

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements

Vom 17. Dezember 2015

### Inhalt

1	Rechtsgrundlage.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung .....	2
3	Würdigung der Stellungnahmen .....	4
4	Bürokratiekostenermittlung .....	5
5	Verfahrensablauf.....	6
6	Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	7
6.1	Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens.....	7
6.2	Eingegangene Stellungnahmen.....	7
6.3	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen.....	8
6.3.1	Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen .....	8
6.3.2	Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 1 HeiIM-RL.....	12
6.3.3	Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 2 HeiIM-RL.....	19
6.3.4	Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 3 Satz 1 – 3 HeiIM-RL .....	21
6.3.5	Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 3 Satz 4 HeiIM- RL.....	26
6.3.6	Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 4 HeiIM-RL.....	28
6.3.7	Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 5 HeiIM-RL.....	29
6.3.8	Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 6 HeiIM-RL.....	31
6.3.9	Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 2 HeiIM-RL i.V.m. § 13 Absatz 2j und dem Heilmittelkatalog/ Frequenzempfehlung im Rahmen des Entlassmanagements .....	31
6.4	Mündliche Stellungnahmen .....	32

## **1 Rechtsgrundlage**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V 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. Sie dient der Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. Juli 2015, in Kraft getreten am 24. Juli 2015, wurde § 39 SGB V um einen neuen Absatz 1a ergänzt, welcher unter anderem die Möglichkeit der Verordnung von Heilmitteln durch die Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements vorsieht. Nach § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts durch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements. Die Regelungen des § 39 Absatz 1a SGB V gelten entsprechend für Einrichtungen nach § 40 Absatz 2 SGB V und § 41 SGB V. Mit der vorliegenden Beschlussfassung werden die Gesetzesänderungen umgesetzt.

## **2 Eckpunkte der Entscheidung**

Aufgrund der oben genannten Änderung des SGB V durch das GKV-VSG wird eine entsprechende Regelung in einem neuen § 16a in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen.

Die Regelung in § 16a Absatz 1 sieht unter anderem vor, dass die Verordnung von Heilmitteln nur erfolgen kann, soweit eine Verordnung gerade im Rahmen des Entlassmanagements, also durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt, für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach Entlassung erforderlich ist.

Diese Erforderlichkeit richtet sich sowohl nach medizinischen als auch organisatorischen Aspekten. Als medizinische Aspekte sollen insbesondere die therapie-, indikations- oder heilmittelspezifische Erforderlichkeit einer nahtlosen Versorgung unmittelbar nach der Entlassung berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der organisatorischen Aspekte soll in Abhängigkeit vom notwendigen Umfang des Entlassmanagements und der Weiterversorgung sowie der Morbidität und der psychosozialen Situation der Patientin oder des Patienten bei der Erforderlichkeit einer Verordnung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt insbesondere berücksichtigt werden, ob die Patientin oder der Patient in der Lage ist, eine weiterbehandelnde Ärztin oder einen weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig zu erreichen, so dass keine Versorgungslücken für die Patientin oder den Patienten entstehen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, ob bereits bekannte oder geplante Arzttermine nach der Entlassung bestehen.

Die Formulierung „soweit“ verdeutlicht, dass sich die Krankenhausärztin bzw. der Krankenhausarzt bei der Dauer der Verordnung an ihrer auf den konkreten Einzelfall bezogenen Erforderlichkeit im Rahmen des Entlassmanagements und damit entsprechend der Intention des Gesetzgebers an der Versorgungslücke orientieren muss, die tatsächlich ohne dieses Tätigwerden der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes eintreten würde. Ist zur Überbrückung einer festgestellten Versorgungslücke nach Entlassung also eine geringere Verordnungsdauer als 7 Tage erforderlich, darf auch nur für den entsprechend kürzeren Zeitraum Heilmittel verordnet werden.

Mit dem Klammerzusatz „die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt“, soll klargestellt werden, dass die Verordnung von Heilmitteln im Krankenhaus nur von dieser Berufsgruppe vorgenommen werden kann. Nach § 39 Absatz 1a SGB V richtet sich allerdings der Anspruch der Versicherten auf ein Entlassmanagement gegen das Krankenhaus selbst; diesem wird auch die Verordnung im Rahmen der Zuständigkeit der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes zugerechnet.

Die Formulierung „wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt“ soll verdeutlichen, dass für die Verordnung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten. Dies entspricht der Regelung in § 39 Absatz 1a Satz 6, 2. Halbsatz SGB V.

Die Regelungen der Richtlinie gelten bei Vorliegen der (zusätzlichen) Voraussetzungen einer Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements auch für Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzte.

Durch die Möglichkeit der Verordnung von Heilmitteln durch Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzte hat der Gesetzgeber das Ziel, eine lückenlose Anschlussversorgung nach der Krankenhausentlassung sicherzustellen. Absatz 1 Satz 2 soll diesem Ziel Rechnung tragen. Durch die Krankenhausbehandlung wird eine neue medizinische Ausgangssituation geschaffen. Dies ist nicht vereinbar mit dem Grundgedanken einer Kontinuität von Erst- und Folgeverordnung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Aus diesem Grund braucht die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt getätigte vertragsärztliche Verordnungen bei ihrer oder seiner Verordnung im Rahmen des Entlassmanagement nicht zu berücksichtigen.

Absatz 1 Satz 3 stellt darauf ab, dass Heilmittel nur für maximal sieben Tage verordnet werden dürfen. Dies ist von der Krankenhausärztin und vom Krankenhausarzt bei der Bestimmung der Verordnungsmenge in Abhängigkeit zur Behandlungsfrequenz zu berücksichtigen.

Absatz 2 regelt Näheres zur Ausgestaltung der Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements.

In Absatz 3 wird der Gültigkeitszeitraum einer Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements reguliert. So muss die Heilmittelbehandlung abweichend von § 15 innerhalb von sieben Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufgenommen werden. Mit dieser Regelung soll zum einen gewährleistet werden, dass eine zügige Anschlussversorgung durch eine Heilmittelerbringerin oder einen Heilmittelerbringer sichergestellt wird. Zum anderen soll durch die weiterführende Regelung - die Behandlung muss innerhalb von zwölf Kalendertagen nach der Entlassung abgeschlossen sein und die nicht innerhalb von zwölf Kalendertagen in Anspruch genommenen Behandlungseinheiten verfallen - auch berücksichtigt werden, dass es sich bei der Heilmittelerbringung um eine Dienstleistung handelt, die anders als beispielsweise ein Arznei- oder Hilfsmittel, nicht sofort verfügbar sein kann. Die Heilmittelerbringerin oder der Heilmittelerbringer muss erst einen entsprechenden Termin vergeben, um die Heilmittelbehandlung als persönlich zu erbringende medizinische Leistung anbieten zu können. Damit jedoch die notwendigen Behandlungseinheiten, die für bis zu sieben Kalendertage verordnet wurden, auch erbracht werden können, soll die Heilmittelverordnung dementsprechend über die sieben Tage nach Entlassung hinaus bis zum zwölften Tag Gültigkeit haben.

Satz 3 regelt, dass wenn die Behandlung nicht innerhalb von sieben Tagen aufgenommen wird, die Verordnung ihre Gültigkeit verliert.

Absatz 4 stellt sicher, dass die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder der weiterbehandelnde Vertragsarzt im Rahmen des Entlassmanagements rechtzeitig über eine Verordnung von Heilmitteln informiert wird. Falls und soweit erforderlich, hat dies über einen Arzt-zu-Arzt-Kontakt zu erfolgen. Dagegen können routinemäßige Informationen und Koordinationen auch durch andere Einheiten im Krankenhaus (z.B. den Sozialdienst) ausgeführt werden. Der darauf folgende Satz 2 stellt klar, dass hiervon der nach § 11 Absatz 4 SGB V bestehende Anspruch von Versicherten auf ein Versorgungsmanagement unberührt bleibt. Insbesondere soll durch den Verweis klarstellend auf die Vorschrift des § 11 Absatz 4 Satz 5 SGB V hingewiesen werden, die dem Schutz der informationellen Selbstbestimmung dient. Danach setzt ein Versorgungsmanagement und die dazu erforderliche Übermittlung von Daten die Einwilligung der Versicherten voraus.

