisation des Zustandes und zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen zu können.</p> <p>Primäre ziliäre Dyskinesie (Q34.8) Bei der Primären ziliären Dyskinesie (PCD) handelt es sich um eine angeborene und lebensverkürzende Erkrankung der Atemwege, bei der die beweglichen Zilien der Lunge in ihrer Bewegung eingeschränkt sind. Durch die fehlerhafte Beweglichkeit kann die eigentliche Transportfunktion der Zilien nicht stattfinden und somit ist eine konstante Reinigung der Atemwege nicht möglich. Hieraus resultieren eine Anhäufung von Infektionen, die schlussendlich zu einer Chronifizierung führt.</p> <p>Ähnlich wie bei der Mukoviszidose entwickeln sich Bronchiektasen häufig mit Besiedelung multiresistenter Keime. Weitere typische Symptome der PCD sind chronische Entzündungen in den Nasennebenhöhlen und des Mittelohrs mit hoher Gefahr einer Hörschädigung.</p> <p>Schon im frühen Säuglingsalter können die Kinder stark betroffen sein. Säuglinge, Kleinkinder, Jugendliche aber auch Erwachsene und insbesondere ältere Patienten sind oft nicht in der Lage, ihre übermäßige Sekretlast in ausreichendem Maße aus den Atemwegen zu entfernen.</p>	<p>onen bei COPD) unterteilt. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit COPD weisen auch Bronchiektasen auf. Da bereits die Zystische Fibrose sowie die schwere COPD auf Anlage 2 zur HeilM-RL enthalten sind, ist somit der größte Anteil der Patientinnen und Patienten mit Bronchiektasen, insbesondere mit schweren Verlaufsformen, erfasst. Sollte bei darüberhinausgehenden Fällen im Bedarfsfall neben der medikamentösen Therapie ein längerfristiger Heilmittelbedarf bestehen, bedarf es der Einzelfallprüfung und es bedarf eines Antrages gemäß § 8 HeilM-RL auf langfristigen Heilmittelbedarf.</p> <p>Zu Q34.8: Bei der Primäre ciliäre Dyskinesie (PCD) werden, aufgrund einer fehlenden kausalen Therapie, die Patientinnen und die Patienten symptomatisch behandelt. Regelmäßige Impfungen und früher Einsatz von Antibiotika, zusammen mit Atemphysiotherapie tragen dazu bei, die Entstehung von Bronchiektasen einzuschränken. Somit ist eine intensive Inhalations- und Atemphysiotherapie ab Diagnosestellung sinnvoll. Ein langfristiger Heilmittelbedarf für die Diagnosegruppe AT kann daraus, vergleichbar mit der Mukoviszidose resultieren. Mit der ICD-10 „Q34.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems“ ist weiterhin eine eindeutige Kodierung des Erkrankungsbildes nicht möglich. Die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs ist demnach weiterhin auf Antrag im Einzelfall gemäß § 8 HeilM-RL möglich.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>Als unabdingbare Therapiemaßnahme zeigt sich hier eine intensive lebenslange Physiotherapie, in der speziell auf Sekretclearance als auch Anleitung zum Selbstmanagement eingegangen wird. Verbunden mit Inhalationstherapie zur Verflüssigung des Sekrets. Im Heilmittelkatalog ist die PCD bereits den Mukoviszidose vergleichbaren Pulmonalen Erkrankungen zugeordnet worden und kann darüber einen Therapiebeginn abdecken. Bei einer derart schweren und chronisch verlaufenden Erkrankung sind jedoch 50 Therapieeinheiten (orientierende Behandlungsmenge) nicht ausreichend. Der Patient benötigt eine intensive und langfristig regelmäßige Therapie, um seine Symptomlast zu reduzieren und mögliche Folgeschäden zu vermeiden. Aus diesem Grund ist eine Aufnahme der Diagnose in die Diagnoseliste der Langfristigen Heilmittelbedarfe für Physiotherapie unerlässlich.</p>		
6.	LOGO Deutschland	<p>Aufnahme der Diagnosegruppen ST1, SC und SP6 in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie)</p> <p>Dyspnoen, insbesondere unter Belastung, sind eines der kennzeichnenden Symptome von Lungenfibrosen als Untergruppe der interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD). Sie führen unmittelbar zu Störungen der Stimm- und auch der Sprechfunktion. Folgen der mangelnden Elastizität der Lunge sind ein unzureichender Anblasedruck, eine verkürzte Tonhaltdauer, eine stark verkürzte Phrasenlänge und allgemein eine starke Stimm- und Sprechanstrengung - siehe SK2LL Stimmstörung der AWMF, Seite 11 ff (https://register.awmf.org/assets/guidelines/049-008l_S2k_Diagnostik-Therapie-Stoerungen-der-Stimmfunktion-Dysphonien_2023-01.pdf).</p> <p>Für den Schluckvorgang ist die Koordination von Atmen und Schlucken essenziell. Für den Bereich der COPD ist der Zusammenhang hinreichend bekannt, insbesondere Exazerbationen sind häufig durch Aspirationen verursacht; siehe: J. Keller, H.F. Durwen: „Dysphagie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) — ein unterschätztes Problem“ in: Neurogeriatrie 2013; 10 (3) Seite 101-106 (https://www.hippocampus.de/media/316/cms_52946f0dbfa88.pdf).</p> <p>Insbesondere im palliativen Zusammenhang scheint die Rolle der Logopädie als Teil einer multiprofessionellen Versorgung noch immer unterschätzt. Das erstaunt insbesondere deshalb, da die elementaren Bedürfnisse der Menschen in einer palliativen Situation gerade die Kommunikation sowie den Erhalt von Essen und Trinken betreffen, siehe: Cordula Winterholler: „Palliative Logopädie- konkret“ in: forum:logopädie, Jg 33 (6) November 2019, Seite 20-24 (https://www.forum-logopaedie.de/fileadmin/Inhalte/evi-logo/Dokumente/Datenbank/2019/19_06_20-24_Winterholler_Palliative_Logopaedie_-_konkret.pdf).</p>	<p>Kenntnisnahme. Dem Hinweis aus der Stellungnahme wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Aufnahme der Diagnosegruppen ST1 und SP6 in die Anlage 2 zur Heilm-RL ist nicht gerechtfertigt, weil die Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf einer oder eines Versicherten bei den hier aufgeführten Erkrankungen nicht festgestellt werden kann.</p> <p>Auch ergeben sich aus der hier vorgelegten Fachliteratur keine ausreichenden Anhaltspunkte für einen langfristigen Heilmittelbedarf bei den hier aufgeführten Erkrankungen.</p> <p>Für die COPD ist die Verordnung von Schlucktherapien im Bedarfsfall unter der Diagnosegruppe SC mit einer orientierenden Behandlungsmenge von 60 Einheiten möglich. Dies gilt ebenfalls für Schluckstörungen im Rahmen einer Palliativversorgung. Ein langfristiger Heilmittelbedarf ist medizinisch nicht begründet.</p>	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>Darüber hinaus ist in der Leistungsbeschreibung als Anlage 1 zum Vertrag nach §125 SGB V das Herstellen einer möglichst physiologischen Atmung als Voraussetzung für eine weitgehende, physiologische Nutzung von Stimme, Sprechen und Schlucken als logopädische Leistung verankert (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/sssst/anlagen/20210325_Heilmittel_Anlage_1_Leistungsbeschreibung_Endfassung_.pdf).</p> <p>Logopädinnen und Logopäden als die Spezialistinnen und Spezialisten für die Zusammenhänge von Atmung, Phonation und Schlucken werden in geforderten multiprofessionellen Teams in (Akut-) Kliniken und Rehas, aber auch ambulant immer häufiger eingesetzt, siehe C. Rohlfes: „Atmungstherapie: anspruchsvolles Tätigkeitsfeld für LogopädInnen“ in forum:logopädie Jg 34 (4) Juli 2020, 6-11 (https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Bilder/Service/Forum_Logopaedie/fl_2020_04.pdf).</p> <p>Den tragenden Gründen, die eine multiprofessionelle Behandlung insbesondere der Komorbiditäten in den Vordergrund stellt, folgend, ist es geboten, die Diagnosegruppen ST1, SP6 und SC ebenfalls als langfristigen Heilmittelbedarf für die Diagnosen J84.10, J84.80 und J84.1 einzuführen.</p>		
7.	SHV	<p>In Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V, Abschnitt „Störungen der Atmung“ wird der Zeile „J44.90“ folgende Zeile angefügt:</p> <p>„J84.10 Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose J84.80 Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten“</p> <p>Der SHV begrüßt ausdrücklich die Erweiterung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um die im Beschlussentwurf angegeben Diagnosen und die jeweilige Zuordnung der Diagnosegruppen der Physiotherapie.</p>	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
