

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Ergänzung der Diag-
noseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Ab-
satz 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie)

Vom 20. August 2026

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	8
8.4	Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren	9
8.5	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen	15
8.6	Volltext der schriftlichen Stellungnahme.....	20
8.7	Mündliche Stellungnahmen	27
8.8	Wortprotokoll der Anhörung vom 2. Juni 2026.....	28

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.

Die Patientenvertretung im G-BA hat Hinweise aus der Versorgung vorgetragen, dass für Patientinnen und Patienten mit Multisystematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P] (ICD-10: G23.2) oder mit Multisystematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C] (ICD-10: G23.3) von einem langfristigen Heilmittelbedarf auszugehen sei. Diese Hinweise führten zu einer Überprüfung der Aufnahme der Diagnosen in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der HeilM-RL).

Der G-BA hat die Hinweise geprüft und kommt zu dem Ergebnis, dass bei der Diagnose G23.2 mit den Diagnosegruppen ZN, AT, EN1, SC, SP6 und ST1 sowie bei der Diagnose G23.3 mit den Diagnosegruppen ZN, AT, EN1, SC und SP6 vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs auszugehen ist.

Die Multisystematrophie (MSA) ist eine seltene, rasch progrediente, sporadische neurodegenerative Erkrankung des Erwachsenenalters. Kennzeichnend ist eine kombinierte Beteiligung von autonomen Funktionen, extrapyramidalen motorischen Systemen sowie zerebellaren Strukturen. In der klinischen Einteilung werden zwei Hauptphänotypen der Multisystematrophie unterschieden:

- MSA-P (ICD-10-GM G23.2) Multisystematrophie vom Parkinson-Typ und
- MSA-C (ICD-10-GM G23.3) Multisystematrophie vom zerebellären Typ.

Internationale Übersichtsarbeiten und Konsensusdefinitionen betonen jedoch, dass diese Differenzierung keine unterschiedlichen Erkrankungen, sondern Varianten derselben Systemdegeneration beschreibt. Im Verlauf kommt es häufig zu einer Überlappung der Symptomprofile, und Mischbilder sind typisch.

Unabhängig vom initial dominierenden Phänotyp zeigen beide Subtypen übereinstimmend eine kontinuierliche funktionelle Verschlechterung, zunehmende Einschränkungen der Mobilität und Selbstständigkeit, das Auftreten von Sprech- und Schluckstörungen sowie ein zunehmender Bedarf an kontinuierlicher heilmitteltherapeutischer Versorgung. Eine krankheitsmodifizierende oder kurative Therapie steht nicht zur Verfügung. Die Behandlung ist daher langfristig symptomorientiert und multidisziplinär ausgerichtet [1,2,3,4].

Unabhängig vom Subtyp treten im Verlauf typischerweise und zunehmend physiotherapeutisch relevante Störungen wie schwere Gang- und Standunsicherheit, posturale Instabilität, Bradykinese, Rigor oder Ataxie, ein hohes Sturzrisiko sowie der Verlust selbstständiger Mobilität auf. Auch können im Krankheitsverlauf respiratorische Funktionsstörungen auftreten, die unter anderem durch eine Beeinträchtigung der Atemregulation oder der oberen Atemwege bedingt sein können und eine physiotherapeutische Atemtherapie erforderlich machen können. Darüber hinaus zeigen sich ergotherapeutisch relevante Störungen wie Einschränkungen der Feinmotorik, zunehmende Probleme bei Transfers sowie Hilfebedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Ebenso besteht häufig die Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung (beispielsweise mit einem Rollator oder Rollstuhl) und einer Umfeldanpassung. Auch im stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutischen Bereich treten relevante Beeinträchtigungen auf, insbesondere Dysarthrie, Dysarthrophonie und Dysphagie mit Aspirationsgefahr.

Bei der Diagnose G23.3 liegen infolge der zerebellären Schädigung typischerweise Störungen der Koordination, der zeitlichen Abstimmung und der Skalierung komplexer Bewegungsabläufe vor. Im Bereich der Sprechfunktion führt dies regelhaft zu einer neurogenen Störung der Sprechmotorik im Sinne einer ataktischen Dysarthrie. Die hieraus resultierenden Beeinträchtigungen betreffen insbesondere die Koordination, die zeitliche Abstimmung und Feinabstimmung der Sprechbewegungen sowie häufig die Phonationsatmung. Eine primär organisch bedingte Stimmerkrankung liegt nicht vor und die Stimmstörung beruht nicht auf einer primären Schädigung oder Parese der Stimmlippen beziehungsweise der an der Stimmbildung beteiligten laryngealen Muskulatur. Das Kleinhirn innerviert die Stimmlippen nicht direkt.

Die Behandlung der bei G23.3 vorliegenden Schädigungen der Sprechfunktion ist somit durch die Diagnosegruppe, welche die Symptomatiken Dysarthrie, Dysarthrophonie, Sprechapraxie umfasst medizinisch sachgerecht abgebildet. In der Diagnosegruppe SP6 ist das Heilmittel Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verordnungsfähig. Hierunter fällt auch die Behandlung der aus der neurogenen Sprechmotorikstörung resultierenden stimmlichen Beeinträchtigungen. Eine Aufnahme der Diagnosegruppe ST1 ist dagegen nicht sachgerecht, da bei G23.3 keine primär organisch bedingte Stimmerkrankung im Sinne dieser Diagnosegruppe vorliegt. Etwaige Beeinträchtigungen der Stimmfunktion sind vielmehr Folge der neurogenen Sprechmotorikstörung und der beeinträchtigten Phonationsatmung und damit therapeutisch durch die Diagnosegruppe SP6 erfasst. Soweit schluckrelevante Funktionsstörungen bestehen, ist die Diagnosegruppe SC zutreffend.

Diese Einschränkungen sind irreversibel und progredient.

Leitlinien zu degenerativen Ataxien sowie fachliche Empfehlungen zur Heilmitteltherapie beschreiben kontinuierliches Gleichgewichts- und Koordinationstraining, das Training alltags-

1 Fanciulli A & Wenning GK, Multiple-system atrophy. N Engl J Med. 2015 Jan 15;372(3):249-63.

2 Gilman S, Wenning GK, Low PA et al., Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy. Neurology. 2008;71:670–676.

3 Krismer F & Wenning GK, Multiple system atrophy: insights into a rare and debilitating movement disorder. Nat Rev Neurol. 2017 Apr;13(4):232-243.

4 Wenning GK, Stankovic I, Vignatelli L et al., The Movement Disorder Society Criteria for the Diagnosis of Multiple System Atrophy. Movement Disorders 2022; 37(6), 1131-1148.

praktischer Fähigkeiten sowie die Therapie von Sprech- und Schluckstörungen, langfristige Anpassung der Maßnahmen an die Progression als zentrale Bestandteile der Behandlung. Ohne diese Maßnahmen beschleunigt sich der Verlust von Aktivität und Selbstständigkeit [5, 6].

Ein langfristiger Heilmittelbedarf ist daher mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar, da keine funktionelle Erholung zu erwarten ist, im Verlauf neue Funktionsbeeinträchtigungen entstehen und Therapieziele fortlaufend angepasst werden müssen.

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 anderen therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung von Multisystematrophie eine langfristige angeleitete Unterstützung mit physiotherapeutischen, ergotherapeutischen Maßnahmen sowie Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie regelmäßig und langfristig sinnvoll sein kann.

Es handelt sich bei **G23.2** (Multisystematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P]) und **G23.3** (Multisystematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]) 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. Zudem handelt es sich hier um irreversible und fortschreitende Erkrankungen mit fehlender Remission, die einer langfristigen Heilmitteltherapie bedürfen.

Die Aufnahme der **ICD-10-Diagnosen G23.2 und G23.3** auf die Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie – Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V – mit den **Diagnosegruppen ZN, AT, EN1, SC, SP6 und ST1** für die **Diagnose G23.2** sowie mit den **Diagnosegruppen ZN, AT, EN1, SC und SP6** für die **Diagnose G23.3** 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. Januar 2027 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 Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel 8 als Anlage der Tragenden Gründe abgebildet. Es haben sich aufgrund der schriftlichen Stellungnahme Änderungen am Beschlussentwurf ergeben.