Absatz 5 reguliert, dass die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder der weiterbehandelnde Vertragsarzt bei der Betrachtung eines Regelfalls sowie bei der Bemessung der Verord-

nungsmenge Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements nicht zu berücksichtigen hat. Das Entlassmanagement wird als ein Sonderfall gesehen, welches den Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor reguliert und damit bestehende Leistungslücken schließen soll. Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sind daher nicht den Verordnungen im Regelfall (vgl. § 7 HeilM-RL) gleichzusetzen, da Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzte im Rahmen des Entlassmanagements vom Gesetzgeber nur ein eingeschränktes Ordnungsrecht erhalten haben. Sie dürfen die erforderlichen Leistungen (hier Heilmittel) nur für eine begrenzte Dauer von maximal sieben Tagen verordnen. Im vertragsärztlichen Bereich besteht bei der Verordnung von Heilmitteln keine Begrenzung auf eine bestimmte Anzahl von Tagen. Folglich kann die maximale Verordnungsmenge einer Erstverordnung im Regelfall gemäß § 7 Heilmittel-Richtlinie die in der vertragsärztlichen Versorgung ausgestellt wird u.a. eine weit größere Menge an Behandlungseinheiten beinhalten, als sie eigentlich im Rahmen des Entlassmanagements erforderlich wäre. Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements stehen somit quer zu der bestehenden Systematik der Heilmittel-Richtlinie, weshalb es analog zur Regelung in Absatz 1 Satz 2 sinnvoll erscheint, die Behandlungseinheiten, die von der Krankenhausärztin oder vom Krankenhausarzt verordnet wurden, bei der Berechnung des Regelfalls nicht zu berücksichtigen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung und der diesbezüglichen Verweise in § 40 Absatz 2 Satz 4 SGB V und § 41 SGB V haben Versicherte durch entsprechende Anwendung des § 39 Absatz 1a SGB V ebenfalls einen Anspruch auf Entlassmanagement gegen stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 40 SGB V und Einrichtungen nach § 41 SGB V. Daher können auch von diesen Einrichtungen im Rahmen der Entlassung Heilmittel verordnet werden. Hierauf wird in Absatz 6 hingewiesen. Danach gelten die vorstehenden Regelungen, die sich auf Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte beziehen, für Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation entsprechend.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Krankenkassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur erbringen, wenn solche Leistungen nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften nicht erbracht werden können (subsidiäre Leistungspflicht, siehe § 40 Absatz 4 SGB V). Eine entsprechende Ergänzung der für die anderen Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften um einen Verweis zur Anwendung des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V ist nicht erfolgt. Vor diesem Hintergrund gilt die Umsetzung des Entlassmanagements bei stationären Rehabilitationsleistungen ausschließlich für den Regelungsbereich des SGB V.

Die Frage, ob und ggf. in welchem Umfang Versicherte für eine nahtlose und zweckmäßige Versorgung mit Heilmitteln unterstützt werden, bleibt den Verhandlungen über die Verträge zur Umsetzung von § 39 Absatz 1a SGB V vorbehalten.

### **3 Würdigung der Stellungnahmen**

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in Abschnitt 6 dokumentiert.

Im Ergebnis der Auswertung wurden folgende Änderungen im Beschlussentwurf vorgenommen:

In Absatz 1 Satz 1 erfolgte eine Präzisierung des Adressaten, gegen den sich der Leistungsanspruch gemäß § 39 Absatz 1a SGB V richtet (Krankenhaus): Es wurde das Wort „*Krankenhaus*“ eingefügt und die Wörter „*die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt*“ in einem Klammerzusatz nachgestellt.

In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „*in geeigneter Weise*“ nach dem Wort „*hat*“ eingefügt.

In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „*für Ärztinnen und Ärzte*“ gestrichen.

In Absatz 3 Satz 1 erfolgte die Änderung der Frist zur Aufnahme einer Heilmittelbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements von fünf auf sieben Tage.

Im Übrigen hat sich kein weiterer Änderungsbedarf aus den Stellungnahmen für die Änderung der Richtlinie ergeben.

#### **4 Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen oder geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Die in der Heilmittel-Richtlinie enthaltene Informationspflicht (Verordnung von Heilmittel) wird inhaltlich nicht verändert, jedoch hinsichtlich ihres Adressatenkreises ausgeweitet. Sofern die Erforderlichkeit einer Verordnung von Heilmittel unmittelbar nach der Entlassung besteht, kann diese künftig im Rahmen des Entlassmanagements auch durch Krankenhäuser erfolgen. Da nur in solchen Fällen die Krankenhausärztinnen und -ärzte anstelle der Vertragsärztinnen und -ärzte Heilmittel-Verordnungen ausstellen, wird insgesamt jedoch – bezogen auf das Gesamtvolumen der Verordnungen – nicht von einer übermäßigen Zunahme der Anzahl an Heilmittel-Verordnungen ausgegangen. Allerdings werden sich nach Inkrafttreten der Regelung Krankenhäuser mit den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie und den Inhalten des entsprechenden Verordnungsmusters vertraut machen müssen. Gemäß Bürokratiekostenermittlung nach dem Standardkosten-Modell beinhaltet dies die Standardaktivität „Einarbeitung in die Informationspflicht“.

Hinsichtlich der Information der weiterbehandelnden Vertragsärztin oder des weiterbehandelnden Vertragsarztes durch das Krankenhaus bzw. die Krankenhausärztin /-arzt über die getätigten Verordnungen wird davon ausgegangen, dass eine solche Information im Rahmen des Entlass- bzw. Versorgungsmanagements ohnehin erfolgen würde und daher aus dieser Vorgabe keine explizit quantifizierbaren Bürokratiekosten resultieren.

Im Übrigen verfolgen die Regelungen in Abs. 1 S. 2 (keine Berücksichtigung zuvor getätigter Verordnungen durch die Krankenhausärzte), Abs. 5 (keine Berücksichtigung der Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements durch den weiterbehandelnden Vertragsarzt im Regelfall) sowie Abs. 2 (Kennzeichnung der Verordnung als Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements) auch das Ziel einer für die betroffenen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer aufwands- und bürokratiearmen Ausgestaltung der Regelungen zum Entlassmanagement.

## 5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
24.07.2015		Inkrafttreten des § 39 Abs. 1a SGB V im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
23.09.2015	UA VL	Beratung des Beschlussentwurfs und Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
25.11.2015	UA VL	Anhörung und abschließende Würdigung der Stellungnahmen
17.12.2015	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
11.03.2016		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit <i>Nichtbeanstandung mit Auflage</i>
20.04.2016	UA VL	Beratung des Änderungsbedarfs gemäß Prüfergebnis des Bundesministeriums für Gesundheit
19.05.2016	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 17. Dezember 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 6 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

### 6.1 Einleitung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens

Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen 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 23. September 2015 beschlossen, ein Stellungnahmeverfahren nach §§ 91 Absatz 5, 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V sowie 1. Kapitel § 8 Absatz 1 lit. a) VerfO vor seiner Entscheidung über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie einzuleiten. Den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringer sowie der Bundesärztekammer wurde Gelegenheit gegeben, innerhalb einer Frist von 3 Wochen zur beabsichtigten Änderung der Heilmittel-Richtlinie Stellung zu nehmen (28. September 2015 bis 19. Oktober 2015). Den angeschriebenen Organisationen wurden anlässlich der Beschlussfassung des G-BA zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens auch die Tragenden Gründe als Erläuterung übersandt.

### 6.2 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
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Absatz 5 SGB V	19.10.2015	Verzicht auf mündliche Stellungnahme

#### Maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V:

dbs e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten	15.10.2015	
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	19.10.2015	
Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V.	19.10.2015	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)	19.10.2015	
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	19.10.2015	

#### Organisation gem. 1. Kapitel § 8 Absatz 1 lit. a) VerfO:

VDB-Physiotherapieverband e.V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie	19.10.2015	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	--

## 6.3 Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen

### 6.3.1 Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
1.	dbs	Der dbs begrüßt die Einführung der Verordnungsmöglichkeit von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten im Rahmen des Entlassmanagements, da durch diese Ergänzung eine bestehende Versorgungslücke geschlossen werden kann.	Aktuell warten die verordnenden Ärzte zunächst auf Berichte der Krankenhäuser oder Rehaeinrichtungen, die teilweise sehr zeitverzögert verschickt werden und beginnen erst dann mit der weitergehenden Verordnung.	Kenntnisnahme	keine Änderung
2.	BÄK	Hinweisen möchte die Bundesärztekammer erneut darauf, dass sich der Leistungsanspruch gemäß § 39 Absatz 1a SGB V gegen das Krankenhaus und nicht gegen einzelne Krankenhausärztinnen und -ärzte richtet. Ausweislich der tragenden Gründe soll mit der Formulierung „die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt“ klargestellt werden, dass die Verordnung von Heilmitteln im Krankenhaus nur von dieser Berufsgruppe vorgenommen werden kann. [...]  Die Bundesärztekammer empfiehlt hier eine Vereinheitlichung entsprechend der Formulierung in der Arzneimittel-Richtlinie.	[...] In der ebenfalls durch den neuen Absatz 1a des § 39 SGB V notwendig gewordenen Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (siehe Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschuss vom 11.09.2015) wird an vergleichbaren Stellen jedoch das Krankenhaus genannt. Hier lauten die Formulierungen im § 8 Absatz 3a Arzneimittel-Richtlinie: „Vor einer Verordnung von Arzneimitteln nach § 39 Abs. 1a SGB V hat das Krankenhaus zu prüfen, ob für die Versorgung der oder des Versicherten mit Arzneimitteln unmittelbar nach der Einlassung eine Verordnung erforderlich ist. (...) Das Krankenhaus hat die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig im Zusammenhang mit der Entlassung der oder des Versicherten aus dem Krankenhaus zu informieren.“	AG: Kenntnisnahme, Harmonisierung des Vorschlags mit anderen Richtlinien wird angestrebt  DKG: Zustimmung  GKV: Die Bezugnahme auf die Krankenhausärztin / den Krankenhausarzt verdeutlicht, dass die Verordnung von Heilmitteln ausschließlich Ärzten vorbehalten ist und nicht an andere nicht-ärztliche Berufsgruppen delegiert werden kann. Das Krankenhaus ist selbst keine natürliche Person, die eine Verordnung ausstellen kann. Auch vor dem Hintergrund der Rückfragemöglichkeit des Leistungserbringers ist es erforderlich, dass der verordnende Arzt, der für die Thera-	DKG: Änderung in Krankenhaus sowie in Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „für Ärztinnen und Ärzte“ gestrichen.  KBV/GKV-SV und PatV: In Absatz 1 Satz 1 erfolgt eine Präzisierung hinsichtlich des Adressaten, gegen den sich der Leistungsanspruch gemäß § 39 Absatz 1a SGB V richtet (Krankenhaus): Es

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
				pieentscheidung verantwortlich zeichnet, aus der Verordnung hervorgeht.	wird das Wort „Krankenhaus“ eingefügt und die Wörter „die Krankenhausärztin oder das Krankenhaus“ in einem Klammerszusatz nachgestellt. Darüber hinaus wird in Absatz 4 Satz 1 die Wörter „in geeigneter Weise“ nach dem Wort „hat“ eingefügt.
3.	VDB	Der VDB-Physiotherapieverband e.V. begrüßt den Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem neu einzufügenden § 16 a HMR.		Kenntnisnahme	keine Änderung
4.	VDB	Der Entwurf sollte ergänzt werden um einen Hinweis darauf, dass auch für die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements eine zertifizierte Software benutzt werden muss.	Für die Heilmittelverordnung im Rahmen der ambulanten Versorgung wird zukünftig eine zertifizierte Software notwendig, damit Fehler bei der Verordnung verstärkt vermieden werden können. Da die im Rahmen des Entlassmanagements verordnenden Krankenhausärzte in der Regel keine Erfahrung im Bereich der ambulanten Heilmittelverordnung vorweisen können, muss ihnen eine EDV-Unterstützung an die Hand gegeben wer-	Kenntnisnahme, die Praxisverwaltungssoftware liegt nicht im Regelungsauftrag des G-BA	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			den, damit Verordnungsfehler vermieden werden können (vgl. § 73 Abs. 8 S. 9 SGB V).		
5.	VDB	Für die praktische Umsetzung ist eine eindeutige Kennzeichnung der Verordnung als „ <i>Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements</i> “ notwendig.	Da der verordnende Krankenhausarzt die Heilmittel verordnet „wie“ ein ambulant tätiger Arzt, und an die Heilmittelrichtlinie gebunden ist sowohl bei der Verwendung des Vordruckes als auch bei der Beachtung der Vorgaben des § 13 Abs. 2 HMR bedarf es einer deutlich erkennbaren Kennzeichnung der Verordnung. Der Stempel der Einrichtung genügt häufig nicht zur Unterscheidung, da unter der gleichen Trägerschaft nicht selten stationäre wie ambulante Einrichtungen tätig sind. Die eindeutige Kennzeichnung ist die entscheidende Information für die behandelnde Heilmittelpraxis, damit die Fristen und die Behandlungszeiträume eingehalten werden können.	Die Kennzeichnung ist bereits im Regelungsvorschlag vorgesehen und als Regelungsauftrag in den Verträgen zur Umsetzung von § 39 Abs. 1a SGB V formuliert.	keine Änderung
6.	VDB	Im Rahmen der Umsetzung der neuen Regelungen ist auf eine effektive und sorgfältige Information der Patienten über die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements und insbesondere die Fristen und die Grenzen der Versorgung zu achten.	Die Patienten müssen vor Entlassung aus der stationären Behandlung darüber informiert sein, dass für die Durchführung der Heilmittelbehandlung unter einer Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements sehr enge zeitlich Fristen gesetzt sind. Insbesondere müssen Patienten aufgefordert werden, sich umgehend mit der Heilmittelpraxis ihrer Wahl in Verbindung zu setzen, um die Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements zu erhalten.	Kenntnisnahme. Das Nähere wird in den Verträgen zur Umsetzung von § 39 Abs. 1a SGB V geregelt.	keine Änderung
7.	VDB	Der VDB-Physiotherapieverband e.V. regt an, in	Es müssten Maßnahmen getroffen wer-	Kenntnisnahme	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		den Entwurf eine Regelung darüber aufzunehmen, dass die Heilmittelbehandlungen auf Basis einer Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements zeitlich vorrangig durchzuführen sind.	den, damit die notwendigerweise sehr kurzfristig durchzuführenden Behandlungen im verordneten Umfang zuverlässig realisiert werden können. Von Seiten des VDB-Physiotherapieverbandes wird geprüft, ob sich entsprechende Regelungen auch in Rahmenverträgen verankern ließen.		
8.	VDP	Die im Entwurf geänderte Richtlinie wird für die podologische Behandlung völlig wirkungslos bleiben.	Aufgrund der dünnen Besiedelung mit Podologen sind Termine zur Behandlung innerhalb von sieben Tagen nach Krankenhausentlassung so gut wie nicht realisierbar. Daher wird es gleichgültig sein, wer die Verordnungen ausstellt (ob Vertragsarzt oder Krankenhausarzt). Im Zweifel wird die übertragene Zuständigkeit auf den Krankenhausarzt ohne Auswirkung bleiben. Es bestehen jedoch auch grundsätzliche Bedenken dagegen, Krankenhausärzte für Verordnungen zuständig zu erklären, deren Ausarbeitung durch den Therapeuten nach der Krankenhausentlassung stattfinden soll. Sowohl die vorgesehene Frist von fünf Tagen und von 12 Tagen ist für Podologen im Hinblick auf die in Kraft befindlichen Rahmenverträge widersprüchlich und nur geeignet, Irritationen hervorzurufen. Der VDP e. V. sieht also in dem Entwurf eines § 16 a keine für den Patienten nützliche Änderung. Für den Podologen verbleibt aufgrund der Behandlungsdichte ohnehin bei den gesetzten Fristen keine Handlungsmöglichkeit.	Kenntnisnahme	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
9.	VDP	Außerdem möchten wir zu den § 27 – 29 der im Entwurf geänderten Heilmittelrichtlinie unsere Vorstellungen einbringen.	Da wir in dieser Angelegenheit bislang nicht die Gelegenheit einer Anhörung bekommen haben, bitten wir Sie um eine Anhörung mit einer hierzu als Tischvorlage zu übergebenden Stellungnahme. Aufgrund der erkennbaren Beschleunigung, mit welcher das Verfahren betrieben wird, sehen wir kaum eine Möglichkeit, unsere Vorstellung vor dem Änderungsbeschluss abzugeben. Wir dürfen darauf hinweisen, dass wir in der Bundesrepublik Deutschland der Verband sind, der ausschließlich Podologen als Mitglieder hat.	Kenntnisnahme	keine Änderung