8.	SHV	<p>Zusätzlich schlagen wir vor, die folgenden weiteren Diagnosen für den physiotherapeutischen Bereich mit aufzunehmen, die wir bereits in der Stellungnahme vom 01.08.2022 angeführt hatten:</p> <p>J47.- Bronchiektasen / Q33.4 Angeborene Bronchiektasen Bronchiektasen sind irreversible Erweiterungen und Aussackungen der Bronchien und Bronchiolen. Sie können angeboren sein oder sie entstehen in Folge von Infektionen oder chronischen Lungenkrankheiten wie Mukoviszidose, PCD oder einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Ausgelöst werden sie z.B. durch Entzündungen,</p>	Kenntnisnahme. Siehe laufende Nummer 5.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>die zur Schädigung und Zerstörung der Bronchialwände und des elastischen Bindegewebes der Lunge führen. Infolge ist die Selbstreinigung der Lunge gestört, und in den betroffenen Aussackungen staut sich das Bronchialsekret. Dieses wiederum bildet einen Nährboden für Bakterien und andere Erreger. So werden permanent lokale Entzündungen aufrechterhalten und wiederkehrende Infektionen der Lunge begünstigt. Symptome: Ähnlich dem Beschwerdebild der Mukoviszidose leiden Betroffene mit Bronchiektasen an Husten mit großen Mengen von schleimigem meist infektiösem Auswurf. In den schleimgefüllten bronchialen Aussackungen kann es immer wieder zu gefährlichen Infektionen mit akuten Krankheitsschüben (sogenannten Exazerbationen) kommen. Sie treten häufig mit Fieber auf und können zur Pneumonie führen. Viele Betroffene mit Bronchiektasen leiden regelmäßig ein- bis zweimal jährlich an Exazerbationen. Physiotherapie: Auch bei Non CF-Bronchiektasen wird international die Bedeutung der Atemphysiotherapie zur Secretclearance und zur Vermeidung pulmonaler Verschlechterung betont. Durch regelmäßig durchgeführte gezielte atemphysiotherapeutische Techniken zur Reinigung der Atemwege wird das zähe Sekret verflüssigt, mobilisiert und in zentrale Atemwege zum schonenden Abhusten transportiert. Der Umgang mit entsprechenden Hilfsmitteln wird geschult. Betroffene werden in Selbstmanagement -Techniken zur selbständigen Reinigung der Atemwege angeleitet [1-9]. Eine deutsche Leitlinie zum Management erwachsener Patienten mit Bronchiektasen-Erkrankung steht kurz vor der Fertigstellung [10]. Auch die Diagnose Bronchiektasen sollte in die Diagnoseliste für Langfristige Heilmittelbedarfe aufgenommen werden, um langfristig entscheidend zur Stabilisation des Zustandes und zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen zu können.</p> <p>Primäre ziliäre Dyskinesie (Q34.8) Bei der Primären ziliären Dyskinesie (PCD) handelt es sich um eine angeborene und lebensverkürzende Erkrankung der Atemwege, bei der die beweglichen Zilien der Lunge in ihrer Bewegung eingeschränkt sind. Durch die fehlerhafte Beweglichkeit kann die eigentliche Transportfunktion der Zilien nicht stattfinden und somit ist eine konstante Reinigung der Atemwege nicht möglich. Hieraus resultieren eine Anhäufung von Infektionen, die schlussendlich zu einer Chronifizierung führt. Ähnlich wie bei der Mukoviszidose entwickeln sich Bronchiektasen häufig mit Besiedelung multiresistenter Keime. Weitere typische Symptome der PCD sind chronische Entzündungen in den Nasennebenhöhlen und des Mittelohrs mit hoher Gefahr einer Hörschädigung. Schon im frühen Säuglingsalter können die Kinder stark betroffen sein. Säuglinge, Kleinkinder, Jugendliche aber auch Erwachsene und insbesondere ältere Patienten sind oft nicht in der Lage, ihre übermäßige Sekretlast in ausreichendem Maße aus den Atemwegen zu entfernen. Als unabdingbare Therapiemaßnahme zeigt sich hier eine intensive lebenslange Physi-</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>otherapie, in der speziell auf Sekretclearance als auch Anleitung zum Selbstmanagement eingegangen wird. Verbunden mit Inhalationstherapie zur Verflüssigung des Sekrets. Im Heilmittelkatalog ist die PCD bereits den Mukoviszidose vergleichbaren Pulmonalen Erkrankungen zugeordnet worden und kann darüber einen Therapiebeginn abdecken. Bei einer derart schweren und chronisch verlaufenden Erkrankung sind jedoch 50 Therapieeinheiten (orientierende Behandlungsmenge) nicht ausreichend. Der Patient benötigt eine intensive und langfristig regelmäßige Therapie, um seine Symptomlast zu reduzieren und mögliche Folgeschäden zu vermeiden. Aus diesem Grund ist eine Aufnahme der Diagnose in die Diagnoseliste der Langfristigen Heilmittelbedarfe für Physiotherapie unerlässlich.</p> <p>[1] Burnham P, Stanford G, Stewart R. Autogenic drainage for airway clearance in cystic fibrosis. Cochrane Cystic Fibrosis and Genetic Disorders Group, Herausgeber. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 15. Dezember 2021 [zitiert 3. August 2022];2021(12). Verfügbar unter: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009595.pub3</p> <p>[2] Burtin C, Hebestreit H. Rehabilitation in Patients with Chronic Respiratory Disease Other than Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Exercise and Physical Activity Interventions in Cystic Fibrosis and Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis. Respiration [Internet]. 2015 [zitiert 3. August 2022];89(3):181–9. Verfügbar unter: https://www.karger.com/Article/FullText/375170</p> <p>[3] Dwyer TJ, Daviskas E, Zainuldin R, Verschuer J, Eberl S, Bye PTP, u. a. Effects of exercise and airway clearance (positive expiratory pressure) on mucus clearance in cystic fibrosis: a randomised crossover trial. Eur Respir J [Internet]. April 2019 [zitiert 3. August 2022];53(4):1801793. Verfügbar unter: http://erj.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/13993003.01793-2018</p> <p>[4] Lee AL, Burge A, Holland AE. Airway clearance techniques for bronchiectasis. In: The Cochrane Collaboration, Herausgeber. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [zitiert 3. August 2022]. S. CD008351.pub2. Verfügbar unter: - Lee AL, Burge AT, Holland AE. Positive expiratory pressure therapy versus other airway clearance techniques for bronchiectasis. Cochrane Airways Group, Herausgeber. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 27. September 2017 [zitiert 3. August 2022];2017(9). Verfügbar unter: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011699.pub2</p> <p>[5] Lee AL, Burge AT, Holland AE. Positive expiratory pressure therapy versus other airway clearance techniques for bronchiectasis. Cochrane Airways Group, Herausgeber. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 27. September 2017 [zitiert 3. August 2022];2017(9). Verfügbar unter: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011699.pub2</p> <p>[6] Polverino E, Goeminne PC, McDonnell MJ, Aliberti S, Marshall SE, Loebinger MR, u. a. European Respiratory Society guidelines for the management of adult bronchiectasis. Eur Respir J [Internet]. September 2017 [zitiert 3. August 2022];50(3):1700629. Verfügbar unter: http://erj.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/13993003.00629-2017</p> <p>[7] Welsh EJ, Evans DJ, Fowler SJ, Spencer S. Interventions for bronchiectasis: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Airways Group, Herausgeber. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 14. Juli 2015 [zitiert 3. August 2022]; Verfügbar unter: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010337.pub2</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		<p>[8] Wong C, Sullivan C, Jayaram L. ELTGOL airway clearance in bronchiectasis: laying the bricks of evidence. Eur Respir J [Internet]. Januar 2018 [zitiert 3. August 2022];51(1):1702232. Verfügbar unter: http://erj.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/13993003.02232-2017</p> <p>[9] Zanini A, Aiello M, Adamo D, Cherubino F, Zampogna E, Sotgiu G, u. a. Effects of Pulmonary Rehabilitation in Patients with Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis: A Retrospective Analysis of Clinical and Functional Predictors of Efficacy. Respiration. 2015;89(6):525–33.</p> <p>[10] S2k-Leitlinie Management erwachsener Patienten mit Bronchiektasen Erkrankung. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-030 (aufgerufen am 21.03.2024)</p>		