5 Klockgether T et al., Ataxien des Erwachsenenalters, S1-Leitlinie, 2023, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Verfügbar unter: <https://www.dgn.org/leitlinien>

6 Höglinger G et al., Parkinson-Krankheit, S2k-Leitlinie, 2023, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Verfügbar unter: <https://www.dgn.org/leitlinien>

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
09.02.2026	PatV	Hinweis aus der Versorgung
28.04.2024	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo) über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
02.06.2026	UA VL	Anhörung über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
07.07.2026	UA VL	Abschließende Beratungen zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V
20.08.2026	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
01.01.2027		Inkrafttreten

7. Fazit

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

Berlin, den 20. August 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk

8. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Die Volltexte zur Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens sind als Anlage zu 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 28. April 2026 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V, § 91 Absatz 5a 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, der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer wurde Gelegenheit gegeben, zur beabsichtigten Änderung der HeilM-RL Stellung zu nehmen.

Die Frist zur Abgabe der Stellungnahmen betrug vier Wochen und endete am 26. Mai 2026. 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)	26.05.2026	Verzicht
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)		keine Stellungnahme abgegeben
Stellungnahmeberechtigte gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V		
LOGO Deutschland e.V. Selbständige in der Logopädie	06.05.2026	
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	19.05.2026	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba)	26.05.2026	
Bundesverband für Podologie e. V.	18.05.2026	Verzicht
Verband für Ernährung und Diätetik (VFED)	29.04.2026	Verzicht
Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland (BED) e.V.		keine Stellungnahme abgegeben
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs)		
Verband Deutscher Podologen e. V. (VDP)		
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)		

Stellungnahmeberechtigte	Eingang SN	Bemerkungen
Deutscher Verband für Podologie e. V. (ZFD)		
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)		
BerufsVerband Oecotrophologie e. V. (VDOE)		
Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB)		
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.	20.05.2026	

8.3 Beschlussentwurf zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 28.04.2026



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 **TT. Monat 2026**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **TT. Monat 2026** 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 15. Mai 2025 (BAnz AT 04.08.2025 B3) 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 „Erkrankungen des Nervensystems“ werden nach der Zeile „G20.2-“ die folgenden Zeilen eingefügt:

„G23.2	Multisystematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P]		ZN/AT	EN1	SC/SP6 [Variante A: Aufnahme ST1 für G23.2 und G23.3; Variante B: keine Aufnahme von ST1 für G23.3]
G23.3	Multisystematrophie vom zerebellärer Typ [MSA-C]				

- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.

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

Berlin, den **TT. Monat 2026**

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

8.4 Tragende Gründe zum Stellungnahmeverfahren

Stand: 28.04.2026



Tragende Gründe

zum 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 TT. Monat 2026

Inhalt

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

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.

Die Patientenvertretung im G-BA hat Hinweise aus der Versorgung vorgetragen, dass für Patientinnen und Patienten mit Multisystematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P] (ICD-10: G23.2) oder mit Multisystematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C] (ICD-10: G23.3) von einem langfristigen Heilmittelbedarf auszugehen sei. Diese Hinweise führten zu einer Überprüfung der Aufnahme der Diagnosen in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der HeilM-RL).

Der G-BA hat die Hinweise geprüft und kommt zu dem Ergebnis, dass bei den Diagnosen G23.2 und G23.3 mit den **Diagnosegruppen ZN, AT, EN1, SC, SP6 [Variante A: und ST1; Variante B: keine Aufnahme von ST1 für G23.3]** vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfs auszugehen ist.

Die Multisystematrophie (MSA) ist eine seltene, rasch progrediente, sporadische neurodegenerative Erkrankung des Erwachsenenalters. Kennzeichnend ist eine kombinierte Beteiligung von autonomen Funktionen, extrapyramidalen motorischen Systemen sowie zerebellaren Strukturen. In der klinischen Einteilung werden zwei Hauptphänotypen der Multisystematrophie unterschieden:

- MSA-P (ICD-10-GM G23.2) Multisystematrophie vom Parkinson-Typ und
- MSA-C (ICD-10-GM G23.3) Multisystematrophie vom zerebellären Typ.

Internationale Übersichtsarbeiten und Konsensusdefinitionen betonen jedoch, dass diese Differenzierung keine unterschiedlichen Erkrankungen, sondern Varianten derselben Systemdegeneration beschreibt. Im Verlauf kommt es häufig zu einer Überlappung der Symptomprofile, und Mischbilder sind typisch.

Unabhängig vom initial dominierenden Phänotyp zeigen beide Subtypen übereinstimmend eine kontinuierliche funktionelle Verschlechterung, zunehmende Einschränkungen der Mobilität und Selbstständigkeit, das Auftreten von Sprech- und Schluckstörungen sowie ein zunehmender Bedarf an kontinuierlicher heilmitteltherapeutischer Versorgung. Eine krankheitsmodifizierende oder kurative Therapie steht nicht zur Verfügung. Die Behandlung ist daher langfristig symptomorientiert und multidisziplinär ausgerichtet [1,2,3,4].

Unabhängig vom Subtyp treten im Verlauf typischerweise und zunehmend physiotherapeutisch relevante Störungen wie schwere Gang- und Standunsicherheit, posturale Instabilität, Bradykinese, Rigor oder Ataxie, ein hohes Sturzrisiko sowie der Verlust selbstständiger Mobilität auf. Auch können im Krankheitsverlauf respiratorische Funktionsstörungen auftreten, die unter anderem durch eine Beeinträchtigung der Atemregulation oder der oberen Atemwege bedingt sein können und eine physiotherapeutische Atemtherapie erforderlich machen können. Darüber hinaus zeigen sich ergotherapeutisch relevante Störungen wie Einschränkungen der Feinmotorik, zunehmende Probleme bei Transfers sowie Hilfebedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Ebenso besteht häufig die Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung (beispielsweise mit einem Rollator oder Rollstuhl) und einer Umfeldanpassung. Auch im logopädischen Bereich treten relevante Beeinträchtigungen auf, insbesondere Dysarthrie, Dysarthrophonie und Dysphagie mit Aspirationsgefahr.

Variante A Aufnahme ST1 für G23.2 und G23.3	Variante B keine Aufnahme von ST1 für G23.3
Zudem sind bei der Multisystematrophie organisch bedingte Stimmstörungen infolge der Beeinträchtigung der laryngealen Motorik bei beiden Subtypen beschrieben. Hierzu zählen insbesondere zentral oder periphere neurogene Stimm lippenminderbeweglichkeiten, Stimm lippenparesen sowie weitere laryngeale Bewegungsstörungen oder Hypomobilität. Diese führen zu primär stimmbezogenen Funktionsstörungen, die über eine reine Sprechmotorikstörung hinausgehen. Ein genereller Ausschluss solcher laryngealen Funktionsstörungen für die Multisystematrophie vom zerebellären Typ (MSA-C) ist anhand der Literatur nicht nachvollziehbar.	Bei der Diagnose G23.3 liegen infolge der zerebellären Schädigung typischerweise Störungen der Koordination, der zeitlichen Abstimmung und der Skalierung komplexer Bewegungsabläufe vor. Im Bereich der Sprechfunktion führt dies regelhaft zu einer neurogenen Störung der Sprechmotorik im Sinne einer ataktischen Dysarthrie. Die hieraus resultierenden Beeinträchtigungen betreffen insbesondere die Koordination, die zeitliche Abstimmung und Feinabstimmung der Sprechbewegungen sowie häufig die Phona-tionsatmung. Eine primär organisch bedingte Stimmerkrankung liegt nicht vor und die Stimmstörung beruht nicht auf einer pri-

- 1 Fanciulli A & Wenning GK, Multiple-system atrophy. N Engl J Med. 2015 Jan 15;372(3):249-63.
- 2 Gilman S, Wenning GK, Low PA et al., Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy. Neurology. 2008;71:670-676.
- 3 Krismer F & Wenning GK, Multiple system atrophy: insights into a rare and debilitating movement disorder. Nat Rev Neurol. 2017 Apr;13(4):232-243.
- 4 Wenning GK, Stankovic I, Vignatelli L et al., The Movement Disorder Society Criteria for the Diagnosis of Multiple System Atrophy. Movement Disorders 2022; 37(6), 1131-1148.

