

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte: Überarbeitung der HeiIM-RL ZÄ

Vom 14. Mai 2020

Inhalt

Tragende Gründe	1
zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte: Überarbeitung der Heilm-RL ZÄ	1
1. Rechtsgrundlage	4
2. Eckpunkte der Entscheidung	4
2.1 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)	4
A. Allgemeine Grundsätze.....	4
2.1.1 § 1 Grundlagen.....	4
2.1.2 § 2 Heilmittel.....	5
B. Grundsätze der Heilmittelverordnung.....	6
2.1.3 § 3 zu Voraussetzungen der Verordnung.....	6
2.1.4 § 4 Heilmittelkatalog Zahnärzte	6
2.1.5 § 5 Verordnungsausschlüsse.....	6
2.1.6 § 6 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung [neu gefasst].....	6
2.1.7 Streichung § 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls	8
2.1.8 § 7 Langfristiger Heilmittelbedarf (neu)	8
2.1.9 § 8 Wirtschaftlichkeit (neu).....	9
2.1.10 § 9 Ort der Leistungserbringung (neu)	9
2.1.11 § 10 Auswahl der Heilmittel (neu)	10
2.1.12 § 11 Verordnungsvordruck (neu)	11
2.1.13 Neu § 12 (Blankverordnung).....	12
C. Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten.....	13
2.1.14 § 13 Grundlagen.....	13
2.1.15 § 14 Beginn der Heilmittelbehandlung	13
2.1.16 § 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung	13
D. Zahnärztliche Diagnostik.....	14
2.1.17 § 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie.....	14
2.1.18 § 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech-, und Sprach- und Schlucktherapie	14
E. Maßnahmen der Physiotherapie	15
2.1.19 § 18 Grundlagen.....	15
2.1.20 § 19 Bewegungstherapie	15
2.1.21 § 22 Maßnahmen der Elektrotherapie.....	15
F. Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.....	16
2.1.22 Neuer § 26 Schlucktherapie.....	16
2.2 Zweiter Teil: Heilmittelkatalog Zahnärzte	17
2.2.1 Anpassung Spalte Heilmittelverordnung	17
2.3 Würdigung der Stellungnahmen	18
2.4 Inkrafttreten	18
2.5 Evaluation	18
2.6 Würdigung der Stellungnahmen	18

3.	Bürokratiekostenermittlung	19
4.	Verfahrensablauf	23

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ). Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen 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 Nr. 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

Der G-BA soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, die eine Anpassung seiner Richtlinien erfordern (siehe 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ) umfasst insbesondere die Änderungen im Bereich der Heilmittelversorgung durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice und Versorgungsgesetz - TSVG). Hierzu zählt die Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge, die Abschaffung des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls sowie Regelungen zur Blankoverordnung. Ebenfalls wird geprüft, ob sich aus erfolgten Änderungen im Bereich der Heilmittel-Richtlinie Ärzte ein fachlich notwendiger Anpassungsbedarf für die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte ergibt. Darüber hinaus erfolgt bei den Formulierungen der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte eine weitere Anlehnung an das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell und an die Begrifflichkeiten der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF).

2.1 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)

A. Allgemeine Grundsätze

2.1.1 § 1 Grundlagen

Zu Absatz 4 und Absatz 5

Aufgrund der gesetzlichen Neuordnung bezüglich der Zulassung von Heilmittelerbringern (§ 124 SGB V) und der Ausgestaltung der Verträge zur Heilmittelversorgung (§125 SGB V) durch das TSVG und das MDK-Reformgesetz bedarf es Anpassungen des § 1 Absatz 4 und einer Neuregelung in Absatz 5 (neu). Die bisherige Regelung, wonach die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen den kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Anforderung ein Verzeichnis der zugelassenen Leistungserbringer zur Verfügung stellen (§ 1 Absatz 4), wird an die neue Rechtslage des § 124 Abs. 2 SGB V nach dem MDK-Reformgesetz angepasst. Nach § 124 Abs. 2 SGB V veröffentlicht der GKV-Spitzenverband eine Liste über die zugelassenen Leistungserbringer mit den maßgeblichen Daten des jeweils zugelassenen Leistungserbringers. Durch den Verweis auf die Veröffentlichung nach § 124 Absatz 2 SGB V wird dem Informationsinteresse der Versicherten, der Vertragszahnärztinnen und -ärzte und ihrer KZVen Rechnung getragen werden.

Die Regelung, wonach die Krankenkassen auch die Vergütungsvereinbarungen über die vereinbarten Leistungen (einschließlich der Regelbehandlungszeiten) zur Verfügung stellen, wird inhaltlich an die Neuregelungen der §§ 124, 125 SGB V angepasst und in eine gesonderte Regelung in Absatz 5 überführt.

2.1.2 § 2 Heilmittel

Zu Absatz 1

Die bisherige Bezeichnung „Physiotherapie und der physikalischen Therapie“ wird in „Physiotherapie“ geändert. Die Verwendung der Begriffe „Physiotherapie“ und „Physikalische Therapie“ folgt der Begrifflichkeit des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26.05.1994; danach ist Physiotherapie der Oberbegriff, der die Krankengymnastik und die physikalische Therapie umfasst.

Die Ergänzung der Schlucktherapie in § 2 Absatz 1, zweiter Spiegelstrich ist eine Folgeveränderung. Zur Begründung siehe § 33a.

B. Grundsätze der Heilmittelverordnung

2.1.3 § 3 zu Voraussetzungen der Verordnung

Zu Absatz 3 (neu)

Für die Versorgung mit Heilmitteln ist es vor allem im Rahmen des zahnärztlichen Behandlungsplanes von Bedeutung, Informationen über person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu erlangen.