8.6 Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen



Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie)

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED e.V.)  <p><i>Wir sind für Sie da!</i> Bundesverband für Ergotherapeut:innen Deutschland e.V.</p>	
28.03.2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><u>Ergänzender Hinweis</u> Prüfung zur Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V um die Diagnose Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS)</p>	<p>Das Patientenbündnis <i>CRPS Netzwerk gemeinsam stark e.V.</i> startete im letzten Jahr unter dem Hinweis auf einen Behandlungsbedarf von über einem Jahr und Abbrüchen in der Therapiekontinuität eine Petition zur Aufnahme des CRPS in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (https://crpsnetzwerk.org/petition-langfristiger-heilmittelbedarf/).</p> <p>Die S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS) der DGN (https://register.awmf.org/assets/guidelines/030-116l_S1_Schmerzsyndrome_CRPS_2018-09-abgelaufen.pdf) weist auf ein Jahr oder länger andauernde relevante Schmerzen vor allem bei Belastung hin. Ergotherapie und Physiotherapie werden als Basismaßnahmen vorgeschlagen.</p> <p>Uns als Berufsverband erreichen ebenso Hinweise aus der Versorgung, die einen Versorgungsbedarf von über einem Jahr und daraus resultierenden Problemen beschreiben. Im Dezember 2022 veröffentlichten wir die Ergebnisse einer Befragung von Therapierenden, die konkret Probleme bei der Ausstellung von Folgeverordnungen, sehr individuelle Probleme bei der Genehmigung von Langfristverordnungen über den Besonderen Verordnungsbedarf hinaus und „Ärzt hopping“ als Folge von ausbleibenden Folgeverordnungen benennen (https://www.bed-ev.de/artikel/artikel.aspx?id=7416).</p> <p>Aus diesen Gründen bitten wir den G-BA, eine Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V um die Diagnose Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS) zu prüfen.</p>