Variante A Aufnahme ST1 für G23.2 und G23.3	Variante B keine Aufnahme von ST1 für G23.3
So sind auch für MSA-C Stimmlippenparalysen beschrieben [5,6]. Darüber hinaus zeigen Untersuchungen vergleichbare laryngeale Bewegungsveränderungen bei MSA-P und MSA-C, sodass organisch bedingte Stimmstörungen bei beiden Subtypen auftreten können. Diese können im Rahmen der Diagnosegruppe ST1 behandelt werden [7].	mären Schädigung oder Parese der Stimmlippen beziehungsweise der an der Stimmbildung beteiligten laryngealen Muskulatur. Das Kleinhirn innerviert die Stimmlippen nicht direkt. Die Behandlung der bei G23.3 vorliegenden Schädigungen der Sprechfunktion ist somit durch die Diagnosegruppe, welche die Symptomatiken Dysarthrie/ Dysarthrophonie/ Sprechapraxie umfasst medizinisch sachgerecht abgebildet. In der Diagnosegruppe SP6 ist das Heilmittel Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verordnungsfähig. Hierunter fällt auch die Behandlung der aus der neurogenen Sprechmotorikstörung resultierenden stimmlichen Beeinträchtigungen. Eine Aufnahme der Diagnosegruppe ST1 ist dagegen nicht sachgerecht, da bei G23.3 keine primär organisch bedingte Stimmerkrankung im Sinne dieser Diagnosegruppe vorliegt. Etwaige Beeinträchtigungen der Stimmfunktion sind vielmehr Folge der neurogenen Sprechmotorikstörung und der beeinträchtigten Phonationsatmung und damit therapeutisch durch SP6 erfasst. Soweit schluckrelevante Funktionsstörungen bestehen, ist die Diagnosegruppe SC zutreffend.

Diese Einschränkungen sind irreversibel und progredient.

Leitlinien zu degenerativen Ataxien sowie fachliche Empfehlungen zur Heilmitteltherapie beschreiben kontinuierliches Gleichgewichts- und Koordinationstraining, das Training alltags-

- 5 Bezerra de Mello RA, Ferreira D, Dias da Costa JM et al., 2010, Multiple-System Atrophy with Cerebellar Predominance Presenting as Respiratory Insufficiency and Vocal Cords Paralysis. Case Reports in Medicine, Case Rep Med.
- 6 Gandor F, Vogel A, Claus I et al., 2020, Laryngeal Movement Disorders in Multiple System Atrophy: A Diagnostic Biomarker? Movement Disorders, Vol. 35, No. 12
- 7 Mozzanica F, Pizzorni N, Eplite A et al., 2024, Swallowing Characteristics in Patients with Multiple System Atrophy Analyzed Using FEES Examination. Dysphagia, 39:387–397.

praktischer Fähigkeiten sowie die Therapie von Sprech- und Schluckstörungen, langfristige Anpassung der Maßnahmen an die Progression als zentrale Bestandteile der Behandlung. Ohne diese Maßnahmen beschleunigt sich der Verlust von Aktivität und Selbstständigkeit [8, 9].

Ein langfristiger Heilmittelbedarf ist daher mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar, da keine funktionelle Erholung zu erwarten ist, im Verlauf neue Funktionsbeeinträchtigungen entstehen und Therapieziele fortlaufend angepasst werden müssen.

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 anderen therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung von Multisystematrophie eine langfristige angeleitete Unterstützung mit physiotherapeutischen, ergotherapeutischen Maßnahmen sowie Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie regelmäßig und langfristig sinnvoll sein kann.

Es handelt sich bei **G23.2** (Multisystematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P]) und **G23.3** (Multisystematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]) 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. Zudem handelt es sich hier um irreversible und fortschreitende Erkrankungen mit fehlender Remission, die einer langfristigen Heilmitteltherapie bedürfen. Die Aufnahme der **ICD-10-Diagnosen G23.2 und G23.3** auf die Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie – Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V – mit den **Diagnosegruppen ZN, AT, EN1, SC, SP6 [Variante A: und ST1; Variante B: keine Aufnahme von ST1 für G23.3]** 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. Januar 2027 vorgesehen, um eine Umsetzung und damit eine flächendeckende Anwendung der geänderten Richtlinie zu gewährleisten.

4. Würdigung der Stellungnahmen

[...]

8 Klockgether T et al., Ataxien des Erwachsenenalters, S1-Leitlinie, 2023, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Verfügbar unter: <https://www.dgn.org/leitlinien>
9 Höglinger G et al., Parkinson-Krankheit, S2k-Leitlinie, 2023, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Verfügbar unter: <https://www.dgn.org/leitlinien>

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
09.02.2026	PatV	Hinweis aus der Versorgung
28.04.2024	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
01.01.2027		Inkrafttreten

7. Fazit

[...]