Neu aufgenommen wird daher, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt soweit erforderlich, in Abhängigkeit des Einzelfalls dabei auch persönlichen Lebensumstände (sogenannte Kontextfaktoren) sowie bekannte bisherige Heilmittelverordnungen erfragt und, wenn notwendig, berücksichtigt. Ziel ist es, beispielsweise parallele Behandlungen derselben Erkrankungen mit Heilmitteln, die durch mitbehandelnde Zahnärztinnen und Zahnärzte verordnet wurden, zu vermeiden. Der Patient soll den Zahnarzt im Rahmen seiner Möglichkeiten über vorherige Verordnungen informieren. Die Verordnung darf jedoch nicht mit dem Hinweis auf eine fehlende Information verweigert werden.

Zu Absatz 4 (neu)

Absatz 4 wurde sprachlich angepasst.

2.1.4 § 4 Heilmittelkatalog Zahnärzte

Zu Absatz 2

Mit der Einführung der orientierenden Behandlungsmengen erfolgt keine Unterscheidung mehr zwischen Erst- und Folgeverordnung. Damit regelt der Heilmittelkatalog ZÄ auch keine Besonderheiten mehr bei Wiederholungsverordnungen.

2.1.5 § 5 Verordnungsausschlüsse

In Absatz 1 und 2 erfolgt an eine Anpassung an geänderte Normen im SGB IX.

2.1.6 § 6 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung [neu gefasst]

Auf Grund der gesetzlichen Änderungen in § 32 Absatz 1b und 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V im Rahmen des TSVG in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Mai 2019 (BGBl.S. 646ff. Jahrgang 2019 Teil I Nr. 18) und der damit verbundenen Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen und der Einführung von orientierenden Behandlungsmengen, wurde der § 7 der Heilmittel-Richtlinie neu gefasst.

Zu Absatz 1

Durch den Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes entfällt künftig die Notwendigkeit, zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalles zu unterscheiden. Vor dem Hintergrund der Änderung der grundlegenden Systematik wird auch die Begrifflichkeit des „Regelfalls“ ersetzt. In Absatz 1 erfolgt eine Definition des „Verordnungsfalls“, die klarstellen soll, wann eine Verordnung demselben Verordnungsfall zuzuordnen ist und wann es sich um einen neuen Verordnungsfall handelt. Des Weiteren wird das behandlungsfreie Intervall abgeschafft. Der § 7 Abs. 1 definiert keine zwingende Behandlungspause. Sofern medizinisch erforderlich ist die Fortsetzung der Heilmitteltherapie, über die orientierende Behandlungsmenge hinaus, möglich. Durch die Definition eines verordnungsfreien Zeitraums ist zukünftig nicht mehr das letzte Behandlungsdatum beim Therapeuten, sondern das letzte

Verordnungsdatum maßgeblich für die Bemessung des Zeitpunkts, ab dem ein neuer Verordnungsfall beginnt. Verordnungen, die innerhalb des Zeitraums von 6 Monaten nach der letzten Verordnung auf Grund derselben Diagnose und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog ausgestellt werden, sind demselben Verordnungsfall zuzurechnen, unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, um Rezidive, d. h. um das Wiederauftreten einer Erkrankung nach zeitweiliger Abheilung, oder neue Erkrankungsphasen einer zumeist chronischen Erkrankung mit akuter Symptomatik handelt. Die Regelung dient der Klarstellung, dass für die Fortsetzung der Heilmitteltherapie, über die orientierende Behandlungsmenge hinaus, keine Behandlungspausen einzuhalten sind, sofern diese nicht medizinisch indiziert sind. Die 6-Monatsfrist dient ausschließlich der Abgrenzung von Verordnungsfällen und der Einordnung der verordnenden Zahnärztin / des verordnenden Zahnarztes, zu welchem Zeitpunkt sie oder er von einem neuen Verordnungsfall und somit von einer neuen orientieren Behandlungsmenge gemäß Absatz 2 ausgehen kann. Verordnungen über die orientierende Behandlungsmenge hinaus sind bei medizinischer Notwendigkeit stets möglich.

Zu Absatz 2

Absatz 2 definiert die Begrifflichkeit „orientierende Behandlungsmenge“. Es handelt sich hierbei um die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Der Umfang der orientierenden Behandlungsmengen ist mit dem der Gesamtverordnungsmengen des Regelfalls identisch. Bei gleichzeitiger Verordnung von vorrangigen und ergänzenden Heilmitteln werden demnach die Behandlungseinheiten der ergänzenden Heilmittel nicht in die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge einbezogen.

Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass das angestrebte Therapieziel mit den der Indikation zugeordneten Heilmitteln im Rahmen der orientierenden Behandlungsmenge erreicht werden kann. Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge beziehen sich auf die jeweils verordnende Zahnärztin oder den jeweils verordnenden Zahnarzt einer Praxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums. Bei der Verordnungsentscheidung sind andere zahnärztliche Verordnungen gemäß § 3 Absatz 3 zu berücksichtigen und beim Patienten zu erfragen. Die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge erfolgt jedoch grundsätzlich zahnarztbezogen. Es erfolgt keine Anrechnung von Behandlungseinheiten anderer Zahnärztinnen und Zahnärzte für dieselbe Patientin oder denselben Patienten in die Berechnung der orientierenden Behandlungsmenge.

Zu Absatz 3

Der bisherigen Systematik entsprechend, sind auch zukünftig Heilmittelbehandlungen über die im Heilmittelkatalog definierten orientierenden Behandlungsmengen hinaus möglich, sofern das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wurde und durch eine Fortsetzung der Behandlungen das Therapieziel voraussichtlich erreicht werden kann. Auch dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine kontinuierliche Behandlung, die Behandlung von Rezidiven oder von neuen Erkrankungsphasen handelt.

Hierbei ist die im Heilmittelkatalog definierte Höchstmenge je Verordnung zu beachten.

Patientinnen und Patienten mit einem hohen Heilmittelbedarf sind in der Regel über die Vorgaben zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 8a HeilM-RL berücksichtigt. Für diese Patientinnen und Patienten können die notwendigen Heilmittel je Verordnung unmittelbar für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. Die über die orientierende

Behandlungsmenge hinausgehenden Verordnungen sind ebenfalls dem jeweiligen Verordnungsfall zuzurechnen. Die verordnende Zahnärztin/ der verordnende Zahnarzt dokumentiert die medizinischen Gründe in der Patientendokumentation seiner Praxis, aus der das Erfordernis der Fortführung der Heilmittelbehandlung hervorgeht.