28.03.2024

Ergänzender Hinweis

Bitte um Aufnahme der
Sensomotorisch-perzeptiven
Behandlung als vorrangiges
Heilmittel für die
Diagnosegruppe PS4
(Dementielle Syndrome)

Die S3 Leitlinie „Demenzen“

(https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013I_S3-Demenzen-2016-07.pdf) benennt Evidenz dafür, dass ergotherapeutische, individuell angepasste Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz unter Einbeziehung der Bezugspersonen zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen.

Diese individuell angepassten Maßnahmen müssen berücksichtigen, dass neben dem voranschreitenden Abbau der kognitiven Funktionen bei Demenzpatient*innen auch die Wahrnehmung in allen Bereichen immer weiter abnimmt. Hierauf kann auch im fortschreitenden Krankheitsverlauf durch therapeutische Interventionen bis zum Lebensende Einfluss genommen werden. Die Entwicklung der Körperwahrnehmung sollte bereits zu Beginn der Krankheit im Blick behalten werden, um der zukünftigen Abnahme rechtzeitig entgegenwirken zu können (Schaade, Danke, 2023, Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz und Korsakow-Syndrom, online: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-66731-6#bibliographic-information>).

Durch sensomotorische und perzeptive Störungen der Betroffenen zeigen sich im Alltag typische Symptome und Problemstellungen, auf die durch eine sensomotorisch-perzeptive Behandlung Einfluss genommen werden kann:

- Demente neigen zu Stürzen, die Gleichgewichtsregulation ist eingeschränkt, eine gezielte Förderung dient der Sturzprophylaxe
- im Verlauf der Demenz fangen Betroffene an, taktile Reize mit ihren Händen zu suchen, sie nesteln überall herum, sind unruhig und können die Hände daher weniger gezielt für andere Aktivitäten einsetzen; um die Funktion der Hände möglichst lange zu erhalten, ist eine gezielte Förderung wichtig und bedeutsam; eine Nesteldecke alleine ersetzt nicht die gezielte Therapie, die dem Menschen ermöglicht, sinnvoll aktiv mit seinen Händen zu interagieren



28.03.2024

- auch die Propriozeption (Tiefensensibilität) spielt eine bedeutende Rolle und sollte möglichst lange aufrechterhalten werden; die Begrenzung von Raum und Person ermöglicht eine gezielte, ruhige Interaktion; viele Demenzerkrankte sind auf der ständigen Suche nach propriozeptiven Reizen und deswegen voller Unruhe bis hin zu Autoaggressionen
- (Prävention von) Mangelernährung, durch Missempfindungen, Verlust von Geruchs- und Geschmacksinn, Abbau Mundmotorik → Unterstützung des Erhalts von Mund- und Essmotorik um die Legung einer PEG möglichst zu vermeiden oder ggf. nur zur Überbrückung von Krisenzuständen kurzzeitig zu nutzen.

In diesem Kontext bestehen für die Behandlung von Demenzpatient*innen folgende, sehr relevante Therapieziele der sensomotorisch-perzeptiven Behandlung, welche durch eine psychisch-funktionelle Behandlung nicht umfassend realisierbar sind:

auf Schädigungsebene:

- Stabilisierung/oder Aufbau der Sensibilität verschiedener Modalitäten
 - Temperatur-, Druck- und Berührungsempfinden
 - Propriozeption
 - Vibrationsempfinden
 - Sinneswahrnehmung (visuelle, auditive, taktil-haptische Wahrnehmung)
 - Wahrnehmung schädlicher Reize
 - Umsetzung der Sinneswahrnehmungen (sensorische Integration)
- Entwicklung oder Besserung (= Erhalt) der Körperwahrnehmung und des Körperschemas



28.03.2024

- Entwicklung oder Besserung (= Erhalt) der Gleichgewichtsfunktion und der Haltung
- Aufbau oder Stabilisierung aktiver Bewegungsfunktionen, z. B. Grob-, Feinmotorik und Willkürmotorik, Mund- und Essmotorik

auf Aktivitäts- und Teilhabeebene:

- Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt
 - zur Alltagsbewältigung benötigter Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung der Bereiche allgemeine Aufgaben (z. B. Bewältigung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, Benutzen von Gebrauchsgegenständen), Selbstversorgung (z. B. Ankleiden, sich Waschen) und häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung)
 - der Bewegung und Geschicklichkeit im Alltag (z. B. Greifen, Heben, Tragen, feinmotorischer Hand- und Armgebrauch, grafomotorische Funktionen)
 - der Mobilität im Alltag (z. B. Treppen steigen, ausreichendes Stehvermögen, Sturzprophylaxe, sichere Fortbewegung im Innen- und Außenbereich mit und ohne Hilfs- und/oder Verkehrsmitteln).

Aus diesen Gründen bitten wir den G-BA um die Aufnahme der Sensomotorisch-perzeptiven Behandlung als vorrangiges Heilmittel für die Diagnosegruppe PS4 (Dementielle Syndrome).

Beschluss zur Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie)

Wir begrüßen die geplante Ergänzung um die Zeilen
J84.10 Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose
und
J84.80 Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten.