### 6.3.2 Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 1 HeiIM-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
10.	BÄK	Die Bundesärztekammer begrüßt ferner im Interesse einer aufwands- und bürokratiearmen Umsetzung des Entlassmanagements, dass vom Krankenhaus die zuvor getätigte vertragsärztliche Versorgung bei der Verordnung von Heilmitteln ebenso nicht zu berücksichtigen ist wie die Verordnungen durch das Krankenhaus von den weiterbehandelnden Vertragsärzten.		Kenntnisnahme der Zustimmung	keine Änderung
11.	dbl	Der in § 16 a Abs. 1 des Entwurfs in Übereinstimmung mit § 39 Abs. 1 a S. 7 SGB V vorgesehene Zeitrahmen von bis zu sieben Tagen ist zu kurz.	Um Versicherte im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung beim Übergang von der Krankenhausbehandlung in die Versorgung nach	Die Vorgabe des Verordnungszeitraums dient der Umsetzung der Ermächtigungsgrundlage und orientiert sich	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>Krankenhausbehandlung zu unterstützen, bedarf es aus hiesiger Sicht zwingend einer über sieben Tage hinausgehenden Verordnungskompetenz. Eine Terminierung bei Fachärzten einschließlich der Wahrnehmung des Behandlungstermins ist in dieser Zeit in der Praxis nicht realistisch. Auch muss der vom Versicherten gewählte Heilmittelerbringer einen für den Versicherten geeigneten Termin anbieten können, da Heilmittel eine persönlich zu erbringende Leistung sind. Die Anschlussversorgung der Versicherten ist daher weiterhin gefährdet, sofern nicht ergänzende Regelungen getroffen werden.</p>	<p>an der gesetzlichen Regelung des Verordnungszeitraums „von bis zu 7 Tagen“.</p>	
12.	SHV	<p>§ 16a Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert: „nach Maßgabe des Heilmittelkataloges“ wird gestrichen</p>	<p>Die Erfahrungen aus der Praxis im Rahmen der Umsetzung der Überarbeitungen der Heilmittel-Richtlinie in den Jahren 2004, 2006 und 2011 haben gezeigt, dass eine große Anzahl von niedergelassenen Ärzten ganz erhebliche Probleme mit einer richtlinienkonformen Umsetzung neuer Heilmittel-Richtlinien hatte. Teilweise bestehen diese Probleme immer noch fort, was zur Folge hatte, dass der Gesetzgeber die Vertragsärzte im Rahmen des GKV-VSG verpflichtet hat, ab dem Jahr 2017 eine Praxissoftware zu verwenden, die Fehler bei der Ausstellung von Heilmittelverordnungen vermeidet.</p>	<p>Kenntnisnahme, die Geltung der G-BA-Richtlinie ist in § 39 Abs. 1a SGB V ausdrücklich festgelegt. Die Anwendbarkeit des Heilmittelkataloges kann über die Richtlinie nicht ausgehebelt werden, zumal dies eine Ungleichbehandlung der Krankenhausärzte ggü. den niedergelassenen Vertragsärzten darstellen würde.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			Der SHV sieht mit allergrößter Sorge, dass ähnliche Probleme im Rahmen des Entlassmanagements auf die Heilmittelerbringer und damit auch Patienten zukommen. Da der Gesetzgeber die Krankenhäuser nicht verpflichtet hat, diese Software ebenfalls zu verwenden, plädieren wir – im Sinne einer erfolgreichen Umsetzung des Entlassmanagements - dringendst dafür, die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen des Entlassmanagements von den Vorgaben des Heilmittelkataloges zu entkoppeln.		
13.	SHV	§16a Abs. 1 Satz 1: Der Verordnungszeitraum sollte 12 Kalendertage umfassen.	Der SHV teilt die Auffassung der Bänke und der Patientenvertreter, dass die Annahme, dass Patienten spätestens 7 Tage nach der stationären Entlassung einen Termin bei ihrem Haus- bzw. Facharzt erhalten, nicht der Praxis entspricht. Eine Verlängerung des Verordnungszeitraums auf 12 Tage halten wir daher für sachgerecht.	Kenntnisnahme, dem Umstand, dass bei Heilmitteln eine vorherige Terminvergabe erforderlich ist, wird über die Ausdehnung der Inanspruchnahmemöglichkeit über den 7-Tage-Zeitraum hinaus bis zum 12. Tag Rechnung getragen (vgl. § 16a Abs. 3).	keine Änderung
14.	dba	<b>Änderung § 16 a (1) Satz 1, 2. Halbsatz</b> kann ... für einen Zeitraum von bis zu 14 Kalendertagen ... verordnen.	§ 16 a soll die Versorgung unmittelbar nach der Krankenhausentlassung regeln und damit Versorgungslücken verhindern.  Die Verordnung im Bereich des Heilmittels „Stimm-, Sprech- und Sprach-Therapie“ (SSST) erfolgt regelmäßig durch Fachärzte. In der	Die Vorgabe des Verordnungszeitraums dient der Umsetzung der Ermächtigunggrundlage und orientiert sich an der gesetzlichen Regelung des Verordnungszeitraums „von bis zu 7 Tagen“. Die Besonderheit der Heilmittelver-	<i>keine Änderung</i>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			täglichen Praxis ist dort für einen Termin immer mit gewissen Wartezeiten zu rechnen. Ein Zeitraum von 7 Tagen gewährleistet für die SSST nicht mit Sicherheit das Erreichen des Ziels, die Versorgungslücke zwischen Krankenhausentlassung und erstem vertragsärztlichem Termin und folgendem ersten Therapietermin zu schließen. 14 Tage sind weit- aus realistischer.	sorgung wurde im § 16a Abs. 3 berücksichtigt.	
15.	SHV	<p><b>§16a Abs. 1 (n.F.) wird um folgenden Satz 4 ergänzt:</b></p> <p><i>„Die erste Behandlung durch den Heilmittelerbringer erfolgt in Form einer doppelten Behandlung (Doppel- behandlung).“</i></p>	<p>Der sich seit Jahren kontinuierlich fortsetzende Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer im stationären Bereich, insbesondere nach operativen Eingriffen führt zunehmend dazu, dass Patienten im Krankenhaus selbst für einen immer kürzeren Zeitraum mit Heilmitteln versorgt werden. Insbesondere die „intensivtherapeutische“ Versorgung mit Heilmitteln verlagert sich damit zunehmend in den ambulanten Bereich. Anders als im stationären Bereich werden den Heilmittelerbringern jedoch in der ambulanten Heilmittelversorgung durch die hier geltenden Leistungsbeschreibungen sehr enge zeitliche (Stichwort Doppelbehandlung) und inhaltliche (Stichwort fehlende eigene Befunderhebungsposition) Grenzen gesetzt.</p> <p>Da die Heilmittelerbringer im Rahmen des Entlassmanagements bei</p>	Eine generelle Doppelbehandlung bei Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements ist abzulehnen, zumal dieser vom Stellungnehmer zu Lasten des Patienten ausschließlich dazu dienen soll, den vorgetragenen höheren Verwaltungsaufwand zu kompensieren. Es sind keine Gründe ersichtlich, die eine Abweichung/ Ungleichbehandlung ggü. der von niedergelassenen Vertragsärzten verordneten Heilmittelbehandlung rechtfertigen. Regelbehandlungszeiten sind Gegenstand der Rahmenempfehlungen und -verträge.	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>der Aufstellung des individuellen Behandlungsplans zukünftig u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenhausentlassungsberichte,</li> <li>- therapeutische Vorbefunde,</li> <li>- OP-Berichte und/oder</li> <li>- die Ergebnisse bildgebender Verfahren</li> </ul> <p>sichten und auszuwerten haben, entsteht ihnen ein erhöhter zeitlicher Aufwand, der über die aktuellen Leistungsbeschreibungen nicht abgebildet wird und damit zeitlich zu Lasten der Behandlung am Patienten geht. Dieser erhöhte Aufwand sollte dadurch kompensiert werden, dass dem Heilmittelerbringer im Rahmen des Entlassmanagements die Möglichkeit gegeben wird, die erste Behandlung regelhaft in Form einer Doppelbehandlung durchzuführen.</p>		
16.	SHV	<p><b>§ 16a Abs. 1 wird um folgenden Satz 5 ergänzt:</b></p> <p><i>„Abweichend von den Frequenzempfehlungen des Heilmittelkatalogs, kann die Behandlungsfrequenz auf bis zu einer Behandlung täglich erhöht werden. Änderungen der verordneten Behandlungsfrequenz stimmt die Heilmittelerbringerin/der Heilmittelerbringer mit der Krankenausärztin/dem Krankenhausarzt ab.“</i></p>	<p>Patienten erhalten im Krankenhaus postoperativ – je nach Krankheitsbild – in der Regel täglich, häufig sogar zweimal täglich Heilmittelbehandlungen. Höhere Behandlungsfrequenzen als die im Heilmittelkatalog vorgegebenen Frequenzempfehlungen, wären daher dringend geboten. Der Therapeut kann die Frequenz dabei in enger Abstimmung mit dem behandelnden Krankenhausarzt dem individuellen Therapiebedarf anpas-</p>	siehe Nr. 12	siehe Nr. 12

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			sen, der stark von der Belastbarkeit des Patienten abhängt.		
17.	dba	<b>Ergänzung § 16 a (1) Satz 3</b> Die <b>Gesamt</b> -Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass der nach Satz 1 erforderliche Versorgungszeitraum nicht überschritten wird.	Mit der Einfügung „ <i>Gesamt</i> “ wird analog zu § 7 HeilM-RL klargestellt, dass es sich damit um eine Obergrenze der verordnungsfähigen Behandlungseinheiten handelt.	Keine Zustimmung da der Begriff „Gesamtverordnungsmenge“ bereits im Kontext der Regelfallsystematik der Heilmittel-Richtlinie inhaltlich belegt ist.	keine Änderung
18.	dba	<b>Neu § 16 a (1) Satz 4</b> <i>„Andernfalls ist die Behandlungsmenge auf diese Gesamtverordnungsmenge beschränkt.“</i>	Die Ergänzung ist eine pragmatische Lösung für den Fall, dass es bei der Ausstellung der Verordnung zu einem Rechenfehler kommt. Denn damit ist trotzdem gewährleistet, dass die Behandlung begonnen und in dem Umfang der verordneten Frequenz durchgeführt werden kann.  Andernfalls müsste die Verordnung wieder an das Krankenhaus zurückverwiesen und von diesem erneut ausgestellt werden, was aber im Sinne der Verhinderung von Versorgungslücken nicht zielführend wäre.	Keine Zustimmung, da die in der Heilmittel-Richtlinie festgeschriebene Erstverordnungsmenge nicht überschritten werden darf. Die Bemessung der Frequenz obliegt dem Arzt.	keine Änderung
19.	dba	<b>Neu § 16 a (1 a) Satz 1 und 2</b> <i>„Abweichend vom Heilmittelkatalog können mehrfache Behandlungen pro Tag verordnet und durchgeführt werden. Die abzurechnende Gesamtzahl der Leistungen darf auch in diesen Fällen die Gesamt-Verordnungsmenge nicht überschreiten.“</i>	Grundsätzlich werden gemäß HeilM-RL Heilmittel je Behandlungstag nur einmal abgegeben. In Ausnahmefällen können aber zwei oder mehr Therapieeinheiten an einem Tag medizinisch notwendig sein.  Dazu zählen im Bereich des Heilmittels SSST die folgenden Indikationsschlüssel	siehe Nr. 12	siehe Nr. 12

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ST1 nach operativen Eingriffen an Stimmlippen und Kehlkopf</li> <li>- ST3 bei Aphonie</li> <li>- SC1 z. B. nach Schlaganfall</li> <li>- SC2 bei postoperativen Schluckstörungen nach Teilresektionen von Larynx oder Hypopharynx zur Begleitung der Mahlzeiten</li> </ul>		
20.	dba	<p><b>Neu § 16 a (1 a) Satz 3</b></p> <p>„Abweichend vom Heilmittelkatalog kann für die Diagnosegruppe ST 1 bis zu 60 Minuten verordnet werden.“</p>	Wie bei den anderen Störungsbildern des Heilmittels SSST (ST3 und SC2) ist je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten 30/45 oder 60 Minuten indiziert.	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Auch im Rahmen des Entlassmanagements gilt die Heilmittel-Richtlinie.</p>	keine Änderung
21.	VDB	Die Ärzte müssen informiert werden über die Besonderheit der Verordnung im Entlassmanagement	Ärzte, die im Rahmen des Entlassmanagements eine Heilmittelverordnung ausstellen, müssen eine verbindliche Frequenz vorgeben, schon um sicherzustellen, dass und wie viele Heilmittelanwendungen innerhalb des Behandlungszeitfensters von 7 Tagen durchgeführt werden sollen und können. Die Frequenzangabe muss der Anzahl der für diese sieben Tage verordneten Heilmittel entsprechen. Angaben wie „von..... bis“ können dem Zweck der Verordnung im Rahmen des Entlassmana-	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Es gilt die Heilmittel-Richtlinie. Der Krankenhausarzt / die Krankenhausärztin gibt die Frequenz entsprechend der medizinischen Notwendigkeit vor.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			gements nicht genügen.		