Zu Absatz 4

Absatz 4 umfasst Regelungen zu den Festlegungen der Höchstmengen je Verordnung gemäß § 92 Absatz 6 Nummer 3 SGB V. Es wird klargestellt, dass sich die Höchstverordnungsmenge für ergänzend verordnete Heilmittel in der Physiotherapie nach der Anzahl der Behandlungseinheiten des vorrangigen Heilmittels richtet (z. B. 6 x Krankengymnastik als vorrangiges Heilmittel und 6 x ergänzende Wärmetherapie).

Zu Absatz 5

Die Regelung, dass Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V die notwendigen Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden können bleibt bestehen und wird an die die neue Vorgabe der orientierenden Behandlungsmenge angepasst.

Die Verordnungsmenge muss dabei in Abhängigkeit der Therapiefrequenz so kalkuliert werden, dass ein Zeitraum von bis zu 12 Wochen nicht überschritten wird. Beispielsweise beträgt die maximale Verordnungsmenge pro Verordnung, bei einer Therapiefrequenz von 1-3-mal pro Woche, 36 Behandlungseinheiten. Es wurde in Absatz 5 klargestellt, dass im Fall der Angabe einer Frequenzspanne immer auf den höchsten Wert zur Berechnung der Höchstmenge je Verordnung zurückzugreifen ist.

2.1.7 Streichung § 7 Verordnung außerhalb des Regelfalls

Auf Grundlage der Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen im Rahmen des TSVG erfolgt die Streichung des § 7. Die notwendigen Regelungen in Bezug auf Wiederholungsverordnungen werden in der Neufassung des § 6 getroffen.

Der Genehmigungsvorbehalt entfällt jedoch erst mit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zur orientierenden Behandlungsmenge. Dies ergibt sich aus dem Zusammenspiel von § 32 Absatz 1b SGB V und § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V in der Fassung des TSVG. In § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, indikationsbezogene orientierende Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu regeln. Etwaige Genehmigungsvorbehalte der Krankenkassen können somit erst dann entfallen, wenn der G-BA den Auftrag nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V erfüllt hat, was mit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie dann der Fall ist. Für bis zum Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie ausgestellte Verordnungen außerhalb des Regelfalls gemäß § 7 Absatz 4 HeilM-RL Zahnärzte gilt ein ggf. ausgesprochener Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse fort.

2.1.8 § 7 Langfristiger Heilmittelbedarf (neu)

Mit der Streichung des § 7 (Verordnungen außerhalb des Regelfalls) erfolgt eine Anpassung der Nummerierung der folgenden Paragraphen.

Zu Absatz 2

Es erfolgte eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 3 (alt)

Der Regelungsinhalt ist in § 6 Absatz 5 verschoben worden.

2.1.9 § 8 Wirtschaftlichkeit (neu)

Zu Absatz 3 (neu)

Die neu eingefügte Regelung in Absatz 3 war vorher in § 6 Absatz 2 Satz 2 verortet. Eine inhaltliche Änderung erfolgte nicht.

2.1.10 § 9 Ort der Leistungserbringung (neu)

Zu Absatz 1

Es erfolgte eine sprachliche Überarbeitung.

Zu Absatz 2

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen aller Schweregrade besuchen heute nicht nur Fördereinrichtungen, sondern zunehmend Regelschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten, in denen sie ganztägig betreut sind und speziell gefördert werden. Die Organisation der Förderung wird je nach Behinderungsbild, Schulform und Landesrecht unterschiedlich gestaltet. Kinder und Jugendliche mit Behinderungen weisen häufig einen besonderen Bedarf an Heilmitteln auf, dem nach dem Schul- oder Kindergartenbesuch/Kindertagesstättenbesuch am späten Nachmittag oder Abend, insbesondere bei Ganztagschulen, nicht mehr Rechnung getragen werden kann. Deshalb kann die Erbringung von Heilmitteln bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung mit oder ohne einen behördlich festgestellten Förderstatus, der je nach Landesrecht bestimmt wird, auch innerhalb der oben genannten Einrichtungen stattfinden, sofern die Voraussetzungen, z.B. ein geeigneter Raum für die Therapie, dort gegeben sind. Das Vorliegen eines Förderstatus allein begründet nicht die Verordnung von Heilmitteln und deren Erbringung in der Tageseinrichtung. Stets muss ein Behandlungsbedarf im Sinne der Richtlinie vorliegen und die Behandlung wegen des Vorliegens einer Behinderung dort notwendig sein. Die in § 5 Absatz 1 genannten Verordnungsaußchlüsse sind zu berücksichtigen.

2.1.11 § 10 Auswahl der Heilmittel (neu)

Zu Absatz 1

Zu besserer Verständlichkeit wurde der Absatz 1 umformuliert. Zudem wurden die Sätze 3 und 4 ergänzt. Dies dient der Klarstellung, dass die im Heilmittelkatalog hinterlegten Frequenzempfehlungen auf Erfahrungswerten basieren und als Empfehlung an die verordnende Zahnärztin oder den verordnenden Zahnarzt gelten. In medizinisch begründeten Fällen kann es jedoch erforderlich sein, bei der Verordnung von der Frequenzempfehlung des Heilmittelkatalogs abzuweichen und eine höhere oder niedrigere Behandlungsfrequenz anzugeben (z.B. vorübergehender erhöhter Therapiebedarf nach operativen Eingriffen oder zeitweise Frequenzverringering bei Kindern zum Ende einer Behandlungsserie). Es ist davon auszugehen, dass die Begründung aus der Patientendokumentation hervorgeht.

Zur Absatz 2 (alt)

Die Regelung im bisherigen Absatz 2 ist nun in Absatz 1 integriert. Absatz 2 ist daher redundant und wurde gestrichen.