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie:
Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a
SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie)**

VDB – Physiotherapieverband e.V. Bundesverband	
30.03.2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
In Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V, Abschnitt „Störungen der Atmung“ wird der Zeile „J44.90“ folgende Zeile angefügt: „J84.10 Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose J84.80 Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten	Der VDB – Physiotherapieverband begrüßt die Erweiterung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um die im Beschlussentwurf angegebenen Diagnosen und die jeweilige Zuordnung der Diagnosegruppen der Physiotherapie.
	Zusätzlich schlagen wir, wie von der SHV in der Stellungnahme vom 1. August 2022 vorgeschlagen, vor, die folgenden weiteren Diagnosen für den physiotherapeutischen Bereich mit aufzunehmen: J47.- Bronchiektasen Q33.4 Angeborene Bronchiektasen Bronchiektasen sind irreversible Erweiterungen und Aussackungen der Bronchien und Bronchiolen. Sie können angeboren sein oder sie entstehen in Folge von Infektionen oder chronischen Lungenkrankheiten wie Mukoviszidose, PCD oder einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Ausgelöst werden sie z.B. durch Entzündungen, die zur Schädigung und Zerstörung der Bronchialwände und des elastischen Bindegewebes der Lunge führen. Infolge ist die Selbstreinigung der Lunge gestört, und in den betroffenen Aussackungen staut sich das Bronchialsekret. Dieses wiederum bildet einen Nährboden für Bakterien und andere Erreger. So

VDB – Physiotherapieverband e.V. Bundesverband	
30.03.2024	
	<p>werden permanent lokale Entzündungen aufrechterhalten und wiederkehrende Infektionen der Lunge begünstigt.</p> <p>Symptome: Ähnlich dem Beschwerdebild der Mukoviszidose leiden Betroffene mit Bronchiektasen an Husten mit großen Mengen von schleimigem meist infektiösem Auswurf. In den schleimgefüllten bronchialen Aussackungen kann es immer wieder zu gefährlichen Infektionen mit akuten Krankheitsschüben (sogenannten Exazerbationen) kommen. Sie treten häufig mit Fieber auf und können zur Pneumonie führen. Viele Betroffene mit Bronchiektasen leiden regelmäßig ein- bis zweimal jährlich an Exazerbationen.</p> <p>Physiotherapie: Auch bei Non CF-Bronchiektasen wird international die Bedeutung der Atemphysiotherapie zur Secretclearance und zur Vermeidung pulmonaler Verschlechterung betont. Durch regelmäßig durchgeführte gezielte atemphysiotherapeutische Techniken zur Reinigung der Atemwege wird das zähe Sekret verflüssigt, mobilisiert und in zentrale Atemwege zum schonenden Abhusten transportiert. Der Umgang mit entsprechenden Hilfsmitteln wird geschult. Betroffene werden in Selbstmanagement -Techniken zur selbständigen Reinigung der Atemwege angeleitet.</p> <p>Eine deutsche Leitlinie zum Management erwachsener Patienten mit Bronchiektasen-Erkrankung steht kurz vor der Fertigstellung. Auch die Diagnose Bronchiektasen sollte in die Diagnoseliste für Langfristige Heilmittelbedarfe aufgenommen werden, um langfristig entscheidend zur Stabilisation des Zustandes und zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen zu können.</p> <p>Primäre ziliäre Dyskinesie (Q34.8)</p> <p>Bei der Primären ziliären Dyskinesie (PCD) handelt es sich um eine angeborene und lebensverkürzende Erkrankung der Atemwege, bei der die beweglichen Zilien der Lunge in ihrer Bewegung eingeschränkt sind. Durch die fehlerhafte Beweglichkeit kann die eigentliche Transportfunktion der Zilien nicht stattfinden und somit ist eine konstante Reinigung der Atemwege nicht möglich. Hieraus resultieren eine Anhäufung</p>

VDB – Physiotherapieverband e.V. Bundesverband	
30.03.2024	
	<p>von Infektionen, die schlussendlich zu einer Chronifizierung führt.</p> <p>Ähnlich wie bei der Mukoviszidose entwickeln sich Bronchiektasen häufig mit Besiedelung multiresistenter Keime. Weitere typische Symptome der PCD sind chronische Entzündungen in den Nasennebenhöhlen und des Mittelohrs mit hoher Gefahr einer Hörschädigung.</p> <p>Schon im frühen Säuglingsalter können die Kinder stark betroffen sein. Säuglinge, Kleinkinder, Jugendliche aber auch Erwachsene und insbesondere ältere Patienten sind oft nicht in der Lage, ihre übermäßige Sekretlast in ausreichendem Maße aus den Atemwegen zu entfernen.</p> <p>Als unabdingbare Therapiemaßnahme zeigt sich hier eine intensive lebenslange Physiotherapie, in der speziell auf Sekretclearance als auch Anleitung zum Selbstmanagement eingegangen wird. Verbunden mit Inhalationstherapie zur Verflüssigung des Sekrets. Im Heilmittelkatalog ist die PCD bereits den Mukoviszidose vergleichbaren Pulmonalen Erkrankungen zugeordnet worden und kann darüber einen Therapiebeginn abdecken. Bei einer derart schweren und chronisch verlaufenden Erkrankung sind jedoch 50 Therapieeinheiten (orientierende Behandlungsmenge) nicht ausreichend.</p> <p>Der Patient benötigt eine intensive und langfristig regelmäßige Therapie, um seine Symptomlast zu reduzieren und mögliche Folgeschäden zu vermeiden. Aus diesem Grund ist eine Aufnahme der Diagnose in die Diagnoseliste der Langfristigen Heilmittelbedarfe für Physiotherapie unerlässlich.</p>

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie:
Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a
SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie)**