### 6.3.3 Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 2 HeiM-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
22.	dbl	<p>Hier möchten wir anregen, zur Klarstellung aufzunehmen, dass auch die Krankenhausärzte die vereinbarten Vordrucke zur Verordnung verwenden und möchten einen eigens für den Zweck des Entlassmanagement vorgesehenen Vordruck anregen.</p> <p>Das Risiko der unrichtigen Ausstellung von Verordnungen durch Krankenhausärzte darf nicht zu Lasten der nichtärztlichen Leistungserbringer verteilt werden. Es wird daher dringend angemahnt, die Anforderungen an die formalen Voraussetzungen für die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements herabzusetzen.</p>	<p>Die vorgeschlagene Regelung macht deutlich, dass die Krankenhausärzte die Angaben des § 13 Abs. 2 der Heilmittel-Richtlinie erfüllen sollen, sogar über diese hinausgehend zu Angaben verpflichtet sind. Daher muss, sollen tatsächlich Versorgungslücken geschlossen werden, sichergestellt sein, dass nicht mit dem Regelwerk der ambulanten Versorgung vertraute Krankenhausärzte die Vorgaben des Heilmittelkatalogs kennen und anwenden. Bis heute ist ein großer Teil der von Vertragsärzten ausgestellten Verordnungen fehlerhaft. Den nichtärztlichen Leistungserbringern soll insoweit eine Prüfpflicht mit der Folge der Haftung zukommen. Es ist weder den Versicherten, die nach einem Krankenhausaufenthalt in der Regel besonderer Fürsorge bedürfen, noch den Leistungserbringern zumutbar, auf Korrekturen der Verordnungen hinzuwirken, wenn aufgrund der ärztlichen Diagnose und der eigenständigen Befunderhebung durch die Logopädin/den Logopäden der Behandlungsbe-</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Es gilt die Heilmittel-Richtlinie.</p> <p>Die Anwendbarkeit der Verordnungsvordrucke ist nicht Gegenstand der Heilmittel-Richtlinie sondern obliegt den Vertragspartnern der Verträge zur Umsetzung von § 39 Abs. 1a SGB V.</p>	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			darf eindeutig gegeben ist. Zudem kann der verordnende Krankenhausarzt aus organisatorischen und räumlichen Gründen schwer zu erreichen sein, so dass eine Änderung und/oder Ergänzung der Verordnung ggf. nicht durch den Krankenhausarzt einholbar ist.		
23.	dba	<b>Streichen:</b> § 16 a (2) Satz 1 <b>Neu:</b> § 16 a (2) Satz 1: <i>„Die Verordnung erfolgt ausschließlich auf vereinbarten Vordrucken.“</i>	<p>Das Verordnungsmuster des Heilmittels SSST, Muster 14, beinhaltet eine Fülle von auszufüllenden Angaben, auf die für die zeitlich begrenzte Überbrückung einer Versorgungslücke verzichtet werden kann.</p> <p>Um das korrekte Ausstellen der Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements zu gewährleisten, ist dafür ein eigenes - auf das Wesentliche reduzierte - Verordnungsmuster zielführend. Für die SSST z. B. Muster „14 K“.</p> <p>Ein Hin- und Hersenden zur Korrektur der Verordnung zwischen Heilmittelerbringer und Krankenhaus würde den zeitlich limitierten Rahmen sprengen.</p>	keine Zustimmung siehe Nr. 22	keine Änderung
24.	dba	<b>§ 16 a (2) Satz 2</b> Das Nähere ... ist in den Verträgen zur Umsetzung von § 39 Abs. 1 a SGB V zu regeln.	In den Verträgen muss die freie Therapeutenwahl gewährleistet sein.	Kenntnisnahme	keine Änderung

### 6.3.4 Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 3 Satz 1 – 3 HeiIM-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
25.	dbs	Die Regelungen in Abs. 3 S.1 und 2 werden als zwingend erforderlich angesehen	Die Aufnahme einer sprachtherapeutischen Therapie kann in der Regel nicht innerhalb von Stunden vereinbart und begonnen werden, da zunächst eine Terminvereinbarung und -organisation stattfinden muss. Die Ergänzungen in Abs. 3 (Position der Bänke und der PartV) sind daher absolut erforderlich, um dem Therapiealltag gerecht zu werden und auch um eine weitere Versorgung durch den weiterbehandelnden Arzt sicher zu stellen.	Kenntnisnahme	keine Änderung
26.	BÄK	Die Bundesärztekammer befürwortet diesen Regelungsvorschlag ausdrücklich, der die Besonderheiten der Heilmittelversorgung, die sich aus der Vergabe von Terminen für persönlich zu erbringende Leistungen ergeben, berücksichtigt.	Der Verordnungszeitraum von Heilmitteln durch die Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements ist gemäß § 39 Absatz 1a SGB V auf einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen begrenzt. In dem vorliegenden Beschlussentwurf wird abweichend hiervon der Gültigkeitszeitraum einer solchen Verordnung von den Bänken des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie den Patientenvertretern übereinstimmend dahingehend konkretisiert, dass die vom Krankenhaus verordnete Heilmittelbehandlung innerhalb von fünf Kalendertagen nach der Entlassung aufgenommen werden muss und darüber hinaus innerhalb von zwölf Kalendertagen nach der Entlassung abgeschlossen sein muss. Behandlungseinheiten, die nicht	Kenntnisnahme der Zustimmung zur Position der Bänke und PatV	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			innerhalb von zwölf Kalendertagen in Anspruch genommen werden, verfallen. Sofern die Behandlung erst am sechsten oder siebten Tag aufgenommen wird, verliert die Verordnung bereits am achten Tag ihre Gültigkeit.		
27.	dbl	<p>Es wird angeregt, den Vorschlag der Bänke und der Patientenvertretung umzusetzen, jedoch eine Angleichung mit den sonstigen Fristen der Heilmittel-Richtlinie vorzunehmen: „<i>Abweichend von § 15 verfallen im Rahmen des Entlassmanagements verordnete Behandlungseinheiten, wenn diese nicht innerhalb von 14 Kalendertagen nach der Entlassung in Anspruch genommen wurden.</i>“</p> <p>Die Position des Vorsitzenden ist in diesem Zusammenhang zu eng.</p>	Die in Abs. 3 auf Vorschlag der Bänke und der Patientenvertretung vorgesehene Regelung greift die Kritik zu Abs. 1 auf. Die Position der Bänke und der Patientenvertretung wird begrüßt, da sie Versicherten die Möglichkeit eröffnet, die verordneten Behandlungseinheiten über 7 Tage hinausgehend zumindest bis zur Dauer von 12 Kalendertagen in Anspruch zu nehmen. Allerdings sind die sich hieraus ergebenden Zeitpunkte (5 Kalendertage, 7 Kalendertage, 12 Kalendertage) nicht praktikabel und Versicherten nicht vermittelbar. Durch diese Regelung würden zu viele verschiedene Zeiträume eröffnet. Zudem ist die Regelung in Abs. 3 S. 3 nicht nachvollziehbar und missverständlich, da nach S. 1 die Behandlung bereits innerhalb von 5 Kalendertagen aufgenommen sein muss. Um Versorgungslücken zu schließen, müssen Versicherte die Möglichkeit haben, ihren Anspruch faktisch zu realisieren.	<p>Die Vorgabe des Verordnungszeitraums dient der Umsetzung der Ermächtigungsgrundlage und orientiert sich an der gesetzlichen Regelung des Verordnungszeitraums „von bis zu 7 Tagen“. Die Besonderheit der Heilmittelversorgung wurde im § 16a Abs. 3 berücksichtigt.</p> <p>Zustimmung zur Anmerkung zu Absatz 3 Satz 3</p>	Änderung von § 16a Absatz 3 Satz 1 von fünf auf sieben Tage
28.	VDB	Im Hinblick auf den Absatz 3 des Entwurfes gilt die Unterstützung der Position der KBV und der Patientenvertretung.	Mit der Verordnung von Heilmitteln im Rahmen des Entlassmanagements kann eine Versorgungslücke zwischen Entlas-	Kenntnisnahme der Zustimmung zur Position der Bänke	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>sung und stationärer Behandlung und Aufnahme der ambulanten Versorgung geschlossen werden. Der zugrundeliegende § 39 Abs. 1 a SGB V sieht hierfür eine Versorgung für die Dauer von bis zu sieben Tagen vor. Dem wird der Entwurf auch in der Position der KBV und der Patientenvertretung durch die Begrenzung der Verordnungsgültigkeit auf einen Versorgungszeitraum von maximal sieben Tagen gerecht.</p> <p>Mit den Befristungsregelungen zum spätesten Beginn der Behandlung auf Basis der Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements wird der Entwurf den Problemstellungen der praktischen Umsetzung in der ambulanten Versorgungsrealität gerecht. Schon Sonn- und Feiertage stehen unter Umständen einer sofortigen Aufnahme der Behandlung entgegen. Sodann ist zu bedenken, dass seitens der zugelassenen ambulanten Heilmittelerbringer die Planung der Termine mit einem Vorlauf verbunden ist. In vielen Regionen der Bundesrepublik Deutschland haben die Mitgliedspraxen des VDB-Physiotherapieverbandes bereits längere Wartezeiten der Patienten auf den Behandlungsbeginn gemeldet, hier wird in der Regel die vierzehntägige Frist nach HMR knapp ausgenutzt.</p>	und PatV	
29.	dba	Grundsätzliches § 16 a (3) <b>Gültigkeit der Verordnung</b>	Es ist wünschenswert, dass Anschlussbehandlungen möglichst kurzfristig beginnen können. Aber nicht immer befinden	Kenntnisnahme	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
			<p>sich im häuslichen Umfeld der Versicherten mehrere zugelassene Heilmittelpraxen. Therapietermine werden eine Woche im Voraus vergeben. Das bedeutet, dass bei einem Zeitfenster von 5 oder auch 7 Tagen u. U. Termine kurzfristig zu Lasten der bereits in Therapie befindlichen Versicherten abgesagt werden müssen oder die Versorgungslücke bestehen bleiben müsste.</p>		
30.	dba	<p><b>Position Vorsitzender § 16 a (3)</b>  <i>Die Verordnung nach Absatz 1 verliert 7 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ihre Gültigkeit.</i></p> <p>Wünschenswert ist der kurzfristige Beginn der Anschlussbehandlungen.</p>	<p>Die Einhaltung der Fristen für den Beginn der Behandlung ist abhängig vom Entlassmanagement. Mit ausreichend Vorlauf, d. h. 14 Tage, kann ein kurzes Zeitfenster umsetzbar sein. Vermutlich wird das Krankenhaus aber erheblich weniger Vorlauf haben.</p> <p>Zu berücksichtigen ist auch, dass sich im häuslichen Umfeld der Versicherten nicht immer mehrere zugelassene Heilmittelpraxen für SSST befinden. Therapietermine werden eine Woche im Voraus vergeben. Das bedeutet, dass bei einem Zeitfenster von 7 Tagen u. U. Termine kurzfristig zu Lasten der bereits in Therapie befindlichen Versicherten abgesagt werden müssten oder die Versorgungslücke bestehen bleiben würde.</p> <p>Im Bereich des SSST erfolgt die anschließende Verordnung in der Regel durch Fachärzte. Dort ist für einen Termin immer mit gewissen Wartezeiten zu rechnen. Ein Zeitraum von 7 Tagen gewähr-</p>	Kenntnisnahme	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
			<p>leistet für die SSST nicht mit Sicherheit das Erreichen des Ziels, die Versorgungslücke zwischen Krankenhausentlassung und erstem vertragsärztlichem Termin zu schließen.</p> <p>Ein Zeitraum von 14 Tagen ist für die SSST realistisch umsetzbar.</p>		
31.	dbS	<b>Satz 3</b> ist nicht nachvollziehbar.	<p>Ausweislich S. 1 muss eine Heilmittelbehandlung innerhalb von fünf Kalendertagen aufgenommen werden, ein Ungültigwerden der Verordnung erfolgt dann jedoch erst nach sieben Tagen. Hier sollte eine Anpassung erfolgen, um Missverständnisse zu vermeiden.</p>	siehe Nr. 27	siehe Nr. 27
32.	dba	Satz 1 und 2 widersprechen sich.	<p>Position Bänke und PatV § 16 a (3) Satz 1 <i>Die Heilmittelbehandlung muss ... innerhalb von 5 Kalendertagen ... aufgenommen werden.</i></p> <p>§ 16 a (3) Satz 2 <i>Wird eine Heilmittelbehandlung ... nicht innerhalb von 7 Kalendertagen ... begonnen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.</i></p>	siehe Nr. 27	siehe Nr. 27
33.	SHV	<i>[Anmerkung GS: <b>Gültigkeit der VO</b>]</i> Wir empfehlen eine Klarstellung.	<p>Anmerkung: Wann die Verordnung nach Vorschlag der Bänke und der Patientenvertreter ihre Gültigkeit verliert (nach spätestens 5 Tagen muss die Behandlungen begonnen werden bzw. nach 7 Tagen verliert die Verordnung ihre Gültigkeit), geht u.E. aus dem Beschlussentwurf nicht eindeutig hervor.</p>	siehe Nr. 27	siehe Nr. 27

### 6.3.5 Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 3 Satz 4 HeilM-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
34.	dbs	<p>Der dbs begrüßt die Möglichkeit der Unterstützung bei der Terminvereinbarung. Problematisch sehen wir den Hinweis auf die Berücksichtigung der Barrierefreiheit.</p> <p>Um Wettbewerbsbeeinträchtigungen zu vermeiden sollte der Zusatz „sowie der Barrierefreiheit“ entfallen.</p> <p>In den Verträgen nach § 39 Abs. 1 a SGB V sollten sodann Kriterien festgelegt werden, die genau besagen, was eine Unterstützung bei der Auswahl von TherapeutInnen und der Terminvereinbarung bedeuten soll und ob z.B. eine bloße Weitergabe einer Adressliste im Wohnumfeld bereits ausreicht.</p>	<p>Die Barrierefreiheit der stimm-, sprech- und sprachtherapeutischen Praxen ist durch § 124 SGB V und die Zulassungsempfehlungen nach § 124 Abs. 4 SGB V nicht zwingend erforderlich. Der behindertengerechte Zugang ist selbstverständlich wünschenswert, aber kein zwingendes Kriterium. Auch die baurechtlichen Vorschriften der Länder sind sehr unterschiedlich ausgestaltet und die Barrierefreiheit wird nur teilweise ausdrücklich bei Neuniederlassungen/ Nutzungsänderungen gefordert. Darüber hinaus gibt es keinerlei Therapeutenverzeichnisse, die einen Hinweis auf den barrierefreien Zugang enthalten. Ferner findet die überwiegende Zahl der Therapien, für die eine Barrierefreiheit der Praxis erforderlich wäre, im Rahmen eines verordneten Hausbesuchs statt, so dass die Barrierefreiheit der Praxis nicht relevant ist.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>PatV/KBV: Bei der Barrierefreiheit geht es ausschließlich um den Zugang zur Praxis. Eine Wettbewerbsbeeinträchtigung ist nicht Ziel der Regelung. Vergleiche TrGr.</p> <p>Die Voraussetzungen für die Verordnung eines Hausbesuchs sind bereits in der Heilmittel-Richtlinie geregelt. Der Hausbesuch ist keine Alternative zur Barrierefreiheit.</p>	<p>Satz 4 Absatz 3 wird gestrichen und ein entsprechender Hinweis in den TrGr verortet.</p>
35.	dba	<p>Position KBV und PatV <b>§ 16 a (3) Satz 4</b></p> <p>Die Versicherte oder der Versicherte soll unter Berücksichtigung ...</p>			
		... der freien Therapeutenwahl	Zustimmung	Kenntnisnahme	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
		... sowie der Barrierefreiheit	Die räumlichen Voraussetzungen sind nicht in der HeilM-RL, sondern gemäß § 124 SGB V in den Zulassungsempfehlungen zu regeln.	siehe Nr. 34	siehe Nr. 34

### 6.3.6 Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 4 HeiM-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
36.	dbs	Zunächst möchten wir klarstellen, dass wir eine Information an den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements ausdrücklich befürworten.		Kenntnisnahme	keine Änderung
37.	dbs	Wünschenswert und sinnvoll wäre darüber hinaus eine Mitteilungs- und Begründungspflicht des weiterbehandelnden Arztes, wenn dieser die weitere Therapie nicht verordnet, da sonst das Entlassmanagement keine Versorgungslücke schließt, sondern lediglich eine kurze Versorgung nach Entlassung sicher stellt.		Kenntnisnahme, eine Begründungspflicht des weiterbehandelnden Vertragsarztes, warum er die ursprünglich vom Krankenhaus verordnete Heilmitteltherapie ggf. nicht fortsetzt, ist weder leistungsrechtlich nachvollziehbar noch umsetzbar. Aus medizinischer Sicht kann sich der Zustand des Patienten bereits im Laufe der Heilmitteltherapie im Rahmen des Entlassmanagements verändert haben, so dass ggf. völlig andere Maßnahmen medizinisch erforderlich sind. Der weiterbehandelnde Vertragsarzt prüft dies vor jeder Verordnung individuell.	keine Änderung
38.	dbs	Es sollte ferner ergänzt werden, dass auch von den sofort nach der Entlassung tätigen Therapeuten ein Bericht an den weiterbehandelnden Vertragsarzt erfolgen muss.		Es gilt die Heilmittel-Richtlinie, diese sieht keine verpflichtende Therapieberichte vor.	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
39.	dbs	Problematisch wird an der Formulierung der Regelung des Abs. 4 gesehen, dass nicht eindeutig ist, wer als weiterbehandelnder Vertragsarzt angesehen wird.	Die weitere Verordnung nach der Entlassung wird nicht nur durch den Hausarzt, sondern auch durch Fachärzte vorgenommen.	Der G-BA hat keine Regelungskompetenz in seinen Richtlinien den weiterbehandelnden Vertragsarzt zu bestimmen und darüber hinaus gilt die freie Arzt- und Therapeutenwahl.	keine Änderung
40.	dbl	Die klarstellende Regelung des Abs. 4 wird ausdrücklich begrüßt.		Kenntnisnahme	keine Änderung
41.	dba	Zustimmung		Kenntnisnahme	keine Änderung

### 6.3.7 Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 5 HeilM-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
42.	dbs	<b>Abs. 5 i.V.m. Abs. 2</b> Der dbs begrüßt ausdrücklich, dass die Verordnungseinheiten im Rahmen des Entlassmanagements nicht auf die Verordnungsmengen angerechnet werden.		Kenntnisnahme	keine Änderung
43.	dba	Zustimmung		Kenntnisnahme	keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
44.	BÄK	Die Bundesärztekammer begrüßt ferner im Interesse einer aufwands- und bürokratiearmen Umsetzung des Entlassmanagements, dass vom Krankenhaus die zuvor getätigte vertragsärztliche Versorgung bei der Verordnung von Heilmitteln ebenso nicht zu berücksichtigen ist wie die Verordnungen durch das Krankenhaus von den weiterbehandelnden Vertragsärzten.		Kenntnisnahme	keine Änderung
45.	dbs	Um zu verdeutlichen, dass es sich nicht um eine normale Erstverordnung im Regelfall handelt, die nicht auf die Gesamtverordnungsmenge angerechnet wird, sollte eine eigenständige Verordnung als Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements möglich sein, entweder durch ein eigenständiges Verordnungsmuster oder durch einen Zusatz auf Muster 14, der die Verordnung als besondere Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements kennzeichnet.  Sollte eine Verordnung auf dem bisherigen Muster 14 in Betracht gezogen werden, so bitten wir um einen Hinweis oder eine Ergänzung, dass die Verordnung auf Muster 14 im Rahmen des Entlassmanagements nicht alle dort genannten Verordnungsinhalte auführen muss, um die Gültigkeit der Verordnung auf Grund fehlerhafter/lückenhafter Ausstellung nicht zu gefährden und eine sofortige Anschlussbehandlung sicher zu stellen.		siehe Nr. 22	siehe Nr. 22
46.	dbs	Für das Heilmittel Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bitten wir darüber hinaus um Klarstellung, dass eine Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements als spezielle Erstverordnung im Sinne der Heilmittelrichtlinie zu verstehen ist, auch wenn eine Anrechnung auf den Regelfall unterbleibt. Denn nur eine Kennzeichnung als Erstverordnung berechtigt den behandelnden Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten, die für die Therapiedurchführung zwingend erforderliche Erstdiagnostik durchzuführen und die Therapieplanung entsprechend vorzunehmen.		Kenntnisnahme  Die Abrechnung von Leistungen ist Gegenstand der Verträge nach § 125 SGB V.	keine Änderung
47.	dbs	Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass durch eine Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements bzw. eine Nicht-Verordnung keinerlei Entscheidung über die weitere ambulante Therapienotwendigkeit getroffen worden ist. Die grundsätzliche Verordnungsentcheidung des weiterbehandelnden Arztes ist nicht beeinträchtigt.		Kenntnisnahme  Es ist auf die ärztliche Therapiehoheit zu verweisen.	keine Änderung

### 6.3.8 Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 6 HeiM-RL

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
48.	dbs	Es wird ausdrücklich begrüßt, dass nicht nur die Akut- sondern auch die Rehakliniken in die Heilmittelversorgung eingebunden werden.		Kenntnisnahme	keine Änderung
49.	dba	Zustimmung		Kenntnisnahme	keine Änderung

### 6.3.9 Stellungnahmen zur Änderung des § 16a Absatz 2 HeiM-RL i.V.m. § 13 Absatz 2j und dem Heilmittelkatalog/ Frequenzempfehlung im Rahmen des Entlassmanagements

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Beschluss-entwurf
50.	dbs	Zur Frequenzempfehlung bitten wir um einen klarstellenden Hinweis, dass Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements abweichend von den sonstigen Frequenzempfehlungen des Heilmittelkatalogs erfolgen können, da z.B. Patienten mit einer Aphasie im Rahmen ihres Aufenthalts in der (Reha-) Klinik täglich mit Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie versorgt werden und dies auch für das Entlassmanagement notwendig ist. Die Notwendigkeit einer hohen Therapiefrequenz beruht auf Grundlagen von Studienergebnissen, die eine solche als eine wesentliche Bedingung für den Therapieerfolg identifiziert haben (z.B. Boghal et al., 2002). Eine jüngst durchgeführte multizentrische Studie in Deutschland konnte die Annahmen aus existierenden kleineren Studien nachhaltig belegen ( <a href="http://fcet2ec.aphasiegesellschaft.de/index.php/weitere-informationen/veroeffentlichungen/">http://fcet2ec.aphasiegesellschaft.de/index.php/weitere-informationen/veroeffentlichungen/</a> ).  Es ist somit dringend geboten, die Frequenz und Intensität in der ambulanten Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie dem aktuellen Wissensstand anzupassen (evidenzbasiertes Vorgehen).		siehe Nr. 12 und Nr. 18 und 21	siehe Nr. 12 und 21 und Nr. 18

## 6.4 Mündliche Stellungnahmen

Die Bundesärztekammer hat bereits im Anschreiben ihrer Stellungnahme vom 19. Oktober 2015 auf die mündliche Stellungnahme bzw. Anhörung verzichtet.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 25. November 2015 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](http://www.g-ba.de)).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 25. November 2015 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
<b>Maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V</b>							
dbs e.V. – Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten	Frau Katrin Schubert	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Volker Gerrlich	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Frau Dietlinde Schrey-Dern (nicht anwesend)	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba)	Frau Marion Malzahn	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Maja Regenbogen (nicht anwesend)	nein	nein	nein	nein	nein	nein
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	Herr Karl-Heinz Kellermann	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Andrea Rädlein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
<b>Organisation gem. 1. Kapitel § 8 Absatz 1 lit. a) VerFO</b>							
VDB-Physiotherapieverband e.V. Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie	Herr Dr. Michael Stehr	ja	nein	nein	nein	nein	nein

**Frage 1: Anstellungsverhältnisse**

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

**Frage 2: Beratungsverhältnisse**

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

**Frage 3: Honorare**

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

**Frage 4: Drittmittel**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

**Frage 5: Sonstige Unterstützung**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

**Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

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 § 13 Absatz 3 Satz 4 VerfO).