Zu Absatz 2 (neu)

Die bisher in Satz 3 vorhandene klarstellende Regelung, dass nicht mehr als ein ergänzendes Heilmittel verordnet werden kann, wird als entbehrlich aufgehoben, da ausschließlich die Elektrotherapie auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels als ergänzendes Heilmittel verordnungsfähig ist. Die Streichung von Satz 4 („Auf dem Verordnungsvordruck ist das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen.“) hat zum Ziel, das Missverständnis, dass nur das ergänzende Heilmittel explizit zu benennen ist, zu vermeiden. Nach § 13 Absatz 2 ist jedes Heilmittel eindeutig zu bezeichnen.

Zu Absatz 3 (neu)

Die Änderung sieht vor, dass künftig im Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie mehrere unterschiedliche Heilmittel verordnet werden können. Die neue Regelung soll u.a. der Flexibilisierung der Therapie dienen und dem verordnenden Zahnarzt oder der verordnenden Zahnärztin mehr Therapieoptionen eröffnen. Für den Bereich der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie besteht damit die Möglichkeit, verschiedene Heilmittel (Behandlungszeiten) gemeinsam zu verordnen. Die Aufteilung der Heilmittel ist auf dem Verordnungsvordruck zu spezifizieren.

Zu Absatz 3/4

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung bzw. Folgeänderung.

Zu Absatz 4/5 (neu)

Es wurde eine Regelung aufgenommen, wonach ein vorrangiges Heilmittel in medizinisch begründeten Ausnahmefällen auch als Doppelbehandlung verordnet und erbracht werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um dasselbe vorrangige Heilmittel handelt. Sofern Doppelbehandlungen verordnet wurden, sind die beiden Behandlungseinheiten zusammenhängend abzugeben. Bei der Verordnung darf die in der Richtlinie definierte Höchstverordnungs menge je Verordnung nicht überschritten werden. Auch bei der Erbringung von Doppelbehandlungen dürfen die auf der Verordnung angegebenen Behandlungseinheiten nicht überschritten werden. Wenn also 6 Behandlungseinheiten verordnet wurden, dürfen 3 Doppelbehandlungen à 2 Behandlungseinheiten abgegeben werden. Je Doppelbehandlung kann maximal ein ergänzendes Heilmittel hinzukommen.

Die Regelung greift eine zwischen KBV und GKV-Spitzenverband getroffene Auslegung im konsentierten Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005 (Frage Nr. 11) auf und trägt damit zur Harmonisierung, Regelungsklarheit und Entbürokratisierung bei.

Fallgestaltungen für eine Doppelbehandlung können sich aus medizinischen Gründen insbesondere dort ergeben, wo aufgrund multipler struktureller oder funktioneller Schädigungen und Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten mit der normalen Zeiteinheit eine effektive Therapie nicht oder kaum durchführbar ist, da bspw. das Ausmaß der Schmerzen in Verbindung mit den ausgeprägten Funktionsstörungen oder ausgeprägte spastische Tonuserhöhungen zunächst eine Detonisierung der beteiligten Muskulatur sowie die Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster erforderlich machen, bevor der Patient mit aktiven physiotherapeutischen Maßnahmen behandelt werden kann. Zur Erreichung des Behandlungsziels, kann in diesen Fallgestaltungen daher eine längere Therapiezeit pro Behandlungseinheit angezeigt sein. Hier sind insbesondere Indikationen aus der Indikationsgruppe CD2, wie sie bei schweren Traumata, Tumoren oder komplexen Fehlbildungssyndromen vorkommen können und der Indikationsgruppe SCZ bei Störungen des Schluckakts nach Tumoroperationen im Mund-Kieferbereich, in Betracht zu ziehen. Des Weiteren sind Indikationen aus der Indikationsgruppe ZNSZ, insbesondere bei schweren zentral bedingten Bewegungsstörungen im Kindesalter vorstellbar. Bei diesen kann es unter physiotherapeutischer Behandlung zudem zu einer Verstärkung der orofazialen Spastik kommen, sodass eine längere Therapiezeit pro Behandlungseinheit erforderlich ist, um das Behandlungsziel erreichen zu können.

2.1.12 § 11 Verordnungsvordruck (neu)

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe b.

Mit der Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge ist eine Unterscheidung der Verordnungen nicht mehr erforderlich.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe c (neu).

Zukünftig wird die Angabe, ob ein Therapiebericht benötigt wird, vereinfacht abgebildet.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe d (neu).

Es handelt sich um eine Folgeanpassung zu § 14, wonach die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen dringlichen Behandlungsbedarf, bei dem die Behandlung innerhalb von 14 Tagen aufgenommen werden soll, auf der Verordnung kenntlich macht.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe g (neu)

Es erfolgte eine begriffliche Anpassung. Darüber hinaus wurde ergänzt, dass die Angabe auch als Frequenzspanne möglich ist.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe h (neu)

Es wird ein Hinweis ergänzt, dass auch „ergänzende Angaben zum Heilmittel“ auf der Verordnung möglich sind. Beispiele für ergänzende Angaben zum Heilmitteln können „Doppelbehandlung“ oder bei „KG-ZNS“ die Angabe „Bobath“ sein.

Die (gesonderte) Angabe der Therapiedauer ist nicht notwendig, da die Minutenzahl im anzugebenden Heilmittel enthalten ist.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe i (neu).

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Der HeilM-Katalog ZÄ spricht von „Indikationsgruppe“ und nicht von „Diagnosegruppe“.

Zu Absatz 2 Satz 3 Buchstabe l (alt)

Es handelt sich um eine Folgeänderung, da die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls durch den Wegfall des Genehmigungsverfahrens gemäß § 7 Absatz 4 (a.F.) nicht mehr erforderlich ist.