Berlin, den TT. Monat 2026

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.	Logo Dtl.	Aufnahme der Diagnosen G23.2 (MSA-P) und G23.3 (MSA-C) in Anlage 2: Die mit dem Beschlussentwurf vorgesehene Aufnahme der ICD-10-Diagnosen G23.2 und G23.3 in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf wird vollumfänglich befürwortet. Die Multisystematrophie ist eine seltene, sporadische und rasch progrediente neurodegenerative Erkrankung des Erwachsenenalters mit kombinierter Beteiligung autonomer, extrapyramidal-motorischer und zerebellärer Strukturen. Eine krankheitsmodifizierende oder kurative Therapie steht nicht zur Verfügung; die Versorgung ist langfristig symptomorientiert und multidisziplinär ausgerichtet. Die Voraussetzungen des § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Absatz 1 HeilM-RL (schwere und langfristige funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten, nachvollziehbarer Therapiebedarf von mindestens einem Jahr) sind hier ohne Einschränkung erfüllt.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
2.	Logo Dtl.	Diagnosegruppen ZN, AT, EN1, SC und SP6: Die Zuordnung zu den Diagnosegruppen ZN, AT, EN1, SC und SP6 wird befürwortet. Die in den Tragenden Gründen aufgeführten Funktionsstörungen – Gang- und Standunsicherheit, posturale Instabilität, Bradykinese, Rigor, Ataxie, Sturzrisiko, respiratorische Funktionsstörungen, Einschränkungen der Feinmotorik, Transferprobleme, Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Dysarthrie/Dysarthrophonie sowie Dysphagie mit Aspirationsgefahr – werden durch diese Diagnosegruppen sachgerecht abgebildet.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
3.	Logo Dtl.	Wir empfehlen, Variante A anzunehmen und die Diagnosegruppe ST1 sowohl für G23.2 als auch für G23.3 in die Anlage 2 aufzunehmen. Variante B wird abgelehnt. a) Innere Konsistenz mit den Tragenden Gründen. Die Tragenden Gründe stellen ausdrücklich fest, dass MSA-P und MSA-C keine unterschiedlichen Erkrankungen, sondern „Varianten derselben Systemdegeneration“ sind und dass im Verlauf Mischbilder typisch sind. Eine Aufspaltung der Subtypen allein bei der Diagnosegruppe ST1 widerspricht dieser eigenen Einordnung. b) Wortlaut des Heilmittelkatalogs. Die Diagnosegruppe ST1 erfasst nach dem Heilmittelkatalog (Zweiter Teil der HeilM-RL, Abschnitt II.1.1) ausdrücklich auch „periphere oder zentrale neurogene Stimmlippenminderbeweglichkeit (Stimmlippenparese, Stimmlippenparalyse)“. Bei der MSA – einschließlich des zerebellären Subtyps – sind genau solche zentral-neurogenen laryngealen Befunde dokumentiert; sie erfüllen die Definition unmittelbar.	KBV/PatV Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV Dem Vorschlag des Stellungnehmers, ST1 auch für die Diagnose G23.3 aufzunehmen, wird nicht gefolgt. Die Behandlung der bei G23.3 vorliegenden Schädigungen der Sprechfunktion ist durch die Diagnosegruppe SP6 medizinisch sachgerecht abgebildet. In der Diagnosegruppe SP6 ist das Heilmittel Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verordnungsfähig. Hierunter fällt auch die	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		c) Empirische Evidenz. Die in den Tragenden Gründen selbst zitierten Studien (Gandor et al. 2020; Mozzanica et al. 2024) zeigen übereinstimmend, dass laryngeale Bewegungsstörungen bei MSA in Häufigkeit und Charakter vom Phänotyp unabhängig auftreten. Stimmlippenpareesen sind auch für MSA-C beschrieben. Die in Variante B getroffene Annahme, bei G23.3 liege keine primär organisch bedingte Stimmerkrankung vor, ist mit dieser Studienlage nicht vereinbar. d) Tragfähigkeit des neuroanatomischen Arguments. Der Hinweis in Variante B, das Kleinhirn innerviere die Stimmlippen nicht direkt, ist neuroanatomisch zutreffend, für die Indikationsfrage jedoch nicht tragfähig: Die MSA ist per definitionem eine Multi-System-Atrophie, die auch beim zerebellären Subtyp die olivo-ponto-zerebellären Bahnen sowie Hirnstammstrukturen einschließlich der für die laryngeale Innervation zuständigen Kerngebiete mitbetrifft. Genau hieraus erklären sich die in der Literatur dokumentierten organisch-neurogenen Stimmlippenfunktionsstörungen. e) Systematische Konsistenz mit Anlage 2. Die Anlage 2 listet bereits unter G20.2- (Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung, Stadium 5 nach Hoehn und Yahr) die Diagnosegruppen SC1/SP6/ST1. Würde Variante B umgesetzt, hätte G20.2-ST1, G23.2 ST1, aber G23.3 – obwohl Teil derselben Krankheitsentität wie G23.2 – kein ST1. Eine sachliche Rechtfertigung für diese Differenzierung lässt sich aus der Studienlage nicht ableiten.	Behandlung der aus der neurogenen Sprechmotorikstörung resultierenden stimmlichen Beeinträchtigungen. Bei der Multisystematrophie vom zerebellären Typ (MSA-C) stehen krankheitsbedingt Störungen der Koordination, der zeitlichen Abstimmung sowie der Skalierung komplexer Bewegungsabläufe infolge der zerebellären Schädigung im Vordergrund. Diese manifestieren sich im Bereich der Sprechfunktion regelhaft als ataktische Dysarthrie und damit als neurogene Störung der Sprechmotorik. Die hieraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen umfassen insbesondere die Koordination und Feinabstimmung der Sprechbewegungen sowie häufig auch die Phonationsatmung. Für die zusätzliche Aufnahme der Diagnosegruppe ST1 zu G23.3 ist maßgeblich, ob ein regelhafter und durch die bereits zugeordneten Diagnosegruppen nicht hinreichend abgebildeter Heilmittelbedarf besteht. Dies ist bei G23.3 nicht der Fall. Eine Aufnahme der Diagnosegruppe ST1 ist daher nicht sachgerecht.	
4.	Logo Dtl.	Inkrafttreten 1. Januar 2027: Eine frühere Anwendbarkeit – soweit mit den technischen Vorlaufzeiten vereinbar – wird angeregt. Die in den Tragenden Gründen genannten Vorlaufzeiten für die Aktualisierung der Praxisverwaltungssysteme und der nachgelagerten Prozesse der Heilmittelversorgung sind sachgerecht. Angesichts des dokumentierten progredienten Verlaufs der Erkrankung und der begrenzten Lebenserwartung der Betroffenen ist eine zeitnahe Anwendbarkeit der Regelung jedoch im Versorgungsinteresse.	Kenntnisnahme	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
5.	Logo Dtl.	Folgerichtige Anwendung auf neurodegenerative Erkrankungen / Multisystematrophien insgesamt: Die unter Ziffer 3 dargelegten Erwägungen sind nicht auf G23.2 und G23.3 beschränkt. Sie sprechen dafür, die Diagnosegruppe ST1 grundsätzlich bei allen neurodegenerativen Erkrankungen mit dokumentierter laryngealer Beteiligung – insbesondere bei den weiteren in der ICD-10 unter G23 kodierten Multisystematrophien und sonstigen degenerativen Krankheiten der Basalganglien – als Besonderheit vorzusehen. Bei vielen neurodegenerativen Erkrankungen treten Stimm- und Stimmklappenfunktionsstörungen bereits in frühen Krankheitsphasen auf. Häufig zählen Heiserkeit, eingeschränkte stimmliche Belastbarkeit oder Stridor zu den ersten klinisch fassbaren Symptomen; bei der MSA ist die laryngeale Beteiligung zudem als Frühindikator und Differenzialdiagnostikum zur Parkinson-Krankheit etabliert. Neurodegenerative Erkrankungen verlaufen typischerweise in unterschiedlichen Phasen – mit phasenspezifisch unterschiedlich ausgeprägten Funktionsstörungen, wechselnder Symptomdominanz und progredienter Schwere. Die zur Verfügung stehenden Diagnosegruppen sollten diese Phasenabhängigkeit abbilden, damit therapeutisch jederzeit auf das im Vordergrund stehende Funktionsdefizit reagiert werden kann. Eine restriktive Verweisung allein auf SP6 (Sprechmotorikstörungen) wird der eigenständigen, primär stimmbezogenen Symptomatik nicht gerecht und führt im Versorgungsalltag zu vermeidbaren Verordnungshindernissen. Die Aufnahme von ST1 bei G23.2 und G23.3 sollte daher als Beginn einer systematischen, evidenzgeleiteten Anpassung der Anlage 2 verstanden werden. Wir regen an, im Rahmen der Beobachtungspflichten nach 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerFO auch für weitere ICD-10-Diagnosen aus der Gruppe G23.- sowie für vergleichbare neurodegenerative Erkrankungen mit dokumentierter laryngealer Beteiligung die Aufnahme der Diagnosegruppe ST1 zu prüfen.	Kenntnisnahme. Der Anregung des Stellungnehmers, weitere ICD-10-Diagnosen aus der Gruppe G23.- sowie für vergleichbare neurodegenerative Erkrankungen mit dokumentierter laryngealer Beteiligung die Aufnahme der Diagnosegruppe ST1 zu prüfen, wird nicht gefolgt. Die Anregung betrifft Diagnosen, die nicht Gegenstand der vorliegenden Beratungen sind. Bei neurologischen / neurodegenerativen Erkrankungen wurde bei Aufnahme in Anlage 2 fachlich überprüft, ob die Diagnosegruppe ST1 medizinisch fachlich angezeigt ist. Im Übrigen siehe lfd. Nummer 3.	Keine Änderung.
6.	SHV	Variante A (Aufnahme ST1 für G23.2 und G23.3) Bei der Diagnose G23.2 und G23.3 liegen – neben Dysarthrie, Dysarthrophonie und Dysphagie – zentrale Störungen der Funktion der Stimmklappen vor. Diese führen zu einem veränderten Schwingungsverhalten und mangelhafter Adduktion der Stimmklappen, welches wiederum zu einer beeinträchtigten Phonation mit heiserem, rauhem Stimmklang, reduzierter Phrasendauer, verminderter Stimmlautstärke und eingeschränktem Stimmumfang führt. Die Diagnosegruppe ST1 im Heilmittelkatalog bezieht sich ausdrücklich auf die zentrale neurogene Stimmklappenminderbeweglichkeit, die bei der Diagnose G23.2 und G23.3 vorliegt. Insofern ist es sachlich richtig und geboten, die Diagnosegruppe ST1 für G23.2 und G23.3 in den langfristigen Heilmittelbedarf bei dieser Patientengruppe aufzunehmen.	Siehe lfd. Nummer 3.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
7.	SHV	Aufnahme von G23.3 (Multisystematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P] und G23.3 Multisystematrophie vom zerebellärer Typ [MSA-C]) Der SHV begrüßt ausdrücklich die Erweiterung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um die im Beschlussentwurf angegebenen Diagnosen und die jeweilige Zuordnung der Diagnosegruppen der Physiotherapie, Ergotherapie und der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
8.	VDB	Als physiotherapeutische Leistungserbringer begrüßen wir den vorliegenden Beschlussentwurf zur Aufnahme der Diagnosen G23.2 und G23.3 in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß Anlage 2. Die vorgesehene Anerkennung eines langfristigen Heilmittelbedarf erscheint aus therapeutischer und versorgungspraktischer Sicht medizinisch zwingend und sachgerecht Die Multisystematrophie stellt eine seltene schwerwiegende, fortschreitende neurodegenerative Erkrankung dar, die regelhaft mit erheblichen schwerwiegenden funktionellen Einschränkungen in den Bereichen Mobilität, Gleichgewicht, Koordination, posturale Kontrolle sowie Selbstversorgung einher geht. Der progressive Krankheitsverlauf führt zu einem dauerhaften hohen und sich häufig sogar steigenden Therapiebedarf, wobei eine funktionelle Remission nicht zu erwarten ist. Der langfristige Heilmittelbedarf ist daher frühzeitig vorhersehbar und medizinisch plausibel.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
9.	dba	Zustimmung - G23.2 (Multisystematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P] Diagnosegruppe SC/SP6/ST1) Die Ergänzung der Anlage 2 durch die Diagnose G23.2 wird befürwortet. Die Symptome wie Störungen des Schluckaktes, der Sprechmotorik und der Stimme können bei MSA-P unabhängig voneinander und unabhängig von weiteren Symptomen wie Störungen der Bewegung, der Muskelspannung oder des Gleichgewichts auftreten. Damit muss die Möglichkeit der gesonderten Verordnungen mit den Indikationen SC, SP6 oder ST1 zu unterschiedlichen Zeiten gewährleistet werden.	Zustimmende Kenntnisnahme.	Keine Änderung.
10.	dba	Zustimmung zu Variante B - G23.3 (Multisystematrophie vom zerebellärer Typ [MSA-C]; Diagnosegruppe Variante A: SC/SP6/ST1 oder Variante B: SC/SP6) Die Ergänzung der Anlage 2 durch die Diagnose G23.3 wird befürwortet. Die Symptome bei MSA-C liegen, anders als bei MSA-P, ursächlich in der Störung des Kleinhirns, welches Muskeln nicht direkt innerviert und damit auch nicht die Stimmklappen, deren Innervation durch den Nervus laryngeus recurrens erfolgt. Eine Störung des Kleinhirns wirkt sich mittelbar auf den Stimmklang aus, indem sie unmittelbar Einfluss hat auf die Feinabstimmung der an der	GKV-SV Zustimmende Kenntnisnahme. KBV/PatV Dem Vorschlag des Stellungnehmers, auf ST1 für die Diagnose G23.3 zu verzichten, wird nicht gefolgt.	Keine Änderung.