 <p>DLOGO DEUTSCHLAND Selbstständige in der Logopädie</p>	
02.04.2024	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Aufnahme der Diagnosegruppen ST1, SC und SP6 in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie)</p>	<p>Dyspnoen, insbesondere unter Belastung, sind eines der kennzeichnenden Symptome von Lungenfibrosen als Untergruppe der interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD). Sie führen unmittelbar zu Störungen der Stimm- und auch der Sprechfunktion. Folgen der mangelnden Elastizität der Lunge sind ein unzureichender Anblasedruck, eine verkürzte Tonhaltedauer, eine stark verkürzte Phrasenlänge und allgemein eine starke Stimm- und Sprechanstrengung - siehe SK2LL Stimmstörung der AWMF, Seite 11 ff.</p> <p>Für den Schluckvorgang ist die Koordination von Atmen und Schlucken essenziell. Für den Bereich der COPD ist der Zusammenhang hinreichend bekannt, insbesondere Exazerbationen sind häufig durch Aspirationen verursacht; siehe: J. Keller, H.F. Durwen: „Dysphagie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)- ein unterschätztes Problem“ in: Neurogeriatrie 2013; 10 (3) Seite 101-106.</p> <p>Insbesondere im palliativen Zusammenhang scheint die Rolle der Logopädie als Teil einer multiprofessionellen Versorgung noch immer unterschätzt. Das erstaunt insbesondere deshalb, da die elementaren Bedürfnisse der Menschen in einer palliativen Situation gerade die Kommunikation sowie den Erhalt von Essen und Trinken betreffen, siehe: Cordula Winterholler: „Palliative Logopädie- konkret“ in: forum:logopädie, Jg 33 (6) November 2019, Seite 20-24.</p> <p>Darüber hinaus ist in der Leistungsbeschreibung als Anlage 1 zum Vertrag nach §125 SGB V das Herstellen einer möglichst physiologischen Atmung als Voraussetzung für eine weitgehende, physiologische Nutzung von Stimme, Sprechen und Schlucken als logopädische Leistung verankert.</p> <p>Logopädinnen und Logopäden als <u>die</u> Spezialistinnen und Spezialisten für die <u>Zusammenhänge von Atmung, Phonation und Schlucken</u> werden in geforderten multiprofessionellen Teams in (Akut-) Kliniken und Rehas, aber auch ambulant immer häufiger eingesetzt, siehe C. Rohlfses:</p>

02.04.2024	
	<p>„Atmungstherapie: anspruchsvolles Tätigkeitsfeld für LogopädInnen“ in forum:logopädie Jg 34 (4) Juli 2020, 6-11.</p> <p>Den tragenden Gründen, die eine multiprofessionelle Behandlung insbesondere der Komorbiditäten in den Vordergrund stellt, folgend, ist es geboten, die Diagnosegruppen ST1, SP6 und SC ebenfalls als langfristigen Heilmittelbedarf für die Diagnosen J84.10, J84.80 und J84.1 einzuführen.</p> <p>Weblinks:</p> <p>S2k-LL Stimmstoerung_049-008_V04_230110 (awmf.org)</p> <p>cms_52946f0dbfa88.pdf (hippocampus.de)</p> <p>fl_2020_04.pdf (dbl-ev.de)</p> <p>19_06_20-24 Winterholler Palliative Logopaedie - konkret.pdf (forum-logopaedie.de)</p> <p>20210325 Heilmittel Anlage 1 Leistungsbeschreibung Endfassung .pdf (gkv-spitzenverband.de)</p>

Spitzenverband der Heilmittelverbände SHV e.V.	
02.04.2024 (V)	
	<p>werden permanent lokale Entzündungen aufrechterhalten und wiederkehrende Infektionen der Lunge begünstigt.</p> <p>Symptome: Ähnlich dem Beschwerdebild der Mukoviszidose leiden Betroffene mit Bronchiektasen an Husten mit großen Mengen von schleimigem meist infektiösem Auswurf. In den schleimgefüllten bronchialen Aussackungen kann es immer wieder zu gefährlichen Infektionen mit akuten Krankheitsschüben (sogenannten Exazerbationen) kommen. Sie treten häufig mit Fieber auf und können zur Pneumonie führen. Viele Betroffene mit Bronchiektasen leiden regelmäßig ein- bis zweimal jährlich an Exazerbationen.</p> <p>Physiotherapie: Auch bei Non CF-Bronchiektasen wird international die Bedeutung der Atemphysiotherapie zur Secretclearance und zur Vermeidung pulmonaler Verschlechterung betont. Durch regelmäßig durchgeführte gezielte atemphysiotherapeutische Techniken zur Reinigung der Atemwege wird das zähe Sekret verflüssigt, mobilisiert und in zentrale Atemwege zum schonenden Abhusten transportiert. Der Umgang mit entsprechenden Hilfsmitteln wird geschult. Betroffene werden in Selbstmanagement -Techniken zur selbständigen Reinigung der Atemwege angeleitet.¹</p> <p>Eine deutsche Leitlinie zum Management erwachsener Patienten mit Bronchiektasen-Erkrankung steht kurz vor der Fertigstellung ². Auch die Diagnose Bronchiektasen sollte in die Diagnoseliste für Langfristige Heilmittelbedarfe aufgenommen werden, um langfristig entscheidend zur Stabilisation des Zustandes und zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen zu können.</p> <p>Primäre ziliäre Dyskinesie (Q34.8)</p> <p>Bei der Primären ziliären Dyskinesie (PCD) handelt es sich um eine angeborene und lebensverkürzende Erkrankung der Atemwege, bei der die beweglichen Zilien der Lunge in ihrer Bewegung eingeschränkt sind. Durch die fehlerhafte Beweglichkeit kann die eigentliche Transportfunktion der Zilien nicht stattfinden und somit ist eine konstante Reinigung der Atemwege nicht möglich.</p>

¹ [1], [2], [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9]

² [10]

Spitzenverband der Heilmittelverbände SHV e.V.	
02.04.2024 (V)	
	<p>Hieraus resultieren eine Anhäufung von Infektionen, die schlussendlich zu einer Chronifizierung führt.</p> <p>Ähnlich wie bei der Mukoviszidose entwickeln sich Bronchiektasen häufig mit Besiedelung multiresistenter Keime. Weitere typische Symptome der PCD sind chronische Entzündungen in den Nasennebenhöhlen und des Mittelohrs mit hoher Gefahr einer Hörschädigung.</p> <p>Schon im frühen Säuglingsalter können die Kinder stark betroffen sein. Säuglinge, Kleinkinder, Jugendliche aber auch Erwachsene und insbesondere ältere Patienten sind oft nicht in der Lage, ihre übermäßige Sekretlast in ausreichendem Maße aus den Atemwegen zu entfernen.</p> <p>Als unabdingbare Therapiemaßnahme zeigt sich hier eine intensive lebenslange Physiotherapie, in der speziell auf Sekretd Clearance als auch Anleitung zum Selbstmanagement eingegangen wird. Verbunden mit Inhalationstherapie zur Verflüssigung des Sekrets. Im Heilmittelkatalog ist die PCD bereits den Mukoviszidose vergleichbaren Pulmonalen Erkrankungen zugeordnet worden und kann darüber einen Therapiebeginn abdecken. Bei einer derart schweren und chronisch verlaufenden Erkrankung sind jedoch 50 Therapieeinheiten (orientierende Behandlungsmenge) nicht ausreichend.</p> <p>Der Patient benötigt eine intensive und langfristig regelmäßige Therapie, um seine Symptomlast zu reduzieren und mögliche Folgeschäden zu vermeiden. Aus diesem Grund ist eine Aufnahme der Diagnose in die Diagnoseliste der Langfristigen Heilmittelbedarfe für Physiotherapie unerlässlich.</p>