2.1.13 Neu § 12 (Blankverordnung)

Mit der Einführung der „Blankverordnung“ in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Änderungen aufgrund des TSVG (vgl. § 125a SGB V i.V.m. § 73 Absatz 11 SGB V) bedarf es auch einer entsprechenden Ergänzung in der HeilM-RL ZÄ. Mit dem TSVG wurde in § 92 Absatz 6 Satz 1 Nr. 5 und 6 vorgegeben, dass der G-BA in seinen Heilmittel-Richtlinien regeln soll, auf welche Angaben auf der Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1 (Blankverordnung) verzichtet werden kann sowie die Dauer der Gültigkeit einer Verordnung nach § 73 Absatz 11 Satz 1 (Blankverordnung). Blankverordnungen sind nach § 125a Abs. 1 Satz 1 SGB V in den jeweiligen Bereichen der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich. Grundlage hierfür ist ein Vertrag, den die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Heilmittelbereich gemeinsam abschließen. Vor Vertragsabschluss ist gem. § 125a Abs. 1 Satz 7 SGB V in der Fassung des MDK-Reformgesetzes den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV und KZBV) Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Neben dem Stellungnahmerecht ist für die vertraglichen Festlegungen nach § 125a Abs. 2 Nr. 1 und 7 SGB V das Einvernehmen mit der KBV und der KZBV herzustellen.

Mit der Regelung des § 12 HeilM-RL Zahnärzte zur Möglichkeit von Blankverordnungen bleibt offen, ob und inwieweit in den Verträgen nach § 125a SGB V auch zahnärztliche Indikationen für die Blankverordnung festgelegt werden.

C. Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten

2.1.14 § 13 Grundlagen

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung

2.1.15 § 14 Beginn der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

Für alle Heilmittelbereiche wird einheitlich der späteste Behandlungsbeginn auf 28 Tage festgelegt. Neu wird geregelt, dass bei Vorliegen eines dringlichen Behandlungsbedarfs die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen hat. Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.

Zu Absatz 2

Entsprechend der neu getroffenen Regelung wird die Gültigkeit der Verordnung gemäß Absatz 1 angepasst

2.1.16 § 15 Durchführung der Heilmittelbehandlung

Zu Absatz 1

Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Regelungen des § 15 nur in eingeschränkter Form für eine Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern (Blankverordnung) gemäß § 12 gilt. Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe in § 73 Absatz 11 SGB V, wonach Heilmittelerbringer bei den in den Verträgen nach § 125a Absatz 1 SGB V vereinbarten Indikationen selbst die Auswahl und die Dauer der Heilmitteltherapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten festlegen, sind § 15 Absätze 3 bis 5 der Heilmittel-Richtlinie ZÄ für die Blankverordnung nicht einschlägig. Die Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, ob und in wie weit bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie ZÄ abgewichen werden kann, werden in den Verträgen nach § 125a SGB V geregelt.

Zu Absatz 2

Mit dem neuen Satz 1 wird klargestellt, dass die Frequenzangabe auf der Verordnung für die Therapeutin oder den Therapeuten bindend ist. Durch die Möglichkeit der Übernahme einer Frequenzspanne auf den Verordnungsvordruck (Bsp. 1-3-mal pro Woche) können in dem damit vorgegebenen Rahmen Änderungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten, die bislang einer obligaten Abstimmung mit der verordnenden Zahnärztin oder dem verordnenden Zahnarzt bedürfen, vermieden werden. Es wird davon ausgegangen, dass sich damit sowohl auf Seiten der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer als auch der Krankenkassen der bürokratische Aufwand verringert.

Zu Absatz 3

Die Ergänzung durch den neuen Satz 3 stellt klar, dass der Heilmittelerbringer auch in den Fällen der begründeten Unterbrechung zu gewährleisten hat, dass das Therapieziel durch die Unterbrechung nicht gefährdet wird.

Zu Absatz 4

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung.

D. Zahnärztliche Diagnostik

2.1.17 § 16 Zahnärztliche Diagnostik bei Maßnahmen der Physiotherapie

Zu Absatz 1

Bei den Änderungen in Absatz 1 handelt es sich um Folgeänderungen.

Bei der Eingangsdiagnostik sind schädigungsabhängig diagnostische Maßnahmen durchzuführen, zu dokumentieren und gegebenenfalls zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen, um einen exakten Befund zu funktionellen oder strukturellen Schädigungen zu erhalten. Die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte ist an das Wording der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angepasst worden. Ein Gesundheitsproblem drückt sich hier in der Komponente Körperfunktionen und -strukturen in einer Schädigung von Funktionen und Strukturen aus.

Zu Absatz 2

Aufgrund der notwendigen Folgeänderungen wird der Absatz sprachlich überarbeitet. Bei den benannten Fremdbefunden kann es sich, neben anderen zahnärztlichen oder ärztlichen Befunden, auch um Befunde von Heilmittelleistungserbringern handeln.

2.1.18 § 17 Zahnärztliche Diagnostik bei Sprech-, und Sprach- und Schlucktherapie

Zu Absatz 1

Bei den Änderungen in Absatz 1 handelt es sich um Folgeänderungen.

Zu Absatz 2

Aufgrund der notwendigen Folgeänderungen wird der Absatz sprachlich überarbeitet. Bei den benannten Fremdbefunden kann es sich, neben anderen zahnärztlichen oder ärztlichen Befunden, auch um Befunde von Heilmittelleistungserbringern handeln.

E. Maßnahmen der Physiotherapie

2.1.19 § 18 Grundlagen

Die Beschreibung der Grundlagen wurde an den aktuellen Stand angepasst. Die bisher verwendete Bezeichnung „Physikalische Therapie“ wird durch den Begriff „Physiotherapie“ ersetzt und folgt damit der Nomenklatur des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Physiotherapie (PhysTH-AprV), vgl. Ausführungen zu § 2 Absatz 1). Der Begriff „Physiotherapie“ umfasst dabei alle aktiven, assistiv-therapeutisch unterstützen und passiven Therapieformen. Darunter findet sich einerseits die Krankengymnastik als Maßnahme der Bewegungstherapie, die der Physiotherapeutin oder dem Physiotherapeuten vorbehalten ist sowie andererseits die physikalische Therapie, in der Physiotherapeuten und Masseure gleichberechtigt nebeneinander tätig werden. Die physikalische Therapie stellt vielmehr eine Unterform der Physiotherapie dar (insbesondere Elektrotherapie sowie Thermotherapie). Mit der Umformulierung ist keine inhaltliche Änderung der bisher unter der Bezeichnung „Physikalische Therapie“ geführten Maßnahmen verbunden. Darüber hinaus wurde klargestellt, dass auch im Bereich der Physiotherapie die Zielsetzung mit Blick auf die ICF erfolgt.