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme/Änderungsvorschlag/Begründung	Würdigung	Beschluss-entwurf
		Stimmgebung beteiligten Muskulatur. Organisch bedingte Erkrankungen der Stimme können infolge von MSA-C auftreten, aber nicht als unabhängige Symptomatik von MSA-C. Damit kann auf Grundlage der Diagnose MSA-C keine Verordnung für Stimmtherapie mit der Indikation ST1 erfolgen. Gleichwohl kann Stimmtherapie aber im Rahmen der Indikation SP6 und damit des Heilmittels Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verordnet werden.	Für die Zuordnung von Diagnosegruppen in der Anlage 2 ist nicht allein der primäre Ort der neurologischen Schädigung maßgeblich, sondern der regelhaft zu erwartende Heilmittelbedarf infolge der funktionellen Schädigungen. Zwar manifestiert sich die MSA-C typischerweise zunächst als ataktische Dysarthrie. Gleichwohl sind in der Literatur auch laryngeale Bewegungsstörungen und neurogene Stimmlippenfunktionsstörungen bei MSA-C beschrieben. Da die Diagnosegruppe ST1 nach dem Heilmittelkatalog ausdrücklich zentrale neurogene Stimmlippenminderbeweglichkeiten umfasst, kann sich hieraus ein eigenständiger stimmtherapeutischer Behandlungsbedarf ergeben, der nicht allein durch die Diagnosegruppe SP6 abgebildet wird.	
11.	dba	Tragende Gründe, Seite 3, dritter Absatz, letzter Satz: Hinweis mit der Bitte um Berücksichtigung der korrekten Fachterminologie und Korrektur des Textes: „Auch im logopädischen stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutischen Bereich treten relevante Beeinträchtigungen auf, insbesondere Dysarthrie, Dysarthrophonie und Dysphagie mit Aspirationsgefahr.“ Gemäß § 2, Absatz 1, dritter Spiegelstrich HeilM-RL ist das Heilmittel seit dem Jahre 2001 mit „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ zu bezeichnen. Gemäß Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V, Anlage 5 Zulassungsvoraussetzungen, Nr. 1.1.1 sind Angehörige zwölf unterschiedlicher Berufsgruppen gleichermaßen zur Abgabe von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie zugelassen. Diesen zwölf Berufen liegen zwölf unterschiedliche Ausbildungen zugrunde: Logopädie, Sprachtherapie, Atem-, Sprech- und Stimmlehre etc. Sie alle eint, dass sie alle gemäß § 124 Absatz 1 SGB V zu dem einen Heilmittel „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ zugelassen sind. Entsprechend sollte unter Berücksichtigung des allgemeinen Gleichheitssatzes von „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ gesprochen werden, resp. bezogen auf das Zitat (siehe links): vom stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutischen Bereich.	Kenntnisnahme. Dem Vorschlag des Stellungnehmers in den Tragenden Gründen wird gefolgt.	Keine Änderung.

8.6 Volltext der schriftlichen Stellungnahme



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

LOGO Deutschland Selbstständige in der Logopädie e.V. (LD)  Selbstständige in der Logopädie Berlin, den 30.04.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Aufnahme der Diagnosen G23.2 (MSA-P) und G23.3 (MSA-C) in Anlage 2 Die mit dem Beschlussentwurf vorgesehene Aufnahme der ICD-10-Diagnosen G23.2 und G23.3 in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf wird vollumfänglich befürwortet	Die Multisystematrophie ist eine seltene, sporadische und rasch progrediente neurodegenerative Erkrankung des Erwachsenenalters mit kombinierter Beteiligung autonomer, extrapyramidal-motorischer und zerebellärer Strukturen. Eine krankheitsmodifizierende oder kurative Therapie steht nicht zur Verfügung; die Versorgung ist langfristig symptomorientiert und multidisziplinär ausgerichtet. Die Voraussetzungen des § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 8 Absatz 1 HeilM-RL (schwere und langfristige funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten, nachvollziehbarer Therapiebedarf von mindestens einem Jahr) sind hier ohne Einschränkung erfüllt.
Diagnosegruppen ZN, AT, EN1, SC und SP6 Die Zuordnung zu den Diagnosegruppen ZN, AT, EN1, SC und SP6 wird befürwortet	Die in den Tragenden Gründen aufgeführten Funktionsstörungen – Gang- und Standunsicherheit, posturale Instabilität, Bradykinese, Rigor, Ataxie, Sturzrisiko, respiratorische Funktionsstörungen, Einschränkungen der Feinmotorik, Transferprobleme, Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Dysarthrie/Dysarthrophonie sowie Dysphagie mit Aspirationsgefahr – werden durch diese Diagnosegruppen sachgerecht abgebildet.
Wir empfehlen, Variante A anzunehmen und die Diagnosegruppe ST1 sowohl für G23.2 als auch für G23.3 in die Anlage 2 aufzunehmen. Variante B wird abgelehnt.	a) Innere Konsistenz mit den Tragenden Gründen. Die Tragenden Gründe stellen ausdrücklich fest, dass MSA-P und MSA-C keine unterschiedlichen Erkrankungen, sondern „Varianten derselben Systemdegeneration“ sind und dass im Verlauf Mischbilder typisch sind. Eine Aufspaltung der Subtypen allein bei der Diagnosegruppe ST1 widerspricht dieser eigenen Einordnung. b) Wortlaut des Heilmittelkatalogs. Die Diagnosegruppe ST1 erfasst nach dem Heilmittelkatalog (Zweiter Teil der HeilM-RL, Abschnitt II.1.1) ausdrücklich auch „periphere oder zentrale neurogene Stimmlippenminderbeweglichkeit“

Berlin, den 30.04.2026

	(Stimm lippenparese, Stimm lippenparalyse)". Bei der MSA – einschließlich des zerebellären Subtyps – sind genau solche zentral-neurogenen laryngealen Befunde dokumentiert; sie erfüllen die Definition unmittelbar. c) Empirische Evidenz. Die in den Tragenden Gründen selbst zitierten Studien (Gandor et al. 2020; Mozzanica et al. 2024) zeigen übereinstimmend, dass laryngeale Bewegungsstörungen bei MSA in Häufigkeit und Charakter vom Phänotyp unabhängig auftreten. Stimm lippenparenen sind auch für MSA-C beschrieben. Die in Variante B getroffene Annahme, bei G23.3 liege keine primär organisch bedingte Stimmerkrankung vor, ist mit dieser Studienlage nicht vereinbar. d) Tragfähigkeit des neuroanatomischen Arguments. Der Hinweis in Variante B, das Kleinhirn innerviere die Stimm lippen nicht direkt, ist neuroanatomisch zutreffend, für die Indikationsfrage jedoch nicht tragfähig: Die MSA ist per definitionem eine Multi-System-Atrophie, die auch beim zerebellären Subtyp die olivo-ponto-zerebellären Bahnen sowie Hirnstammstrukturen einschließlich der für die laryngeale Innervation zuständigen Kerngebiete mitbetrifft. Genau hieraus erklären sich die in der Literatur dokumentierten organisch-neurogenen Stimm lippenfunktionsstörungen. e) Systematische Konsistenz mit Anlage 2. Die Anlage 2 listet bereits unter G20.2- (Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung, Stadium 5 nach Hoehn und Yahr) die Diagnosegruppen SC1/SP6/ST1. Würde Variante B umgesetzt, hätte G20.2- ST1, G23.2 ST1, aber G23.3 – obwohl Teil derselben Krankheitsentität wie G23.2 – kein ST1. Eine sachliche Rechtfertigung für diese Differenzierung lässt sich aus der Studienlage nicht ableiten.
Inkrafttreten 1. Januar 2027 Eine frühere Anwendbarkeit – soweit mit den technischen Vorlaufzeiten vereinbar – wird angeregt.	Die in den Tragenden Gründen genannten Vorlaufzeiten für die Aktualisierung der Praxisverwaltungssysteme und der nachgelagerten Prozesse der Heilmittelversorgung sind sachgerecht. Angesichts des dokumentierten progredienten Verlaufs der Erkrankung und der begrenzten Lebenserwartung der Betroffenen ist eine zeitnahe Anwendbarkeit der Regelung jedoch im Versorgungsinteresse.

Berlin, den 30.04.2026

**Folgerichtige Anwendung
auf neurodegenerative
Erkrankungen /
Multisystematrophien
insgesamt**

Die unter Ziffer 3 dargelegten Erwägungen sind nicht auf G23.2 und G23.3 beschränkt. Sie sprechen dafür, die Diagnosegruppe ST1 grundsätzlich bei allen neurodegenerativen Erkrankungen mit dokumentierter laryngealer Beteiligung – insbesondere bei den weiteren in der ICD-10 unter G23 kodierten Multisystematrophien und sonstigen degenerativen Krankheiten der Basalganglien – als Besonderheit vorzusehen.

Bei vielen neurodegenerativen Erkrankungen treten Stimm- und Stimmlippenfunktionsstörungen bereits in frühen Krankheitsphasen auf. Häufig zählen Heiserkeit, eingeschränkte stimmliche Belastbarkeit oder Stridor zu den ersten klinisch fassbaren Symptomen; bei der MSA ist die laryngeale Beteiligung zudem als Frühindikator und Differenzialdiagnostikum zur Parkinson-Krankheit etabliert.

Neurodegenerative Erkrankungen verlaufen typischerweise in unterschiedlichen Phasen – mit phasenspezifisch unterschiedlich ausgeprägten Funktionsstörungen, wechselnder Symptomdominanz und progredienter Schwere. Die zur Verfügung stehenden Diagnosegruppen sollten diese Phasenabhängigkeit abbilden, damit therapeutisch jederzeit auf das im Vordergrund stehende Funktionsdefizit reagiert werden kann. Eine restriktive Verweisung allein auf SP6 (Sprechmotorikstörungen) wird der eigenständigen, primär stimmbezogenen Symptomatik nicht gerecht und führt im Versorgungsalltag zu vermeidbaren Verordnungshindernissen.

Die Aufnahme von ST1 bei G23.2 und G23.3 sollte daher als Beginn einer systematischen, evidenzgeleiteten Anpassung der Anlage 2 verstanden werden. Wir regen an, im Rahmen der Beobachtungspflichten nach 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerFO auch für weitere ICD-10-Diagnosen aus der Gruppe G23.- sowie für vergleichbare neurodegenerative Erkrankungen mit dokumentierter laryngealer Beteiligung die Aufnahme der Diagnosegruppe ST1 zu prüfen.

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

SHV-Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	
19.05.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Variante A Aufnahme ST1 für G23.2 und G23.3	Bei der Diagnose G23.2 und G23.3 liegen – neben Dysarthrie, Dysarthrophonie und Dysphagie – zentrale Störungen der Funktion der Stimmlippen vor. Diese führen zu einem veränderten Schwingungsverhalten und mangelhafter Adduktion der Stimmlippen, welches wiederum zu einer beeinträchtigten Phonation mit heiserem, rauhem Stimmklang, reduzierter Phrasendauer, verminderter Stimmlautstärke und eingeschränktem Stimmumfang führt. Die Diagnosegruppe ST1 im Heilmittelkatalog bezieht sich ausdrücklich auf die zentrale neurogene Stimmlippenminderbeweglichkeit, die bei der Diagnose G23.2 und G23.3 vorliegt. Insofern ist es sachlich richtig und geboten, die Diagnosegruppe ST1 für G23.2 und G23.3 in den langfristigen Heilmittelbedarf bei dieser Patientengruppe aufzunehmen.
Aufnahme von G23.3 Multisystematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P] Und G23.3 Multisystematrophie vom zerebellärer Typ [MSA-C]	Der SHV begrüßt ausdrücklich die Erweiterung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf um die im Beschlussentwurf angegebenen Diagnosen und die jeweilige Zuordnung der Diagnosegruppen der Physiotherapie, Ergotherapie und der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

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.	
20.05.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Als physiotherapeutische Leistungserbringer begrüßen wir den vorliegenden Beschlussentwurf zur Aufnahme der Diagnosen G23.2 und G23.3 in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß Anlage 2. Die vorgesehene Anerkennung eines langfristigen Heilmittelbedarf erscheint aus therapeutischer und versorgungspraktischer Sicht medizinisch zwingend und sachgerecht	Die Multisystematrophie stellt eine seltene schwerwiegende, fortschreitende neurodegenerative Erkrankung dar, die regelhaft mit erheblichen schwerwiegenden funktionellen Einschränkungen in den Bereichen Mobilität, Gleichgewicht, Koordination, posturale Kontrolle sowie Selbstversorgung einher geht. Der progressive Krankheitsverlauf führt zu einem dauerhaften hohen und sich häufig sogar steigenden Therapiebedarf, wobei eine funktionelle Remission nicht zu erwarten ist. Der langfristige Heilmittelbedarf ist daher frühzeitig vorhersehbar und medizinisch plausibel.

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

 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaflhorst-Andersen e.V.	
26.05.2026	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
G23.2 Multisystematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P] Diagnosegruppe SC/SP6/ST1 Zustimmung	Die Ergänzung der Anlage 2 durch die Diagnose G23.2 wird befürwortet. Die Symptome wie Störungen des Schluckaktes, der Sprechmotorik und der Stimme können bei MSA-P unabhängig voneinander und unabhängig von weiteren Symptomen wie Störungen der Bewegung, der Muskelspannung oder des Gleichgewichts auftreten. Damit muss die Möglichkeit der gesonderten Verordnungen mit den Indikationen SC, SP6 oder ST1 zu unterschiedlichen Zeiten gewährleistet werden.
G23.3 Multisystematrophie vom zerebellärer Typ [MSA-C] Diagnosegruppe Variante A: SC/SP6/ST1 Variante B: SC/SP6 Zustimmung zu Variante B	Die Ergänzung der Anlage 2 durch die Diagnose G23.3 wird befürwortet. Die Symptome bei MSA-C liegen, anders als bei MSA-P, ursächlich in der Störung des Kleinhirns, welches Muskeln nicht direkt innerviert und damit auch nicht die Stimmlippen, deren Innervation durch den Nervus laryngeus recurrens erfolgt. Eine Störung des Kleinhirns wirkt sich mittelbar auf den Stimmklang aus, indem sie unmittelbar Einfluss hat auf die Feinabstimmung der an der Stimmgebung beteiligten Muskulatur. Organisch bedingte Erkrankungen der Stimme können infolge von MSA-C auftreten, aber nicht als unabhängige Symptomatik von MSA-C. Damit kann auf Grundlage der Diagnose MSA-C keine Verordnung für Stimmtherapie mit der Indikation ST1 erfolgen. Gleichwohl kann Stimmtherapie aber im Rahmen der Indikation SP6 und damit des Heilmittels Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie verordnet werden.



26.05.2026

Tragende Gründe

Seite 3, dritter Absatz, letzter Satz

Hinweis mit der Bitte um Berücksichtigung der korrekten Fachterminologie und Korrektur des Textes:

Auch im ~~logopädischen~~ **stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutischen** Bereich treten relevante Beeinträchtigungen auf, insbesondere Dysarthrie, Dysarthrophonie und Dysphagie mit Aspirationsgefahr.

Gemäß § 2, Absatz 1, dritter Spiegelstrich HeilM-RL ist das Heilmittel seit dem Jahre 2001 mit „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ zu bezeichnen.

Gemäß Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V, Anlage 5 Zulassungsvoraussetzungen, Nr. 1.1.1 sind Angehörige zwölf unterschiedlicher Berufsgruppen gleichermaßen zur Abgabe von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie zugelassen.

Diesen zwölf Berufen liegen zwölf unterschiedliche Ausbildungen zugrunde:

Logopädie, Sprachtherapie, Atem-, Sprech- und Stimmlehre etc.

Sie alle eint, dass sie alle gemäß § 124 Absatz 1 SGB V zu dem einen Heilmittel „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ zugelassen sind.

Entsprechend sollte unter Berücksichtigung des allgemeinen Gleichheitssatzes von „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ gesprochen werden, resp. bezogen auf das Zitat (siehe links):

vom stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutischen Bereich.

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 2. Juni 2026 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 2. Juni 2026 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
LOGO Deutschland e. V. Selbstständige in der Logopädie	Frau Christiane Sautter-Müller	ja	nein	nein	nein	nein	nein
SHV-Spitzenverband der Heil- mittelverbände e. V.	Herr Bernd Frittrang	ja	nein	ja	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmleh- rer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. Be- rufs- und Fachverband	Frau Marion Malzahn	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Im „Formblatt 1 zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte für Sachverständige und Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten“ wurden folgende 6 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 2. Juni 2026

Vorsitz Herr Dr. med. van Treeck
Beginn: 10:36 Uhr
Ende: 10:51 Uhr
Ort: Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

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

SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.:
Bernd Frittrang

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. Berufs- und Fachverband:
Marion Malzahn

Beginn der Anhörung: 10:36 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Ich begrüße Sie zum Unterausschuss Veranlasste Leistungen, darf mich für die Verzögerung entschuldigen. Und wir beginnen jetzt mit der mündlichen Anhörung zur Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V. Der Ablauf ist wie folgt: Von der Sitzung wird eine Wortprotokoll erstellt. Dieses Wortprotokoll wird auch veröffentlicht. Wenn Sie gleich einen Beitrag haben, nennen Sie bitte vor dem Beitrag Ihren Namen, damit der auch so im Wortprotokoll erscheint. Also der Ablauf ist wie folgt: Ich werde gleich jetzt Ihre Anwesenheit prüfen und bitte Sie dann mit „Ja“ zu bestätigen, dass Sie da sind. Dann tragen Sie einzeln nochmal zentrale Punkte Ihrer

Stellungnahme vor oder Dinge, die sich in der Zwischenzeit ergeben haben, alle nacheinander. Und im Anschluss hat der Unterausschuss dann Gelegenheit, Ihnen Fragen zu stellen. Wenn Sie nicht sprechen, bitte das Mikro ausmachen, wegen der Nebengeräusche. So, ich beginne mit [...] Schon haben wir ein Mikro, was auszumachen ist. Wer hat da bitte sein Mikro an? Ok. Ich begrüße zunächst LOGO D. e. V., Selbstständige in der Logopädie, Frau Christiane Sautter-Müller, sind Sie da?

Frau Christiane Sautter-Müller (LOGO D.): Ja, ich bin da. Guten Morgen in die Runde.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen, wobei ich es mich jetzt wundert, dass ich nur mich sehe und die anderen Teilnehmenden nicht.

Frau Christiane Sautter-Müller (LOGO D.): Also für die Leute, die hybrid teilnehmen – wir können eigentlich alles sehen in den Kacheln.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Ja also, dann betrifft das nur mich. Wobei ich lieber Leute auch sehe, wenn sie sprechen. Aber das wird sich klären. Wir klären das jetzt. Dann als nächstes begrüße ich vom SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände, Herrn Bernd Frittrang.

Herr Bernd Frittrang (SHV): Ja, ich bin hier. Guten Morgen.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Guten Morgen. Und vom Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. Berufs- und Fachverband, Frau Marion Malzahn.

Frau Marion Malzahn (dba): Ja, ich bin da. Guten Morgen.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Gut. Dann darf ich Sie jetzt bitten kurz vorzutragen, was Ihnen wesentlich ist, in Ergänzung zu dem, was Sie schon geschrieben haben oder in Zusammenfassung. Beginnen Sie Frau Sautter-Müller?

Frau Christiane Sautter-Müller (LOGO D.): Ja. Ich weise, natürlich, erst einmal auf unsere schriftliche Stellungnahme hin. Tatsächlich wesentlich glauben wir, dass die Aufnahme von ST1 im Indikationsschlüssel letztendlich bei sehr vielen neurodegenerativen Erkrankungen eines auch der ersten Symptome zu Beginn der Krankheitsphasen sind, ja, mit Heiserkeit, eingeschränkter stimmlicher Belastung, Stridor usw. Und wir würden ganz gerne dringend anregen, dass diese Aufnahme von ST1 – also wir waren für die Variante 1 mit Aufnahme von den Stimmstörungen in den langfristigen Heilmittelbedarf – dass das sozusagen der Beginn ist einer evidenzgeleiteten Anpassung der Anlage 2, da eben auch das bei anderen neurodegenerativen Erkrankungen wesentlich ist und deswegen, dass wir im Rahmen der Beobachtungspflichten auch weitere ICD-10-Diagnosen aus dem Bereich der neurodegenerativen Erkrankungen mit laryngealer Beteiligung prüfen und hier eine patientengerechte Versorgung, auch mit Stimmtherapie, ermöglichen können.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Dankeschön Frau Sautter-Müller. Herr Frittrang

Herr Bernd Frittrang (SHV): Ja, wir empfehlen ebenfalls dringend, die Stimmstörungen mit der Diagnosegruppe ST1 im Zusammenhang mit den Diagnosen G23.2 und G23.3 in den langfristigen Heilmittelbedarf aufzunehmen, eben explizit mit der Diagnosegruppe ST1. Es ist so, dass jetzt schon im Heilmittelkatalog explizit auch als Diagnose eine zentralbedingte neurogene Stimmstörung die Behandlung rechtfertigt und insofern ist es nur sachgerecht, dass dies auch in den langfristigen Heilmittelbedarf aufgenommen wird. Wie die Kollegin vorher schon sagte, neurodegenerative Erkrankungen gehen in zahlreichen Fällen einher mit einer Störung der Funktion der Stimmlippen. Dazu gehören verändertes Schwingungsverhalten, mangelnde

Adduktion und damit eben auch eine beeinträchtigte Phonation und all dies rechtfertigt in Summe die Aufnahme in den langfristigen Heilmittelbedarf.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Vielen Dank Herr Frittrang. Und jetzt Frau Malzahn bitte.

Frau Marion Malzahn (dba): Ja gern. Im Vergleich zum Zeitpunkt zur Abgabe der Stellungnahme hat sich bei uns nichts verändert. Das heißt also, wir stehen weiterhin zu dem, was wir in unserer Stellungnahme geschrieben haben – nämlich, dass die Diagnose ICD G23.2 mit SC, SP6 und ST1 verordnet werden kann. G 23.3 sehen wir es nicht so, sehen wir es nicht so, dass das eine isolierte Stimmstörung ist. Stimmstörungen sind ja durchaus in Kombination mit Sprech- und Sprachstörungen verordnetbar. Und aus dem Grunde haben wir der Variante B zugestimmt, dass es als Bestandteil der gesamten Diagnose nicht isoliert betrachtet werden kann und eben auch nicht isoliert auftritt. Das ist für uns der wesentliche Unterschied.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Dankeschön. Dann darf ich jetzt freigeben für die Fragen aus dem Unterausschuss, die sich offensichtlich aus Ihrem Vortrag nicht ergeben haben. Doch eine Frage [...].

KBV: Ich habe eine Rückfrage an Frau Malzahn. Und zwar haben wir, ja, explizit in der Variante, wo wir für beide Indikationen, für beide Subtypen, die ST1-Aufnahme vorschlagen, einen Fallbericht benannt, der genau bei dem zerebellären Typ diese Stimmlappenpareesen beschreibt. Und wir haben ja auch gehört, dass allgemein bei diesen Erkrankungen Stimmlappenlähmungen als Frühsymptome beschrieben werden. Deswegen die Frage: Wie bewerten Sie diesen Einzelfallbericht und warum sollte man nicht den zum Anlass nehmen, genau auch hier dann für beide Subtypen die ST1-Verordnung zu ermöglichen?

Frau Marion Malzahn (dba): Weil [...] wir beurteilen das eben so, dass die Variante B oder bzw. die G23.3-Variante, dass da nicht isoliert als Erstes die Stimmstörung auftritt. Das ist aus unserer Erfahrung nicht so. Und aus dem Grunde sehen wir auch dieses Fallbeispiel nicht als belegführend dafür, dass es als isolierte, primär auftretende, vorrangig erstmalig auftretende bei diesem Störungsbild-Erkrankung ist, sondern es immer als Bestandteil des gesamten Störungsbildes zu sehen ist. Und aus dem Grunde sehen wir diese isolierte Verordnung von Stimmtherapie nicht.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Danke Frau Malzahn. Dann hat die Patientenvertretung eine Frage.

Patientenvertretung (PatV): Vielen Dank. Die Frage stellt sich für mich, weil es ja eigentlich nicht wichtig ist, ob es sich um eine isolierte Stimmstörung handelt, sondern es kann ja durchaus eingebettet sein. Die Frage an die ersten beiden Stellungnehmer wäre für mich: Warum brauchen wir in diesen Fällen die spezielle Methodik der Stimmtherapie? Also entscheidend sind ja nicht nur jetzt sozusagen die Theorien über die Pathophysiologie der Stimmstörung, sondern brauchen wir die spezielle Methodik der Stimmtherapie? Denn wenn wir die brauchen, dann müssen wir auch ST1 verordnen können. Vielleicht könnten Sie das fachlich beantworten.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Dankeschön. Wer möchte von Ihnen beiden?

Frau Christiane Sautter-Müller (LOGO D.): Also, ich würde einmal anfangen und vielleicht kann mich dann Herr Frittrang ergänzen. Fachlich ist es so, also wenn ich eine Dysarthrie, also SP6, behandle, dann habe ich sozusagen ein komplettes Zusammenspiel zwischen Sprache, Sprechen und Phonation, Gaumensegel usw. Tatsächlich habe ich aber in der reinen Stimmtherapie durchaus auch andere Methoden zur Verfügung. Ich bin tatsächlich überrascht, dass der Deutsche Bundesverband für Atem-, Sprech- und Stimmlehre das anders

sieht. Es ist auch konsequent, weil im Wortlaut des Heilmittelkatalogs die Diagnosegruppe ST1 eben ausdrücklich auf periphere oder auf zentrale neurogene Stimm lippenminderbeweglichkeit benennt. Und wenn ich das vergleiche mit dem Parkinson, auch dort ist eben die ST1 mit drin, weil z. B. gerade beim Parkinson – also ich schweife jetzt ab, also wenn das einfach um eine Konsistenz des Gesamten geht. Und ich habe tatsächlich in der Stimmtherapie sind die Schwerpunkte aus meiner Sicht tatsächlich anders als in der Dysarthrie-Therapie, die einen Anteil an Stimmübungen enthält.

Herr Bernd Frittrang (SHV): Ja, ich schließ mich dem gerne an, um vielleicht ergänzend noch zu sagen, weshalb sozusagen eine spezifische Stimmtherapie genau aus den Gründen, dass wir in der Frühphase dieser neurodegenerativen Erkrankung eben häufig noch isoliert das stimmliche Problem haben. Und im Übrigen würde ich noch ergänzen, es würde auch vielleicht Erleichterungen hinsichtlich des Ordnungsverhaltens herbeiführen, gerade bei Patienten, die vielleicht im Moment der Frühphase nur diese Stimmstörungen bei diesen neurodegenerativen Erkrankungen zeigen.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Dankeschön Herr Frittrang. Möchten Sie noch ergänzen Frau Malzahn?

Frau Marion Malzahn (dba): Nein, ich denke – oder – ich kann es gerne nochmal wiederholen. Wir sehen es als Zusammenspiel dieser verschiedenen Symptome. Das kann – natürlich ist es eine Stimmstörung. Natürlich kann ich alle Störungsbilder erstmal isoliert analysieren, aber bei diesem Störungsbild 23.3 ist es eben so, dass es ein Zusammenspiel der gesamten Symptome ist und nicht als isoliertes Symptom auftritt, auch nicht in der ersten Phase. Aus dem Grunde haben wir einfach eine logische Abfolge, dass hier SP6 und Schluckstörung zu verordnen sind, wo eben auch Bestandteil Stimmtherapie sein kann. Die Stimmtherapie kann unterschiedlich gewichtet werden in dem Moment. Es wird überhaupt nicht ausgeschlossen, dass hochqualifizierte Stimmtherapie Bestandteil dieses gesamten Behandlungskomplexes ist, aber es geht uns hier allein darum, dass es keine isolierte Stimmstörung ist, die isoliert als reine Stimmstörung dann zu bezeichnen ist, sondern eben Bestandteil eines gesamten Störungsbildes.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Dankeschön. Die PatV hat eine Nachfrage. Wenn ich Sie dann auch direkt ansprechen darf.

PatV: Im Grunde sind die unterschiedlichen Positionen hier deutlich geworden. Es kommt darauf an, wenn tatsächlich eine Stimmstörung führend ist, sollte man Stimmtherapie ja verordnen können. Dem steht eine generelle Einschätzung gegenüber, dass das mit SP6 automatisch mitgegeben sei. Dazu haben die Stellungnehmer sich geäußert. Und das müsste in der AG jetzt diskutiert werden.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Dankeschön. Weitere Fragen aus dem Unterausschuss? Ja.

KBV: Ja, ich habe noch einen Widerspruch im Kopf. Und zwar hatten Sie nochmal geäußert, Frau Malzahn, dass wir in keiner Weise eine isolierte Stimmstörung haben, das heißt auch beim parkinsonschen Typ. Habe ich Sie da richtig verstanden? In der Konsequenz müsste man, ja, die ST1 dann immer so behandeln, nämlich an dieser Stelle gar nicht benennen, wenn doch an anderer Stelle kombiniert, die Stimmtherapie möglich ist.

Frau Marion Malzahn (dba): Nein, wie gesagt, bei G23.2 ist die Situation eine andere. Und bei G23.3 ist sie so, wie ich sie beschrieben habe. Und das ist für uns einfach eine logische Betrachtungsweise dieser beiden Störungsbilder.

Herr Dr. med. van Treeck (Vorsitzender): Dankeschön. Sonst gibt es keine weiteren Nachfragen. Dann darf ich mich bei Ihnen bedanken und Ihnen einen schönen weiteren Tag wünschen, wo immer Sie sind. Auf Wiedersehen.

Herr Bernd Frittrang (SHV): Herzlichen Dank, auf Wiedersehen.

Frau Christiane Sautter-Müller (LOGO D.): Ja, auf Wiedersehen, Tschüss.

Frau Marion Malzahn (dba): Danke. Auf Wiedersehen.

Schluss der Anhörung: 10:51 Uhr