Quellen:

[1] Burnham P, Stanford G, Stewart R. Autogenic drainage for airway clearance in cystic fibrosis. Cochrane Cystic Fibrosis and Genetic Disorders Group, Herausgeber. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 15. Dezember 2021 [zitiert 3. August 2022];2021(12). Verfügbar unter: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009595.pub3>

[2] Burtin C, Hebestreit H. Rehabilitation in Patients with Chronic Respiratory Disease Other than Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Exercise and Physical Activity Interventions in Cystic Fibrosis and Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis. Respiration [Internet]. 2015 [zitiert 3. August 2022];89(3):181–9. Verfügbar unter: <https://www.karger.com/Article/FullText/375170>

[3] Dwyer TJ, Daviskas E, Zainuldin R, Verschuer J, Eberl S, Bye PTP, u. a. Effects of exercise and airway clearance (positive expiratory pressure) on mucus clearance in cystic fibrosis: a randomised crossover trial. *Eur Respir J* [Internet]. April 2019 [zitiert 3. August 2022];53(4):1801793. Verfügbar unter:

<http://erj.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/13993003.01793-2018>

[4] Lee AL, Burge A, Holland AE. Airway clearance techniques for bronchiectasis. In: *The Cochrane Collaboration*, Herausgeber. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [zitiert 3. August 2022]. S. CD008351.pub2. Verfügbar unter:

- Lee AL, Burge AT, Holland AE. Positive expiratory pressure therapy versus other airway clearance techniques for bronchiectasis. *Cochrane Airways Group*, Herausgeber.

Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 27. September 2017 [zitiert 3. August 2022];2017(9). Verfügbar unter:

<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011699.pub2>

[5] Lee AL, Burge AT, Holland AE. Positive expiratory pressure therapy versus other airway clearance techniques for bronchiectasis. *Cochrane Airways Group*, Herausgeber. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 27. September 2017 [zitiert 3. August 2022];2017(9). Verfügbar unter:

<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011699.pub2>

[6] Polverino E, Goeminne PC, McDonnell MJ, Aliberti S, Marshall SE, Loebinger MR, u. a. European Respiratory Society guidelines for the management of adult bronchiectasis. *Eur Respir J* [Internet]. September 2017 [zitiert 3. August 2022];50(3):1700629. Verfügbar unter:

<http://erj.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/13993003.00629-2017>

[7] Welsh EJ, Evans DJ, Fowler SJ, Spencer S. Interventions for bronchiectasis: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Airways Group*, Herausgeber. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 14. Juli 2015 [zitiert 3. August 2022]; Verfügbar unter:

<https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010337.pub2>

[8] Wong C, Sullivan C, Jayaram L. ELTGOL airway clearance in bronchiectasis: laying the bricks of evidence. *Eur Respir J* [Internet]. Januar 2018 [zitiert 3. August 2022];51(1):1702232. Verfügbar unter:

<http://erj.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/13993003.02232-2017>

[9] Zanini A, Aiello M, Adamo D, Cherubino F, Zampogna E, Sotgiu G, u. a. Effects of Pulmonary Rehabilitation in Patients with Non-Cystic Fibrosis Bronchiectasis: A Retrospective Analysis of Clinical and Functional Predictors of Efficacy. *Respiration*. 2015;89(6):525–33.

[10] S2k-Leitlinie Management erwachsener Patienten mit Bronchiektasen Erkrankung.

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-030> (aufgerufen am 21.03.2024)

8.7 Mündliche Stellungnahmen

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 16. April 2024 eingeladen worden.

Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

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 vom 16. April 2024 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
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e.V.	Herr Volker Brünger	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e.V.	Frau Dorothea Schmidt	nein	nein	nein	nein	nein	nein
LOGO Deutschland Selbstständige in der Logopädie e. V.	Frau Christiane Sautter-Müller	nein	nein	nein	nein	nein	nein
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.	Frau Beate Konietzko	nein	nein	nein	nein	nein	nein
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.	Herr Christopher Büttner	ja	nein	nein	nein	nein	nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende sechs Fragen gestellt:

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?

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Veranlasste Leistungen gewürdigt. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 12 Absatz 3 Satz 4 Verfo).

8.8 Wortprotokoll der Anhörung vom 16. April 2024

Vorsitzende: Frau Dr. Lelgemann
Beginn: 10:30 Uhr
Ende: 10:38 Uhr
Ort: Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin (Hybridsitzung)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung

Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED):
Herr Volker Brünger
Frau Dorothea Schmidt

LOGO Deutschland Selbstständige in der Logopädie e. V.
Frau Christiane Sautter-Müller

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV):
Frau Beate Konietzko
Herr Christopher Büttner

Beginn der Anhörung: 10:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer:innen sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): So, erstmal einen schönen Guten Morgen hier aus Berlin, an alle erstmal hier im Raum und an alle, die uns zugeschaltet sind. Wir starten mit einer mündlichen Anhörung heute im Unterausschuss Veranlasste Leistungen und zwar zur Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf. Und wir haben hierfür angemeldete Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die stellungnahmeberechtigten Organisationen. Und zwar einmal Herr Brünger und Frau Schmidt für den Bundesverband für Ergotherapeut:innen Deutschland. Sind Sie beide da?

Frau Schmidt (BED): Ja.

Herr Brünger (BED): Ja.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Schönen Guten Morgen. Dann für LOGO Deutschland Frau Sautter-Müller.

Frau Sautter-Müller (LOGO Deutschland): Ich bin anwesend. Dankeschön.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Schönen Guten Morgen. Und dann für den Spitzenverband der Heilmittelverbände Frau Konietzko und Herr Büttner.

Frau Konietzko (SHV): Ja. Guten Morgen, bin anwesend.

Herr Büttner (SHV): Ja. Guten Morgen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Schönen Guten Morgen. Dann können wir unmittelbar starten. Die üblichen Präliminarien: Wir erzeugen von dieser Anhörung eine Aufzeichnung, um hinterher ein Wortprotokoll erzeugen zu können. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind. Ansonsten bedanken wir uns für Ihre schriftlichen Stellungnahmen, die wir gesehen und größtenteils gewürdigt haben oder überhaupt gewürdigt haben. Von daher würde ich Sie bitten, sich auf einzelne Aspekte zu beschränken. Es ist also nicht notwendig, die gesamte Stellungnahme nochmal vorzutragen. Und ich gebe Ihnen jetzt nacheinander zunächst

das Wort. Wenn Sie darüber hinaus Wortmeldungen haben, würde ich Sie bitten, sich kurz im Chat zu melden. Das hat für uns den Vorteil, dass wir Sie gleich auf der Rednerliste haben. Und dann geht es auch unmittelbar los. Ich beginne mit LOGO Deutschland, Frau Sautter-Müller.

Frau Sautter-Müller (LOGO Deutschland): Ja, vielen Dank. Sie haben die schriftliche Stellungnahme erhalten. Wir hatten in der Vorgeschichte leider verpasst, da ja jetzt die Diagnoselisten nur ergänzt werden sollten, uns da schon einzuschalten. Jetzt sind wir auf diesen Zug mit aufgesprungen. Zum ersten Zeitpunkt hatten wir die Relevanz des Themas noch nicht so richtig erfasst. Wir haben jetzt immer häufiger Patienten in den Praxen, die auch mit – ich sage jetzt Mal – verschiedenen Lungenproblemen, daraus resultierend Schluck- und Stimmstörungen haben. Und Ärzte gerade bei der interstitiellen Lungenfibromatose zunächst nur Physiotherapie verordnen und wir davon ausgehen, dass bei diesen Erkrankungen, insbesondere auch im Bereich Palliation, die Logopädie einen äußerst wertvollen Beitrag leisten kann und die Ärzteschaft ermutigt werden sollte, hier multiprofessionelles Vorgehen auch budgetneutral verordnen zu können. Die Literatur hängt auch der Stellungnahme an. Es sind entsprechend Weblinks da. Ich stehe jetzt gerne für Nachfragen zur Verfügung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Dann übergebe ich aber – mögliche Nachfragen nachher – jetzt übergebe ich erstmal an den Spitzenverband der Heilmittelverbände, Frau Konietzko oder Herr Büttner.

Frau Konietzko (SHV): Ja, guten Morgen, die Frau Konietzko redet. Wir begrüßen sehr die Erweiterung der Diagnoseliste für die interstitiellen Lungenerkrankungen und Lungenfibrosen und haben da keine Ergänzungen. Ergänzend möchten wir hier aber gern nochmal das Forum nutzen, um auf die zusätzliche Aufnahme der bereits vorgeschlagenen Diagnosen der Bronchiektasen, also J47.-, angeborene Bronchiektasie, wie Q33.4 und die PCD, also die Primäre Ciliäre Dyskinesie, aufmerksam zu machen. Also die Patienten profitieren enorm von der Atemphysiotherapie. Exazerbation und Folgeschäden können minimiert und reduziert werden und von daher stehe ich auch jetzt hier für weitere Fragen zur Verfügung.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ganz herzlichen Dank dafür. Herr Büttner, haben Sie Ergänzungen?

Herr Büttner (SHV): Nein, vielen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Gerne. Dann Bundesverband für Ergotherapeut:innen, Herr Brünger oder Frau Schmidt oder beide.

Herr Brünger (BED): Ja, Volker Brünger, BED. Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. Ich verweise im Grundsatz auf unsere schriftliche Stellungnahme. Wir hatten da in der Hauptsache ergänzende Hinweise und in der Sache haben aber [...].

[Herr Brünger hat Verbindungsprobleme.]

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Herr Brünger, die Verbindung zu Ihnen ist schlecht. Nicht nur, dass wir Sie nicht sehen. Jetzt können wir Sie auch nicht mehr hören. Vielleicht können Sie ergänzen Frau Schmidt?

Frau Schmidt (BED): Ja. Genau, also. Erstmals begrüßen wir eben auch die Ergänzung der Liste für den langfristigen Heilmittelbedarf. Zusätzlich hatten wir dann in unserer Stellungnahme auch noch darum gebeten, die Diagnosen zum komplexen regionalen Schmerzsyndrom aufzunehmen, wie in der Stellungnahme beschrieben sowie es bei der Diagnosegruppe PS4 zu ermöglichen, auch die sensomotorisch perzeptive Behandlung in die Heilmittelbehandlung aufzunehmen.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. Ich sehe jetzt, dass Herr Brünger wieder da ist. Herr Brünger Sie waren zwischenzeitig weg. Möchten Sie noch Ihr ursprüngliches Statement ergänzen? Ich höre Herrn Brünger nicht. Das heißt, ich schlage vor, dass wir erstmal weitermachen.

Gibt es jetzt seitens unserer zugeschalteten Expertinnen und Experten weiteren Ergänzungsbedarf? Wenn das nicht der Fall ist, meine Frage an den Unterausschuss, gibt es Fragen aus dem Unterausschuss an unsere Expertinnen und Experten? Ich sehe eine schweigsame Runde ohne jede Frage. Alles scheint geklärt. Gibt es Austauschbedarf, der ja hier angeboten worden ist – die Möglichkeit zum Austausch oder für Rückfragen? Das scheint nicht der Fall zu sein. Dann ist das sehr kurz. Aber ich kann mich dann an dieser Stelle nur bedanken, dafür dass Sie sowohl schriftlich uns Ihre Stellungnahmen eingereicht haben als auch, dass Sie heute an der mündlichen Anhörung teilgenommen haben und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag. Machen Sie es gut. Und an die Mitglieder des Unterausschusses, wir wählen uns mit dem neuen Link ein für die Hauptsitzung. Vielen Dank.

Schluss der Anhörung: 10:38 Uhr