2.1.20 § 19 Bewegungstherapie

Zu Nummer 5. Übungsbehandlung

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung gemäß der ICF-Klassifikation.

2.1.21 § 22 Maßnahmen der Elektrotherapie

Der Zusatz „Maßnahmen“ ist notwendig, um den übergeordneten Begriff der „Maßnahmen der Elektrotherapie“ von der spezifischen Maßnahme Elektrotherapie zu unterscheiden. Der Begriff der Elektrotherapie im Heilmittelkatalog umfasst alle Maßnahmen der Elektrotherapie gem. § 22 Absatz 2. Bei der Ergänzung des Wortes „galvanisch“ handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung, da diese Stromform explizit unter Absatz 2 Nummer 1 genannt wird.

F. Maßnahmen der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Es wird klargestellt, dass die Schlucktherapie zukünftig neben den Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie verordnet werden kann. Bislang waren Maßnahmen der Schlucktherapie unter den Maßnahmen der Sprech- und Sprachtherapie subsumiert.

Bei der Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie kann die Einbeziehung des sozialen Umfelds ein Bestandteil des Therapiekonzeptes sein, weshalb eine übergeordnete Regelung und damit Verortung in § 22 sachgerecht ist.

2.1.22 Neuer § 26 Schlucktherapie

Die Schlucktherapie ist nach bisheriger Richtlinienfassung Bestandteil der Sprech- und Sprachtherapie und unter den Diagnosengruppen „SC1 krankhafte Störung des Schluckaktes – Dysphagie“ und „SC2 Schädigung im Kopf-Hals-Bereich“ verordnungsfähig. Mit der Überarbeitung der Richtlinie kann die Schlucktherapie künftig explizit verordnet werden, da diese eine eigenständige Therapie ist, die von der Sprech- und Sprachtherapie abzugrenzen ist. Daher stellt dies keine wesentliche Änderung der Richtlinie im Sinne des 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA dar.

Schluckstörungen betreffen sowohl Kinder als auch Erwachsene. Sie können auf organische und/oder funktionelle Ursachen zurückgeführt werden.

Das übergreifende Ziel einer Schlucktherapie ist die Verbesserung bzw. Normalisierung des Schluckaktes, um eine orale Nahrungsaufnahme zu ermöglichen.

2.2 Zweiter Teil: Heilmittelkatalog Zahnärzte

Mit der Einführung der Begrifflichkeit „orientierende Behandlungsmenge“ durch das TSVG und den damit verbundenen Änderungen des § 6 ergeben sich auch Folgeänderungen in der Bezeichnung der Spaltenüberschriften des Heilmittelkatalogs. Es wird hier nur noch von „Heilmittelverordnung“ gesprochen. Ebenso verändert sich der Begriff „Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls“ in „orientierende Behandlungsmenge“.

2.2.1 Anpassung Spalte Heilmittelverordnung

Benennung der Heilmittel

Unter der Spalte Heilmittel wurde die Bezeichnung und Auswahl der verordnungsfähigen Heilmittel konkretisiert. Durch die Konkretisierung erfolgt keine Aufnahme neuer Heilmittel, sondern lediglich eine Harmonisierung und Weiterentwicklung der bisher gültigen Regelung der HeilM-RL im HMK. Aus diesem Grund bedarf es einer Anpassung im Bereich der Indikationsgruppe „Chronifiziertes Schmerzsyndrom im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (CSZ): Zukünftig wird zur Behandlung aller Leitsymptome der Indikationsgruppe CSZ auch Manuelle Therapie verordnungsfähig sein. Manuelle Therapie ist ein physiotherapeutisches Diagnose- und Behandlungskonzept bei Schädigungen bewegungsbezogener und neuromuskulärer Funktionen. Wesentliche therapeutische Wirkungen der Manuellen Therapie sind u.a. Schmerzlinderung, Wiederherstellung der Gelenkfunktion und Unterbrechung eines pathologischen neuromuskulären Reflexgeschehens. Die Aufnahme des Heilmittels Manuelle Therapie für die gesamten Indikationen begründet sich durch die oben aufgeführten therapeutischen Wirkungen. Da die in Einzeltherapie durchzuführenden Techniken der Manuellen Therapie u.a. der Schmerzlinderung durch Weichteiltechniken und Mobilisation der Kiefergelenke dienen, welche im zahnärztlichen Bereich häufiger Ursache von chronischen Schmerzsyndromen sind, beispielhaft seien hier die craniomandibulären Dysfunktionen genannt, ist die Verordnung von Manueller Therapie als vorrangiges Heilmittel bei der Indikationsgruppe CSZ indiziert. Dies trifft auf die Gesamtheit der unter dieser Indikationsgruppe genannten Krankheitsbilder, deren Leitsymptomatik und/oder deren Therapieziele zu. Mit der Ergänzung sind aus den genannten Gründen keine wesentlichen Änderungen oder Erweiterungen der jeweiligen Indikationsbereiche der verordnungsfähigen Heilmittel oder der Art der Erbringung i.S.v. 2. Kapitel § 2 Absatz 3 VerfO des G-BA verbunden.

Bei Heilmitteln, für die im Heilmittelkatalog eine Behandlungszeit vorgegeben wird, wurde die Heilmittelbezeichnung analog der bestehenden Formulierung der MLD um den entsprechenden Minutenwert ergänzt (z.B. „Sprech- und Sprachtherapie-30“). Die Anpassungen dienen der besseren Abbildung der verordnungsfähigen Heilmittel in der zahnärztlichen Praxissoftware und sollen Fehler im Zusammenhang mit der Heilmittelauswahl vermeiden.

Umbenennung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls in orientierende Behandlungsmenge

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund von § 6.

2.3 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumenten (ZD) im Abschnitt B dokumentiert.

Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Kapitel B 5.2 ZD).

2.4 Inkrafttreten

Da die HeilM-RL ZÄ und die HeilM-RL dieselben Heilmittelerbringer adressieren, ist ein gleichzeitiges Inkrafttreten der Änderungen in der HeilM-RL ZÄ und der HeilM-RL unabdingbar, insbesondere vor dem Hintergrund die Neuerung durch die Einführung der orientierenden Behandlungsmenge in der Versorgung einheitlich zu etablieren. Die Änderungen der HeilM-RL ZÄ treten daher zeitgleich mit der HeilM-RL zum 1. Oktober 2020 in Kraft.

2.5 Evaluation

Der G-BA überprüft zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderungen die Auswirkungen der HeilM-Richtlinie ZÄ insgesamt. Ziel der Evaluation ist es, insbesondere die Entwicklungen der Verordnungen nach § 6 der Richtlinie vor Inkrafttreten der Änderungen und deren Entwicklung in der Zeit nach Inkrafttreten zu vergleichen. Der Umsetzungsstand und die Auswirkungen der Änderungen werden überprüft und gegebenenfalls erforderliche Änderungen vorgeschlagen.

2.6 Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumenten (ZD) im Abschnitt B dokumentiert.

Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Kapitel B 5.2 der ZD).

3. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel VerFO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit dem vorliegenden Beschluss sind in den folgenden Stellen Entlastungen der verordnenden Zahnärztinnen und Zahnärzte und der Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer von bürokratischen Aufwänden intendiert:

1. Neustrukturierung des Verordnungsfalls und Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes

Die Neustrukturierung des Verordnungsfalls in § 6 HeilM-RL ZÄ und der damit verbundene Wegfall der Unterscheidung in Verordnung im Regelfall und Verordnung außerhalb des Regelfalls resultieren aus der Abschaffung des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen außerhalb des Regelfalls und der Einführung von orientierenden Behandlungsmengen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG und gehen mit einer bürokratischen Entlastung einher.

In dem neugefassten § 6 HeilM-RL ZÄ wird die Begrifflichkeit „Gesamtverordnungsmenge im Regelfall“ durch den Begriff „orientierende Behandlungsmenge“ abgelöst. Die orientierende Behandlungsmenge definiert die Summe der Behandlungseinheiten, mit der das angestrebte Therapieziel in der Regel erreicht werden kann. Kann das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, so ist wie bisher über eine erneute Zahnarztkonsultation eine weiterführende Verordnung möglich. Bei Ausstellung dieser Verordnung orientiert sich die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt jedoch zukünftig auch weiterhin an der Höchstmenge je Verordnung. Die bisherige Möglichkeit ab diesem Zeitpunkt die Verordnungsmenge abhängig von der Behandlungsfrequenz für einen Zeitraum von 12 Wochen auszustellen (Verordnung außerhalb des Regelfalls) entfällt. Ausgenommen sind hiervon wie bisher Patientinnen und Patienten mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 7 HeilM-RL ZÄ (neu). Bei diesen Patientinnen und Patienten können die notwendigen Heilmittel je Verordnung mit Verordnungsbeginn für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen verordnet werden.

Für Patientinnen und Patienten, die keinen langfristigen Heilmittelbedarf nach § 7 HeilM-RL ZÄ (neu) haben, bedeutet die neue Versorgungssystematik jedoch, dass sie – soweit sie einen Behandlungsbedarf haben, der über die orientierende Behandlungsmenge hinausgeht – fortan häufiger die verordnende Zahnärztin bzw. den verordnenden Zahnarzt kontaktieren werden, da die Verordnungen sich weiterhin an der Höchstmenge je Verordnung orientieren müssen und nicht mehr für einen Zeitraum von 12 Wochen ausgestellt werden können.

Durch die Streichung des bisherigen § 7 HeilM-RL ZÄ „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ und den damit einhergehenden Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls reduziert sich der bürokratische Aufwand der Leistungserbringer von

bislang 8 Minuten auf 4,5 Minuten (siehe Tabelle 2 für Verordnungen oberhalb der orientierenden Behandlungsmenge): Insbesondere der Wegfall des Genehmigungsverfahrens stellt voraussichtlich eine bürokratische Entlastung dar. Bislang musste die verordnende Zahnärztin bzw. der verordnende Zahnarzt bei jeder Verordnung außerhalb des Regelfalls prüfen, ob die jeweilige Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet bzw. einen Genehmigungsverzicht widerrufen hat. Die Angabe einer medizinischen Begründung mit prognostischer Einschätzung, welche bislang auch auf dem Verordnungsformular anzugeben ist, bleibt künftig allein in der Patientenakte verortet.

Mit Neustrukturierung des Verordnungsfalls wird zukünftig in Verordnung innerhalb der orientierenden Behandlungsmenge und Verordnungen oberhalb der orientierenden Behandlungsmenge unterschieden. Der zukünftige zeitliche Aufwand, der mit der Verordnung von Heilmitteln einhergeht, lässt sich für die beiden Verordnungsmöglichkeiten wie folgt darstellen:

Tabelle 1: Künftiger Zeitaufwand je Verordnung innerhalb der orientierenden Behandlungsmenge in Minuten

Standardaktivität	Zeitwert	Qualifikationsniveau
Beschaffung von Daten	1	einfach
Formulare ausfüllen	2	hoch
Kopieren, Archivieren, Verteilen	1	einfach

Tabelle 2: Künftiger Zeitaufwand je Verordnung oberhalb der orientierenden Behandlungsmenge in Minuten

Standardaktivität	Zeitwert	Qualifikationsniveau
Beschaffung von Daten	1	einfach
Formulare ausfüllen	2,5	hoch
Kopieren, Archivieren, Verteilen	1	einfach

Die Neustrukturierung des Verordnungsfalls und die damit einhergehenden Änderungen in den Verordnungsabläufen in den Praxen werden dazu ggf. Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen (vgl. Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung; Anhang V, Tabelle 3, Ziffer XVI) notwendig machen, die ebenfalls unter Informationspflichten im Sinne Nr. 1.2 Anlage II 1. Kapitel VerFO fallen.

Tabelle 3: Zeitaufwand für Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen je Praxis in Minuten

Standardaktivität	Zeitwert	Qualifikationsniveau
Fortbildungs- und Schulungsteilnahmen	30	mittel

Deren Umfänge können zum jetzigen Zeitpunkt nicht im Sinne einer ex-ante-Schätzung quantifiziert werden.

Aktuell können dazu weder Aussagen zur Anzahl der derzeit von Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten ausgestellten Heilmittelverordnungen getroffen werden, noch lässt sich abschätzen, wie sich die Fallzahlen künftig entwickeln werden. Eine Abschätzung der Bürokratiekosten ist somit zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

Neben Zahnärzten entlastet der Wegfall des Genehmigungsvorbehaltes auch die Therapeutinnen und Therapeuten. Bislang mussten sie bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls prüfen, ob ein Genehmigungsvorbehalt der jeweiligen Krankenkasse besteht. Im TSVG wurde verankert, dass Verordnungen, die über die geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, keiner Genehmigung durch die Krankenkasse bedürfen. Diese gesetzliche Änderung wurde in der Richtlinie umgesetzt und damit entfällt der bürokratische Aufwand, der in der Vergangenheit für sie mit den durchgeführten Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls verbunden war. Eine Abschätzung der diesbezüglichen Bürokratiekosten ist nicht möglich, da insbesondere der zeitliche Aufwand der Heilmittelerbringer schwer einschätzbar ist. Überdies wurde nur noch von wenigen Krankenkassen ein Genehmigungsverfahren durchgeführt.

2. Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gemäß § 125a SGB V

Gemäß § 12 HeilM-RL ZÄ wird die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung, im allgemeinen Sprachgebrauch als „Blankoverordnung“ bezeichnet, für bestimmte Indikationen in die Regelversorgung überführt. Die verordnende Zahnärztin bzw. der verordnende Zahnarzt kann durch das Ausstellen einer Blankoverordnung bei bestimmten Indikationen auf die Auswahl des Heilmittels, Dauer der Therapie und Frequenz der Behandlungseinheiten verzichten und diese Entscheidungen an die Therapeutin oder den Therapeuten delegieren. Das bedeutet, dass Diagnose- und Indikationsstellung für eine Heilmittelverordnung weiterhin durch die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt erfolgt, die Heilmittelerbringerin bzw. der Heilmittelerbringer bei ausgewählten Indikationen über Art, Kombination und Intensität des jeweils angewandten Heilmittels entscheidet.

Bis zum 15. November 2020 sind zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenverbänden auf Bundesebene Verträge über diese Versorgungsform gemäß § 125a SGB V zu schließen.

Die Regelung zur Ausstellung von Blankoverordnungen war durch den G-BA in der Richtlinie losgelöst davon zu treffen, ob und wenn ja in welchem Umfang auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Heilmitteln die Ausstellung von Blankoverordnungen möglich sein wird. Dem G-BA ist derzeit nicht bekannt, ob derartige Verträge auch mit Wirkung für die vertragszahnärztliche Versorgung abgeschlossen werden.

Eine Einschätzung darüber, welche Entlastungen und Mehraufwände für Zahnärztinnen und Zahnärzte und Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer entstehen, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt daher nicht vornehmen.

3. Weitere Vereinfachungen

Der Beschluss enthält zudem weitere Neuregelungen, mit dem Ziel die Verordnung von Heilmitteln und die Handhabung des Heilmittelkatalogs sowohl für die Zahnärzte als auch die Heilmittelerbringer zu vereinfachen:

- Zukünftig wird nicht mehr zwischen Erst- und Folgeverordnung unterschieden. Der diesbezügliche Aufwand entfällt somit.
- Mit Ablösung des behandlungsfreien Intervalls durch den Verordnungsfall gemäß § 6 Absatz 1 muss die verordnende Zahnärztin oder der verordnende Zahnarzt künftig vor der erneuten Verordnung von Heilmitteln nicht mehr das Datum der letzten Behandlung

beim Therapeuten in Erfahrung bringen. Maßgeblich ist das Datum der letzten Verordnung und dieses liegt bereits vor. So ist künftig der Aufwand für die Ermittlung des letzten Behandlungsdatums entbehrlich.

- Mit der Änderung in § 14 Absatz 1, wonach künftig der Behandlungsbeginn innerhalb von 28 Kalendertagen (bislang: 14 Kalendertage) nach Verordnung beginnen soll, verringert sich die Zahl derjenigen Fälle, in denen aufgrund Nicht-Einhaltung dieser Frist das Ausstellen neuer Verordnungen oder Rückfragen der Therapeutinnen und Therapeuten an die verordnenden Zahnärztinnen und Zahnärzte erforderlich werden.

Es wird davon ausgegangen, dass die vorgesehenen Maßnahmen zu einer Verringerung des Prüfaufwands der Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer führen.

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
15.08.2019	G-BA	Einleitung des Beratungsverfahrens
13.11.2019	UA VL	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
12.02.2020	UA VL	Anhörung
22.04.2020	UA VL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe, ZD)
14.05.2020	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ 1		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ 2		Inkrafttreten

1Die beiden Datumsangaben (s. auch Fußnote 2) in dem Dokument „Tragende Gründe“ sollen nach Beschlussfassung nicht mehr aktualisiert werden. Im Kapitel A der ZDs bzw. Abschlussberichte sollen dagegen immer die entsprechenden Daten nachgetragen werden.

2 s. Fußnote 1

Berlin, den 14. Mai 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken