

# **Abschlussbericht**

## **Beratungsverfahren Veranlasste Leistungen**

### **Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen**

Stand: 21. Oktober 2021

Unterausschuss Veranlasste Leistungen  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

**Inhaltsverzeichnis**

<b>A</b>	<b>Tragende Gründe und Beschluss .....</b>	<b>1</b>
<b>A-1</b>	<b>Rechtsgrundlage .....</b>	<b>1</b>
<b>A-2</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung .....</b>	<b>1</b>
A-2.1	Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext).....	2
A-2.1.1	Zu § 1 Absatz 8.....	2
A-2.1.2	Zu § 6 Absatz 4.....	2
A-2.1.3	Zu § 11 Absatz 3 .....	3
A-2.1.4	Zu § 16 Absatz 8 (neu) .....	3
A-2.1.5	Zu § 16b – Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung.....	4
A-2.1.5.1	Zu Absatz 1 – Definition telemedizinische Leistung .....	4
A-2.1.5.2	Zu Absatz 2 .....	4
A-2.1.5.3	Zu Absatz 3.....	4
A-2.1.5.4	Zu Absatz 4.....	6
A-2.2	Änderung in Anlage 3 (Ergänzung).....	6
A-2.3	Änderungen im zweiten Teil der Richtlinie (Heilmittelkatalog) .....	7
A-2.4	Würdigung der Stellungnahmen .....	7
<b>A-3</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung.....</b>	<b>7</b>
<b>A-4</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>8</b>
<b>A-5</b>	<b>Beschluss .....</b>	<b>9</b>
<b>A-6</b>	<b>Prüfung durch das BMG.....</b>	<b>12</b>
<b>B</b>	<b>Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA .....</b>	<b>13</b>
<b>B-1</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen .....</b>	<b>13</b>
<b>B-2</b>	<b>Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....</b>	<b>14</b>
B-2.1	Beschlussentwurf .....	14
B-2.2	Tragende Gründe .....	17
<b>B-3</b>	<b>Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen.....</b>	<b>25</b>
<b>B-4</b>	<b>Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen .....</b>	<b>27</b>
B-4.1	Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen .....	27
B-4.1.1	I. Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen.....	27
B-4.1.2	II. Stellungnahmen zum Richtlinientext.....	33
B-4.1.2.1	Stellungnahmen zu § 1 Absatz 8 „redaktionelle Ergänzung um Therapeut*innen“ .....	33
B-4.1.2.2	Stellungnahmen zu § 1 Absatz 6 „elektr. VO“ .....	35

B-4.1.2.3	Stellungnahmen zu § 6 Absatz 4 (HeilM-RL – Dissens zum Wort „medizinisch“) / § 5 Absatz 3 (HeilM-RL ZÄ) „Verordnungsausschlüsse“ .....	35
B-4.1.2.4	Stellungnahmen zu § 11 Absatz 3 (HeilM-RL) / § 9 Absatz 3 (HeilM-RL ZÄ) „Ort der Leistungserbringung“ .....	53
B-4.1.2.5	Stellungnahmen zu § 16b (HeilM-RL) / § 15b (HeilM-RL ZÄ) „Erbringung von HeilM als telemed. Leistung“ übergreifend .....	57
B-4.1.2.6	Stellungnahmen zu § 16b Absatz 1 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 1 (HeilM-RL ZÄ) - Definition	58
B-4.1.2.7	Stellungnahmen zu § 16b Absatz 2 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 2 (HeilM-RL ZÄ) – Entscheidung über telemedizinische Leistungserbringung.....	61
B-4.1.2.8	Stellungnahmen zu § 16b Absatz 3 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 3 (HeilM-RL ZÄ) – Voraussetzungen für die Erbringungen.....	64
B-4.1.2.9	Stellungnahmen zu § 16b Absatz 4 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 4 (HeilM-RL ZÄ) – Unterbrechung telemedizinische Leistungserbringung .....	81
B-4.1.2.10	Stellungnahmen zu § 16b Absatz 5 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 5 (HeilM-RL ZÄ) - Datensicherheit – (GKV-Eingabe).....	85
B-4.1.2.11	Stellungnahmen zu § 16b Absatz 6 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 6 (HeilM-RL ZÄ) – Evaluation (GKV-Eingabe) .....	92
B-4.1.3	Stellungnahmen zum Heilmittelkatalog (HeilM-RL) .....	95
B-4.1.3.1	Stellungnahmen zu IV Maßnahmen der Ergotherapie.....	95
B-4.1.4	Eingaben zu den Tragenden Gründen.....	95
B-4.1.5	Stellungnahmen zu § 16b Absatz 2 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 2 (HeilM-RL ZÄ) – Entscheidung über telemedizinische Leistungserbringung.....	96
<b>B-5</b>	<b>Mündliche Stellungnahmen .....</b>	<b>97</b>
B-5.1	Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenskonflikten .....	97
B-5.2	Mündliche Stellungnahmen.....	99
B-5.3	Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	110
<b>B-6</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen .....</b>	<b>110</b>
<b>C</b>	<b>Anhang 1 – Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen zu Heilmittel-Richtlinie .....</b>	<b>111</b>

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA MB	Unterausschuss Methodenbewertung
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

## **A Tragende Gründe und Beschluss**

### **A-1 Rechtsgrundlage**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nummer 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

### **A-2 Eckpunkte der Entscheidung**

Im Zuge des epidemischen Ausbruchsgeschehens von SARS-COV-2 sind seitens der Kassenverbände auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbands Empfehlungen für den Heilmittelbereich herausgegeben worden, u. a. mit dem Ziel, die Versorgung in dieser außerordentlichen Situation zu erleichtern und aufrecht zu erhalten. Hierdurch bestand für die Heilmittelerbringer die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen geeignete Maßnahmen der Heilmittelbehandlung auch im Rahmen einer telemedizinischen Leistung zu erbringen. Die Möglichkeit, bestimmte ärztlich verordnete Heilmittelbehandlungen pandemiebedingt auch im Wege der Videobehandlung durchführen zu können, wurde mit Beschluss vom 17. September 2020 in die „Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie“ in § 2a der HeilM-RL aufgenommen.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der letzten Stellungnahmeverfahren zur Änderung der HeilM-RL und der HeilM-RL ZÄ die Ermöglichung einer Videobehandlung bei Heilmitteln in der Regelversorgung angeregt. Der G-BA hat sich diesem Anliegen angenommen und am 15. Oktober 2020 das Beratungsverfahren zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) eingeleitet, mit dem Ziel zu prüfen, ob und in welchen Fällen die gemäß Heilmittel-Richtlinie durchführbaren Heilmittelbehandlungen auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können. Bisher können Heilmittelbehandlungen ausschließlich in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder als medizinisch notwendiger Hausbesuch bzw. in Einrichtungen nach § 11 Absatz 2 HeilM-RL durchgeführt werden.

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit der telemedizinischen Leistungserbringung im Zuge der COVID-Pandemie ebenfalls als weitere Form der Leistungserbringung im Bereich der Heilmittelversorgung gesehen. Er hat daher mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) (Inkrafttreten am 9. Juni 2021) den gesetzlichen Leistungsanspruch der Versicherten um Heilmittel, die telemedizinisch erbracht werden können, erweitert.

Gemäß der Gesetzesbegründung zur Änderung des § 32 SGB V umfasst der Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln nunmehr auch die Erbringung von Heilmitteln im Wege der Videobehandlung. Gemäß der Gesetzesbegründung zu § 125 Absatz 2a SGB V werden hierdurch keine neuen Leistungen geschaffen, sondern es wird lediglich der Leistungsort durch Einbeziehung telemedizinischer Möglichkeiten erweitert. Welche Leistungen grundsätzlich geeignet sind, als telemedizinische

Behandlung erbracht zu werden, bestimmen die Vertragspartner der bundeseinheitlichen Verträge nach § 125 SGB V für die jeweiligen Heilmittelbereiche.

Auf Grundlage einer Recherche der Fachberatung Medizin des G-BA und der eingebrachten Hinweise im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gibt es derzeit noch keine ausreichenden und gesicherten Erkenntnisse darüber, in wie fern eine Gleichwertigkeit zwischen einer telemedizinisch erbrachten Heilmitteltherapie und einer unmittelbar persönlich erbrachten Leistung besteht.

Die von der Fachberatung Medizin des G-BA eingeschlossenen systematischen Reviews stammen mit einer Ausnahme (Cordes et al. 2020 zum Thema Aphasie) sämtlich aus dem Ausland, wie Kanada, Australien, USA oder Finnland. Die Studienlage in den eingeschlossenen systematischen Reviews ist sehr heterogen bezogen auf das Studiendesign (von RCT 's bis zu einzelnen Fallberichten), die Indikationen, Fallzahlen sowie die Dauer und Frequenz der Therapie und der technischen Umsetzung.

Es konnten einzelne Publikationen aus verschiedenen Heilmittelbereichen identifiziert werden, vorwiegend aus dem Bereich Physiotherapie und nur wenige aus dem Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und Ergotherapie. Diese Arbeiten beschränken sich dabei auf spezifische Indikationen wie Dysphagien, Aphasien oder kognitive Störungen. Die im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens erwähnten Studien (siehe Anhang) enthalten z. T. nicht von der Heilmittel-Richtlinie umfasste Leistungen, beziehen sich teilweise auf sehr kleine Fallzahlen und können derzeit ebenfalls nicht ausreichend eine Gleichwertigkeit bzw. nicht Unterlegenheit der telemedizinischen Heilmitteltherapie gegenüber einer im unmittelbaren persönlichen Kontakt erbrachten Leistung belegen.

Der G-BA kann aus diesen derzeit bekannten Erkenntnissen keine Gleichwertigkeit ableiten und hat mit dem neuen Paragraphen 16b nähere Bestimmungen zur Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten treffen müssen, die die Versorgung mit telemedizinisch erbrachten Heilmittelleistung näher definieren.

## **A-2.1 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)**

### **A-2.1.1 Zu § 1 Absatz 8**

Die Ergänzung ist klarstellender Natur. Gemäß § 91 Absatz 6 SGB V sind Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Träger nach § 91 Absatz 1 Satz 1 SGB V, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

### **A-2.1.2 Zu § 6 Absatz 4**

Im Zusammenhang mit der Verordnung von Heilmitteln erhält die Verordnerin oder der Verordner die Möglichkeit, die Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung auszuschließen, sofern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich relevanter person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren Gründe vorliegen, die eine Heilmittelbehandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt erforderlich machen. Dies kann beispielsweise bei Vorliegen von Schädigungen der mentalen Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit, Wahrnehmung oder Gedächtnis im Rahmen einer demenziellen Entwicklung) oder komplexen, mehrere Funktionen betreffenden Schädigungen (z. B. kombinierte sensomotorische Schädigungen, Neglect nach Hirninfarkt oder Schädel-Hirn-Trauma) der Fall sein, da bei einer telemedizinischen Heilmittelbehandlung therapeutische Anweisungen ausschließlich über visuelle (per Bildschirm) und auditive (im Rahmen einer Videoübertragung, eines Telefonats) Wahrnehmung vermittelt werden können. Neben einer ggf. erforderlichen Anleitung im unmittelbar persönlichen Kontakt, z. B. durch geführte Übungen oder erforderliche haptische Wahrnehmung, kann es insbesondere bei Schädigungen der mentalen oder der Sinnesfunktionen bei telemedizinischer Heilmittelbehandlung zu einer

Überforderung und Verunsicherung der Patientinnen und Patienten kommen. Des Weiteren ist eine telemedizinische Heilmittelerbringung in den Fällen grundsätzlich nicht möglich, in denen die Therapeutin oder der Therapeut aus Gründen der therapeutischen Effizienz (z. B. bei intermittierend auftretender Spastik) sowie der Patientensicherheit (z. B. bei latenter Sturzneigung oder falscher Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten) unmittelbar auf die Patientin oder den Patienten einwirken können muss.

Auch kann dies beispielsweise bei Säuglingen oder Kleinkindern oder auch bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit schweren Behinderungen der Fall sein. Vor allem bei eingeschränkter Selbstfürsorge- und Kooperationsfähigkeit kann ein erhöhter Betreuungs- und Unterstützungsbedarf bestehen oder die Patienten sind z.B. kognitiv nicht in der Lage, Maßnahmen im Rahmen der Heilmitteltherapie ohne unmittelbar persönlichen Kontakt umzusetzen. Es sollten auch Unterstützungsmöglichkeiten durch An- und Zugehörige oder Betreuungspersonen berücksichtigt werden.

Wenn derartige Gründe einer telemedizinischen Heilmittelbehandlung entgegenstehen, muss es für die Verordnerinnen oder Verordner, welche in der Regel die Patientinnen und Patienten länger kennen, die Möglichkeit geben, bereits im Rahmen einer Heilmittelverordnung eine telemedizinische Leistungserbringung aus vorgenannten Gründen ausschließen zu können.

Weiter können sich Gründe ergeben, die die technische Ausstattung oder die Medienkompetenz der Patientinnen und Patienten betreffen und somit die Möglichkeit einer telemedizinischen Leistungserbringung verhindern. Dies aber sind keine Gründe, die im Rahmen der Verordnung durch die Ärztin oder den Arzt oder berücksichtigt werden können.

#### **A-2.1.3 Zu § 11 Absatz 3**

Der im Rahmen des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPMG) geschaffene gesetzliche Leistungsanspruch für telemedizinisch erbrachte Heilmittel wird in einem neuen Absatz 3 berücksichtigt. In der Heilmittel-Richtlinie ist festgelegt, dass Heilmittelbehandlungen nur im unmittelbar persönlichen Kontakt entweder als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch oder in einer Fördereinrichtung nach § 11 Absatz 2 HeilM-RL verordnet und erbracht werden können. Die Heilmittelerbringung als telemedizinische Leistung unterscheidet sich hiervon dadurch, dass sich die Patientin oder der Patient sowie die Therapeutin oder der Therapeut während der Behandlung an unterschiedlichen Orten befinden, die Patientin oder der Patient üblicherweise in ihrer oder seiner häuslichen Umgebung und die Therapeutin oder der Therapeut in den gemäß § 124 SGB V zugelassenen Praxisräumen. In Absatz 3 wird der Leistungsort unter Bezugnahme auf die Vorgabe des § 2 Absatz 1 ("Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen") auf die telemedizinische Leistungserbringung erweitert. Der Wortlaut „persönlich“ setzt die Anwesenheit der Patientin oder des Patienten in seiner Person voraus. Dies gilt gleichermaßen für die telemedizinische wie für die Präsenzbehandlung. Im Falle der Präsenzbehandlung ist die Patientin oder der Patient unmittelbar, also vor Ort, persönlich anwesend. Im Falle der telemedizinischen Behandlung hingegen ist sie oder er mittelbar, also über digitale Medien in Echtzeit, persönlich anwesend.

#### **A-2.1.4 Zu § 16 Absatz 8 (neu)**

Im Einzelfall kann es im Verlauf der Heilmittelbehandlung zu einer Remission oder Teilremission von Symptomen kommen, die zum Zeitpunkt der Verordnung den Ausschluss nach § 6 Abs. 4 begründet haben. Um diese Entwicklung zu berücksichtigen, wird der behandelnden Therapeutin oder dem behandelnden Therapeuten die Möglichkeit eingeräumt eine einvernehmliche Änderung mit der Verordnerin oder dem Verordner herzustellen und dies auf dem Verordnungsvordruck zu



dokumentieren. Die Änderung des Ausschlusses nach § 6 Abs. 4 ist nur möglich, wenn die behandelnde Therapeutin oder der behandelnde Therapeut im Verlauf der Behandlung zu der Einschätzung gelangt, dass trotz des vertragsärztlichen Ausschlusses der Durchführung einer Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung diese als geeignet beurteilt wird und mit der telemedizinischen Leistung das Therapieziel in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann. Bei dieser Beurteilung ist die Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich relevanter person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren vorzunehmen.

### **A-2.1.5 Zu § 16b – Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung**

#### **A-2.1.5.1 Zu Absatz 1 – Definition telemedizinische Leistung**

Soweit die in der Heilmittel-Richtlinie festgelegten Heilmittel nach Maßgabe der Verträge gemäß § 125 SGB V als telemedizinische Leistung erbracht werden können, erfordert dies eine in zeitlicher Hinsicht synchrone Kommunikation zwischen der Patientin oder dem Patienten und der Therapeutin oder dem Therapeuten. Anstelle des unmittelbar persönlichen Kontaktes, bei dem sich die Patientin oder Patient und die Therapeutin oder der Therapeut persönlich begegnen, kommunizieren bei einer telemedizinischen Durchführung einer Heilmitteltherapie die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut mittelbar persönlich miteinander. Dies erfordert einen Kontakt in Echtzeit, vorrangig über eine Videoübertragung per Bildschirm. Der Begriff „vorrangig“ wird gewählt, da die Videotherapie in Echtzeit die Behandlung der ersten Wahl ist, sofern es sich um eine telemedizinische Leistungserbringung handelt. In Einzelfällen, insbesondere wenn der Beratungsaspekt im Vordergrund steht, kann auch eine telefonische Behandlung, in Betracht gezogen werden.

Asynchron stattfindende Behandlungsformen (bspw. das aufgezeichnete Video oder die Vermittlung von Eigenübungsprogrammen über eine digitale Gesundheitsanwendung) stellen keine Behandlung im Sinne der Heilmittel-Richtlinie dar.

#### **A-2.1.5.2 Zu Absatz 2**

Eine Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung ist sowohl für die Patientin oder den Patienten als auch für die Therapeutin oder den Therapeuten freiwillig. Die Entscheidung darüber, ob die verordnete Heilmittelbehandlung telemedizinisch erbracht werden kann und diese Form der Leistungserbringung im Einzelfall geeignet ist, wird zwischen der Patientin oder dem Patienten und der ausführenden Therapeutin oder dem Therapeuten, nach Maßgabe der Verträge nach § 125 SGB V und vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 6 Absatz 4, getroffen.

Die Patientin oder der Patient ist darauf hinzuweisen, dass jederzeit ein Wechsel zu einer Durchführung der Heilmittelbehandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt möglich ist.

#### **A-2.1.5.3 Zu Absatz 3**

Heilmittel als persönlich zu erbringende medizinische Leistungen kennzeichnen sich durch einen unmittelbaren Kontakt zwischen der Patientin oder dem Patienten und der ausführenden Therapeutin oder dem Therapeuten, der in Echtzeit unter Einsatz taktiler, auditiver und visueller Wahrnehmung stattfindet. Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut befinden sich dabei räumlich am selben Ort (unmittelbar persönlich). Diese Form der Therapie gilt als fachlicher Standard.

Die Heilmittelerbringung als telemedizinische Leistung unterscheidet sich hiervon, da sich Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut während der Behandlung an unterschiedlichen Orten befinden (mittelbar persönlich in Echtzeit), so dass spezifische Techniken aus den verschiedenen Heilmittelbereichen, die einen unmittelbar persönlichen Kontakt zu der Patientin oder zu dem Patienten

erfordern (z. B. bestimmte Grifftechniken, geführte Bewegungen) nicht durchgeführt werden können. Auch ist ein kurzfristiger Wechsel zu derartigen Techniken im Rahmen einer telemedizinischen Erbringung nicht möglich. Ferner ist die taktile Wahrnehmung sowohl seitens der Therapeutinnen und Therapeuten als auch der Patientinnen und Patienten bei einer telemedizinischen Heilmittelerbringung nicht gegeben und die visuelle und auditive Wahrnehmung können deutlich beeinträchtigt sein.

Darüber hinaus werden Heilmittelbehandlungen, die als telemedizinische Leistung erbracht werden, von technischen Faktoren (Übertragungsqualität, Lichtverhältnisse in der Häuslichkeit der Patienten, Bildqualität) beeinflusst, so dass nicht die gleichen Eindrücke gesammelt und Befunde erhoben werden können, wie wenn die Patientin oder der Patient in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten behandelt wird. Dies führt dazu, dass die Therapeutin oder der Therapeut die Angaben der oder des Versicherten zu den vorliegenden Beschwerden sowie dem Ausmaß der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren nicht in jedem Einzelfall vollumfänglich überprüfen bzw. nachvollziehen kann. Die Heilmittelbehandlung kann nur dann als telemedizinische Leistung erfolgen, wenn die Therapeutin oder der Therapeut sich mit den begrenzten Mitteln der telemedizinischen Behandlung einen ausreichenden Eindruck vom Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten verschaffen kann und die Erkrankung bzw. die vorliegenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen aufgrund ihrer Art und Schwere eine telemedizinische Leistung nicht ausschließen.

Vor jeder Heilmittelbehandlung ist eine Befunderhebung durch die ausführende Therapeutin oder den ausführenden Therapeuten erforderlich. Diese kann nur – wie oben ausgeführt – im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen, da nur durch eine unmittelbar persönliche Untersuchung und unter Einsatz taktiler, auditiver und visueller Wahrnehmung eine ausreichende Sicherheit zur Erkennung der vorliegenden Schädigungen gewährleistet ist, eine angemessene medizinisch-therapeutische Einordnung erfolgen und ein fachgerechter Therapieplan aufgestellt werden kann. Zur Sicherstellung der Befundergebnisse und dem sich daraus ergebenden Therapieplan müssen daher auch im Verlauf der Behandlung immer wieder Verlaufskontrollen im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen.

Bei der telemedizinischen Heilmittelbehandlung handelt es sich um keine neue Form der Erbringung. Es ist daher für die Durchführung einer telemedizinischen Leistung Voraussetzung, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht gleichermaßen wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann. Die Entscheidung über die Durchführbarkeit einer Behandlung als telemedizinische Leistung ist daher stets im Einzelfall im Rahmen der beruflichen Sorgfaltspflicht zu treffen. Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der vorliegenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Rahmen der Fernbehandlung nicht möglich ist, ist von einer telemedizinischen Leistungserbringung abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Behandlung durch die Therapeutin oder den Therapeuten zu verweisen. Die Therapeutin oder der Therapeut informiert die Verordnerin oder den Verordner über den Anteil der Behandlungseinheiten, die als telemedizinische Leistung im Rahmen der jeweiligen Verordnung erfolgt sind, wenn über den Verordnungsvordruck ein Therapiebericht nach § 13 Abs. 2 lit. d. i. V. m. § 16 Abs. 7 HeilM-RL angefordert wurde.

Bei der Therapiedurchführung kommt es während des gesamten Behandlungsverlaufes neben den verschiedenen heilmittelspezifischen Behandlungstechniken (z. B. bestimmte Grifftechniken) in besonderem Maße auf die taktile, auditive und visuelle Wahrnehmung der ausführenden Therapeutin oder des ausführenden Therapeuten, aber auch der Patientin oder des Patienten an. Die taktile Wahrnehmung ist bei der telemedizinischen Erbringung einer Heilmittelbehandlung nicht gegeben, die visuelle und auditive Wahrnehmung können deutlich beeinträchtigt sein. Des Weiteren ist für eine effektive Therapie eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zwischen Therapeutin oder

Therapeut und Patientin oder Patient erforderlich. Diese ist im unmittelbar persönlichen Kontakt i. d. R. einfacher herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten als bei einem telemedizinischen Kontakt, z. B. per Videoübertragung. Die Therapie im unmittelbar persönlichen Kontakt gilt daher wie oben ausgeführt nach dieser Richtlinie derzeit als etablierter fachlicher Standard für die Durchführung einer Heilmittelbehandlung. Aus diesen Gründen soll die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes grundsätzlich Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.

Zur Sicherung des Behandlungserfolges wird es auch bei telemedizinischen Leistungen als erforderlich angesehen, dass diese in geschlossenen Räumen stattfinden, die eine ausreichende Privatsphäre bieten und einen ungestörten Behandlungsablauf ermöglichen. Auf therapeutischer Seite wird davon ausgegangen, dass telemedizinische Leistungen grundsätzlich in den nach § 124 SGB V zugelassenen Praxisräumen stattfinden. Dies insbesondere deswegen, da der zugelassene Heilmittelerbringer analog zu den Regelungen für die ärztliche Videosprechstunde (vgl. § 2 Abs. 1 Anlage 31b BMV-Ä) eine sichere Verarbeitung der patientenbezogenen Daten gewährleisten muss und zur Erbringung telemedizinischer Leistungen ausschließlich die zertifizierten und zugelassenen Praxis- und IT-Systeme nutzen darf. Es muss zu jeder Zeit gewährleistet sein, dass die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Datensicherheit eingehalten werden. Ferner muss gewährleistet sein, dass die Behandlung jederzeit auch im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten durchgeführt bzw. fortgeführt werden kann (vgl. § 11 Abs. 1 Satz 1. 1. Spiegelstrich), bspw., wenn sich die Patientin oder der Patient oder die Therapeutin oder Therapeut im Verlaufe der Behandlung gegen eine telemedizinische Erbringung entscheidet. Das Nähere zu den räumlichen und technischen Voraussetzungen wird in den Verträgen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene nach § 125 SGB V geregelt.

#### **A-2.1.5.4 Zu Absatz 4**

In Bezug auf telemedizinisch erbrachte Leistungen wird präzisiert, dass im Falle von Unterbrechungen die verordnete Leistung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortzusetzen und in vollem Umfang zu erbringen ist. Dies gilt auch für den Fall, dass sich die Patientin oder der Patient gegen eine Fortsetzung der Behandlung als telemedizinische Leistung entscheidet.

#### **A-2.2 Änderung in Anlage 3 (Ergänzung)**

In der Übersicht ist zusammengefasst, in welchen Fällen von unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf der Verordnung eine Änderung notwendig ist und welche Änderungen eine erneute Arztunterschrift mit Datumsangabe erfordern bzw. in welchen Fällen ein Einvernehmen mit der – oder eine Information an die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt ausreichend ist. Ferner wird einheitlich dargestellt, in welcher Form und an welcher Stelle der Verordnung Änderungen erfolgen bzw. Rücksprachen dokumentiert werden sollen.

Aufgrund der Änderung in § 16 Abs. 8 (neu) ist eine Ergänzung in der Anlage 3 erforderlich. Sofern im Laufe der Behandlung trotz eines Ausschlusses telemedizinischer Leistungen einzelne Therapieeinheiten doch als telemedizinische Leistungen erbracht werden können ist dies nur nach Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten und nur im Einvernehmen mit der Verordnerin oder dem Verordner möglich. Diese Änderung im Einvernehmen wird in der Anlage 3 unter lit. m. erforderlichenfalls spezifische für die Heilmitteltherapie relevante Befunde ergänzt.

### **A-2.3 Änderungen im zweiten Teil der Richtlinie (Heilmittelkatalog)**

Thermische Anwendungen im Rahmen der Ergotherapie werden bei den Diagnosegruppen SB3 (System- und Autoimmunerkrankungen mit Bindegewebe-, Muskel- und Gefäßbeteiligung), EN2 (ZNS-Erkrankungen (Rückenmark)/Neuromuskuläre Erkrankungen) und EN3 (Periphere Nervenläsionen/Muskelerkrankungen) ergänzt. Dadurch wird eine dem Schädigungsbild bei diesen Krankheitsbildern angepasste Versorgung sichergestellt, da die von diesen Diagnosegruppen umfassten Erkrankungen (z.B. Sklerodermie, Systemischer Lupus erythematoses, Polymyositis, Myotonie unter SB3; z.B. Spina bifida, Amyotrophe Lateralsklerose, spinale Muskelatrophien, Querschnittssyndrome oder Multiple Sklerose unter EN2; periphere Paresen, Plexusschädigungen oder Myopathien unter EN3) häufig mit Schädigungen der Muskelfunktion wie schmerzhaften Veränderungen des Muskeltonus einhergehen. Dabei handelt es sich nicht um neue Heilmittel für die von diesen Diagnosegruppen umfassten Krankheitsbilder. Bereits jetzt können bei diesen Krankheitsbildern unter den physiotherapeutischen Diagnosegruppen WS, EX, ZN und PN thermische Anwendungen ergänzend zum Einsatz kommen. Es handelt sich bei den Änderungen daher nicht um wesentliche Indikationserweiterungen.

### **A-2.4 Würdigung der Stellungnahmen**

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in der Zusammenfassenden Dokumentation (ZD) bzw. Abschlussbericht in Abschnitt B dokumentiert. Es haben sich aufgrund der Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Ziffer B-4.1. dieses Abschlussberichts).

### **A-3 Bürokratiekostenermittlung**

Mit vorliegendem Beschluss kann gemäß § 11 Abs. 3 HeilM-RL die Heilmittelerbringung auch als telemedizinische Leistung in Echtzeit anstelle eines unmittelbar persönlichen Kontaktes erbracht werden. Gemäß der Regelung in § 6 Abs. 4 HeilM-RL ist die Heilmittelversorgung als telemedizinische Leistung auszuschließen, sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen. Dafür ist ein entsprechender Hinweis auf dem Verordnungsvordruck im Feld Therapieziele vorzunehmen. Zugleich haben gemäß § 16 Abs. 8 HeilM-RL die behandelnde Therapeutin oder der behandelnde Therapeut die im Einvernehmen mit der Verordnerin oder dem Verordner vorgenommene Änderung eines Ausschlusses nach § 6 Abs. 4 HeilM-RL auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren. Da es sich sowohl bei der Dokumentation des Ausschlusses einer telemedizinischen Leistung nach § 6 Abs. 4 HeilM-RL als auch der Änderung dieses Ausschlusses nach § 16 Abs. 8 HeilM-RL um wenige Einzelfälle handelt, wird auf eine Quantifizierung der damit entstehenden Bürokratiekosten verzichtet.

**A-4 Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
15.10.2020	Plenum	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 VerFO
23.06.2021	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der HeilM-RL
22.09.2021	UA VL	Mündliche Anhörung und Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen sowie abschließende Beratung
21.10.2021	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie
17.12.2021	BMG	Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
21.01.2022		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
22.01.2022		Inkrafttreten der Ziffern I und II des Beschlusses
01.04.2022		Inkrafttreten der Ziffer III des Beschlusses

## A-5 Beschluss

Veröffentlicht im BAnz am 21. Januar 2022 AT 21.01.2022 B1

# Beschluss

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen**

Vom 21. Oktober 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Oktober 2021 beschlossen, die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011 (BAnz S. 2247), die durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 18. März 2021 (BAnz AT 10.06.2021 B4) zuletzt geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:
  1. In § 1 Absatz 8 Satz 1 werden nach dem Wort „Verordner“ ein Komma und die Wörter „Therapeutinnen und Therapeuten“ eingefügt.
  2. Dem § 6 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners ein wichtiger Grund vorliegt, der gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung spricht, ist diese auf dem Verordnungsvordruck auszuschließen. Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem Verordnungsvordruck einzutragen.“
  3. § 11 wird wie folgt geändert:
    - a) In Absatz 2 werden die Wörter „Kinder und Jugendliche“ durch die Wörter „Kindern und Jugendlichen“ ersetzt.
    - b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Heilmittel können anstelle eines unmittelbar persönlichen Kontaktes nach Maßgabe der Verträge gemäß § 125 SGB V als telemedizinische Leistung in Echtzeit erbracht werden.“
  4. Dem § 16 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Ergibt sich im Laufe der Behandlung, dass trotz des Ausschlusses einer telemedizinischen Leistung nach § 6 Absatz 4 einzelne Therapieeinheiten zum Erreichen der Therapieziele auch in Form einer telemedizinischen Leistung erbracht werden können, ist dies nach Zustimmung der oder des Versicherten und nur im Einvernehmen mit der Verordnerin oder dem

Verordner möglich. Die einvernehmliche Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.“

5. Nach § 16a wird folgender § 16b eingefügt:

„§ 16b Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung

(1) Telemedizinische Leistungen im Sinne dieser Richtlinie werden als synchrone Kommunikation zwischen einer Heilmittelerbringerin oder einem Heilmittelerbringer und einer Patientin oder einem Patienten, vorrangig im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit verstanden. Insbesondere stellen aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) keine Behandlung im Sinne dieser Richtlinie dar.

(2) Die Entscheidung über die Versorgung mit Heilmitteln, die telemedizinisch erbracht werden, trifft die Patientin oder der Patient gemeinsam mit der Therapeutin oder dem Therapeuten nach Maßgabe der Verträge nach § 125 SGB V und vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 6 Absatz 4. Die Erbringung als telemedizinische Leistung ist für jede Patientin oder jeden Patienten im Einzelfall zu entscheiden. Die Therapeutin oder der Therapeut muss die Patientin oder den Patienten auf die Möglichkeit einer Behandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt hinweisen.

(3) Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes nach dieser Richtlinie ist derzeit etablierter fachlicher Standard. Sie hat Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung, sofern das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht nicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann. Die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall hat im unmittelbar persönlichen Kontakt stattzufinden. Im Rahmen der Behandlung müssen regelmäßig Verlaufskontrollen im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen.

(4) Kann die Behandlung als telemedizinische Leistung nicht sachgerecht erfolgen oder entscheidet sich die Patientin oder der Patient oder die Verordnerin oder der Verordner gegen eine weitere telemedizinische Leistungserbringung, muss die Behandlung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortgesetzt werden.“

II. Die Anlage 3 der Heilmittel-Richtlinie wird wie folgt geändert:

Nach Zeile „I“ wird die folgende Zeile angefügt:

„m. bei Änderung eines Ausschlusses telemedizinischer Leistungen nach § 16 Absatz 8		X“	
---	--	----	--

III. Der Zweite Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt IV Maßnahmen der Ergotherapie wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 – Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane wird in der Zeile SB3 die Spalte Heilmittel wie folgt ergänzt:

**„Ergänzendes Heilmittel:**

– Thermische Anwendungen“.

- b) In Nummer 2 – Erkrankungen des Nervensystems wird in den Zeilen EN2 und EN3 die Spalte Heilmittel jeweils wie folgt ergänzt:

**„Ergänzendes Heilmittel:**

– Thermische Anwendungen“.

IV. Die Änderungen der Richtlinie in den Ziffern I und II treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Die Änderung in Ziffer III tritt am 1. April 2022 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 21. Oktober 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



A-6 Prüfung durch das BMG



Bundesministerium  
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

vorab per Fax: 030 - 275838105

Dr. Josephine Tautz  
Ministerialrätin  
Leiterin des Referates 213  
"Gemeinsamer Bundesausschuss,  
Strukturierte Behandlungsprogramme  
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in  
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin  
TEL +49 (0)30 18 441-4514  
FAX +49 (0)30 18 441-3788  
E-MAIL 213@bmg.bund.de  
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Berlin, *17.* Dezember 2021  
AZ 213 - 21432 - 02

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 21. Oktober 2021**

hier: **Änderung der Heilmittel-Richtlinie:  
Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) und  
weitere Änderungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o. g. Beschluss vom 21. Oktober 2021 über eine  
Änderung der Heilmittel-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

U-Bahn U 6:  
S-Bahn S1, S2, S3, S7:  
Straßenbahn M 1

Oranienburger Tor  
Friedrichstraße

## **B Stellungnahmeverfahren vor Entscheidung des G-BA**

### **B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen**

Der UA VL hat in seiner Sitzung am 23. Juni 2021 folgenden Organisationen für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt:

- Bundesärztekammer (gem. § 91 Abs. 5 SGB V)
- Bundespsychotherapeutenkammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) (gemäß § 91 Absatz 5a SGB V)
- Organisationen der Leistungserbringer (gem. § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V):
  - o Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
  - o Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)
  - o Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e. V. (dbs)
  - o Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst- Andersen e. V. (dba)
  - o Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.
  - o Verband der deutschen Podologen e. V. (VDP)
  - o Bundesverband für Podologie e.V.
  - o Deutscher Verband für Podologie e.V. (ZFD)
  - o Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)
  - o Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)
  - o Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)
  - o Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungs-berater (QUETHEB)
  - o VDB-Physiotherapieverband e.V. (gem. 1. Kapitel § 8 Abs. 2 S. 1 lit. a) VerFO)

## B-2 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

### B-2.1 Beschlussentwurf

Stand 23.06.2021



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung  
der Heilmittel-Richtlinie:  
Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische  
Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen

Vom **T. Monat JJJJ**

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

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 13 Satz 1 werden nach dem Wort „Verordner“ ein Komma und die Wörter „ausführende Therapeutinnen und Therapeuten“ eingefügt.
2. Dem § 6 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige

KBV	GKV-SV und PatV
medizinische	

Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen, kann diese auf dem Verordnungsvordruck ausgeschlossen werden. Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem Verordnungsvordruck einzutragen.“

3. § 11 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 werden die Wörter „Kinder und Jugendliche“ durch die Wörter „Kindern und Jugendlichen“ ersetzt.
  - b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Heilmittel können anstelle eines unmittelbar persönlichen Kontaktes nach Maßgabe der Verträge gemäß § 125 SGB V als telemedizinische Leistung in Echtzeiterbracht werden.“

4. Nach § 16a wird folgender § 16b eingefügt:

„16b Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung

(1) Telemedizinische Leistungen im Sinne dieser Richtlinie werden als synchrone Kommunikation zwischen einer Heilmittelerbringerin oder einem Heilmittelerbringer und einer Patientin oder einem Patienten, vorrangig im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit verstanden. Insbesondere

stellen aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (diGA) keine Behandlung im Sinne dieser Richtlinie dar.

(2) Die Entscheidung über die Versorgung mit Heilmitteln, die telemedizinisch erbracht werden, trifft die Patientin oder der Patient gemeinsam mit der ausführenden Therapeutin oder dem ausführenden Therapeuten nach Maßgabe der Verträge nach § 125 SGB V und vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 6 Absatz 4. Die Erbringung als telemedizinische Leistung ist für jede Versicherte oder jeden Versicherten im Einzelfall zu entscheiden. Die Therapeutin oder der Therapeut muss die Versicherte oder den Versicherten auf die Möglichkeit einer Behandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt hinweisen.

(3) Voraussetzung für die Erbringung als telemedizinische Leistung ist, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann und dass die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall im unmittelbar persönlichen Kontakt stattgefunden hat. Im Rahmen der Behandlung müssen regelmäßige Verlaufskontrollen im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen. Die Durchführbarkeit sowie die therapeutische Effizienz und Wirksamkeit sind auch bei einer telemedizinischen Behandlung regelmäßig von der Therapeutin oder dem Therapeuten zu überprüfen und zu dokumentieren. Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist fachlicher Standard und soll daher Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.

(4) Kann die Behandlung als telemedizinische Leistung, zum Beispiel aufgrund von Übertragungsproblemen, nicht sachgerecht erfolgen oder entscheidet sich die Patientin oder der Patient gegen eine weitere telemedizinische Leistungserbringung, muss die Behandlung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortgesetzt werden.

GKV-SV
(5) Soweit Heilmittel im Wege einer telemedizinischen Leistung erbracht werden, hat diese zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden. Die Abgabe telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen Praxisräumen stattfinden. Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.

GKV-SV
(6) Zwei Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA seine Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung prüfen und gegebenenfalls anpassen.“

II. Der Zweite Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen: Heilmittelkatalog wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt IV Maßnahmen der Ergotherapie wird wie folgt geändert:

a) In Ziffer 1 Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane wird in der Zeile SB3 die Spalte Heilmittel wie folgt ergänzt:

**„Ergänzendes Heilmittel:**

– Thermische Anwendungen“.

b) In Ziffer 2 Erkrankungen des Nervensystems wird in den Zeilen EN2 und EN3 die Spalte Heilmittel jeweils wie folgt ergänzt:

**„Ergänzendes Heilmittel:**

– Thermische Anwendungen“.

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am 01.01.2022 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den **T. Monat JJJ**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## B-2.2 Tragende Gründe

Stand: 23.06.2021



# Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie HeilM-RL:  
Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische  
Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen

Vom **T. Monat JJJJ**

### Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung .....	2
2.1	Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext).....	3
2.1.1	Zu § 1 Absatz 8.....	3
2.1.2	Zu § 6 Absatz 4.....	3
2.1.3	Zu § 11 Absatz 3.....	4
2.1.4	Zu § 16b – Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung.....	4
2.2	Änderungen im zweiten Teil der Richtlinie (Heilmittelkatalog) .....	7
2.3	Würdigung der Stellungnahmen .....	7
3.	Bürokratiekostenermittlung .....	8
4.	Verfahrensablauf.....	8

## 1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung u.a. die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Heilmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 Absatz 1 Satz 1 und 2 Nummer 3 i. V. m. § 32 SGB V. In der Heilmittel-Richtlinie regelt der G-BA gemäß § 92 Absatz 6 Satz 1 SGB V u. a. den Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sowie die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Im Zuge des epidemischen Ausbruchsgeschehens von SARS-COV-2 sind seitens der Kassenverbände auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbands Empfehlungen für den Heilmittelbereich herausgegeben worden, u.a. mit dem Ziel, die Versorgung in dieser außerordentlichen Situation zu erleichtern und aufrecht zu erhalten. Hierdurch bestand für die Heilmittelerbringer die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen geeignete Maßnahmen der Heilmittelbehandlung auch im Rahmen einer telemedizinischen Leistung zu erbringen. Die Möglichkeit, bestimmte ärztlich verordnete Heilmittelbehandlungen pandemiebedingt auch im Wege der Videobehandlung durchführen zu können, wurde mit Beschluss vom 17.09.2020 in die „Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Epidemie“ in § 2a der HeilM-RL aufgenommen.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der letzten Stellungnahmeverfahren zur Änderung der HeilM-RL und der HeilM-RL ZÄ die Ermöglichung einer Videobehandlung bei Heilmitteln in der Regelversorgung angeregt. Der G-BA hat sich diesem Anliegen angenommen und am 15. Oktober 2020 das Beratungsverfahren zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) eingeleitet, mit dem Ziel zu prüfen, ob und in welchen Fällen die gemäß Heilmittel-Richtlinie durchführbaren Heilmittelbehandlungen auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können. Bisher können Heilmittelbehandlungen ausschließlich in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder als medizinisch notwendiger Hausbesuch bzw. in Einrichtungen nach § 11 Absatz 2 HeilM-RL durchgeführt werden.

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit der telemedizinischen Leistungserbringung im Zuge der COVID-Pandemie ebenfalls als weitere Form der Leistungserbringung im Bereich der Heilmittelversorgung gesehen. Er hat daher mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) (voraussichtliches Inkrafttreten im Sommer 2021) den gesetzlichen Leistungsanspruch der Versicherten um Heilmittel, die telemedizinisch erbracht werden können, erweitert.

Gemäß der Gesetzesbegründung zur Änderung des § 32 SGB V umfasst der Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln nunmehr auch die Erbringung von Heilmitteln im Wege der Videobehandlung. Gemäß der Gesetzesbegründung zu § 125 Absatz 2a SGB V werden hierdurch keine neuen Leistungen geschaffen, sondern es wird lediglich der Leistungsort durch Einbeziehung telemedizinischer Möglichkeiten erweitert. Welche Leistungen grundsätzlich geeignet sind, als telemedizinische Behandlung erbracht zu werden, bestimmen die Vertragspartner der bundeseinheitlichen Verträge nach § 125 SGB V für die jeweiligen Heilmittelbereiche.

**2.1 Änderungen im ersten Teil der Richtlinie (Richtlinientext)**

**2.1.1 Zu § 1 Absatz 8**

Die Ergänzung ist klarstellender Natur. Gemäß § 91 Absatz 6 SGB V sind Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Träger nach § 91 Absatz 1 Satz 1 SGB V, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

**2.1.2 Zu § 6 Absatz 4**

Im Zusammenhang mit der Verordnung von Heilmitteln erhält die Verordnerin oder der Verordner die Möglichkeit, die Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung auszuschließen, sofern aus ihrer oder seiner Sicht medizinische Gründe vorliegen, die eine Heilmittelbehandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt erforderlich machen. Dies kann beispielsweise bei Vorliegen von Schädigungen der mentalen Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit, Wahrnehmung oder Gedächtnis im Rahmen einer demenziellen Entwicklung) oder komplexen, mehrere Funktionen betreffenden Schädigungen (z. B. kombinierte sensomotorische Schädigungen, Neglect nach Hirninfarkt oder Schädel-Hirn-Trauma) der Fall sein, da bei einer telemedizinischen Heilmittelbehandlung therapeutische Anweisungen ausschließlich über visuelle (per Bildschirm) und auditive (im Rahmen einer Videoübertragung, eines Telefonats) Wahrnehmung vermittelt werden können. Neben einer ggf. erforderlichen Anleitung im unmittelbar persönlichen Kontakt, z. B. durch geführte Übungen oder erforderliche haptische Wahrnehmung, kann es insbesondere bei Schädigungen der mentalen oder der Sinnesfunktionen bei telemedizinischer Heilmittelbehandlung zu einer Überforderung und Verunsicherung der Patientinnen und Patienten kommen. Des Weiteren ist eine telemedizinische Heilmittelerbringung in den Fällen grundsätzlich nicht möglich, in denen die Therapeutin oder der Therapeut aus Gründen der therapeutischen Effizienz (z. B. bei intermittierend auftretender Spastik) sowie der Patientensicherheit (z. B. bei latenter Sturzneigung oder falscher Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten) unmittelbar auf die Patientin oder den Patienten einwirken können muss.

GKV-SV und PatV
Darüber hinaus können sich aus person- und umweltbezogenen Faktoren Gründe ergeben, die gegen eine Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung sprechen. Dies kann beispielsweise bei Säuglingen oder Kleinkindern oder auch bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit schweren Behinderungen der Fall sein. Beispielsweise kann bei eingeschränkter Selbstfürsorge- und Kooperationsfähigkeit ein erhöhter Betreuungs- und Unterstützungsbedarf bestehen oder die Patienten sind ggf. altersbedingt oder kognitiv nicht in der Lage, Maßnahmen im Rahmen der Heilmitteltherapie ohne unmittelbar persönlichen Kontakt umzusetzen. Bei Bedarf ist daher der Einbezug von An- und Zugehörigen oder Betreuungspersonen zu prüfen.

GKV-SV und PatV	KBV
Wenn derartige Gründe einer telemedizinischen Heilmittelbehandlung entgegenstehen, muss es für die Verordnerinnen oder Verordner, welche in der Regel die Patientinnen und Patienten länger kennen, die Möglichkeit geben, bereits im	Wenn derartige Gründe einer telemedizinischen Heilmittelbehandlung entgegenstehen, muss es für die Verordnerinnen oder Verordner, welche in der Regel die Patientinnen und Patienten länger kennen und genaue Kenntnis über die



Rahmen einer Heilmittelverordnung eine telemedizinische Leistungserbringung aus vorgenannten Gründen ausschließen zu können.	Vor- und Begleiterkrankungen sowie die vorliegenden Schädigungen haben, die Möglichkeit geben, bereits im Rahmen einer Heilmittelverordnung eine telemedizinische Leistungserbringung aus medizinischen Gründen ausschließen zu können.
--	---

**2.1.3 Zu § 11 Absatz 3**

Der im Rahmen des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPfMG) geschaffene gesetzliche Leistungsanspruch für telemedizinisch erbrachte Heilmittel wird in einem neuen Absatz 3 berücksichtigt. In der Heilmittel-Richtlinie ist festgelegt, dass Heilmittelbehandlungen nur im unmittelbar persönlichen Kontakt entweder als Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch oder in einer Fördereinrichtung nach § 11 Absatz 2 HeilM-RL verordnet und erbracht werden können. Die Heilmittelerbringung als telemedizinische Leistung unterscheidet sich hiervon dadurch, dass sich die Patientin oder der Patient sowie die Therapeutin oder der Therapeut während der Behandlung an unterschiedlichen Orten befinden, die Patientin oder der Patient üblicherweise in ihrer oder seiner häuslichen Umgebung und die Therapeutin oder der Therapeut in den gemäß § 124 SGB V zugelassenen Praxisräumen. In Absatz 3 wird der Leistungsort unter Bezugnahme auf die Vorgabe des § 2 Absatz 1 (“Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen”) auf die telemedizinische Leistungserbringung erweitert. Der Wortlaut „persönlich“ setzt die Anwesenheit der Patientin oder des Patienten in seiner Person voraus. Dies gilt gleichermaßen für die telemedizinische wie für die Präsenzbehandlung. Im Falle der Präsenzbehandlung ist die Patientin oder der Patient unmittelbar persönlich anwesend, also vor Ort, persönlich anwesend. Im Falle der telemedizinischen Behandlung hingegen ist sie oder er mittelbar, also über digitale Medien in Echtzeit, persönlich anwesend.

**2.1.4 Zu § 16b – Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung**

**Zu Absatz 1 – Definition telemedizinische Leistung**

Soweit die in der Heilmittel-Richtlinie festgelegten Heilmittel nach Maßgabe der Verträge gemäß § 125 SGB V als telemedizinische Leistung erbracht werden können, erfordert dies eine in zeitlicher Hinsicht synchrone Kommunikation zwischen der Patientin oder dem Patienten und der Therapeutin oder dem Therapeuten. Anstelle des unmittelbar persönlichen Kontaktes, bei dem sich die Patientin oder Patient und die Therapeutin oder der Therapeut persönlich begegnen, kommunizieren bei einer telemedizinischen Durchführung einer Heilmitteltherapie die Patientin oder der Patient und die Therapeutin oder der Therapeut mittelbar persönlich miteinander. Dies erfordert einen Kontakt in Echtzeit, vorrangig über eine Videoübertragung per Bildschirm. Asynchron stattfindende Behandlungsformen (bspw. das aufgezeichnete Video oder die Vermittlung von Eigenübungsprogrammen über eine digitale Gesundheitsanwendung) stellen keine Behandlung im Sinne der Heilmittel-Richtlinie dar.

**Zu Absatz 2**

Eine Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung ist sowohl für die Patientin oder den Patienten als auch für die Therapeutin oder den Therapeuten freiwillig. Die Entscheidung darüber, ob die verordnete Heilmittelbehandlung telemedizinisch erbracht werden kann und diese Form der Leistungserbringung im Einzelfall geeignet ist, wird zwischen der Patientin oder dem Patienten und der ausführenden Therapeutin oder dem Therapeuten, nach Maßgabe der Verträge nach § 125 SGB V und vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 6 Absatz 4, getroffen.

Die Patientin oder der Patient ist darauf hinzuweisen, dass jederzeit ein Wechsel zu einer Durchführung der Heilmittelbehandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt möglich ist.

### **Zu Absatz 3**

Heilmittel als persönlich zu erbringende medizinische Leistungen kennzeichnen sich durch einen unmittelbaren Kontakt zwischen der Patientin oder dem Patienten und der ausführenden Therapeutin oder dem Therapeuten, der in Echtzeit unter Einsatz taktiler, auditiver und visueller Wahrnehmung stattfindet. Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut befinden sich dabei räumlich am selben Ort (unmittelbar persönlich). Diese Form der Therapie gilt als fachlicher Standard.

Die Heilmittelerbringung als telemedizinische Leistung unterscheidet sich hiervon, da sich Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut während der Behandlung an unterschiedlichen Orten befinden (mittelbar persönlich in Echtzeit), so dass spezifische Techniken aus den verschiedenen Heilmittelbereichen, die einen unmittelbar persönlichen Kontakt zu der Patientin oder zu dem Patienten erfordern (z. B. bestimmte Grifftechniken, geführte Bewegungen) nicht durchgeführt werden können. Auch ist ein kurzfristiger Wechsel zu derartigen Techniken im Rahmen einer telemedizinischen Erbringung nicht möglich. Ferner ist die taktile Wahrnehmung sowohl seitens der Therapeutinnen und Therapeuten als auch der Patientinnen und Patienten bei einer telemedizinischen Heilmittelerbringung nicht gegeben und die visuelle und auditive Wahrnehmung können deutlich beeinträchtigt sein.

Darüber hinaus werden Heilmittelbehandlungen, die als telemedizinische Leistung erbracht werden, von technischen Faktoren (Übertragungsqualität, Lichtverhältnisse in der Häuslichkeit der Patienten, Bildqualität) beeinflusst, so dass nicht die gleichen Eindrücke gesammelt und Befunde erhoben werden können, wie wenn die Patientin oder der Patient in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten behandelt wird. Dies führt dazu, dass die Therapeutin oder der Therapeut die Angaben der oder des Versicherten zu den vorliegenden Beschwerden sowie dem Ausmaß der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren nicht in jedem Einzelfall vollumfänglich überprüfen bzw. nachvollziehen kann. Die Heilmittelbehandlung kann nur dann als telemedizinische Leistung erfolgen, wenn die Therapeutin oder der Therapeut sich mit den begrenzten Mitteln der telemedizinischen Behandlung einen ausreichenden Eindruck vom Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten verschaffen kann und die Erkrankung bzw. die vorliegenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen aufgrund ihrer Art und Schwere eine telemedizinische Leistung nicht ausschließen.

Vor jeder Heilmittelbehandlung ist eine Befunderhebung durch die ausführende Therapeutin oder den ausführenden Therapeuten erforderlich. Diese kann nur – wie oben ausgeführt – im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen, da nur durch eine unmittelbar persönliche Untersuchung und unter Einsatz taktiler, auditiver und visueller Wahrnehmung eine ausreichende Sicherheit zur Erkennung der vorliegenden Schädigungen gewährleistet ist, eine angemessene medizinisch-therapeutische Einordnung erfolgen und ein fachgerechter Therapieplan aufgestellt werden kann. Zur Sicherstellung der Befundergebnisse und dem sich daraus ergebenden Therapieplan müssen daher auch im Verlauf der Behandlung immer wieder Verlaufskontrollen im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen.

Bei der telemedizinischen Heilmittelbehandlung handelt es sich um keine neue Form der Erbringung. Es ist daher für die Durchführung einer telemedizinischen Leistung Voraussetzung, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht gleichermaßen wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann. Die Entscheidung über die Durchführbarkeit einer Behandlung als telemedizinische Leistung ist daher stets im Einzelfall im Rahmen der

beruflichen Sorgfaltspflicht zu treffen. Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der vorliegenden funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Rahmen der Fernbehandlung nicht möglich ist, ist von einer telemedizinischen Leistungserbringung abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Behandlung durch die Therapeutin oder den Therapeuten zu verweisen.

Ferner ist im Behandlungsverlauf von der ausführenden Therapeutin oder dem ausführenden Therapeuten zu überprüfen, ob die telemedizinische Durchführung der Heilmittelbehandlung weiterhin die geeignete Therapieform ist. Neben dem therapeutischen Befund zu Beginn der Therapie ist daher von den Therapeutinnen und Therapeuten auch der Behandlungsverlauf mit dem Schwerpunkt auf die Besonderheiten der telemedizinischen Durchführung der Behandlung nachvollziehbar zu dokumentieren. Bei nicht zufriedenstellendem Therapieverlauf kann dadurch effektiv beurteilt werden, ob dies vorwiegend oder ausschließlich in der Form der Heilmittelerbringung begründet ist oder eher andere medizinische Ursachen zugrunde liegen.

Bei der Therapiedurchführung kommt es während des gesamten Behandlungsverlaufes neben den verschiedenen heilmittelspezifischen Behandlungstechniken (z. B. bestimmte Grifftechniken) in besonderem Maße auf die taktile, auditive und visuelle Wahrnehmung der ausführenden Therapeutin oder des ausführenden Therapeuten, aber auch der Patientin oder des Patienten an. Die taktile Wahrnehmung ist bei der telemedizinischen Erbringung einer Heilmittelbehandlung nicht gegeben, die visuelle und auditive Wahrnehmung können deutlich beeinträchtigt sein. Des Weiteren ist für eine effektive Therapie eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zwischen Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient erforderlich. Diese ist im unmittelbar persönlichen Kontakt i. d. R. einfacher herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten als bei einem telemedizinischen Kontakt, z. B. per Videoübertragung. Die Therapie im unmittelbar persönlichen Kontakt gilt daher wie oben ausgeführt als „Goldstandard“ für die Durchführung einer Heilmittelbehandlung. Aus diesen Gründen soll die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes grundsätzlich Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.

**Zu Absatz 4**

In Bezug auf telemedizinisch erbrachte Leistungen wird präzisiert, dass im Falle von Übertragungsproblemen oder anderen technisch begründeten Unterbrechungen die verordnete Leistung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortzusetzen und in vollem Umfang zu erbringen ist. Dies gilt auch für den Fall, dass sich die Patientin oder der Patient gegen eine Fortsetzung der Behandlung als telemedizinische Leistung entscheidet.

**Zu Absatz 5**

GKV-SV
Zur Sicherung des Behandlungserfolges wird es auch bei telemedizinischen Leistungen als erforderlich angesehen, dass diese stets in geschlossenen Räumen stattfinden, die eine ausreichende Privatsphäre bieten und einen ungestörten Behandlungsablauf ermöglichen. Das Nähere wird in den Verträgen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene nach § 125 SGB V geregelt. Auf therapeutischer Seite dürfen telemedizinische Leistungen ausschließlich in nach § 124 SGB V zugelassenen Praxisräumen stattfinden. Dies begründet sich insbesondere damit, dass der zugelassene Heilmittelerbringer analog zu den Regelungen für die ärztliche Videosprechstunde (vgl. § 2 Abs. 1 Anlage 31b BMV-Ä) eine sichere Verarbeitung der patientenbezogenen Daten gewährleisten muss und zur Erbringung telemedizinischer Leistungen ausschließlich die zertifizierten und zugelassenen Praxis- und

IT-Systeme nutzen darf. Es muss zu jeder Zeit gewährleistet sein, dass die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Datensicherheit eingehalten werden. Das Nähere hierzu regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.

#### Zu Absatz 6

##### GKV-SV

Der G-BA prüft so weit möglich auf Basis von Routinedaten und Rückmeldungen aus der Versorgung zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen die Auswirkungen der Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung. Ziel der Evaluation ist es insbesondere, die therapeutische Effizienz der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung zu überprüfen.

### 2.2 Änderungen im zweiten Teil der Richtlinie (Heilmittelkatalog)

Thermische Anwendungen im Rahmen der Ergotherapie werden bei den Diagnosegruppen SB3 (System- und Autoimmunerkrankungen mit Bindegewebe-, Muskel- und Gefäßbeteiligung), EN2 (ZNS-Erkrankungen (Rückenmark)/Neuromuskuläre Erkrankungen) und EN3 (Periphere Nervenläsionen/Muskelerkrankungen) ergänzt. Dadurch wird eine dem Schädigungsbild bei diesen Krankheitsbildern angepasste Versorgung sichergestellt, da die von diesen Diagnosegruppen umfassten Erkrankungen (z.B. Sklerodermie, Systemischer Lupus erythematodes, Polymyositis, Myotonie unter SB3; z.B. Spina bifida, Amyotrophe Lateralsklerose, spinale Muskelatrophien, Querschnittssyndrome oder Multiple Sklerose unter EN2; periphere Paresen, Plexusschädigungen oder Myopathien unter EN3) häufig mit Schädigungen der Muskelfunktion wie schmerzhaften Veränderungen des Muskeltonus einhergehen. Dabei handelt es sich nicht um neue Heilmittel für die von diesen Diagnosegruppen umfassten Krankheitsbilder. Bereits jetzt können bei diesen Krankheitsbildern unter den physiotherapeutischen Diagnosegruppen WS, EX, ZN und PN thermische Anwendungen ergänzend zum Einsatz kommen. Es handelt sich bei den Änderungen daher nicht um wesentliche Indikationserweiterungen.

### 2.3 Würdigung der Stellungnahmen

**Variante I** (der Beschlussentwurf wird aufgrund der schriftlichen und mündlichen Stellungnahme nicht geändert):

Aufgrund der vorgetragenen Argumente zu den zur Stellungnahme gestellten Beschlussinhalten ergibt sich keine Notwendigkeit zu Änderungen im Beschlussentwurf.

Einwände oder Änderungswünsche ohne Bezug auf den Stellungnahmegegenstand wurden nicht berücksichtigt.

**Variante II** (der Beschlussentwurf wird aufgrund der schriftlichen und mündlichen Stellungnahme geändert):

Aufgrund der schriftlich und mündliche vorgetragenen Argumente zu den zur Stellungnahme gestellten Beschlussinhalten wird der Beschlussentwurf wie folgt geändert: ...

Einwände oder Änderungswünsche ohne Bezug auf den Stellungnahmegegenstand wurden nicht berücksichtigt.

**3. Bürokratiekostenermittlung**

[.....]

**4. Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
15.10.2020		Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 VerFO
23.06.2021	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der HeilM-RL
11.08.2021	UA VL	Mündliche Anhörung
TT.MM.JJJ	UA VL	Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen und abschließende Beratung
TT.MM.JJJ	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der HeilM-RL
TT.MM.JJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJ	UA VL	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerFO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJ <sup>1</sup>		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJ <sup>2</sup>		Inkrafttreten

Berlin, den T. Monat JJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

<sup>1</sup>Die 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.

<sup>2</sup>s. Fußnote 1

### B-3 Übersicht über die Abgabe von Stellungnahmen

Da die Beratungen zu diesem Beratungsverfahren gemeinsam von AG Heilmittel-Richtlinie und AG Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte durchgeführt wurden, enthält die Auswertung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen jeweils alle eingegangenen Stellungnahmen zu den beiden Richtlinien (vgl. hierzu auch Kapitel B 3 des Abschlussberichtes für Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte).

#### Heilmittel-Richtlinie:

Organisation	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK)	10.08.2021	
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	06.07.2021	1 SN für beide RL (vgl. HeilM-RL ZÄ)
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)	22.07.2021	
Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)	22.07.2021	
Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB)	22.07.2021	
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)	02.08.2021	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafforst-Andersen e.V. (dba)	03.08.2021	
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	06.08.2021	
Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.	06.08.2021	
Verband der deutschen Podologen e.V. (VDP)	09.08.2021	Einverständnis mit vorliegendem Beschlussentwurf
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	10.08.2021	

#### HeilM-RL ZÄ

Organisation	Eingang SN	Bemerkungen
Bundesärztekammer (BÄK)	30.06.2021	Verzicht
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	22.07.2021	Verzicht

Organisation	Eingang SN	Bemerkungen
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	22.07.2021 & 16.09.2021	
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	06.07.2021	
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	22.07.2021	
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)	08.07.2021	
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafforst-Andersen e.V. (dba)	22.07.2021	

## B-4 Auswertung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

### B-4.1 Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Anhang abgebildet. Aufgrund der gemeinsamen Beratungen der AG HeilM-RL und HeilM-RL ZÄ wurde ebenfalls eine gemeinsame Auswertung der eingegangenen Stellungnahmen vorgenommen (vgl. hierzu auch B-4.1 des Abschlussberichtes der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte). Um der richtlinienspezifischen Bewertung der eingegangenen Stellungnahmen Rechnung zu tragen, sind diese in folgende Schriftfarben unterteilt worden:

Schwarze Schrift: Betrifft sowohl HeilM-RL als auch HeilM-RL ZÄ

Blaue Schrift: Betrifft HeilM-RL

Grüne Schrift: Betrifft HeilM-RL ZÄ

#### B-4.1.1 I. Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
0	VDP	Der Verband Deutscher Podologen ist mit dem uns vorliegenden Beschlussentwurf einverstanden		Kenntnisnahme	nein
1.	BED	<p><b>Grundsätzliches</b></p> <p>Wir begrüßen die geplanten Änderungen. Die Videotherapie hat sich während der Pandemie bewährt. Die dauerhafte Aufnahme in die Heilmittel-Richtlinie wird von uns seit längerem gefordert. Der jetzt vollzogene Schritt ist folgerichtig und unterstützt die Sicherung der Patientenversorgung.</p> <p>Sehr erfreut sind wir über die Aufnahme der Thermischen Anwendungen als ergänzendes Heilmittel für die Indikationsgruppen SB3, EN2 und EN3. Bereits 2010 hatten wir auf die Notwendigkeit der Aufnahme der Thermischen Anwendungen hingewiesen sowie zuletzt auch in unseren Stellungnahmen zur jeweiligen Änderung der HeilM-RL 2019 und 2020. Immer wieder gab es Probleme in der Versorgung, wenn beispielsweise mit der Diagnose M34. (Systemische Sklerose), bei der eine Thermische Anwendung indiziert und auch von</p>		Kenntnisnahme	nein



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
			<p>ärztlicher Seite verordnet wird, nachträglich Rechnungsbeträge abgesetzt wurden, oder die verordneten Leistungen zulasten der Patienten aus formalen Gründen nicht erbracht werden konnten.</p>		
2.	dbs		<p><b>Maßnahme der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistungen</b></p> <p>Wir begrüßen die Intention des G-BA, die Videobehandlung in die Regelversorgung aufzunehmen.</p> <p>In der Zeit bis 30.06.2020 und seit dem 02.11.2020 ist die Videobehandlung als „Corona-Sonderregelung“ im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und zahnärztlich verordneter Schlucktherapie möglich.</p> <p>Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Möglichkeit der Videobehandlung der Sicherstellung der Versorgung unter potentiellen pandemischen Risiken dient und eine bestmögliche Infektionsvermeidung zum Schutz der Patienten, die zur Risikogruppe gehören, in den Mittelpunkt stellt.</p> <p>Es liegen aber auch weitere Vorteile und Chancen in der Übernahme der Videobehandlung in die Regelversorgung, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die regionale Unterversorgung mit Therapeuten (Wegfall von Anfahrtszeiten, Arbeitsmöglichkeiten auch für Therapeuten aus Risikogruppen beispielsweise bei Schwangerschaften)</li> <li>• schwangerschaftsbedingte Beschäftigungsverbote</li> <li>• eingeschränkter Zugang zur Therapie (z.B. aufgrund mangelnder Mobilität der Betroffenen, bei leichten Krankheitssymptomen der Betroffenen und der Therapeuten)</li> <li>• Entlastung von Patienten und Therapeuten durch Wegfall von Fahrtwegen</li> <li>• Entlastung von betreuenden Angehörigen die durch zusätzliche Care- und/oder Berufstätigkeit gefordert sind</li> <li>• Erhöhung der Therapiefrequenz im Rahmen von Intervalltherapien</li> <li>• Kostenreduktion und Entlastung der Therapeuten durch Reduktion von persönlichen Hausbesuchen</li> </ul>	Kenntnisnahme	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• allgemeiner Fachkräftemangel im Heilmittelbereich</li> <li>• kurzfristiger räumliche Abwesenheit (längerer Urlaub in den Sommerferien, längere Dienstreisen)</li> <li>• die Steigerung der Verfügbarkeit von Ressourcen,</li> <li>• die Integration des häuslichen Alltags der Zielgruppen (Patienten)</li> <li>• und die Sicherstellung des Infektionsschutzes.</li> </ul>	<p>Um dauerhaft eine optimale Versorgung mit sprachtherapeutischer Therapie sicherzustellen, ist eine vertragliche Vereinbarung auf Grundlage des § 125 Abs. 2a (neu) SGB V sinnvoll und zielführend.</p> <p>Die Festlegung im Rahmen der HeilM-RL ZÄ/ HeilM-RL, dass Heilmittel auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können, wird daher ausdrücklich begrüßt.</p>		

3.	dbl	<p><b>Maßnahme der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistungen</b></p> <p>Wir begrüßen die Intention des G-BA, die Videotherapie in die Regelversorgung aufzunehmen.</p> <p>In der Zeit vom 18.03. bis zum 30.06.2020 und seit dem 02.11.2020 ist die Videotherapie als „Corona-Sonderregelung“ im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und zahnärztlich verordneter Schlucktherapie möglich.</p> <p>Die bisherigen (inter-)nationalen Erfahrungen der PatientInnenversorgung und Erkenntnisse der Versorgungsforschung während der Covid-19-Pandemie zeigen, dass die Möglichkeit der Videotherapie der Sicherstellung der Versorgung unter potentiellen pandemischen Risiken dient und eine bestmögliche Infektionsvermeidung zum Schutz der PatientInnen, die zur Risikogruppe gehören, in den Mittelpunkt stellt.</p> <p>Darüber hinaus bestehen strukturelle, fachlich-inhaltliche und durch die Lebensumstände der PatientInnen bedingte individuelle Gründe, die für die Videotherapie als integraler Bestandteil der logopädischen Versorgung sprechen.</p> <p>Dazu zählen insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die regionale Unterversorgung mit TherapeutInnen (Wegfall von Anfahrtszeiten, Arbeitsmöglichkeiten auch für TherapeutInnen aus Risikogruppen beispielsweise bei Schwangerschaften)</li> <li>• Fachkräftemangel in der Logopädie</li> <li>• eingeschränkter Zugang zur Therapie (z.B. aufgrund mangelnder Mobilität der Betroffenen, bei leichten Krankheitssymptomen der Betroffenen und der TherapeutInnen)</li> <li>• schwangerschaftsbedingte Beschäftigungsverbote</li> <li>• Entlastung von PatientInnen und TherapeutInnen durch Wegfall von Fahrtwegen</li> <li>• Entlastung von betreuenden Angehörigen, die durch zusätzliche Care- und/oder Berufstätigkeit gefordert sind</li> <li>• Gewährleistung der ärztlich verordneten Therapieintensität ohne vermeidbare Unterbrechungen</li> </ul>	Kenntnisnahme	nein
----	-----	---	---------------	------

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>die Integration des häuslichen Alltags der PatientInnen in die Therapie (auch unter möglicher Einbeziehung von Bezugspersonen der PatientInnen)</li> <li>und die Sicherstellung des Infektionsschutzes (z.B. im Falle multiresistenter Erreger)</li> </ul> <p>Um dauerhaft eine optimale Versorgung mit logopädischer Therapie sicherzustellen, ist eine vertragliche Vereinbarung auf Grundlage des § 125 Abs. 2a (neu) SGB V sinnvoll und zielführend.</p> <p>Die Festlegung im Rahmen der HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL, dass Heilmittel auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können, wird daher ausdrücklich begrüßt.</p>			
4.	QUETHEB	<p>Herzlichen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Wir befürworten die Ergänzung der Heilmittelrichtlinie um die telemedizinischen Leistungen.</p> <p>Beratungseinheiten lassen sich in der Ernährungstherapie sehr gut videogestützt als telemedizinische Leistungen durchführen. Die telemedizinischen Leistungen bieten eine gute Möglichkeit, kurze Einheiten in kürzeren Abständen durchzuführen, um so z.B. auf geänderte Laborwerte zu reagieren oder die Motivation einer Verhaltensänderung zu unterstützen. Während der Pandemie konnten viele wichtige Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt werden.</p> <p>Erkrankte an den im Heilmittel Ernährungstherapie betreuten Diagnosen (Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen) müssen häufig lange Anfahrtswege zu den wenigen Leistungserbringern in Kauf nehmen oder sind massiv infektionsanfällig bzw. körperlich eingeschränkt, so dass sie froh sind, telemedizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können.</p>		Kenntnisnahme	nein
5.	VDD	<p>Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und unterstützen sehr, dass die Heilmittelrichtlinie um telemedizinische Leistungen ergänzt werden sollen.</p> <p>Telemedizinische Leistungen sind im Bereich der Ernährungstherapie häufig eine gute Möglichkeit, auch kurze Einheiten in - je nach Beratungsstand - längeren oder kürzeren Abständen durchzuführen, um so z.B. auf geänderte Laborwerte zu reagieren oder die Motivation einer Verhaltensänderung zu unterstützen. Sie sind im Ausland durchaus üblich und</p>		Kenntnisnahme	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		haben sich in Pandemiezeiten bewährt. Gerade bei den derzeitigen Diagnosen des Heilmittels Ernährungstherapie (Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen) sind häufig lange Anfahrtswege durch die Patient*innen zu den wenigen Leistungserbringer*innen/Therapeut*innen zu bewältigen. Auch sind einige Patient*innen höchst infektionsanfällig, bzw. durch die häusliche Situation (Betreuung der Kinder) oder auch körperliche Einschränkung überaus froh, telemedizinische Leistungen nutzen zu können.			
6.	VDOE	Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Änderung der Heilmittelrichtlinie Stellung zu nehmen und begrüßen, dass die telemedizinische Leistung (Videotherapie) in die Regelversorgung aufgenommen und die Leistung damit erweitert werden soll. Telemedizinische Leistungen sind im Bereich der Ernährungstherapie häufig eine gute Möglichkeit, auch kurze Einheiten in - je nach Beratungsstand - längeren oder kürzeren Abständen durchzuführen, um so z.B. auf geänderte Laborwerte zu reagieren oder die Motivation einer Verhaltensänderung zu unterstützen. Sie sind in vielen Ländern durchaus üblich und haben sich in Pandemiezeiten bewährt. Gerade bei den derzeitigen Diagnosen des Heilmittels Ernährungstherapie (Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen) sind häufig lange Anfahrtswege durch die Patient*innen zu den wenigen Leistungserbringer*innen/Therapeut*innen zu bewältigen. Auch sind einige Patient*innen höchst infektionsanfällig. Durch telemedizinische Leistungen wird es möglich, unabhängig von der häuslichen Situation (Kinderbetreuung) oder auch körperlichen Einschränkungen eine Ernährungstherapie in Anspruch zu nehmen.		Kenntnisnahme	nein

**B-4.1.2 II. Stellungnahmen zum Richtlinienentwurf**

**B-4.1.2.1 Stellungnahmen zu § 1 Absatz 8 „redaktionelle Ergänzung um Therapeut\*innen“**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
7.	dbS	<p>Der Beschlussentwurf sieht eine Ergänzung in § 1 Abs. 13 S. 1 vor, den es in der HeilM-RL nicht gibt. Die tragenden Gründe sehen dann § 1 Abs. 8 als Regelungsort vor.</p> <p>Hier ist eine formale Korrektur erforderlich.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass die Ergänzung in § 1 Abs. 8 vorgenommen werden soll.</p>	<p>Die Klarstellung ist überflüssig, da der Geltungsbereich bereits im Gesetz verankert ist. Soll dies in der HeilM-RL nochmals verdeutlicht werden, müsste die Ergänzung auch an weiteren Stellen vorgenommen werden.</p> <p>Eine komplette Nennung aller Gruppen, für die die HeilM-RL verbindlich ist, an allen Stellen der HeilM-RL würde jedoch nicht zur Übersichtlichkeit und guten Lesbarkeit beitragen.</p> <p>Eine Klarstellung ist bereits durch § 1 Abs. 3 ausreichend gegeben.</p>	<p><b>zu Ergänzung Therapeut:</b> Keine Zustimmung; eine Ergänzung wird weiterhin befürwortet, da die in dieser Regelung genannten Zielsetzungen alle am Behandlungsprozess Beteiligten und somit auch die Therapeut*innen betrifft. Die Therapeut*innen können im Rahmen ihrer Behandlung auf das Erreichen der in § 1 Abs. 8 genannten Ziele unmittelbar hinwirken.</p> <p><b>Zum Hinweis Abs. 8 vs. Abs. 13:</b> Dem Hinweis wird gefolgt.</p>	<p>nein</p> <p>Abs. 13 wird korrigiert in Abs. 8</p>
7a	dba	<p><del>§ 1 Abs. 13 Satz 1</del> § 1 Abs. 8</p> <p>Der Begriff „ausführender Therapeut“ wird im SGB V nicht verwendet, sondern - Leistungserbringer (§ 91 Abs. 6 SGB V, §§ 124, 125 SGB V) und</p>		<p><b>Zur Änderung des Begriffs:</b> Einer Anpassung wird nicht gefolgt. Die Begrifflichkeit Therapeut und oder</p>	<p>nein</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		<p>- Heilmittelerbringer (§ 92 Abs. 6 und 7 SGB V, § 125 SGB V).</p> <p>Eine entsprechende Terminologie sollte auch in der HeilM-RL Anwendung finden und folgende Begriffe durch „Heilmittelerbringer“ ersetzt werden:</p> <p>- Therapeut (u. a. § 14 Satz 2 HeilM-RL)</p> <p>- ausführender Therapeut (u. a. § 1 Abs. 4 HeilM-RL)</p>		<p>Heilmittelerbringer werden bereits in der Richtlinie regelhaft verwendet. Hierzu gab es bisher keine Problemanzeigen.</p> <p>Die Tatsache, dass dieser Begriff im SGB V nicht verwendet wird, erfordert nicht einen Austausch der Begrifflichkeit in der Heilmittel-Richtlinie. Darüber hinaus entspricht der Begriff Therapeut/Therapeutin der bestehenden Sprachregelung der Heilmittel-Richtlinie (z.B. Therapieziele, Therapiefrequenz).</p>	
7b	dbl	<p>Wir gehen davon aus, dass die Einfügung der Wörter „ausführende Therapeutinnen und Therapeuten“ in § 1 Abs. 8 (und nicht in § 1 Abs. 13) erfolgen soll.</p> <p>Die Ergänzung ist lediglich klarstellender Natur. Wenn es hier überhaupt einer Ergänzung bedarf, sollte der Begriff „Therapeutinnen und Therapeuten“ ohne die unnötige Konkretisierung „ausführende“ verwendet werden.</p>		<p><b>siehe lfd. Nummer 7</b></p> <p><b>Zum Begriff</b></p> <p><b>„ausführend“:</b></p> <p>Zustimmung.</p>	<p>Änderung am Beschlusentwurf: Das Wort „ausführend“ wird gestrichen</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
8.	BED	Redaktionell: Im Entwurf wird auf Absatz 13 (den es in der HeilM-RL nicht gibt) verwiesen, in en tragenden Gründen auf Absatz 8.		<b>Zum Hinweis Abs. 8 vs. Abs. 13:</b> Dem Hinweis wird gefolgt.	Abs. 13 wird korrigiert in Abs. 8

**B-4.1.2.2** Stellungnahmen zu § 1 Absatz 6 „elektr. VO“

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
9.	dbs und dbl	Die Erweiterung des Anwendungsbereichs auf Verordnungen in elektronischer Form wird begrüßt.		Kenntnisnahme	nein
10.	dba	§ 1 Abs. 6: Zustimmung		Kenntnisnahme	nein

**B-4.1.2.3** Stellungnahmen zu § 6 Absatz 4 (HeilM-RL – Dissens zum Wort „medizinisch“) / § 5 Absatz 3 (HeilM-RL ZÄ) „Verordnungsausschlüsse“

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
11.	dbs	§ 5 Abs. 3 bzw. § 6 Absatz 4 ist daher zu streichen.	Die Entscheidung, ob die Behandlung über Präsenz- oder über Videobehandlung erbracht wird, muss für alle Indikationsbereiche bei den behandelnden Therapeuten in Absprache mit den Patienten liegen: Sie gehört in den therapeutischen Entscheidungsprozess samt der Abwägung von Indikation und Kontraindikationen.  Die Regelung, dass Verordnerin oder der Verordner bzw. der Zahnarzt/die Zahnärztin die Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung ausschließen kann, würde der Regelung, dass	Keine Zustimmung. Es soll weiterhin der Grundsatz bestehen bleiben, dass in Einzelfällen bei entsprechend vorliegenden Gründen den verordneten Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten die	nein



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf		
			<p>Therapeuten und Patienten gemeinsam entscheiden, ob eine Videotherapie möglich und sinnvoll ist, widersprechen.</p> <p>Ein grundsätzliche Vetomöglichkeit wird aus folgenden Gründen abgelehnt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Der <b>Zahnarzt/die Zahnärztin</b> bzw. <b>die Verordnerin/der Verordner</b> ist mit den <b>methodischen Möglichkeiten</b> der videotherapeutischen Behandlung in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <b>nicht umfänglich vertraut</b>. Es ist möglich, dass ein Zahnarzt/eine Zahnärztin bzw. eine Verordnerin/ein Verordner daher eine Videotherapie ausschließt, die aus Sicht von Therapeuten und Patienten sinnvoll umsetzbar wäre.</li> </ol> <table border="1" data-bbox="875 887 1473 1377"> <tr> <td data-bbox="875 887 1167 1377"> <p>Die in den <b>tragenden Gründen angeführten Beispiele</b> (kleine Kinder mit logopädischem Behandlungsbedarf, pflegebedürftige Patient*innen) machen <b>exakt die Fälle deutlich, in denen eine Zahnärztin/ein Zahnarzt die Online-Behandlung unbegründeter Weise ausschließen würde: Es</b></p> </td> <td data-bbox="1167 887 1473 1377"> <p>Das in den <b>tragenden Gründen angeführte Beispiel</b> (Patienten mit Demenz) macht einen solchen Fall deutlich, in dem eine Verordnerin/ein Verordner die <b>Online-Behandlung unbegründeter Weise ausschließen würde: Es liegen Evidenzen vor, dass Videotherapien auch mit demenzerkrankten</b></p> </td> </tr> </table>	<p>Die in den <b>tragenden Gründen angeführten Beispiele</b> (kleine Kinder mit logopädischem Behandlungsbedarf, pflegebedürftige Patient*innen) machen <b>exakt die Fälle deutlich, in denen eine Zahnärztin/ein Zahnarzt die Online-Behandlung unbegründeter Weise ausschließen würde: Es</b></p>	<p>Das in den <b>tragenden Gründen angeführte Beispiel</b> (Patienten mit Demenz) macht einen solchen Fall deutlich, in dem eine Verordnerin/ein Verordner die <b>Online-Behandlung unbegründeter Weise ausschließen würde: Es liegen Evidenzen vor, dass Videotherapien auch mit demenzerkrankten</b></p>	<p>Möglichkeit bleiben soll, einen Ausschluss für eine telemedizinische Heilmittelerbringung zu formulieren. Die ärztlich sowie die zahnärztlich veranlasste Heilmittelbehandlung liegt in der Verantwortung der jeweils verordnenden Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte.</p> <p>Sie tragen darüber hinaus die Verantwortung zur Wirtschaftlichkeit dieser veranlassten Leistung (vgl. § 9 HeilM-RL bzw. § 8 HeilM-RL ZÄ).</p> <p>Insbesondere tragen sie die Verantwortung für den Gesamtverlauf der Behandlung. Neben der Wahl der gebotenen Heilmittel, der Einzel- oder Gruppenbehandlung</p>	
<p>Die in den <b>tragenden Gründen angeführten Beispiele</b> (kleine Kinder mit logopädischem Behandlungsbedarf, pflegebedürftige Patient*innen) machen <b>exakt die Fälle deutlich, in denen eine Zahnärztin/ein Zahnarzt die Online-Behandlung unbegründeter Weise ausschließen würde: Es</b></p>	<p>Das in den <b>tragenden Gründen angeführte Beispiel</b> (Patienten mit Demenz) macht einen solchen Fall deutlich, in dem eine Verordnerin/ein Verordner die <b>Online-Behandlung unbegründeter Weise ausschließen würde: Es liegen Evidenzen vor, dass Videotherapien auch mit demenzerkrankten</b></p>						

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>liegen zahlreiche Praxisevidenzen vor (von Therapeut*innen, aber auch Angehörigen und Eltern), dass Videotherapien auch bei diesen Personengruppen sehr erfolgreich umgesetzt wurden. In Unkenntnis des sprachtherapeutischen Methodenrepertoires lässt sich die Einschätzung, ob eine Videobehandlung möglich ist oder nicht, nicht korrekt treffen.</p> <p>Dies gilt auch für <b>orofaziale Funktionsstörungen und Schluckstörungen (Dysphagien)</b>: Malandraki et al. (2021) stellen in einem aktuellen Review zwar fest, dass die Studienlage zur videobasierten Dysphagie-Therapie noch eingeschränkt ist. Sie weisen aber darauf</p> <p>Patient*innen erfolgreich umgesetzt werden können. In Unkenntnis des (sprach)therapeutischen Methodenrepertoires lässt sich die Einschätzung, ob eine Videobehandlung möglich ist oder nicht, nicht korrekt treffen. Beispielsweise zeigen Dial et al. (2019) für Patienten mit primär progressiver Aphasie (PPA) vergleichbare Therapieerfolge bei Tele- und Präsenztherapie. Auch bei Patienten mit Gedächtnisstörungen kann eine Teletherapie zur kognitiven Rehabilitation erfolgreich durchgeführt werden, ggf. mit der Unterstützung einer betreuenden Person (Burton &amp; O'Connell, 2018).</p>	<p>sowie der Menge und Frequenz, ist ggf. auch die Entscheidung über einen notwendigen Hausbesuch zu treffen. Demnach muss auch die Möglichkeit bestehen, in begründeten Einzelfällen eine telemedizinische Leistung ausschließen zu können.</p> <p>Dabei stellen einzelne Krankheitsbilder, wie beispielsweise eine Demenz, oder komplexe funktionelle/strukturelle Schädigungen oder Pflegebedürftigkeit nicht an sich ein Ausschlusskriterium dar. Vielmehr kommt es auf die medizinische bzw. zahnmedizinische Gesamtbetrachtung des jeweiligen Einzelfalles unter Beachtung der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren sowie der Komorbiditäten an.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>hin, dass die Evidenzen für ein sicheres und reliables "Telemanagement" bei Dysphagie anwachsen und bereits jetzt Praxis-Leitfäden vorliegen, die eine sichere Umsetzung von Videotherapien bei Dysphagie aufzeigen und anleiten. Derartige Leitfäden liegen auch für die Videobehandlung von orofazialen bzw. myofunktionellen Störungen vor (z.B. Boshart et al. 2020).</p> <p>Die Zahnärzte bzw. Verordner sollten daher die <b>Informationen über Vor- und Begleiterkrankungen sowie die vorliegenden Schädigungen an die Therapeuten weitergeben</b>, damit diese <b>informiert sind und gemeinsam mit dem Patienten entscheiden</b> können.</p> <p>2. Ein <b>generelles Veto</b> würde das <b>Ausweichen auf eine telemedizinische Behandlung im Einzelfall verhindern</b>, z.B. bei fehlender Mobilität des Patienten (Auto defekt, Gehbehinderung o.ä.) oder bei Praxissperrung (Havarie, Evakuierung). Selbst bei Behandlungen, die in der Regel in Präsenz stattfinden, muss die Möglichkeit zur</p>	<p>Den verordnenden Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten, die neben der Kenntnis des vorliegenden Krankheitsbildes sowie der Vor- und Begleiterkrankungen eine Beurteilung dieser durchzuführen und die geeigneten, erforderlichen Therapiemaßnahmen zu veranlassen und zu verantworten haben, kann nicht die medizinische bzw. zahnmedizinische Kompetenz abgesprochen werden, eine telemedizinische Heilmittelerbringung aus der Gesamtbetrachtung des Einzelfalles auszuschließen.</p> <p>Eine Rücksprache mit den Therapeutinnen und Therapeuten kann ggf.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Videotherapie neu geprüft werden können, um einen Therapieausfall zum Nachteil des Patienten zu verhindern.</p>	<p>erfolgen. Die Entscheidung und Gesamtverantwortung muss jedoch bei den verordnenden Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten bleiben.</p> <p>Auch organisatorische Gründe (z.B. Havarie und Evakuierung) können eine medizinische bzw. zahnmedizinische Bewertung nicht aufheben.</p>	
12.	dbl	§ 5 Abs. 3 bzw. § 6 Abs. 4 ist daher zu streichen.	<p>Die <b>Entscheidung</b>, ob die Behandlung über Präsenz- oder über Videotherapie erbracht wird, <b>muss bei den behandelnden TherapeutInnen in Absprache mit den PatientInnen liegen</b>: Sie gehört in den therapeutischen evidenzbasierten Entscheidungsprozess samt der Abwägung von Indikation und Kontraindikation.</p> <p>Die Regelung, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin bzw. die Verordner/der Verordner die Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung <b>vorab</b> ausschließen kann, würde der Regelung, dass TherapeutInnen und PatientInnen gemeinsam entscheiden, ob eine Videotherapie möglich und sinnvoll ist, widersprechen.</p>	Siehe lfd. Nr. 11	Siehe lfd. Nr. 11

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf		
			<p>Eine grundsätzliche Vetomöglichkeit wird aus folgenden Gründen abgelehnt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Der <b>Zahnarzt/die Zahnärztin bzw. die Verordnerin/der Verordner</b> ist mit den <b>methodischen Möglichkeiten</b> der videotherapeutischen Behandlung in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <b>nicht umfänglich vertraut</b>. Es ist möglich, dass ein (Zahn-)arzt/eine (Zahn)ärztin daher eine Videotherapie ausschließt, die aus Sicht der TherapeutInnen und PatientInnen sinnvoll umsetzbar wäre.</li> <li><b>Im Vorfeld</b> der logopädischen Behandlung sollte <table border="1" data-bbox="920 740 1476 941"> <tr> <td data-bbox="920 740 1198 941">kein ungerechtfertigter</td> <td data-bbox="1198 740 1476 941">weder aus medizinischen noch aus person- und umweltbezogenen Gründen ein</td> </tr> </table> </li> <li>Dem <b>generellen Ausschluss</b> des Einsatzes von Videotherapie im Falle eines gleichzeitigen <b>Vorliegens orofacialer Funktionsstörungen</b> des Sprechens oder Störungen des oralen Schluckens, wie er in den Tragenden Gründen 2.1.2. beschrieben wird, <b>widersprechen</b> wir. Neben muskelaktivierenden Übungen sind beispielsweise auch kompensatorische bzw. adaptive Maßnahmen,</li> </ol> <p><b>Ausschluss</b> dieser Behandlungsmöglichkeiten aus dem Repertoire logopädischer Leistungen vorgenommen werden, <b>ohne die TherapeutInnen in den Entscheidungsprozess einzubeziehen</b>.</p>	kein ungerechtfertigter	weder aus medizinischen noch aus person- und umweltbezogenen Gründen ein		
kein ungerechtfertigter	weder aus medizinischen noch aus person- und umweltbezogenen Gründen ein						

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>ebenso wie die Anbahnung eines physiologischen Schluckaktes über die videotherapeutische Maßnahme gut anzuleiten, zu beobachten und zu korrigieren.</p> <p>4. Im Fall von Kleinkindern oder pflegebedürftigen PatientInnen ist stets die Einbeziehung von An- und Zugehörigen durch die TherapeutInnen zu prüfen. Die PatientInnen können während der Videotherapie durch die Bezugspersonen angeleitet und unterstützt werden, so dass das eigenständige Üben und die Selbstkorrekturfähigkeit der PatientInnen gestärkt und damit die Nachhaltigkeit von Therapieeffekten gefördert wird. Bei der Therapie von Säuglingen setzen wir die Anwesenheit eines Elternteils als selbstverständlich voraus.</p> <p>5. Videotherapie kann u.a. auch bei Muskeltraining angemessen sein, wenn keine taktile Unterstützung (mehr) notwendig ist. Dann kann Videotherapie das eigenständige Üben unterstützen und die Selbstkorrekturfähigkeit der PatientInnen stärken. Damit kann auch – insbesondere unter <b>Einbeziehung von Bezugspersonen beispielsweise bei kleinen Kindern oder pflegebedürftigen Erwachsenen</b> – die Nachhaltigkeit von Therapieeffekten gefördert werden.</p> <p><b>Informationen</b>, die Auskunft über Vor- und Begleiterkrankungen sowie vorliegende Schädigungen enthalten, sollten <b>vorab arzt- seitig an die TherapeutIn weitergegeben werden</b>, damit die TherapeutIn gemeinsam mit den PatientInnen <b>und gegebenenfalls den Bezugspersonen</b> über das geeignete Therapieformat</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>(Video oder Präsenz) entscheiden kann. <i>Es ist folgerichtig, den unmittelbaren Informationsaustausch zwischen den Professionen, der durch die Anbindung der Heilmittelerbringer an die Telematikinfrastruktur und die damit verbundene Zugriffsmöglichkeit auf die elektronische Patientenakte zukünftig erleichtert wird, bereits jetzt weitestgehend zu etablieren.</i></p>		
13.	dba	<p>Aus unserer Sicht sollte die <b>Entscheidung bei der Therapeutin oder dem Therapeuten Heilmittelerbringerin bzw. Heilmittelerbringer</b> liegen.</p> <p><b>Ein möglicher Kompromiss könnte analog zur § 16 Absatz 6 HeilM-RL</b> gefunden werden: Kommt die Therapeutin oder der Therapeut vor Beginn oder im Laufe der Therapie zu einem anderen Ergebnis als die (Zahn-)ärztin oder der (Zahn-)arzt, dann sollte die Therapeutin oder der Therapeut zur Sicherung der Qualität die (Zahn-)ärztin oder den (Zahn)arzt darüber informieren. Nach Zustimmung der Patientin oder des Patienten und im Einvernehmen mit der</p>	<p>Nicht nur „wichtige <b>medizinische Gründe</b>“ (KBV) können „gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen“, genau so können es „wichtige Gründe“ (GKV-SV und PatV) sein und vielmehr noch <b>gewichtige Gründe</b>: Die <b>vielfältigen</b> Möglichkeiten der Präsenztherapie bis Datenübertragungsrate; „personen- und umweltbezogene Faktoren“ (GKV-SV und PatV).</p> <p>Die „telemedizinische Leistung“ sollte nicht der Regelfall sein, sondern die Ausnahme. Die Versorgung mit Heilmitteln sollte grundsätzlich im unmittelbaren persönlichen Kontakt in Präsenztherapie erfolgen.</p> <p>Die stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische <b>Diagnostik bildet gemeinsam mit der ärztlichen Diagnose die Grundlage der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie</b>. Die <b>therapeutische Diagnostik ist unabdingbare Voraussetzung</b> für die Therapieplanung, den Behandlungsverlauf und die Beurteilung des Behandlungsergebnisses und kann <b>u. a. bereits vor der ersten Therapieeinheit Aufschluss darüber geben, ob</b></p>	<p>Siehe lfd. Nr. 11 Zu möglichem Kompromiss: Zustimmung zum Kompromissvorschlag, eine entsprechende Ergänzung erfolgt in § 16 HeilM-RL bzw. § 15 HeilM-RL ZÄ</p>	<p>ja. Es wird in § 16 HeilM-RL ein neuer Absatz 8 sowie in § 15 HeilM-RL ZÄ ein neuer Absatz 6 eingefügt.</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf				
		<p>Verordnerin oder dem Verordner sollte die Heilbehandlung dann als telemedizinische Leistung möglich sein. Die einvernehmliche Änderung würde von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren sein.</p>	<p><b>überhaupt und/oder ggf. ab wann eine Therapie per Video sinnvoll sein könnte.</b></p> <p>Gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 1 SGB V sind in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, insbesondere die Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden können, zu regeln.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass die</p> <table border="1" data-bbox="875 555 1476 671"> <tr> <td data-bbox="875 555 1176 671"> <p>Fachbereiche Zahnmedizin und Kieferorthopädie</p> </td> <td data-bbox="1176 555 1476 671"> <p>ärztlichen Fachbereiche</p> </td> </tr> </table> <p><b>nur wenige Überschneidungspunkte mit der SSSST haben</b> und es aus diesem Grunde <b>nicht immer zu einer Übereinstimmung der Beurteilung der</b> Sinnhaftigkeit einer Heilbehandlung als telemedizinische Leistung</p> <table border="1" data-bbox="875 820 1476 971"> <tr> <td data-bbox="875 820 1176 971"> <p>von Zahnärztin oder Zahnarzt und Therapeut oder Therapeutin</p> </td> <td data-bbox="1176 820 1476 971"> <p>durch Ärztin oder Arzt und Heilmittelerbringer oder Heilmittelerbringerin</p> </td> </tr> </table> <p>kommen kann.</p>	<p>Fachbereiche Zahnmedizin und Kieferorthopädie</p>	<p>ärztlichen Fachbereiche</p>	<p>von Zahnärztin oder Zahnarzt und Therapeut oder Therapeutin</p>	<p>durch Ärztin oder Arzt und Heilmittelerbringer oder Heilmittelerbringerin</p>		
<p>Fachbereiche Zahnmedizin und Kieferorthopädie</p>	<p>ärztlichen Fachbereiche</p>								
<p>von Zahnärztin oder Zahnarzt und Therapeut oder Therapeutin</p>	<p>durch Ärztin oder Arzt und Heilmittelerbringer oder Heilmittelerbringerin</p>								
14.	dba	<p><b>Tragende Gründe Kapitel 2.1.2 Abs. 1</b></p>	<p>Hier wird geschrieben, dass „aufgrund oftmals eingeschränkter Selbstfürsorge und Kooperationsfähigkeit [...] diese Patienten oder Patientinnen [kleine Kinder, Pflegebedürftige] [...] <b>altersbedingt oder kognitiv nicht in der Lage sein [können], Maßnahmen im Rahmen der Heilmitteltherapie ohne unmittelbar persönlichen Kontakt umzusetzen“.</b></p>	<p>Kenntnisnahme – Antwort bezieht sich auch auf lfd. Nummer 14a, 16 und 17</p> <p>Der Eindruck, Präsenztherapie würde vorrangig für bestimmte Patientengruppen bzw. Personenkreise als</p>	nein				



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>Das erweckt den Eindruck, Präsenztherapie wäre vorrangig nur für Kinder bzw. Alte sinnvoll – das ist keineswegs so und stigmatisiert diese Gruppe. Vielmehr gilt grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten: Der persönliche Kontakt bei gleichzeitiger physischer Anwesenheit von Therapeutin oder Therapeut und Patientin oder Patient gewährleistet uneingeschränktes therapeutisches Handeln. Der Kommunikationsweg per Video kann diesen Therapeuten-Patienten-Kontakt ergänzen, aber nicht ersetzen.</p>	<p>sinnvoll erachtet, lässt sich aus den Regelungen zu den Heilmittel-Richtlinien nicht ableiten und liegt auch den Ausführungen in den Tragenden Gründen nicht zugrunde. Die in den Tragenden Gründen aufgeführten Konstellationen sind als Beispiele gekennzeichnet.</p> <p>Zur Klarstellung werden die Ausführungen in den Tragenden Gründen konkretisiert, um Missverständnisse auszuschließen.</p> <p>(siehe auch § 16b Absatz 3 HeilM-RL und § 15b Absatz 3 HeilM-RL ZÄ).</p>	
14a	dba	<p><b>Tragende Gründe 2.1.2 Satz 1 und Kasten 1: GKV-SV und PatV</b></p>	<p>Hier wird geschrieben, dass „Schädigungen der mentalen Funktionen“ oder „komplexe, mehrere Funktionen betreffende Schädigungen“ „eine Heilmittelbehandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt erforderlich machen“ ebenso wie „bei Säuglingen oder Kleinkindern oder auch bei</p>	<p>Kenntnisnahme Siehe lfd. Nr. 14</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<p>pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit schweren Behinderungen“.</p> <p>Das erweckt den Eindruck, Präsenztherapie wäre vorrangig nur bei derartigen Störungen sinnvoll – das ist keineswegs so und stigmatisiert zudem diese Gruppen. Vielmehr gilt grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten:</p> <p>Der persönliche Kontakt bei gleichzeitiger physischer Anwesenheit von Heilmittelerbringerin oder Heilmittelerbringer und Patientin oder Patient gewährleistet uneingeschränktes therapeutisches Handeln. Der Kommunikationsweg per Video kann diesen Therapeuten-Patienten-Kontakt ergänzen, aber nicht ersetzen</p>		
15.	SHV	<p>Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige <u>medizinische</u> Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen (...)</p>	<p>Dem Vorschlag der KBV zur Ergänzung des Worts „medizinisch“ bei den wichtigen Gründen wird zugestimmt. Alle weiteren Gründe, die bei einer telemedizinische Durchführung relevant sind, wie zum Beispiel die Ausstattung mit der entsprechenden Technik bei den Patient:innen, das technische Verständnis oder die Unterstützung durch die Angehörigen, wird innerhalb der therapeutischen Aufnahme und Diagnostik durch die Heilmittelerbringenden geklärt.</p>	<p>Die enge Eingrenzung auf den Begriff „medizinisch“ gibt nicht die Intention der Heilmittel-Richtlinie wieder und kann zu Unklarheiten für die Verordnerinnen und Verordner bzw. den Zahnärztinnen und Zahnärzten führen.</p> <p>Neben der Kenntnis und Bewertung der vorliegenden Erkrankung und Leitsymptomatik, ist</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
				<p>nach der bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise der ICF, welche auch einer Heilmittelverordnung zugrunde liegen soll, die medizinische Gesamtbetrachtung der funktionellen und strukturellen Schädigungen sowie der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren erforderlich.</p> <p>Hierbei handelt es sich im weiteren Sinn ebenfalls um medizinische Gründe.</p>	
		<p>Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem Verordnungsvordruck einzutragen.</p>	<p>Dem Vorschlag für den Eintrag in das Feld „ ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise“ auf dem Verordnungsvordruck wird zugestimmt.</p>	<p>Kenntnisnahme</p>	
16.	dba	<p>Tragende Gründe 2.1.2  Abs. 2 zu § 5 Absatz 3  Satz 2 zweiter Halbsatz</p>	<p>Die Bewertung der fachlichen Notwendig der Therapie „im unmittelbar persönlichen Kontakt“ ist zutreffend, allerdings</p>	<p>Kenntnisnahme  Siehe lfd. Nr. 14</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 14</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		und Satz 3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>nicht nur „in Fällen des gleichzeitigen Vorliegens [mehrfacher] Störungen“, sondern grundsätzlich.</p> <p>kann es nicht nur „bei Schädigungen der mentalen oder der Sinnesfunktionen bei telemedizinischer Heilmittelbehandlung zu einer Überforderung und Verunsicherung der Patientinnen und Patienten kommen“, sondern grundsätzlich. Denn die Ursachen für Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen können physisch und psychisch komplex und tiefgreifend sein.</p> </div> <p>Im Interesse der Qualität der Behandlungsergebnisse sollten Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen nur in Ausnahmefällen per Video therapiert werden. Die Studienlage zur Sinnhaftigkeit der Teletherapie ist zur Zeit nicht aussagekräftig genug, um auf dieser Grundlage allgemeingültige Aussagen treffen zu können.</p>		
17.	dba	Tragende Gründe 2.1.2 Abs. 3 zu § 5 Absatz 3  Satz 4	Weiter heißt es, dass „telemedizinische Heilmittelerbringung in den Fällen grundsätzlich nicht möglich [ist], in denen die Therapeutin [...] <b>aus Gründen der</b>	Kenntnisnahme Siehe lfd. Nr. 14	Siehe lfd. Nr. 14

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<div data-bbox="875 296 1476 587" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Patientensicherheit</b>      <b>therapeutischen Effizienz</b> (z. B. bei intermittierend auftretender Spastik) sowie der Patientensicherheit (z. B. bei latenter Sturzneigung [...])</p> </div> <p>unmittelbar auf die Patientin [...] einwirken können muss“.</p> <p>Die explizite Nennung dieses Arguments rückt die Präsenztherapie in ein merkwürdiges Licht, ist sie doch keineswegs vorrangig notwendig, um Gefahr abzuwenden.</p> <p>Auch hier gilt grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten:</p> <p>Ein wesentliches Kriterium für die Qualität des Heilmittels Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) ist nicht die reduzierte virtuelle Interaktion, sondern die direkte Interaktion im persönlichen physischen Kontakt unter Einbeziehung aller Wahrnehmungsbereiche.</p> <p><b>Fazit:</b> Es gibt keine „im Einzelfall wichtige[n] Gründe“.</p>		
17a	dba	<p>Tragende Gründe 2.1.2  <a href="#">Abs. 4 zu § 5 Absatz 3</a></p> <p><a href="#">Kasten 3: KBV</a></p>	<p>Nicht nur die Zahnärztin oder der Zahnarzt bzw. die Ärztin oder der Arzt hat „<b>genaue Kenntnis</b> über die Vor- und Begleiterkrankungen sowie die vorliegenden</p>	<p>Kenntnisnahme                  Siehe lfd. Nr. 11</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 11</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf				
			<p>Schädigungen“ der Patientin oder des Patienten, sondern auch die</p> <table border="1" data-bbox="875 368 1476 480"> <tr> <td data-bbox="875 368 1171 480">Therapeutin oder der Therapeut:</td> <td data-bbox="1171 368 1476 480">Heilmittelerbringerin oder Heilmittelerbringer</td> </tr> </table> <p>Durch den</p> <table border="1" data-bbox="875 555 1476 667"> <tr> <td data-bbox="875 555 1171 667">Therapeuten oder die Therapeutin Therapeut:</td> <td data-bbox="1171 555 1476 667">den Heilmittelerbringer oder dieHeilmittelerbringerin</td> </tr> </table> <p>erfolgen im Interesse einer effektiven und effizienten Stimm-, Sprech-, Sprach- und/oder Schlucktherapie vor der ersten Therapieeinheit Durchführung und Auswertung der stimm-, sprech-, sprach- und/oder schlucktherapeutischen Diagnostik. Sie beinhaltet u. a. Anamnese, Analyse von Alltagsaktivitäten und Umfeld der oder des Versicherten, Beurteilung ihrer oder seiner aktuellen Reaktionsfähigkeit und Motivation.</p>	Therapeutin oder der Therapeut:	Heilmittelerbringerin oder Heilmittelerbringer	Therapeuten oder die Therapeutin Therapeut:	den Heilmittelerbringer oder dieHeilmittelerbringerin		
Therapeutin oder der Therapeut:	Heilmittelerbringerin oder Heilmittelerbringer								
Therapeuten oder die Therapeutin Therapeut:	den Heilmittelerbringer oder dieHeilmittelerbringerin								
18.	BÄK	Die Bundesärztekammer stimmt der ärztlichen Einschränkungsmöglichkeit bzgl. telemedizinischer Leistungserbringung zu.	<p>Verordnende haben auf dem Verordnungsvordruck durch den Hinweisbuchstaben „m“ die Möglichkeit, die Erbringung des Heilmittels als telemedizinische Leistung auszuschließen, wenn im Einzelfall wichtige medizinische Gründe gegen diese sprechen. Krankheits-, Personen- oder umweltbezogene Gründe können gegen eine telemedizinische Leistungserbringung sprechen.</p> <p>Da es sich um eine ärztlich indizierte Heilmittelverordnung handelt, muss eine</p>	<p>Zustimmung</p> <p>In § 6 Absatz 4 erhält die Verordnerin oder der Verordner die Möglichkeit, die Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung auszuschließen, sofern aus der</p>	nein				

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			telemedizinische Leistungserbringung aus medizinischen Gründen ärztlicherseits explizit ausgeschlossen werden können.	Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen und der Beeinträchtigung der Aktivitäten einschließlich der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren Gründe vorliegen, die eine Heilmittelbehandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt erforderlich machen.	
19.	QUETHEB	„(4) Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige <b>medizinische</b> Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen, [...].“	Wir <b>befürworten den Zusatz der KBV</b> mit der Ergänzung „medizinische“, da bei den ernährungstherapeutisch betreuten Patient:innen häufig die Eltern oder die betreuenden Personen schon involviert sind bzw. beraten werden.	Siehe lfd. Nr. 15	Siehe lfd. Nr. 15
20.	VDD	„(4) Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige <b>medizinische</b> Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung	Selbstverständlich können auch personen- oder umweltbezogene Faktoren dazu führen, dass eine telemedizinische Betreuung nicht sinnvoll ist. Allerdings werden z.B. Kinder oder Menschen mit erhöhtem Betreuungs- und Unterstützungsbedarf häufig per se in der Ernährungstherapie durch Eltern oder Betreuer*innen begleitet und diese von	Siehe lfd. Nr. 19	Siehe lfd. Nr. 19

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>sprechen, kann diese auf dem Verordnungsvordruck ausgeschlossen werden. Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem Verordnungsvordruck einzutragen.“</p>	<p>Leistungserbringer*innen beraten. <b>Somit kann auch dann eine telemedizinische Betreuung sinnvoll sein, wenn bestimmte umwelt- oder personenbezogene Gründe zunächst dagegen zu sprechen scheinen bzw. vom Verordner / von der Verordnerin so eingeschätzt werden.</b> Durch das <b>Erstgespräch (Assessment)</b> erhalten die Leistungserbringer*innen/Therapeut*innen diesbezüglich <b>Informationen</b> und können <b>gemeinsam mit den Patient*innen</b> bzw. deren Angehörigen eine <b>fundierte Entscheidung treffen.</b></p> <p>Somit <b>favorisieren wir die Version der KBV</b> mit der Ergänzung „medizinische“.</p>		
20a	VDOE	<p>„Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige <b>medizinische</b> Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen, kann diese auf dem Verordnungsvordruck ausgeschlossen werden. Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem</p>	<p>Wir <b>befürworten</b>, dass eine <b>telemedizinische Leistung freiwillig</b> ist und deren mögliche Durchführung in <b>Abprache zwischen Patient*innen und Therapeut*innen</b> getroffen wird.</p> <p>Selbstverständlich können auch personen- oder umweltbezogene Faktoren dazu führen, dass eine telemedizinische Betreuung nicht sinnvoll ist. Allerdings werden z.B. Kinder oder Menschen mit erhöhtem Betreuungs- und Unterstützungsbedarf häufig per se in der Ernährungstherapie durch Eltern oder Betreuer*innen begleitet und diese von Leistungserbringer*innen beraten. <b>Somit kann auch dann eine telemedizinische Betreuung sinnvoll sein, wenn bestimmte umwelt- oder personenbezogene Gründe zunächst dagegen zu sprechen scheinen bzw. von der/dem Verordner*in so eingeschätzt werden.</b> Durch das <b>Erstgespräch (Assessment)</b> erhalten die</p>	Siehe lfd. Nr. 19	Siehe lfd. Nr. 19



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		Verordnungsvordruck einzutragen.“	<p>Leistungserbringer*innen/Therapeut*innen diesbezüglich <b>Informationen</b> und können <b>gemeinsam mit den Patient*innen</b> bzw. deren Angehörigen eine <b>fundierte Entscheidung</b> treffen.</p> <p>Somit <b>plädieren</b> wir für die Version der KBV mit der Ergänzung „medizinische“.</p>		
21.	BED	„(4) Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige (medizinische) Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen, <b>muss</b> diese auf dem Verordnungsvordruck ausgeschlossen werden. Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem Verordnungsvordruck einzutragen.“	Angabe zwingend sein. Die durchführenden Therapeutinnen und Therapeuten müssen sich hier auf korrekte Angaben aus Gründen der Patientensicherheit verlassen können.	Der Stellungnahme wird in dem Sinne gefolgt, dass die Verbindlichkeit zum Ausschluss mit Hilfe einer Umformulierung kenntlich gemacht wird. Siehe Änderung am BE.	<p><b>§ 6 Abs. 4 HeilM-RL und § 5 Absatz 3 HeilM-RL ZÄ:</b></p> <p>„[...], <b>kann ist</b> diese auf dem Verordnungsvordruck <b><u>auszuschließen ausgeschlossen</u></b> <b>werden.</b> [...]</p>

**B-4.1.2.4**      **Stellungnahmen zu § 11 Absatz 3 (HeilM-RL) / § 9 Absatz 3 (HeilM-RL ZÄ) „Ort der Leistungserbringung“**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
22.	dbs	Die Festlegung im Rahmen der HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL, dass Heilmittel auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können, wird ausdrücklich begrüßt.  Der Begriff in „Echtzeit“ sollte entfallen,	da es keine nähere Konkretisierung gibt. Auch die Präsenztherapie hat im 1 zu 1-Kontakt „in Echtzeit“ stattzufinden, ohne dass es einer solchen Formulierung in der HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL bedarf. <b>Der Zusatz ist hier zu streichen.</b> Die Konkretisierung in § 15b Abs. 1 HeilM-RL ZÄ bzw. § 16b Absatz 1 HeilM-RL stellt dies bereits klar.	Keine Zustimmung. Formulierung ist in Anlehnung an Legaldefinition der Bundesmantelverträge für Ärzte (Anlage 31b BMV/Ä § 1) und Zahnärzte (Anlage 16 BMV-Z § 1 Satz 3) erfolgt. Es wird für sinnvoll erachtet, diese auch für die HeilM-RL/HeilM-R ZÄ zu übernehmen.	nein
23.	dbl	Die Festlegung im Rahmen der HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL, dass Heilmittel auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können, wird ausdrücklich <b>begrüßt</b> .	„Echtzeit“ ist ein Begriff aus der (inter-)nationalen Literatur im Zusammenhang mit Videotherapie und deren Definition, um die synchrone Leistungserbringung darzustellen im Vergleich zu asynchroner (zeitlich versetzter) Therapie, wie z.B. digitales Training zuhause ohne digitale Begleitung durch die Therapeutin. <b>Echtzeit ist somit ein wesentliches Kennzeichen von Videotherapie.</b>	Zustimmung	nein
24.	dba	Zustimmung		Kenntnisnahme	nein
24a	dba	Tragende Gründe 2.1.3 zu § 9 Absatz 3	Telemedizinische Leistungen sind keine neuen Leistungen, sondern lediglich ein anderer Kommunikationsweg als der in Präsenz. Der Therapieort	Kenntnisnahme; keine Zustimmung. Siehe auch lfd. Nr. 22	Siehe auch lfd. Nr. 22

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			wird davon nur insofern tangiert, als der Patient oder die Patientin sich nicht in der Praxis der <b>Therapeutin oder des Therapeuten</b> bzw. der Heilmittelerbringerin oder der des Heilmittelerbringers befindet.		

25.	BED	<p><b>Grundsätzliches</b></p> <p>Eine moderne Leistungserbringung in der Ergotherapie ist mit einer starren örtlichen Begrenzung der Leistungserbringung auf die Praxis und das häusliche Umfeld der Patient*innen nicht vereinbar. Die Einbeziehung der unterschiedlichsten Lebenswelten in den Therapieverlauf ist in der Ergotherapie unverzichtbar. Erneut weisen wir an dieser Stelle auf die Notwendigkeit hin, die ergotherapeutische Leistungserbringung von den Einschränkungen des § 11 auszunehmen.</p>	<p>Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des vorliegenden Beratungsverfahrens.</p> <p>Die Grundlagen der Leistungserbringung und zum Ort der Leistungserbringung nach diesen Richtlinien sind in § 11 HeilM-RL für alle Heilmittelbereiche geregelt.</p> <p>Die Besonderheiten in der Ergotherapie werden u.a. in den einzelnen Maßnahmen z.B. anhand der Ziele der Aktivität in alltagsnahen Situationen, oder die Belastungserprobung im Rahmen einer psychisch-funktionellen Behandlung und Teilhabe berücksichtigt.</p> <p>Auch die vertraglichen Leistungen wie z.B. Handlungsorientiertes Training der Aktivitäten des täglichen Lebens bieten hinreichend Möglichkeiten für die</p>	nein
-----	-----	--	--	------

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
				moderne ergotherapeutische Leistungserbringung auf Grundlage dieser Richtlinie und unter Einbeziehung der individuellen Lebenswelten.	
		<p>Zu § 11 Abs. 3            „(3) Heilmittel können anstelle eines unmittelbar persönlichen Kontaktes nach Maßgabe der Verträge gemäß § 125 SGB V als telemedizinische Leistung <b>in Echtzeit erbracht</b> werden.“</p>	<p>Redaktionell: Im Entwurf fehlt das Leerzeichen zwischen diesen beiden Wörtern</p>	Kenntnisnahme	nein
		<p><b>Zu § 11 Abs. 3 Tragende Gründe</b>  <del>Ferner ist die taktile Wahrnehmung sowohl seitens der Therapeutinnen und Therapeuten als auch der Patientinnen und Patienten bei einer telemedizinischen Heilmittelerbringung nicht gegeben und die visuelle und auditive Wahrnehmung können deutlich beeinträchtigt sein.</del>  <b>Streichung</b></p>	<p>Die Anmerkung, dass eine taktile Wahrnehmung für Patient*innen innerhalb einer telemedizinischen Leistung nicht gegeben ist, ist nicht richtig. Auch im Rahmen einer sensomotorisch-perzeptiven Behandlung beispielsweise bei Entwicklungsstörungen kann ein Desensibilisierungstraining (bei taktiler Hypersensibilität) oder auch ein (taktiler) Wahrnehmungstraining per Teletherapie durchgeführt werden. Die Art der taktilen Wahrnehmung ist eher von den eingesetzten Mitteln abhängig.</p>	Kenntnisnahme. Die Tragenden Gründe sind nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
25a	SHV	Heilmittel können anstelle eines unmittelbar persönlichen Kontaktes nach Maßgabe der Verträge gemäß § 125 SGB V als telemedizinische Leistung in Echtzeit erbracht werden.	Der Ergänzung durch den Absatz (3) wird zugestimmt. Die bisherigen Erfahrungen mit der telemedizinischen Erbringung der Heilmittel-Leistungen während der Covid-19-Pandemie waren durchweg positiv. Die Heilmittelerbringenden haben individuell den Einsatz der Teletherapie gemeinsam mit den Patient:innen entschieden, sichere Übertragungswege genutzt und Konzepte für die Umsetzung zu den einzelnen Leistungen erarbeitet.	Kenntnisnahme	nein

**B-4.1.2.5 Stellungnahmen zu § 16b (HeilM-RL) / § 15b (HeilM-RL ZÄ) „Erbringung von HeilM als telemed. Leistung“ übergreifend**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
26.	BfDI	Im Hinblick auf die Regelungen für telemedizinische Leistungen halte ich es für erforderlich, in dem neu eingefügten § 16b der Heilmittel-Richtlinie bzw. in § 15b der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte in einem jeweils <b>weiteren Absatz</b> ausdrücklich <b>aufzunehmen, dass die Vorgaben der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Absatz 4 SGB V (Anlage 31b BMV-Ä) einzuhalten sind.</b>	Auf diesem Wege wird <b>sichergestellt</b> , dass die <b>Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit</b> bei der Verwendung von Videodiensten <b>eingehalten</b> werden.	Kenntnisnahme. Trotz der Wichtigkeit der Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit fällt die Regelung nicht in den Zuständigkeitsbereich des G-BA. Gemäß § 125 Absatz 2a Satz 2 Nr. 2 SGB V fällt die konkrete Ausgestaltung der technischen Vorgaben und damit auch die Sicherstellung der Anforderungen an den	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
				Datenschutz und -sicherheit in die Zuständigkeit der Vertragspartner.	

**B-4.1.2.6 Stellungnahmen zu § 16b Absatz 1 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 1 (HeilM-RL ZÄ) - Definition**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
27.	dbs	Die <b>Definitionen</b> zur telemedizinischen Leistung werden unterstützt und <b>begrüßt</b> .  <b>Weitergehende Festlegungen</b> sind in der HeilM-RL ZÄ jedoch <b>nicht zu treffen</b> . Vorrangig im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung Videofilme und digitale Gesundheitsanwendungen (diGA) keine Behandlung im Sinne der Richtlinie	Gemäß der Gesetzesbegründung zu § 125 Abs. 2a SGB V im DVPMG wird mit der Erbringung von Heilmitteln im Wege der Videobehandlung keine neue Leistung geschaffen, sondern lediglich der Leistungsort erweitert. Da <b>lediglich der Leistungsort erweitert wird, sind alle darüber hinausgehende Regelungen in der HeilM-RL ZÄ falsch platziert</b> .  Das <b>DVPMG schränkt damit die Beschlussfassung des G-BA vom 15.10.2020 ein</b> , so dass der Regelungsbereich des G-BA auf das „ob“ der telemedizinischen Leistungen begrenzt ist.	Kenntnisnahme.  <b>Zu den weitergehenden Festlegungen:</b> siehe lfd. Nr. 36  <b>Zur DiGA:</b> Ergänzende oder die Behandlung mit Heilmitteln begleitende Leistungen, wie Hilfsmittel, Arzneimittel oder digitale Gesundheitsanwendungen (diGA) sind nicht Umfang des Regelungsauftrages nach § 92 SGB V dieser Richtlinien.  Dies wird auch durch die Ausführungen in den Tragenden Gründen zu §	siehe lfd. Nr. 36

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
				16b Abs. 1 HeilM-RL bzw. § 15b Abs. 1 HeilM-RL ZÄ klargestellt.	
28.	dbl	Die <b>Definitionen</b> zur telemedizinischen Leistung werden unterstützt und <b>begrüßt</b> .		Kenntnisnahme	nein
29.	dba	„vorrangig“ ist ein <b>unklarer Begriff</b> und sollte <b>gestrichen</b> werden.		Kenntnisnahme. Der Begriff „vorrangig“ soll bestehen bleiben. Die Videotherapie in Echtzeit ist als telemedizinische Behandlung, die Behandlung der ersten Wahl. In Einzelfällen, insbesondere wenn der Beratungsaspekt im Vordergrund steht, kann auch eine telefonische Behandlung, in Betracht gezogen werden.	nein
29a	SHV	(...), vorrangig im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit (...)	Der Formulierung „vorrangig“ wird zugestimmt, weil dadurch auch die Leistungsabgabe einer Beratungseinheit per Telefonat in besonderen Situationen möglich ist. Das können kurzfristig technische Probleme mit der Übertragung der Videokonferenz sein, oder aber Beratung im Rahmen der regulären Leistungserbringung.	Zustimmung	nein



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		<p>Insbesondere stellen aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (diGA) keine Behandlung im Sinne dieser Richtlinie dar</p>	<p>Diesem Satz wird zugestimmt. Die Nutzung der diGA durch die Patient:innen ist nicht Bestandteil der Therapieeinheiten. Die Beratung der Patient:innen zur Nutzung der einzelnen diGA, die Sichtung der bisherigen Fortschritte oder auch das Training zum Umgang mit der Technik kann Inhalt der Heilmittel-Leitungen sein. Dabei ist es unerheblich, ob dies unmittelbar oder mittelbar telemedizinisch erfolgt.</p>	<p>Kenntnisnahme. Siehe auch lfd. Nr. 29</p>	<p>nein</p>
29b	BED	<p>(1) Telemedizinische Leistungen im Sinne dieser Richtlinie werden als synchrone Kommunikation zwischen einer Heilmittelerbringerin oder einem Heilmittelerbringer und einer Patientin oder einem Patienten, vorrangig im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit verstanden. Insbesondere stellen <u>ausschließlich</u> aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (diGA) keine Behandlung im Sinne dieser Richtlinie dar.</p>	<p>Im Rahmen einer Heilmittelleistung können der Einsatz zuvor aufgezeichneter Videos oder auch DiGA's sinnvolle Instrumente darstellen, die beispielsweise einen standardisierten Wissenstransfer zur Patientenedukation sicherstellen können. Die Einfügung des Wortes <u>ausschließlich</u> soll klarstellen, dass diese Instrumente die eigentliche Behandlung nicht vollständig ersetzen, aber durchaus ergänzen können.</p>	<p>Ergänzende oder die Behandlung mit Heilmitteln begleitende Leistungen, wie Hilfsmittel, Arzneimittel oder digitale Gesundheitsanwendungen (diGA) sind nicht Umfang des Regelungsauftrages nach §92 SGB V dieser Richtlinie.</p>	<p>nein</p>

**B-4.1.2.7**      **Stellungnahmen zu § 16b Absatz 2 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 2 (HeilM-RL ZÄ) – Entscheidung über telemedizinische Leistungserbringung**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
30.	dbs	<p><b>Satz 1</b>                      Hier sollte <b>ergänzt werden</b>, dass die Entscheidung von der <i>Patientin oder dem Patienten bzw. von der sie betreuenden Person (Eltern, Betreuer) gemeinsam mit der ausführenden Therapeutin oder dem ausführenden Therapeuten</i> zu treffen ist.</p> <p>Der Zusatz „<b>vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 5 Abs. 3 bzw. § 6 Absatz 4</b>“ ist ebenso wie § 5 Abs. 3 bzw. § 6 Absatz 4 zu streichen.</p>	<p>Die Entscheidung, ob die Behandlung als Präsenz- oder Videobehandlung erbracht wird, muss bei den behandelnden Therapeuten in Absprache mit den Patienten liegen.</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>Es besteht kein Änderungsbedarf. Die Entscheidung zur Durchführung einer Videotherapie ist grundsätzlich vom Patienten zu treffen ist. Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass das soziale Umfeld, sofern erforderlich, in die Therapie miteinbezogen wird vgl. § 30 Abs. 2 HeilM-RL bzw. § 23 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ.</p> <p>Zu „vorbehaltlich eines Ausschlusses..“: siehe lfd. Nr. 11.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
31.	dbs	<p><b>Satz 3</b>                      „Hinweis auf die Möglichkeit einer Behandlung im unmittelbaren persönlichen Kontakt“</p> <p><b>Dieser Passus ist zu streichen.</b></p>	<p>Zum Einen <b>impliziert die gemeinsam zu treffende Entscheidung</b> von Patient*in und Therapeut*in dies bereits, da dies notwendiger Bestandteil der Entscheidungsfindung ist.</p> <p>Zum Anderen sind die <b>Details der Umsetzung</b> in den <b>Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln.</b>                      Die HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL kann dies daher nicht vorgeben.</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>Keine Zustimmung. Eine gemeinsam zu treffende Entscheidung impliziert nicht unbedingt die Art der Erbringung der Therapieleistung. Eine grundsätzliche Regelung sollte sich daher auch aus Gründen der Patientensicherheit in den Regelungen der HeilM-RL und HeilM-RL ZÄ wiederfinden.</p>	
32.	dbl	<p><b>Satz 1</b>                      Der Zusatz „<b>vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 5 Abs. 3 bzw. § 6 Absatz 4</b>“ ist ebenso wie die Regelung des § 5 Abs. 3 bzw. § 6 Absatz 4 zu streichen.</p>	<p>Die Entscheidung, ob die Behandlung als Präsenz- oder Videobehandlung erbracht wird, ist gemeinsam von behandelnder TherapeutIn und PatientIn zu treffen</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 11</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 11</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
32a	dbl	<p><b>Satz 3</b></p> <p>„Hinweis auf die Möglichkeit einer Behandlung im unmittelbaren persönlichen Kontakt“</p> <p><b>Dieser Passus ist zu streichen.</b></p>	<p>Zum einen impliziert dies bereits die gemeinsam zu treffende Entscheidung von PatientIn und TherapeutIn, da der Hinweis notwendiger Bestandteil der Entscheidungsfindung ist.</p> <p>Zum anderen sind die Details der Umsetzung in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln.</p> <p>Die HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL kann dies daher nicht vorgeben.</p>	Siehe lfd. Nr. 31	Siehe lfd. Nr. 31
33.	BÄK	<p>Die Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung erfolgt als Einzelfallentscheidung zwischen Patientin oder Patient und dem Therapeuten oder der Therapeutin.</p> <p>Die Dokumentation der Gründe für die Entscheidung zur telemedizinischen Leistungserbringung durch die Heilmittelerbringenden ist anzustreben. Eine Rückmeldung an den Verordner oder die Verordnende über die telemedizinische Leistungserbringung sollte transparent erfolgen. Verordner bzw. Verordnerin überprüfen die Ergebnisse der Heilmittelversorgung. Die telemedizinische Leistungserbringung von Heilmitteln ist bislang nicht validiert, und sie sollte auch transparent für verordnende Ärztinnen und Ärzte in die Bewertung individueller therapeutischer Fortschritte einbezogen werden können.</p>		<p>Kenntnisnahme. Eine Änderung der Dokumentation ist nicht erforderlich, da ggf. über den Therapiebericht eine Informationsweitergabe bereits gewährleistet ist. Es wird aber ein entsprechender Hinweis in den TrGr verankert.</p>	
34.	dba	<p><b>Ergänzung - Neuer Satz 1:</b></p> <p>„Die Versorgung mit Heilmitteln erfolgt grundsätzlich im unmittelbaren persönlichen Kontakt in Präsenztherapie.“</p>		<p>Kenntnisnahme. Dies ist bereits in Absatz 3 ausreichend belegt.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
35.	VDOE	„vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 6 Absatz 4“	Wir sind der Meinung, dass die Verordnenden nur, wenn sie die Patient*innen gut kennen und die persönliche Situation ausreichend gut einschätzen und beurteilen können, die Leistung der Videotherapie ausschließen können.  Die Verordnenden sollten dabei auch berücksichtigen und <b>vermerken</b> können, ob eine Videotherapie ihrer Einschätzung nach ggf. in Verbindung mit An- oder Zugehörigen oder Betreuungspersonen sinnvoll ist.	Siehe lfd. Nr. 11	Siehe lfd. Nr. 11
35a	SHV	Die Entscheidung über die Versorgung mit Heilmitteln, die telemedizinisch erbracht werden, trifft die <b>Patientin oder der Patient</b> (...). Die Erbringung als telemedizinische Leistung ist für jede Versicherte oder jeden <b>Versicherten</b> im Einzelfall (...). Die Therapeutin oder der Therapeut muss die Versicherte (...)	Dem Absatz (2) wird inhaltlich zugestimmt. In der Heilmittel-Richtlinie werden bisher beide Bezeichnungen (Patient:Innen, Versicherte) genutzt. Wir schlagen vor, innerhalb eines Absatzes nur eine der Bezeichnungen zu nutzen: entweder Patient:innen oder Versicherte	Zustimmung. Es wird der Begriff Patientin/Patient für diesen Absatz gewählt.	ja. „Versicherte/Vesichter“ wird als „Patientin/Patient“ bezeichnet

**B-4.1.2.8**      **Stellungnahmen zu § 16b Absatz 3 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 3 (HeilM-RL ZÄ) – Voraussetzungen für die Erbringungen**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
36.	dbs	Die Einzelheiten der Durchführung sind in den	Gemäß der Gesetzesbegründung zu § 125 Abs. 2a SGB V im DVPMG wird mit der Erbringung von Heilmitteln im	Kenntnisnahme.	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		<p>Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln. Die HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL RL kann hierzu keine Vorgaben machen. <b>Abs. 3 ist zu streichen.</b></p>	<p>Wege der Videobehandlung keine neue Leistung geschaffen, sondern lediglich der Leistungsort erweitert. <b>Da lediglich der Leistungsort erweitert wird, sind alle darüber hinaus gehenden Regelungen in der HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL falsch platziert.</b></p> <p>Da sich mit der Videotherapie nur der Leistungsort ändert, sind <b>sämtliche anderen Regelungen parallel zur Präsenztherapie</b> zu handhaben <b>bzw.</b> bedürfen einer eigenen Neu-Regelung für die Videotherapie in <b>den Verträgen nach § 125 Abs. 2a SGB V.</b></p>	<p>Zur Gewährung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten muss der G-BA Mindestanforderungen festlegen, die die Versorgung mit telemedizinisch erbrachten Heilmittelleistungen näher definieren. Von übergeordneter Bedeutung ist die Gewährleistung der Patientensicherheit und die Gewährleistung einer der Präsenztherapie gleichwertigen therapeutischen Effizienz der telemedizinisch erbrachten Heilmitteltherapie.</p> <p>Insofern haben die Richtlinien des G-BA Grundsätzliches zur Sicherstellung dieser Ziele zu enthalten. Die genaue</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
37.	dbs	<p><b>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</b></p> <p><b>Satz 1</b></p> <p>Persönlicher Kontakt bei erster Behandlung im Verordnungsfall</p>	<p>Eine <b>Präsenztherapie kann nicht an den Verordnungsfall geknüpft werden</b>, da ein neuer Verordnungsfall schnell entstehen kann (z.B. Arztwechsel, Ablauf eines Zeitraumes von 6 Monaten seit der letzten Verordnungsausstellung, Diagnosewechsel).</p> <p>Wenn eine Präsenzbehandlung automatisch durch einen neuen Verordnungsfall ausgelöst würde, würden Präsenztermine formal erzwungen, die fachlich-inhaltlich ggf. nicht nötig wären und zu einer unnötigen Mehr-Belastung des Patienten führen.</p> <p>Der <b>Vertrag nach § 125 SGB V knüpft</b> die von der Therapeutin / vom Therapeuten durchzuführende <b>Erstdiagnostik</b>, die zur Anamnese und Behandlungsplanung unabdingbar ist, daher auch <b>nicht an den Verordnungsfall, sondern vielmehr an den Beginn einer Therapie oder an einen Wechsel der therapeutischen Praxis</b>.</p>	<p>Ausgestaltung obliegt dabei den Vertragspartnern nach § 125 SGB V.</p> <p>Die Richtlinien des G-BA bilden die Grundlage für die Verträge nach § 125 SGB V. Die Verträge müssen den Richtlinien nach § 92 SGB V folgen, vgl. § 91 Abs. 6 SGB V.</p> <p>Kenntnisnahme. Die Behandlung wird nach § 7 Abs. 1 der HeilM-RL bzw. § 6 Abs. 1 der HeilM-RL ZÄ an den Verordnungsfall geknüpft. Die Videotherapie ist Bestandteil der Behandlung, daher ist die Anknüpfung an den Verordnungsfall folgerichtig. Ohnehin sind nach § 16b Absatz 3 bzw. § 15b Absatz 3 regelmäßige Verlaufskontrollen im persönlichen Kontakt vorgesehen.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
38.	dbs	<p><b>Regelungen zu regelmäßigen Verlaufskontrollen</b> in Präsenz sind ebenso in den <b>Verträgen nach § 125 SGB V</b> zu treffen.</p>		<p>Der Gewährleistung einer der Präsenztherapie gleichwertigen therapeutischen Effizienz der telemedizinisch erbrachten Heilmitteltherapie und ausreichenden Patientensicherheit kommt eine übergeordnete Bedeutung zu, sodass die Richtlinien Grundsätzliches zur Sicherstellung dieser Ziele enthalten müssen. Neben der Notwendigkeit, die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall im unmittelbar persönlichen Kontakt durchzuführen, ist es erforderlich, im Behandlungsverlauf eine umfassende Beurteilung im unmittelbar persönlichen Kontakt durchzuführen, bei welcher neben der visuellen Wahrnehmung u.a. die</p>	nein



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
39.	dbs	<p><b>Satz 3</b> Überprüfung und Dokumentation von Durchführbarkeit Effizienz und Wirksamkeit</p>	<p>Auch <b>Regelungen zur Effizienz und Wirksamkeit sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu treffen</b>, siehe § 125 Abs. 2 Nr. 5 SGB V „Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse“ in Verbindung mit § 125 Abs. 2a SGB V.</p>	<p>palpatorische/haptische Wahrnehmung oder passive Bewegungsmessungen eingesetzt werden. Hiermit können auch von der Patientin oder dem Patienten nicht berichtete, zwischenzeitlich aufgetretene Befundänderungen oder neue Symptome (beispielsweise Gelenkschwellungen, Gang- und Gleichgewichtsstörungen) ausreichend sicher erfasst und therapeutisch beurteilt werden. Die genaue Ausgestaltung obliegt dabei den Vertragspartnern nach § 125 SGB V.</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme. Dem Vorschlag wird entsprochen und der Satz 3 gestrichen.</p>	ja. Streichung

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
40.	dbs	<p><b>Satz 4</b></p> <p>„.... Vorrang der Präsenztherapie vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung“</p> <p>Die Aussage, dass die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes Vorrang vor der Erbringung als telemedizinische Leistung haben soll, ist daher in dieser <b>Pauschalität nicht begründet und ist zu streichen.</b></p> <p>Ebenfalls zu <b>streichen ist die Formulierung in den Tragenden Gründen:</b></p> <p>„Die Heilmittelbehandlung kann nur dann als telemedizinische Leistung erfolgen, wenn die Therapeutin oder der Therapeut sich mit den begrenzten Mitteln der telemedizinischen Behandlung einen ausreichenden Eindruck vom Gesundheitszustand der Patientin</p>	<p>§ 15b Abs. 3 bzw. § 16b Absatz 3 darf hierzu keine Regelungen treffen</p> <p>Die Tatsache, dass die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines <b>unmittelbar persönlichen Kontaktes fachlicher Standard</b> ist, ist <b>keine hinreichende Begründung</b> für den pauschalen Vorrang der Präsenztherapie gegenüber telemedizinischen Leistungen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Für Deutschland ist die Aussage zutreffend, dass die Präsenztherapie Standard ist, da diese Form der Therapie bis März 2020 die einzig mögliche war. <b>Der Standard</b> ist somit <b>nicht fachlich begründet</b>, sondern <b>Folge der bisherigen Rahmenbedingungen</b> der Heilmittelversorgung.</li> <li>2. Eine <b>vergleichbare Wirksamkeit von Präsenz- vs. Videobehandlungen</b> konnte bereits gezeigt werden, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cordes et al. (2020) zeigen in ihrem Review, dass in allen eingeschlossenen Studien die Screen-to-Screen-Therapie und die Face-to-Face-Therapie eine vergleichbare Wirksamkeit auf die Benennleistungen bei Aphasie hatten</li> <li>• Richter (2015) zeigt in einer explorativen Studie, dass sich Sprachdefizite bei Aphasie in der virtuellen Therapie als auch in der realen Therapie in gleichem Ausmaß verbesserten</li> <li>• Constantinescu et al. (2011) belegen für das Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) bei Parkinson</li> </ul> </li> </ol>	<p>Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist nach dieser Richtlinie fachlicher Standard und soll daher Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben. Auf Grundlage einer Recherche der Fachberatung Medizin des G-BA und der eingebrachten Hinweise im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gibt es derzeit noch keine ausreichenden und gesicherten Erkenntnisse darüber, inwiefern eine Gleichwertigkeit zwischen einer telemedizinisch erbrachten Heilmitteltherapie und einer unmittelbar persönlich erbrachten Leistung besteht.</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		oder des Patienten verschaffen kann...“	<p>vergleichbare Ergebnisse bei einer Online- vs. Präsenztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mashima (2003) und Lin et al. (2020) zeigen, dass Stimmstörungen in einer Online- vs. Präsenztherapie gleichermaßen effektiv behandelt werden können.</li> </ul> <p><b>Zahlreiche weitere Studien belegen die Wirksamkeit von Videobehandlungen</b> bei verschiedenen Störungsbildern, <b>ohne die Online-Behandlung direkt mit dem Outcome von Präsenztherapien zu vergleichen.</b> Darüber hinaus liegen <b>praxisbasierte Evidenzen</b> vor, dass bei einigen Klient*innen eine Videotherapie wirksamer bzw. besser durchzuführen ist als eine Präsenztherapie.</p> <p>3. Diese <b>Regelung widerspricht auch der Regelung in § 15b Abs. 2</b>, die besagt, dass "die Erbringung als telemedizinische Leistung ist für jede Versicherte oder jeden Versicherten im Einzelfall zu entscheiden" ist.</p> <p>Ein <b>pauschaler Vorrang</b> der Präsenztherapie <b>verhindert eine patientenorientierte Entscheidung</b> bzgl. einer Videobehandlung.</p> <p><b>Evidenzen</b> zeigen, dass <b>Videotherapie keine "minderwertige" Alternative zur Präsenztherapie</b> ist. Dies sollte durch eine solche Wortwahl daher auch nicht suggeriert werden.</p>	<p>Der G-BA kann aus diesen bekannten Erkenntnissen derzeit keine Gleichwertigkeit ableiten und hat mit dem neuen Paragraphen 16b HeilM-RL bzw. 15b HeilM-RL ZÄ nähere Bestimmungen zur Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten treffen müssen, die die Versorgung mit telemedizinisch erbrachten Heilmittelleistung näher definiert.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
41.	dbl	<p>Die HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL sollte hierzu keine Vorgaben machen.</p> <p><b>Abs. 3 wäre dementsprechend zu streichen.</b></p>	<p>Die Einzelheiten der Durchführung sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln.</p> <p>Gemäß der Gesetzesbegründung zu § 125 Abs. 2a SGB V im DVPMD wird mit der Erbringung von Heilmitteln im Wege der Videotherapie keine neue Leistung geschaffen, sondern lediglich der Leistungsort erweitert. Aus diesem Grund sind alle darüber hinaus gehenden Regelungen in der HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL falsch platziert.</p> <p>Da sich aufgrund der Einbeziehung videotherapeutischer Möglichkeiten nur der Leistungsort ändert, sind sämtliche anderen Regelungen parallel zur Präsenztherapie zu handhaben bzw. bedürfen einer eigenen Neu-Reglung für die Videotherapie in den Verträgen nach § 125 Abs. 2a SGB V.</p>	Siehe lfd. Nr. 36	
42.	dbl	<p>„Persönlicher Kontakt bei erster Behandlung im Verordnungsfall“</p>	<p><u>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</u></p> <p>Im Bereich der Logopädie erfolgt die Erstdiagnostik, die zur Anamnese und Behandlungsplanung unabdingbar ist, vor Beginn der ersten Therapieeinheit im Rahmen der ersten Verordnung eines Verordnungsfalls.</p> <p><b>Inhaltlich stimmen wir damit überein, dass die Erstdiagnostik in der Regel im unmittelbar persönlichen Kontakt mit der Patientin/dem Patienten erfolgen sollte, wobei internationale Studien zeigen, dass Diagnostik auch über Video als qualitativ gleichwertig zu erachten</b></p>	<p>Siehe lfd. Nr. 37</p> <p>Zur Klarstellung des Begriffs „Behandlung“:</p> <p>Die Inhalte der Behandlung werden in den Verträgen nach § 125 SGB V geregelt.</p> <p>Zu Öffnung der Regel Erstbehandlung in Präsenz</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
			<p><b>ist</b> (Dekhtyar et al. 2020, Hall et al. 2013, Hill et al. 2010, Kronenberger et al. 2021, Morrel et al. 2017, Werfer et al. 2021).</p> <p>Es sollte dabei <b>klargestellt werden</b>, dass der in § 15b bzw. <b>16b Abs. 3 Satz 1 verwendete Begriff „Behandlung“ auch Diagnostik und Anamnese</b> umfasst.</p> <p><b>Ausnahmeregelungen</b>, in denen eine Erstdiagnostik auch per Video möglich ist, beispielweise bei einer Unterversorgung im ländlichen Bereich, <b>treffen die Vertragspartner nach §125 Abs.1 SGB V.</b></p>	<p>Heilmittel als persönlich zu erbringende medizinische Leistungen kennzeichnen sich durch einen unmittelbaren Kontakt zwischen der Patientin oder dem Patienten und der ausführenden Therapeutin oder dem Therapeuten, der in Echtzeit unter Einsatz taktiler, auditiver und visueller Wahrnehmung stattfindet. Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut befinden sich dabei räumlich am selben Ort (unmittelbar persönlich). Diese Form der Therapie gilt nach diesen RL als fachlicher Standard.</p> <p>Verweis auf TrGR – Eckpunkte der Entscheidung:</p> <p>Der G-BA kann aus diesen bekannten derzeitigen Erkenntnissen keine Gleichwertigkeit ableiten</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
				und hat mit den neuen Paragraphen 16b HeilM-RL bzw. 15b HeilM-RL ZÄ nähere Bestimmungen zur Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten treffen müssen, die die Versorgung mit telemedizinisch erbrachten Heilmittelleistung näher definieren.	
43.	dbl	„Verlaufskontrollen“	Auch Regelungen zu regelmäßigen Verlaufskontrollen in Präsenz sind <b>in den Verträgen</b> nach § 125 SGB V und <b>nicht vom G-BA</b> zu treffen	Siehe lfd. Nr. 38	Siehe lfd. Nr. 38
44.	dbl	„Überprüfung und Dokumentation von Durchführbarkeit Effizienz und Wirksamkeit“ § 15b bzw. 16b Abs. 3 darf hierzu keine Feststellungen treffen.	Gemäß § 125 Abs. 2 Nr. 5 SGB V sind „Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse“ unmittelbar von den Vertragspartnern zu treffen. Dem entsprechend sollten <b>Regelungen zur Effizienz und Wirksamkeit in Bezug auf Videotherapien</b> ebenfalls <b>ausschließlich auf vertraglicher Bases</b> geregelt werden.	Siehe lfd. Nr. 39	Siehe lfd. Nr. 39
45.	dbl	„Vorrang der Präsenztherapie“	Der <b>Vorrang der Präsenztherapie ist wissenschaftlich nicht erwiesen</b> . Hier hat sich die Bewertung, wie auch die inhaltliche Gestaltung von Präsenz- und Videotherapien,	Siehe hierzu lfd. Nr. 40	Siehe hierzu lfd. Nr. 40

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
			<p>an aktuell vorliegenden Evidenzen zu orientieren. Diese weisen in diversen Studien (Hall et al. 2013, McGill et al. 2019, Molini-Avejonas et al. 2015, Rangarathnam et al. 2015, Theodoros et al. 2019, Weidner &amp; Lowman 2020) auf eine <b>Gleichwertigkeit</b> hin. Darüber hinaus liegen <b>praxisbasierte Evidenzen vor</b>, dass bei einigen PatientInnen eine Videotherapie wirksamer bzw. besser durchzuführen ist als eine Präsenztherapie (Sutherland et al. 2018, Wales et al 2017).</p> <p>Grundsätzlich gilt es zu <b>prüfen, bei welchen Störungsbildern, in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen jeweils Präsenztherapie oder Videotherapie angemessener sind</b>. In Abhängigkeit von der Behandlungsphase, werden <b>TherapeutIn und PatientIn auf Grundlage externer, interner und sozialer Evidenzen entscheiden, welches Therapieformat (Präsenz oder Video) das geeignete ist. Beide Wege sollten gleichermaßen ermöglicht</b> werden, wobei sich die Auswahl an aktuellen Evidenzen im Sinne der evidenzbasierten Praxis orientieren sollte,</p> <p>Für Deutschland ist die Aussage zutreffend, dass die Präsenztherapie Standard ist, da diese Form der Therapie bis März 2020 die einzig mögliche war. <b>Der Standard</b> ist somit <b>nicht fachlich begründet</b>, sondern <b>Folge der bisherigen</b> Rahmenbedingungen der Heilmittelversorgung.</p> <p><b>Systematische Reviews bestätigen die Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Präsenz und Videotherapie</b>, wie z.B. Hall et al. 2013, Molini-Avejonas et al. 2015, Weidner &amp;</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
			Lowman 2020, Theodoros et al. 2019, Rangarathnam et al. 2015, McGill et al. 2019.		
46.	dba	Absatz 3 ist zu streichen	Inhaltlich wird grundsätzlich zugestimmt. Da aber gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 1 SGB V die <b>Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln</b> , insbesondere die Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden können, in den <b>Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V</b> zu regeln sind, ist <b>§ 15b bzw. 16b Absatz 3 zu streichen</b> .	Siehe hierzu lfd. Nr. 36	Siehe hierzu lfd. Nr. 36
47.	QUETHEB	„(3) Voraussetzung für die Erbringung als telemedizinische Leistung ist, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann und dass die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall <u>in der Regel</u> im unmittelbar persönlichen Kontakt stattgefunden hat.“	Patient:innen mit Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen kennen die Therapeut:innen oft über Jahre. Eine Wiederaufnahme der Ernährungstherapie kann z. B. durch eine neue Verordnung aufgrund veränderter Rahmenbedingungen notwendig werden, was <b>zwar ein Assessment (erster Termin) notwendig macht, jedoch kann dies bei bekannten Patient:innen unter Umständen auch telemedizinisch durchgeführt werden</b> . So kann ein <b>schnellerer Therapiezugang trotz weiter Distanzen</b> (über 100 km) ermöglicht werden.	Siehe hierzu lfd. Nr. 38 und Nr. 42  Gerade bei Patient*innen mit schweren Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose ist ein regelmäßiger persönlicher Kontakt angezeigt. Dies wird mit der ersten Behandlung im Verordnungsfall als Präsenztherapie sichergestellt.  Der Gewährleistung einer der Präsenztherapie gleichwertigen therapeutischen Effizienz der telemedizinisch erbrachten Heilmitteltherapie und	nein



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
				<p>ausreichenden Patientensicherheit kommt eine übergeordnete Bedeutung zu, sodass die Richtlinie Grundsätzliches zur Sicherstellung dieser Ziele enthalten muss. Dazu gehört die Notwendigkeit, die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall nur im unmittelbar persönlichen Kontakt durchzuführen.</p>	
48.	QUETHEB	<p>(Satz 4) „(3) [...] Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist <u>in der Regel</u> fachlicher Standard und soll daher <u>wenn möglich</u> Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.“</p>	<p><b>Situationsabhängig</b> haben in der Betreuung von Mukoviszidoseerkrankten und Patient:innen mit seltenen angeborenen Stoffwechselstörungen sowohl der <b>unmittelbare persönliche Kontakt als auch die telemedizinische Leistung ihre Stärken.</b></p> <p>Insbesondere bei einem <b>schnell nötigen Therapiebeginn</b> bzw. einer Therapieänderung liegt bei <b>Distanzen</b> von über 100 km <b>eine Stärke der telemedizinischen Betreuung.</b></p> <p>Außerdem bietet sie <b>mehr Flexibilität</b> und <b>schnellere Erreichbarkeit.</b> Daher bitten wir um eine Ergänzung um „in der Regel“ und „wenn möglich“</p>	<p>Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist nach dieser Richtlinie fachlicher Standard und soll daher Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.</p> <p>Da die Formulierung „in der Regel“ zu unspezifisch ist, wurde diese nicht übernommen. Jedoch wird in Bezug auf den fachlichen</p>	<p>ja, in Absatz 3 werden vor dem Wort „fachlicher Standard“ die Wörter „nach dieser Richtlinie“ eingefügt</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
				Standard auf die Erbringung von Heilmitteln gemäß der Heilmittel-Richtlinie verwiesen.  Wir verweisen hierzu ebenfalls auf die Ausführungen in der lfd. Nr. 40.	
49.	VDD	(3) Voraussetzung für die Erbringung als telemedizinische Leistung ist, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann und dass die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall <u>in der Regel</u> im unmittelbar persönlichen Kontakt stattgefunden hat.	Im Bereich Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen kennen sich Patient*innen und Therapeut*innen oft über Jahre. Eine Wiederaufnahme von Ernährungstherapie durch eine neue Verordnung wird u.U. durch ein akut verändertes Laborbild notwendig, was zwar ein <b>Assessment notwendig macht, jedoch kann dies bei bekannten Patient*innen unter Umständen auch telemedizinisch durchgeführt werden.</b> Dies würde einen <b>schnellen Therapiezugang</b> mit Anpassung des Essverhaltens <b>trotz weiter Distanzen (über 100 km)</b> ermöglichen (was bei Stoffwechselerkrankungen ggf. zwingend ist). Dies sollte selbstverständlich nicht die Regel sein und nur bei längerfristigem Kontakt genutzt werden.	Siehe hierzu lfd. Nr. 42 und Nr. 47	Siehe hierzu lfd. Nr. 42 und Nr. 47
49a	VDD	Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist <u>in der Regel</u> fachlicher Standard und soll daher <u>wenn möglich</u> Vorrang vor	In der Ernährungstherapie haben in Abhängigkeit von Situation und Patient*in sowohl der <b>unmittelbare persönliche Kontakt als auch die telemedizinische Leistung ihre Stärken</b> . Besonders in Hinblick auf den z.T. <b>schnell nötigen Therapiebeginn</b> bzw. eine <b>Therapieänderung</b> liegt bei Distanzen von über 100 km für Mukoviszidose und SAS-Patient*innen die <b>Stärke der</b>	Siehe hierzu lfd. Nr. 48	Siehe hierzu lfd. Nr. 48

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.	<b>telemedizinischen Betreuung</b> klar in der <b>Flexibilität und Erreichbarkeit</b> . Daher bitten wir um eine Ergänzung um „in der Regel“ und „wenn möglich“.		
50.	SHV	Voraussetzung für die Erbringung als telemedizinische Leistung ist, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann und dass die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall in unmittelbar persönlichen Kontakt stattgefunden hat. [...]	Dem Absatz (3) wird zugestimmt.	Kenntnisnahme	nein
51.	VDOE	„ <sup>1</sup> Voraussetzung für die Erbringung als telemedizinische Leistung ist, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann und dass die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall <b>in der Regel</b> im unmittelbar persönlichen Kontakt stattgefunden hat.	Im <b>Heilmittelbereich Ernährung</b> ist die Durchführbarkeit und die therapeutische Effizienz der Videotherapie auf die Inhalte bezogen gut gewährleistet und ein <b>persönlicher Kontakt zur Befunderhebung und zur Therapie nicht immer zwingend persönlich notwendig</b> . Selbst die Zubereitung von einzelnen Produkten (Anrühren/Verarbeitung von besonderen eiweißarmen Produkten etc.) kann über Anleitung und Begutachtung per Videoübertragung erfolgen.  Z.B.: Für die Besprechung der aktuellen Laborergebnisse und der Abstimmung aktueller Maßnahmen ist nicht zwangsläufig eine Präsenz erforderlich.	Siehe hierzu lfd. Nr. 42 und 47  Die Begründung des SN steht nicht im Widerspruch zu der Regelung. Im Laufe der telemedizinischen Leistung kann z.B. die Anleitung zur Zubereitung von Produkten erfolgen.  Der erste Termin im jeweiligen Verordnungsfall als persönlicher Kontakt soll die Patientensicherheit	Siehe hierzu lfd. Nr. 42 und 47

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
			<p>Aus diesem Grund trifft die Vorgabe, dass Präsenz grundsätzlich Vorrang haben sollte, aus unserer Sicht für den Heilmittelbereich Ernährung nicht so stark zu wie vermutlich in anderen Heilmittelbereichen.</p> <p>Im Bereich Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen kennen sich Patient*innen und Therapeut*innen oft über Jahre. Eine Wiederaufnahme von Ernährungstherapie durch eine neue Verordnung wird u.U. durch ein akut verändertes Laborbild notwendig, was zwar ein <b>Assessment notwendig macht, jedoch kann dies bei bekannten Patient*innen unter Umständen auch telemedizinisch durchgeführt werden.</b> Dies würde einen <b>schnellen Therapiezugang</b> mit Anpassung des Essverhaltens trotz <b>weiter Distanzen</b> (über 100 km) ermöglichen (was bei Stoffwechselerkrankungen ggf. zwingend ist). Dies sollte selbstverständlich nicht die Regel sein und nur bei längerfristigem Kontakt genutzt werden.</p>	<p>gewährleistet und eine Therapie ausschließlich als telemedizinische Leistung verhindern.</p>	
51a	VDOE	<p>Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist <b>in der Regel</b> fachlicher Standard und soll daher <b>wenn möglich</b> Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.</p>	<p>In der Ernährungstherapie haben in Abhängigkeit von Situation und Patient*in sowohl der <b>unmittelbare persönliche Kontakt als auch die telemedizinische Leistung ihre Stärken.</b> Besonders in Hinblick auf den z.T. schnell nötigen Therapiebeginn bzw. eine Therapieänderung liegt bei Distanzen von über 100 km für Mukoviszidose und SAS-Patient*innen die <b>Stärke der telemedizinischen Betreuung klar in der Flexibilität und Erreichbarkeit.</b> Daher bitten wir um eine Ergänzung um „in der Regel“ und „wenn möglich“.</p>	<p>Siehe hierzu lfd. Nr. 48</p>	<p>Siehe hierzu lfd. Nr. 48</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
52.	BÄK	<p><b>Standard ist der persönliche Kontakt der Leistungserbringung</b></p>	<p>Grundsätzlich soll die Erbringung von Heilmitteln in unmittelbar persönlichem Kontakt zwischen den Beteiligten (Therapeutin/Therapeut, Patientin/Patient) als Standard gelten. Für telemedizinische Heilmittel-Leistungen wird vorausgesetzt, dass das Ziel der Behandlung wie in einer Präsenztherapie erreicht werden kann. Zwingend müssen der Erstkontakt und die Verlaufskontrollen mit Befunderhebung im unmittelbaren Kontakt erfolgen.</p> <p>Belastbare Daten, die die Ergebnisse bestimmter (nach HeilM-RL) telemedizinisch erbrachter Heilmittel-Leistungen mit Heilmittel-Leistungen, die im unmittelbaren, persönlichen Kontakt erbracht wurden, vergleichen, liegen bislang nicht vor. Nachvollziehbar kann der persönliche Kontakt als „Standard“ gelten, auch erfordern bestimmte Heilmittel den persönlichen (z. B. manuellen) Kontakt.</p> <p>Die Bundesärztekammer stimmt dem Vorrang der Leistungserbringung von Heilmitteln im unmittelbaren persönlichen Kontakt zu. Gerade die „ganz-leibliche Erfahrung“ bietet sich nur durch die leiblich-räumliche Anwesenheit von Therapeutin oder Therapeut und Patientin bzw. Patient während der Leistungserbringung. Auditive und visuelle Kanäle können telemedizinisch übertragen werden, alle anderen Sinneskanäle (kinästhetisch, gustatorisch, olfaktorisch) sind bislang nicht übertragbar. Inwieweit die unvollständige sinnliche Übertragung die Heilmittelerbringung und deren Ergebnisse beeinflusst, ist nicht bekannt. Auch muss einschränkend auf die technischen Faktoren der unvollständigen Übertragung (in Ton und Bild) hingewiesen werden, die die telemedizinische Leistungserbringung limitieren kann.</p>	<p>Zustimmende Kenntnisnahme.</p>	<p>nein</p>

**B-4.1.2.9**      **Stellungnahmen zu § 16b Absatz 4 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 4 (HeilM-RL ZÄ) – Unterbrechung telemedizinische Leistungserbringung**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
53.	dbs	<p>Die Einzelheiten der Durchführung sind in den Verträgen nach § 125 Abs. 2a SGB V zu regeln.</p> <p>Die HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL kann hierzu <b>keine Vorgaben</b> machen.</p>	<p><b>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</b></p> <p>Die vorgeschlagene Regelung in Abs. 4 ist zwar selbstverständlich, jedoch ist die HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL nicht der richtige Regelungsort.</p> <p>Darüber hinaus geht die <b>Formulierung in den Tragenden Gründen über den Wortlaut in § 15b Abs. 4 bzw. § 16b Absatz 4 hinaus</b> und gibt vor, dass im Falle von Übertragungsproblemen oder anderen technisch begründeten Unterbrechungen die verordnete Leistung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortzusetzen und <u>in vollem Umfang zu erbringen</u> ist.</p> <p>Dies verkennt das <b>System einer sogenannten Bestellpraxis</b>. Für die vereinbarte Therapiezeit wird der Therapieplatz für die Patientin/den Patienten freigehalten. Sollte es Übertragungsproblem geben, die die Therapeuten nicht zu vertreten haben und die die Therapiezeit verkürzen, kann nicht verlangt werden, dass der Therapietermin nachgeholt wird.</p> <p>Hier <b>muss der Vergleich zur Präsenztherapie gezogen werden</b>. Auch dort sind Situationen denkbar, in denen eine begonnene Therapiesitzung nicht beendet werden kann, wenn der Patient auf Grund plötzlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen den Behandlungstermin nicht fortsetzen kann.</p> <p>Die HeilM-RL darf hierzu keinerlei Vorgaben machen.</p>	<p>Kenntnisnahme:</p> <p>Ungeachtet des Hinweises zum Regelungsort, wird zunächst vom SN festgestellt, dass die in § 16b Abs. 4 HeilM-RL bzw. 15b Abs. 4 HeilM-RL ZÄ formulierte Regelung selbstverständlich sei.</p> <p>Allerdings würden die Tragenden Gründe darüber hinausgehen.</p> <p>Sowohl mit § 16b Abs. 4 HeilM-RL bzw. 15b Abs. 4 HeilM-RL ZÄ und den dazugehörigen Ausführungen in den Tragenden Gründen soll gewährleistet werden, dass technische Probleme (z.B. Übertragungsprobleme, instabile Internetverbindung) die eine Unterbrechung/ oder einen Abbruch der</p>	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
			<p>Vielmehr ist es <b>Aufgabe der Behandlungsverträge zwischen therapeutischer Praxis und Patient*in, Regelung</b> zu Therapieabsagen und Nichtdurchführbarkeiten auf Grund technischer Störungen etc. <b>zu treffen.</b></p>	<p>Videobehandlung zur Folge hat, nicht zu Lasten der Patientinnen und Patienten gehen.</p> <p>Es muss gewährleistet werden, dass eine nicht ordnungsgemäß erbrachte Therapieeinheit in Präsenz nachgeholt wird. Gerade in einer Bestellpraxis kann dafür dann ein neuer Termin vereinbart werden.</p> <p>Da es sich bei der Videotherapie noch um eine neue Form der Leistungserbringung und des Leistungsortes handelt, zu dem noch keine hinreichenden, flächendeckenden und validen Daten zur Praktikabilität und Umsetzbarkeit deutschlandweit vorliegen, wird eine Regelung für erforderlich gehalten.</p>	

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
				<p>Auch jetzt, bei einer ausschließlichen Präsenzbehandlung, müssen ausgefallene oder abgesagte Behandlungstermine nachgeholt werden, da sonst auch keine Abrechnung erfolgen darf.</p> <p>In welchen Fällen eine begonnene und nicht bis zum Ende durchgeführte Behandlung nachzuholen ist, ist in den Verträgen nach § 125 SGB V zu konkretisieren.</p>	
53a	dbl	<p>Die Einzelheiten der Durchführung der Videotherapien sind in den Verträgen nach § 125 Abs. 2a SGB V zu regeln.</p> <p>Die HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL sollte hierzu <b>keine Vorgaben</b> machen.</p>	<p><b>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</b></p> <p>Die vorgeschlagene Regelung in Abs. 4 ist zwar selbstverständlich, jedoch ist die HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL nicht der richtige Regelungsort.</p> <p>Darüber hinaus geht die Formulierung in den tragenden Gründen über den Wortlaut in § 15b bzw. 16b Abs. 4 hinaus und gibt vor, dass im Falle von Übertragungsproblemen oder anderen technisch begründeten Unterbrechungen die verordnete Leistung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortzusetzen und <u>in vollem Umfang zu erbringen</u> sei.</p>	Siehe hierzu lfd. Nr. 53	Siehe hierzu lfd. Nr. 53



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
			<p>Dies verkennt das System einer sogenannten Bestellpraxis. Für die vereinbarte Therapiezeit wird der Therapieplatz für die Patientin/den Patienten freigehalten. Sollte es Übertragungsproblem geben, die die TherapeutInnen nicht zu vertreten haben und die die Therapiezeit verkürzen, kann nicht verlangt werden, dass der vollständige Therapietermin nachgeholt wird.</p> <p>Hier muss der Vergleich zur Präsenztherapie gezogen werden. Auch dort sind Situationen denkbar, in denen eine begonnene Therapiesitzung nicht beendet werden kann, wenn die Patientin/der Patient auf Grund plötzlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen den Behandlungstermin nicht fortsetzen kann.</p> <p>Die HeilM-RL darf hierzu keinerlei Vorgaben machen.</p> <p>Vielmehr ist es Aufgabe der Behandlungsverträge zwischen therapeutischer Praxis und PatientIn, Regelung zu Therapieabsagen und Nichtdurchführbarkeiten auf Grund technischer Störungen etc. zu treffen.</p>		
54.	dba	Absatz 4 ist zu streichen.	Inhaltlich wird grundsätzlich zugestimmt. Da aber gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 1 SGB V die <b>Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln</b> , insbesondere die Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden können, <b>in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V zu regeln sind</b> , ist § 15b bzw. 16b Absatz 4 zu streichen.	Siehe hierzu lfd. Nr. 53	Siehe hierzu lfd. Nr. 53
55.	BED	(4) Kann die Behandlung als telemedizinische Leistung, zum Beispiel aufgrund von	Der Text ist in der ursprünglichen Fassung nicht konkret genug. Die Einfügung des Wortes „ <b>längerfristig</b> “ stellt klar, dass nicht bei jedem einmalig auftretenden Problem,	Kenntnisnahme. Der Begriff „längerfristig“ ist unbestimmt, daher keine	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		Übertragungsproblemen, <b>längerfristig</b> nicht sachgerecht erfolgen oder entscheidet sich die Patientin oder der Patient gegen eine weitere telemedizinische Leistungserbringung, muss die Behandlung im Wege eines <b>unmittelbar persönlichen Kontaktes</b> fortgesetzt werden.	welches <b>kurzfristig zu beheben ist, die Leistungserbringung unmittelbar im persönlichen Kontakt stattfinden muss.</b>	Änderung. Die konkrete Ausgestaltung könnte in den Verträgen nach § 125 SGB V erfolgen.	

**B-4.1.2.10** Stellungnahmen zu **§ 16b Absatz 5 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 5 (HeilM-RL ZÄ) - Datensicherheit – (GKV-Eingabe)**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
56.	dbs	Die Einzelheiten der Durchführung sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln.  Die HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL kann hierzu <b>keine Vorgaben</b> machen.	<b>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</b>  Mit der Vorgabe, dass die Abgabe ausschließlich in zugelassenen Praxisräumen stattfinden kann, wird die zu schaffende Möglichkeit der Videobehandlung unbegründet eingeschränkt.  Auf Grund der in der Pandemie gewonnenen Erkenntnisse der maßgeblichen Berufsverbände, aktueller Studienlagen und Umfrageergebnissen ist es möglich, in den Verträgen nach § 125 SGB V die inhaltlichen und technischen Rahmenbedingungen für die Videobehandlung festzulegen und damit die Videobehandlung zu etablieren und folgende bestehende Probleme zu reduzieren:	Kenntnisnahme, die Vorgabe im Richtlinien-text wird gestrichen. Es wird ein entsprechender Hinweis in den TrGr verankert.	KBV/KZBV und PatV: nein  GKV-SV: ja, Streichung Absatz 5

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• die regionale Unterversorgung mit Therapeuten (Wegfall von Anfahrtszeiten, Arbeitsmöglichkeiten auch für Therapeuten aus Risikogruppen beispielsweise bei Schwangerschaften)</li> <li>• schwangerschaftsbedingte Beschäftigungsverbote</li> <li>• Entlastung von Patienten und Therapeuten durch Wegfall von Fahrtwegen, dadurch höhere Versorgungsdichte möglich</li> </ul> <p>Mit der Festlegung auf den Ort der Praxisräume wird die Möglichkeit der Videobehandlung unbegründet eingeschränkt, so dass sie z.B. keine Möglichkeit für Risikogruppen bei einer Schwangerschaft mehr darstellen würde und Beschäftigungsverbote nicht verhindert werden können.</p> <p>Die Pandemie hat gezeigt, dass sich mit der Möglichkeit der Videobehandlung zahlreiche Beschäftigungsverbote haben reduzieren oder verhindern lassen und eine Therapiekontinuität dadurch gewährleistet werden konnte.</p> <p>Auch in anderen Ausnahmesituationen wie z.B. Wasserschaden in der Praxis, Schneechaos, Autobahn gesperrt, Bombenentschärfung, bei Immobilität der Therapeuten, die ein Aufsuchen der Praxisräume nicht ermöglichen, kann durch die Möglichkeit der Videotherapie eine Therapiekontinuität gewährleistet werden.</p>		

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
			<p>Auch fordern pandemiebedingte Arbeitsschutzverordnungen Home Office ein. Im Sinne des Gesundheitsschutzes dürfen insbesondere Therapeut*innen nicht davon ausgenommen werden.</p> <p>Die Durchführung in anderen Räumen, in denen die Datensicherheit gewährleistet und ein störungsfreier Ablauf gesichert ist, muss daher unter festzulegenden Voraussetzungen möglich sein. Die Details dazu sind in den <b>Verträgen nach § 125 SGB V</b> zu regeln.</p> <p>Insbesondere kann in den Tragenden Gründen keine Festlegung auf „zertifizierte und zugelassenen Praxis- und IT-Systeme“ getroffen werden, da es im therapeutischen Bereich keine Zertifizierungen und Zulassungen von Praxis- und IT-Systemen gibt.</p> <p>Nach § 125 Abs. 2a SGB V ist dies in den Verträgen zu regeln.</p>		
57.	dbl	<p>Die Einzelheiten der Durchführung telemedizinischer Leistungen sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln.</p> <p>Die HeilM-RL ZÄ bzw. HeilM-RL sollte hierzu <b>keine Vorgaben</b> machen.</p>	<p><b>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</b></p> <p>Inhaltlich stimmen wir mit der Regelung überein, dass eine Videotherapie <a href="#">auf therapeutischer Seite</a> vorrangig in zugelassenen Praxisräumen durchgeführt werden sollte, um Datensicherheit und eine angemessene Privatsphäre zu gewährleisten.</p> <p>Die vollständige Ausgestaltung dieser Regelung, etwaige Ausnahmesituationen sowie die technischen und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen, obliegt den Vertragspartnern nach § 125 SGB V.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe hierzu lfd. Nr. 56</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 56</p>

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
			<p>Die Pandemie hat gezeigt, dass sich mit der Möglichkeit der Videotherapie zahlreiche Beschäftigungsverbote haben reduzieren oder verhindern lassen und dadurch eine Therapiekontinuität gewährleistet werden konnte.</p> <p>Daher sollte in Ausnahmesituationen – wie der jetzigen Covid- 19-Pandemie – vorübergehende Anpassungen der Standardregelungen weiterhin ermöglicht werden. So fordern unter Umständen Arbeitsschutzverordnungen, Homeoffice weitestgehend zu ermöglichen. Im Sinne des Gesundheitsschutzes dürfen TherapeutInnen von dieser arbeitsschutzrechtlichen Regelung nicht vollständig ausgenommen werden. Ähnliche Sonderregelungen (u.a. vorübergehende Erlaubnis zur Videotherapie in Räumen, die nicht zur Praxis gehören) sollten auch in anderen Ausnahmesituationen vergleichbarer Art schnell und unbürokratisch ermöglicht werden. Datensicherheit und ein störungsfreier <a href="#">Behandlungs</a>Ablauf sind in jedem Fall zu gewährleisten.</p>		
58.	dba	Zustimmung		Kenntnisnahme	nein
59.	BZÄK	Aus unserer Sicht ist dieser Vorschlag des GKV-SV in der Richtlinie nicht erforderlich, da die angesprochenen Punkte zur Gewährleistung der Datensicherheit, räumlichen Infrastruktur und Patientensicherheit in den		Kenntnisnahme	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		Verträgen nach § 125 Abs. 2a SGB V durch die jeweiligen Vertragspartner zu regeln sind und daher eine Regelung auf Ebene der Richtlinie des G-BA entbehrlich ist.			
60.	QUETHEB	„(5) Soweit Heilmittel im Wege einer telemedizinischen Leistung erbracht werden, hat diese zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden. Die Abgabe <del>telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen</del> Praxisräumen stattfinden. <del>Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.“</del>	Wir bitten darum, den <b>Passus</b> „zugelassene Praxisräume“ zu <b>streichen</b> , da ein Homeoffice (verschlossener, separater Raum) eine patientensicheren Durchführung erfüllen könnte.	Kenntnisnahme	nein
61.	VDD	(5) Soweit Heilmittel im Wege einer telemedizinischen Leistung erbracht werden, hat diese zur	Die Ergänzung des GKV – SV im Sinne einer patientensicheren Durchführung können wir nachvollziehen. Dazu ist es allerdings nicht nötig, die	Kenntnisnahme	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		<p>Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden. Die <del>Abgabe telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen Praxisräumen stattfinden.</del> Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.</p>	<p>Praxisräumlichkeiten zu nutzen. Auch ein Homeoffice könnte dies erfüllen.</p> <p>Daher bitten wir, <b>diesen Passus zu streichen.</b></p>		
61a	VDOE	<p>(5) Soweit Heilmittel im Wege einer telemedizinischen Leistung erbracht werden, hat diese zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden. <del>Die Abgabe telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann</del></p>	<p>Wir unterstützen, dass die Betreuung in stets geschlossenen Räumen mit Privatsphäre stattfindet.</p> <p>Die Ergänzung des GKV – SV im Sinne einer patientensicheren Durchführung können wir nachvollziehen. Dazu ist es allerdings nicht nötig, die Praxisräumlichkeiten zu nutzen. Auch ein Homeoffice könnte dies erfüllen.</p> <p>Daher bitten wir, <b>diesen Passus zu streichen.</b></p>	Kenntnisnahme	nein

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		<p><del>ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen Praxisräumen stattfinden.</del> Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.</p>			
62.	BED	<p>5) Soweit Heilmittel im Wege einer telemedizinischen Leistung erbracht werden, hat diese zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden. <del>Die Abgabe telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen Praxisräumen stattfinden.</del></p> <p><del>Absatz wird gestrichen.</del></p> <p>Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein. Das</p>	<p>Datensicherheit, ein störungsfreier Ablauf und eine angemessene Privatsphäre sind wichtige Bausteine einer erfolgreichen telemedizinischen Leistungserbringung. Diese sind aber nicht zwingend an Praxisräumlichkeiten gebunden. Aus organisatorischen Gründen oder auch aus Gründen des Infektionsschutzes in einer pandemischen Situation muss diese Form der Leistungserbringung unter Einhaltung der Voraussetzungen auch an anderen Orten möglich sein. Auf die grundsätzlichen Anmerkungen zur Anwendbarkeit des § 11 HeilM-RL für den Bereich der Ergotherapie sei auch an dieser Stelle nochmals verwiesen</p>	Kenntnisnahme	nein



Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
		Nähere regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB			
62a	SHV	(...) Die Abgabe telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen Praxisräumen stattfinden. (...)	Dem Absatz (5) wird mit folgender Ausnahme zugestimmt: Streichung des Absatzes 5 Satz 2. Begründung: Die Frage, ob und inwieweit die Abgabe telemedizinischer Leistungen ausschließlich in zugelassenen Praxisräumen stattfinden kann, unterliegt der Regelungskompetenz der Vertragspartner nach § 125 SGB V.	Kenntnisnahme	nein

**B-4.1.2.11 Stellungnahmen zu § 16b Absatz 6 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 6 (HeilM-RL ZÄ) – Evaluation (GKV-Eingabe)**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
63.	dbs	Abs. 6 ist zu streichen.	Die Regelungen sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu treffen. Hier können Anpassungen zwischen den Vertragspartnern vereinbart und vorgenommen werden.	<b>KBV, KZBV und PatV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Eine gesonderte Regelung zur Evaluation bedarf es nicht, da der G-BA seine RL regelmäßig überprüft und notwendige Anpassungen erfolgen können. Dem Vorschlag zur Streichung wird daher gefolgt.	<b>KBV, KZBV und PatV:</b> nein  <b>GKV-SV:</b> ja: Streichung Absatz 6

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
63a	dbl	Abs. 6 ist daher zu streichen.	Die Regelungen sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu treffen. Hier können Anpassungen zwischen den Vertragspartnern vereinbart und vorgenommen werden.	siehe lfd. Nr. 63	siehe lfd. Nr. 63
64.	BED	<del>„(6) Zwei Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA seine Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung prüfen und gegebenenfalls anpassen.“</del> <b>Streichung</b>	Weder Routinedaten noch selektive Rückmeldungen aus der Versorgung bilden eine aussagekräftige Datenbasis für die hier vom GKV-SV angedachte Überprüfung der Effizienz der telemedizinischen Leistung.	siehe lfd. Nr. 63	siehe lfd. Nr. 63
65.	dba	Zustimmung		Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 63	siehe lfd. Nr. 63
66.	BZÄK	Der G-BA nimmt erfahrungsgemäß routinemäßig die Überprüfung und Aktualisierung der erlassenen Richtlinien vor. Vor diesem Hintergrund sehen wir den Vorschlag des GKV-SV zur zwingend vorgeschriebenen zweijährigen Evaluation der Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung als nicht erforderlich an.		siehe lfd. Nr. 63	siehe lfd. Nr. 63
67.	QUETHEB	„(6) <b>Fünf</b> Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA seine Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung prüfen und gegebenenfalls anpassen.“	Wir bitten um eine genauere Darstellung der Überprüfung, die wir für sehr sinnvoll halten, würden den Zeitraum bis dahin aber verlängern.	Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 63	siehe lfd. Nr. 63
68.	VDD und VDOE	„(6) <b>Fünf</b> Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA seine	Eine Auswertung der telemedizinischen Leistungen erachten wir als sinnvoll. Da nach Inkrafttreten der Regelung zunächst die Verhandlungen mit dem GKV-SV	Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 63	siehe lfd. Nr. 63

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
		Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung prüfen und gegebenenfalls anpassen.“	zu dieser Änderung erfolgen müssen, die voraussichtlich einige Monate dauern werden, erachten wir den Zeitraum von 5 Jahren für sinnvoller und bitten um Präzisierung der Inhalte der Überprüfung.		
69.	BÄK	Eine Evaluation sollte auf jeden Fall für die Qualitätssicherung im Hinblick auf die Ergebnisse der telemedizinisch erbrachten Leistungen erfolgen; eine Anpassung der Regelungen kann notwendig werden.	Siehe hierzu auch die Stellungnahme zu Absatz 2, die Erfassung der Gründe für eine telemedizinische Behandlung.	Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 63	siehe lfd. Nr. 63
69a	SHV	Zwei Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA seine Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung prüfen und gegebenenfalls anpassen.	Dem Absatz (6) wird zugestimmt, außer:  <b>Vier Jahre</b> nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA (...)  Das Inkrafttreten der Regelungen zur telemedizinischen Leistung ist nicht zeitgleich mit dem Abschluss der Verträge der Partner nach § 125 SGB V. Hier kann es noch zu Verzögerungen kommen. Zudem werden die telemedizinischen Leistungen wissenschaftlich evaluiert werden müssen. Mit dem Abschluss der Verträge bleibt höchstwahrscheinlich ein reales Zeitfenster von nur einem Jahr – das ist viel zu kurz für eine valide Aussage.	Kenntnisnahme siehe lfd. Nr. 63	siehe lfd. Nr. 63

**B-4.1.3** Stellungnahmen zum Heilmittelkatalog (HeilM-RL)

**B-4.1.3.1** Stellungnahmen zu IV Maßnahmen der Ergotherapie

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
70.	dbs	Es wird auf die Abgabe einer inhaltlichen Stellungnahme zu diesen Änderungen verzichtet. Die geplanten Änderungen betreffen nicht den Heilmittelbereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.		Kenntnisnahme	nein
71.	SHV	Den Ergänzungen wird zugestimmt.		Kenntnisnahme	nein

**B-4.1.4** Eingaben zu den Tragenden Gründen

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlussentwurf
72.	dba	Tragende Gründe 2.1.2 Abs. 1 Satz 2 zu § 5 Absatz 3	Hier wird von „logopädischem Behandlungsbedarf“ geschrieben. Hinweis: Die HeilM-RL ZÄ sieht ausschließlich sprech-, sprach- und schlucktherapeutischen Behandlungsbedarf vor.	Zustimmung. Änderungen in Tragenden Gründen. Bei den Ausführungen in den Tragenden Gründen handelt es sich um eine beispielhafte Aufzählung möglicher Ausschlussgründe.	Nein

**B-4.1.5**      **Stellungnahmen zu § 16b Absatz 2 (HeilM-RL) / § 15b Absatz 2 (HeilM-RL ZÄ) – Entscheidung über telemedizinische Leistungserbringung**

Lfd. Nr.	Institution/ Organisation/Experte	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung	Auswertung	Änderung am Beschlusentwurf
73.	BZÄK	In Ergänzung unserer schriftlichen Stellungnahme möchten wir anregen, in die zahnärztliche Heilmittel-RL eine Regelung aufzunehmen, dass die Therapeuten die verordnenden Zahnärzte im Rahmen eines angeforderten Therapieberichts darüber informieren, in welchem Umfang Heilmittel als telemedizinische Leistung erbracht worden sind		siehe lfd. Nr. 33	nein

**B-5 Mündliche Stellungnahmen**

**B-5.1 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenskonflikten**

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 22. September 2021 eingeladen. Die Anhörung wurde gleichzeitig für die Änderung der Heilmittel-Richtlinie sowie der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte durchgeführt.

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 am 22. September 2021 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
Bundesärztekammer	Frau Dr. med. Corinna Schilling	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaforst-Andersen e.V. (dba)	Frau Marion Malzahn	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Verband der Diätassistenten-Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)	Frau Uta Köpcke	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)	Frau Kirsten Weiffen	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Jasmin Höll	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Frau Frauke Kern	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.	Frau Andrea Hiller	ja	nein	nein	nein	nein	nein

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.	Frau Bettina Simon	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Carl Christopher Büttner	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?

**B-5.2 Mündliche Stellungnahmen**

# Wortprotokoll



**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der HeiM-RL und HeiM-RL ZÄ:  
Maßnahmen der Heilmitteltherapie als  
telemedizinische Leistung (Videotherapie) und weitere  
Änderungen**

Vom 22. September 2021

<b>Vorsitzende:</b>	Frau Dr. Lelgemann
<b>Beginn:</b>	11:12 Uhr
<b>Ende:</b>	11:49 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin



**Teilnehmer der Anhörung**

Bundesärztekammer (BÄK):  
Frau Dr. Schilling

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD):  
Frau Köpke

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs):  
Frau Weiffen  
Frau Höll

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung  
Schlaffort-Andersen e. V. (dba):  
Frau Malzahn

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl):  
Frau Kern

Deutscher Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED):  
Frau Hiller

Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV):  
Frau Simon  
Herr Büttner

Beginn der Anhörung: 11:12 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich begrüße Sie zur zweiten mündlichen Anhörung.

Die üblichen Vorbemerkungen: Wir erzeugen von dieser Anhörung eine Aufzeichnung, um im Nachgang ein Wortprotokoll erstellen zu können. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind.

Ich bitte alle, die nicht sprechen, ihr Mikrofon auszuschalten. Sie können sich jederzeit über den Chat zu einem Wortbeitrag melden.

Ansonsten kann ich Ihnen wie immer versichern, dass wir Ihre schriftlichen Stellungnahmen, für die wir uns an dieser Stelle bedanken, gelesen und inhaltlich verdaut haben. Von daher ist es nicht erforderlich, jetzt die gesamte Stellungnahme noch einmal wiederzugeben, sondern ich bitte Sie, sich auf wirklich wesentliche Punkte zu beschränken, damit die Mitglieder des Unterausschusses nachher noch die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen.

Dann könnten wir beginnen. Ich würde in der Reihenfolge aufrufen, wie ich Sie eben vorgelesen habe, und zunächst Frau Dr. Schilling von der Bundesärztekammer das Wort geben. Frau Schilling!

**Frau Dr. Schilling (BÄK):** Wir von der Bundesärztekammer sind zu einer Stellungnahme aufgefordert worden. Wir halten die Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung für eine sehr sinnvolle Maßnahme. Heilmittel sind eine wesentliche Säule der gesundheitlichen, der medizinischen Versorgung auf hohem Niveau.

Die Vorteile liegen auf der Hand. Es ist in der Corona-Zeit sehr klargeworden, dass der Infektionsschutz eine wesentliche Möglichkeit dabei ist.

Nachteile sind natürlich, dass bestimmte Übertragungen nicht möglich sind. Es ist ja immer ein Teil der Übertragung, der gut stattfindet – wenn er denn auch technisch gut stattfinden kann –, und bestimmte vegetative Phänomene können halt im körperlichen Bereich teilweise nicht erfasst werden.

Für die Rückmeldung, finde ich, ist es sehr sinnvoll, wenn verschiedene Aspekte auch in Therapieberichten aufgenommen werden, und dazu ist auch die Möglichkeit bzw. die telemedizinische Leistung oder die Leistungserbringung als Videotherapie gut aufzuführen, damit die Verordnenden auch mehr Expertise bekommen – das ist ein Aspekt – und auch Therapieentscheidungen, die daraus folgen, treffen können. Patientinnen und Patienten können es manchmal nicht so strukturiert zurückmelden, in welcher Form die Therapie jeweils erfolgt ist, und da ist die direkte Rückmeldung sehr gut, sodass eine Kommunikation darüber stattfinden kann.

Wir haben noch zu wenig Informationen darüber, ob die telemedizinische Leistungserbringung generell in Ergänzung besser, gleich, schlechter ist oder für bestimmte Gruppen jeweils besser sein kann. Ich denke, es bringt für manche Gruppen auch eine verbesserte Heilmittelakzeptanz, wenn also bestimmte Wege wegfallen und es für diese Menschen eine wesentliche Rolle spielt, auch daran teilzunehmen.

Das sind die verschiedenen Aspekte. Vielleicht kann man noch anfügen: Es wäre sehr sinnvoll, wenn muttersprachliche Angebote da wären und das von den Heilmittelerbringern, die wir haben, auf hohem Niveau erbracht würde und keine kommerziellen Anbieter das übernehmen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Dr. Schilling. Vor allen Dingen bedanke ich mich dafür, dass Sie noch einmal erwähnt haben, worum es hier geht; das habe ich nämlich eben vergessen. Ich habe nur von der zweiten mündlichen Anhörung gesprochen. Da bin ich

Ihnen sehr dankbar. Natürlich: Es geht um unsere Heilmittel-Richtlinie und Ärzte und Zahnärzte, und zwar um Maßnahmen – Sie haben es perfekt gesagt – der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung. Vielen Dank.

Dann übergebe ich als Nächstes an Frau Köpke für den Verband der Diätassistenten.

**Frau Köpke (VDD):** Herzlichen Dank. – Wir hatten uns schon schriftlich sehr wohlwollend dazu geäußert. Wir haben jetzt im Rahmen der Pandemie mit unseren freiberuflichen Diätassistenten hervorragende Erfahrungen damit gemacht.

Sie wissen: Ernährungstherapie ist in dem Bereich des Heilmittels oft eine sprechende Form der Therapie, und das kann in vielen Fällen sehr gut per Videotherapie erfolgen. Nun muss man natürlich sagen: nicht in allen, aber manchmal ist es sogar ein Vorteil, wie wir erfahren haben. Da gibt es noch nicht viele Studien, aber das Essen findet ja oft im häuslichen Raum statt. Wir müssen eine Verhaltensänderung im Essverhalten bewirken, und es zeigt sich, dass viele Patienten deutlich besser kommunizieren und auch Verhaltensänderungen besser umsetzen, wenn sie im häuslichen Raum per Videotherapie abgeholt werden.

Man kann sich das so vorstellen: Sie kommen zu uns in die Ambulanz, und dann ist das Essen, also das Tun, das wir mit ihnen besprechen, doch ein Stückchen weggerückt. Erfolgt die Videotherapie aber in ihrem häuslichen Raum, dann sind sie näher dran und geben uns zum Teil besseres, gezielteres Feedback, was sie tun, was sie umsetzen können oder auch, wo ihre Schwierigkeiten sind.

Von daher haben wir sehr positive Erfahrungen damit, wohl wissend, dass es auch nicht lückenlos funktioniert, dass zum Beispiel im Rahmen des Assessments durchaus auch Präsenzveranstaltungen stattfinden müssen.

Wir wollen auch auf Folgendes noch einmal hinweisen: Im Bereich Mukoviszidose und SAS – für diese beiden Indikationen gibt es derzeit das Heilmittel – haben wir oft jahrelange Patientenkontakte. Auch dort kennen wir die Patienten sehr, sehr gut, und wenn der Patient nach längerer Zeit wieder zu uns kommt, wäre es einfach schön, den ersten Termin nicht zwingend als Präsenzveranstaltung zu machen – die Menschen müssen oft 100 und mehr Kilometer zu uns fahren –, sondern das Erstgespräch dann, auch weil wir die Patienten ja schon kennen, zum Beispiel per Videotherapie stattfinden. Natürlich müssen wir dann ein Assessment machen, müssen Fragebogen mit ihnen besprechen. Aber wir sehen es nicht immer als zwingend an, dass eine Präsenzveranstaltung erfolgen sollte.

Deswegen würden wir uns freuen, wenn dort eingefügt würde: „In der Regel sollte das Erstgespräch persönlich sein.“ – Das wäre die Ergänzung meiner schriftlichen Stellungnahme.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank dafür. – Dann würde ich weitergeben entweder an Frau Weiffen oder Frau Höll vom Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie. Wer möchte beginnen?

**Frau Weiffen (dbs):** Ich würde gern für den dbs ausführen. – Wir begrüßen sehr, dass die Möglichkeit geschaffen wird, die Videotherapie aufzunehmen. Auch unsere Therapeutinnen haben in den letzten Monaten sehr, sehr gute Erfahrungen mit der Videotherapie gemacht, die ja in Deutschland bisher Neuland war. Daher begrüßen wir es sehr, dass die Möglichkeit geschaffen wird, auch die Videotherapie – hoffentlich auch über die Pandemielage hinaus – weiterhin zu nutzen.

Unsere Stellungnahme liegt Ihnen vor und damit einige Punkte, wo wir die Festzurrung in der Heilmittel-Richtlinie gerade noch nicht so hilfreich finden, weil wir in diesem Bereich noch neu sind und uns noch etwas mehr Offenheit gerade für die Durchführungsarten wünschen. Das würden wir sehr begrüßen, weil von allen in den letzten Monaten erst einmal in die Videotherapie in Deutschland hineingeschnuppert wurde. Statt jetzt hier schon festzuzurren, sich auf

bestimmte Wege und Formen festzulegen, würden wir gern noch Offenheit haben, um Möglichkeiten zu haben, patientenindividueller entscheiden zu können. Das haben wir in unserer Stellungnahme noch einmal hervorgehoben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Weiffen. – Dann würde ich weitergeben an Frau Malzahn für den Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen.

**Frau Malzahn (dba):** Vielen Dank. – Vom Grunde her geht es ja eigentlich im Moment darum, ob wir unserer Stellungnahme aktuell etwas hinzuzufügen haben. Das ist nicht so. Wir begrüßen die Möglichkeit, dass die Behandlung per Video erfolgen kann. Aber die Entscheidung selbst muss im Einzelfall gefällt werden, nicht indikationsbezogen, sondern von der Therapeutin, dem Therapeuten der Situation angemessen.

Es ist ja auch keine neue Therapie, sondern einfach ein neuer Kommunikationsweg, der uns heute zur Verfügung steht, und da schließe ich mich insofern Frau Weiffen, dem dba, an, als dass das noch Neuland für uns alle ist und wir von daher noch sehr offen sein sollten. Wir begrüßen eine Auswertung in ein, zwei Jahren, um dann vielleicht zu neuen Ergebnissen zu kommen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Vielen Dank auch noch einmal für diesen Hinweis. – Dann würde ich weitergeben an Frau Kern, Deutscher Bundesverband für Logopädie.

**Frau Kern (dbl):** Vielen Dank erst einmal. – Ich schließe mich erst einmal den Vorrednerinnen aus dem Bereich Logopädie, Sprachtherapie grundsätzlich an. Wir begrüßen es auch sehr, dass wir Videotherapie bekommen haben, und ich möchte unsere Stellungnahme gar nicht groß ergänzen, sondern würde, weil ich nicht davon ausgehen kann, dass es alle gelesen haben, gern noch einmal sagen:

Es gibt schon auch Evidenzen, die zeigen, auch aus internationalen Studien, wie die Videotherapie wirkt und dass sie wirkt und es durchaus auch Störungsbilder gibt, wo tatsächlich auch die Videotherapie vor der Präsenztherapie in der Wirkweise steht. Das finde ich übrigens hochspannend.

Ich habe auch sehr viele Erfahrungen in der Videotherapie sammeln können. Ich muss zugeben: Unser Netz und unsere Internetverbindungen sind nicht immer super, aber es gibt Effekte, von denen ich gar nicht geglaubt hätte, dass sie so gut funktionieren. Wir sind der Auffassung, dass auch die Schluckstörungen in den Katalog aufgenommen werden sollten, die durchaus per Videotherapie behandelbar sind.

Ansonsten steht alles in unserer Stellungnahme. Wie gesagt: Wir sind sehr froh, dass wir heute hier darüber diskutieren können.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, wobei ich natürlich die Bemerkung, dass Sie nicht davon ausgehen können, dass das alle gelesen haben, im Namen des Unterausschusses aufs Schärfste zurückweisen muss.

**Frau Kern (dbl):** Ich meine nicht Sie, sondern die anderen Organisationen der Heilmittelerbringer!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay, alles klar, gut. – Dann würde ich weitergeben an Frau Hiller für den Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland.

**Frau Hiller (BED):** Auch wir begrüßen die Einführung der Videotherapie in die Regelversorgung. Ergänzend zu unserer Stellungnahme möchte ich auch darauf hinweisen, dass ja durchaus, wie meine Vorrednerinnen teilweise schon gesagt haben, sehr positive Effekte mit der Videotherapie verbunden sind, eben weil dadurch der Patient auch in seinem häuslichen und sozialen Umfeld direkt agiert und dort auch beobachtet und entsprechend begleitet werden kann. Das ist etwas anderes, als wenn er nur in der Praxis ist und darüber berichtet. Insofern ist es sicherlich richtig, dass die Videotherapie einerseits die Nachteile hat, dass bestimmte

Dinge nicht so wahrgenommen werden können. Es gibt aber andere Dinge, die durch die Videotherapie viel besser wahrgenommen werden können. Darauf wollte ich noch einmal den Fokus lenken.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank dafür. – Dann würde ich weitergeben an Frau Simon oder Herrn Büttner für den Spitzenverband der Heilmittelverbände.

**Frau Simon (SHV):** Grundsätzlich ist es bei uns genau wie bei allen anderen: Unsere Ergotherapeutinnen und -therapeuten haben seit letztem Jahr, wie wir sehen, sehr erfolgreich und auch in einer größeren Menge die Videotherapie bereits umgesetzt. Wir wissen auch, dass es Forschungs- und Studienprojekte an deutschen Universitäten und Hochschulen gab und gibt. Die Ergebnisse werden uns mit Sicherheit auch unterstützen, wenn wir in die Vertragsverhandlungen zum Ende des Jahres eintreten.

Ich würde gern nur auf einen einzigen Punkt aus unserer Stellungnahme noch einmal eingehen, und zwar auf § 16b Abs. 5, wo es um die Abgabe der telemedizinischen Leistungen ausschließlich in den zugelassenen Praxisräumen geht. Dazu hatten wir ja Stellung genommen, dass wir diesen Absatz 5 streichen lassen würden. Wir sehen diese Regelung, unter welchen Umständen oder welchen Situationen eine Teletherapie nicht aus der Praxis heraus erfolgen kann, eher im Regelungsbereich der Vertragspartner für den entsprechenden Vertrag. Das wollte ich betonen. Dann würde ich jetzt an Herrn Büttner übergeben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Simon. – Herr Büttner, Sie haben das Wort.

**Herr Büttner (SHV):** Ich habe auch keine Ergänzung zu unserer Stellungnahme, würde aber auf einen Punkt noch einmal eingehen wollen, auf § 16b Absatz 6, wo es um die Prüfung, ich nenne es einmal Evaluation, der ganzen Thematik geht. Wir sehen hier ein gewisses Problem, dass sozusagen das Inkrafttreten der Regelung vor dem Abschluss der Vertragspartner nach § 125 SGB V stehen wird. Dadurch – durch den gewissen zeitlichen Verzug – sehen wir das Problem aufkommen, dass auch die Evaluation auf einen weitaus kürzeren Zeitraum als zwei Jahre zurückzuführen ist. Von daher wäre hier unser Vorschlag, das auf vier Jahre zu erweitern.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für den konkreten Vorschlag. – Gibt es momentan Ergänzungen aus Sicht der Stellungnehmer? Sonst würde ich die Runde für Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses öffnen. – GKV bitte.

**GKV-SV:** Ich hätte eine Frage einmal an den dba aus Sicht der Sprachtherapie, aber auch in Richtung SHV für die anderen Bereiche im Schwerpunkt, und zwar: Wie schätzen Sie denn die Gleichwertigkeit so einer Videobehandlung ein, wenn es vorher gar keinen persönlichen Kontakt zwischen Therapeut und Patient gegeben hat, man sich quasi nicht persönlich, sondern nur per Video kennt? Und vielleicht auch noch ein Statement dazu, wie man die Gleichwertigkeit einer Videobehandlung gegenüber einer Präsenzbehandlung aus therapeutischer Sicht generell sieht.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Wenn ich es richtig verstanden habe, ging die Frage vorrangig an Frau Weiffen und Frau Simon oder Herrn Büttner? Ist das richtig?

**GKV-SV:** An Frau Malzahn und an die SHV; wobei ich jetzt nicht weiß, welcher Bereich da sprechen möchte. Also quasi noch einmal auch aus dem physiotherapeutisch-ergotherapeutischen Bereich.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Genau, wunderbar. Dann würden wir mit Frau Malzahn beginnen.

**Frau Malzahn (dba):** Gerne. – Wie auch schon deutlich wurde, haben wir noch keine abschließenden Erkenntnisse, welche Wirkung die Behandlung per Video im Vergleich zur Präsenztherapie hat. Wir haben jetzt erste Erfahrungen zur Zeit der Pandemie, die sehr unterschiedlich

sind. Aus unserer Sicht präferieren wir die Präsenztherapie und auf jeden Fall im ersten Kontakt, um einfach das komplexe Bild auch wahrnehmen und auch in den Kontakt mit dem Patienten treten zu können.

Bei uns geht es nicht nur um Worte, die ausgetauscht werden, sondern um viel mehr. Es geht um das gesamte Wahrnehmungsspektrum sowohl beim Patienten – das, was er äußert, wie er wahrnimmt – und auch bei dem Leistungserbringer, der Leistungserbringerin. Insofern ist eine Behandlung per Video immer eine reduzierte Möglichkeit der Wahrnehmung.

In Pandemiezeiten ist das etwas ganz anderes. Da bedarf es einfach der Vorsicht und des Abstands, aber in normalen Zeiten sehen wir es vonseiten des Deutschen Bundesverbandes der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen so, dass auf jeden Fall der Erstkontakt – wenn wir von dem jetzt nur sprechen – in Präsenz stattfinden muss.

Die Frage ging noch weiter, oder?

**GKV-SV:** Genau. Ich hatte generell zur Gleichwertigkeit Video - Präsenz gefragt. Da hatte ich aber quasi eine Einschätzung dazu herausgehört.

**Frau Malzahn (dba):** Ja, denke ich. – Die Gleichwertigkeit sehen wir nicht. Darauf, ob es Studienergebnisse gibt, dass die Behandlung per Video der Präsenztherapie überlegen sein könnte, bin ich sehr gespannt. Ich bin gespannt, ob das wirklich so sein wird. Wenn es so ist, werden wir das in unsere Therapiekonzepte einbeziehen, aber aus heutiger Sicht ist es so, dass die Präsenztherapie auf jeden Fall den Qualitätsanforderungen des GKV-Bereichs gerecht wird.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Dann würde ich an den Spitzenverband weitergeben. Wer mag hier antworten?

**Frau Simon (SHV):** Dann würde ich gern beginnen. Wir sehen es auch so, dass die Präsenz bzw. die Therapie in Präsenz in dem Sinne auf jeden Fall der Goldstandard ist.

Wir sehen die Teletherapie als sehr gute ergänzende Maßnahmen für die Klientinnen und Klienten, wo es sehr gut passt. Das soll ja nicht flächendeckend für alle gelten, sondern die einzelne Therapeutin, der Therapeut wählt ja anhand der vorliegenden Diagnostikergebnisse, anhand der Ziele und der Lebensumstände der Klienten einzeln aus, wo das passend ist und wo nicht. Deshalb lässt sich das nie so global sagen.

Gerade in der Ergotherapie haben wir eben auch sehr gute Ergebnisse damit einfahren können, sage ich einmal, sodass es vielleicht bei einzelnen Patienten auch die Präsenztherapie toppen kann, wenn es gerade darum geht, dass der Klient sich in seiner häuslichen Umgebung – oder wo auch immer er diese Videotherapie annimmt – anders verhält als in der Praxis. Gerade bei psychisch erkrankten Patienten können wir das sehen oder auch bei sehr kleinen Kindern zum Beispiel. Das hat auf jeden Fall auch eine Auswirkung, und das kann noch einmal eine sehr fördernde Wirkung haben, ganz anders als die Therapie in der Praxis. Deswegen lässt sich das nicht wirklich verallgemeinern, aber es gibt mit Sicherheit einzelne Punkte, wo dann auch die Videotherapie tatsächlich noch ein wenig besser sein kann als die Präsenztherapie.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Ich sehe allgemeines Nicken seitens der anderen Stellungnehmer. – Gibt es Ergänzungsbedarf, Herr Büttner, oder ist die Frage ausreichend beantwortet?

**Herr Büttner (SHV):** Ich würde noch kurz aus Sicht der Physiotherapie ergänzen, dass wir auch für den Ersttermin, also die Befunderhebung, wie wir es nennen, recht klare Evidenzlagen dazu aus dem internationalen Umfeld haben, dass dort ein persönlicher Kontakt doch besser ist für die Aufnahme der Daten. Dem schließen wir uns völlig an.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Das heißt, es hängt nicht nur von den Patienten, von der Leitungsgeschwindigkeit, sondern natürlich auch vom Heilmittel ab, um das es hier geht. – Alles klar.

Dann habe ich eine weitere Frage von der Patientenvertretung.

**PatV.:** Vielen Dank.

Ich habe eine Frage einmal an den Spitzenverband der Heilmittelerbringer und einmal an den Bundesverband Logopädie, und zwar bezogen auf Absatz 5. Da geht es um den Ort der telemedizinischen Leistungserbringung. Sie haben in Ihren Stellungnahmen deutlich gemacht, dass Sie durchaus die Leistungserbringung auch nicht in Praxisräumen für vertretbar halten. Ich möchte hier ausdrücklich nachfragen. Eine Auffassung ist ja, dass das ohnehin nicht in die Heilmittel-Richtlinie gehört. Trotzdem hätte ich dazu gern noch eine inhaltliche Äußerung.

Wir haben ja ansonsten sehr viel mit Homeoffice zu tun. Das Thema Datenschutz, Vertraulichkeit, all das kennen wir ja aus ganz vielen anderen Bereichen, und von daher sehen wir als Patientenvertretung eigentlich auch die Möglichkeit gegeben, dass man auch außerhalb von Praxisräumen telemedizinische Leistungen erbringt, hätten das aber gern noch einmal erläutert, nämlich: Sehen Sie sich in der Lage, dafür dann auch bei Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Praxen die notwendigen Vorkehrungen zu treffen, dass das auch wirklich sichergestellt ist? Wie gesagt, richtet sich die Frage an Frau Kern, Frau Simon und Herrn Büttner.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Dann machen wir es auch in der Reihenfolge. Frau Kern.

**Frau Kern (dbl):** Ich sehe das ganz genau so, wie Sie es beschrieben haben. Die Arbeitsschutzverordnung ist notwendig, aber auch die Möglichkeit von Homeoffice, denken wir, sollte vorhanden sein. Und das ist natürlich eine Ausnahmesituation – so haben wir es in der Stellungnahme ja auch formuliert. Das sollte nicht die Regel werden.

Es ist ganz klar, dass wir diese Ausnahmesituation sehr gut in unseren Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband beschreiben müssen: Unter welchen Bedingungen ist es möglich, auch von zu Hause aus Therapien durchzuführen? Also, auf keinen Fall dürfen irgendwelche Kinder im Hintergrund herumrennen. Der Datenschutz muss gesichert sein; das ist völlig klar.

Auch hätte ich die Sorge, dass wir Praxen hätten, die quasi vielleicht nur noch einen Praxisinhaber haben und 70 000 Leute im Homeoffice, die Videotherapie machen. Das ist nicht unser Ziel; das kann ich ganz klar als dbl sagen. Das möchten wir schon allein mit Blick auf die Qualitätsansprüche nicht.

Dennoch glauben wir, dass gerade auch die Pandemie uns gezeigt hat: Es ist machbar, und es ist gut, dass es machbar ist, denn es kann auch mal sein, dass eine Therapeutin etwas erkrankt ist, nicht in die Praxis gehen kann. Wenn sie dann von zu Hause aus mit einem leichten Schnupfen die Therapie durchführen kann, vorher vielleicht noch zeigt, in welchem Raum sie sich befindet, wäre das nützlich. – Ja, wir brauchen auch Vertrauen, dass das nicht missbraucht wird. Aber ich denke, wir können Regelungen in unserem Vertrag schaffen, die uns alle dazu aufrufen, sie auch einzuhalten. Ich habe da großes Vertrauen in unsere Therapeutinnen und Therapeuten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Kern. – Dann übergebe ich an Herrn Büttner oder Frau Simon oder beide. – Herr Büttner.

**Herr Büttner (SHV):** Von meiner Seite gäbe es da keine Ergänzungen mehr. Vielen Dank.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Frau Simon?

**Frau Simon (SHV):** Ich würde auch kurz ergänzen, dass wir genau das dann in dem Vertrag zu regeln haben, dass natürlich, egal, von wo die Teletherapie vom Therapeuten oder von der Therapeutin durchgeführt wird, alle Vorgaben eingehalten werden, als säßen sie in der Praxis. Das ist aus meiner Sicht selbstverständlich. Das fängt beim Datenschutz an, reicht über die ungestörte Abgabe der Therapie bis dahin, dass natürlich nur sichere Leitungen benutzt werden usw. Wenn das nicht eingehalten werden kann, kann das auch an einem solchen anderen

Ort nicht durchgeführt werden. Ich bin da für sehr, sehr klare Regelungen. Und ja, es sind Ausnahmen, die schon einmal sein können.

Wir hatten es im letzten Jahr häufiger, dass Mitarbeiterinnen in Quarantäne geschickt wurden, ohne erkrankt zu sein, einfach, weil sie Kontaktpersonen waren. Die saßen zu Hause, quasi kerngesund, nicht AU und drehten Däumchen. In der Zeit hätten sie natürlich sehr gut arbeiten können. Für solche Ausnahmesituationen sehen wir das auch als gerechtfertigt an.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Dann habe ich eine Frage von der KZBV.

**KZBV:** Ich habe eine Frage an Frau Dr. Schilling, und zwar hatten Sie in Ihrer Stellungnahme – zusätzlich in der Heilmittel-Richtlinie Ärzte – den Hinweis aufgenommen, einen zusätzlichen Rückkopplungsprozess bzw. eine Informationsweitergabe der Therapeutin, des Therapeuten an den Verordnenden bezüglich des Umfangs der Heilmittel im Rahmen des Therapieberichts festzulegen. Da wollten wir noch einholen, ob Sie das ebenfalls als sinnvoll für die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte ansehen, da einen zusätzlichen Hinweis in die Richtlinie aufzunehmen, dass da noch einmal Transparenz geschaffen wird, in welcher Form Heilmittel erbracht werden, sodass der Verordnende entsprechend informiert ist.

**Frau Dr. Schilling (BÄK):** Ich denke, das bezieht sich auf den gesamten Bereich der Verordnenden – das sind sowohl die Zahnärzte als auch die Ärzte –, dass es sehr sinnvoll wäre, darüber zu informieren, ob und inwieweit die Heilmittel telemedizinisch erbracht werden. Es reicht ja eine kurze Zahlendarstellung.

Es ist tatsächlich auch Teil einer guten Kommunikation und von *lessons learned*, die wir ja noch brauchen. Da haben wir noch zu wenig Erfahrungen, aber es ist ja auch gerade im Bereich der Psychotherapie klar, wie gut telemedizinische Erbringung auch wirken und wie sinnvoll sie da eingesetzt werden kann. Also es ist, denke ich, für alle ein Rückkopplungsprozess, der sehr positiv ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Frage, glaube ich, beantwortet. – Dann übergebe ich an die KBV.

**KBV:** Ich fand zunächst die Feststellung, dass die Videosprechstunde aus der Praxis heraus erbracht werden muss, aus einem völlig anderen Grund charmant. Wenn dem so ist, müssen Sie eine funktionierende Praxisstruktur aufrechterhalten, und damit haben Sie jederzeit die Möglichkeit, zu sagen: Nein, das bringt per Video nichts, das müssen wir doch in Präsenz machen – zum Beispiel in der Physiotherapie. Da muss man manuelle Techniken einsetzen, das geht halt nur in Präsenz.

Ansonsten: Wenn wir nicht irgendeine Form von Präsenzpflcht hätten, laufen Sie Gefahr, dass Sie Konkurrenz durch irgendwelche Ketten bekommen, die nur noch Videosprechstunden abhalten. Da sitzt dann irgendeiner auf „Malle“ in der Sonne unterm Sonnenschirm und macht nur noch Videosprechstunden.

Sie laufen Gefahr, dass DocMorris das anbietet. – Warum nicht? Und damit hätten Sie nur noch eine Auslese – eine Negativauslese – von sehr komplizierten Patienten, und das, was easy per Tele geht, macht jemand anders.

Man kann das auch nachvollziehen, was sich gerade zu Pandemiezeiten zeigte. Die Mütter können, wenn das Kind krank ist, nicht in die Praxis gehen usw. Da hat es ohne jeden Zweifel Charme. Aber vielleicht sollte von Ihnen noch ein Vorschlag kommen, wie wir die Gefahr der Ketten-Medizin bannen, wenn es dann auch nicht über diesen Paragraphen ist. Dazu fällt mir gerade – adhoc – nichts ein. Ich wollte nur die Gefahren aufzeigen, die damit verbunden sind.

Bei den Videosprechstunden, die die Ärzte ja auch durchführen dürfen, haben wir eine Obergrenze eingezogen. Das geht bei denen, weil wir anders kontrolliert sind; das ist KV-System, dass man nicht mehr als 30 Prozent aller Leistungen per Video erbringen darf. Damit müssen sie automatisch eine Praxisstruktur aufrechterhalten.



Wenn Frau Leigemann das für adäquat hält: Vielleicht können wir Heilmittel-Erbringenden noch eine Definition nachliefern – es liegt ja auch in Ihrem Interesse –, wie das sein könnte ohne Verzicht.

Oder wir verzichten dann auf die Pflicht, es in der Praxis zu machen; das kann eh keiner kontrollieren. Aber es sollte irgendetwas rein zu Ihrem Schutz und damit eben auch zur Flächendeckung an Therapeuten für den Patienten, wenn er auch den persönlichen Kontakt braucht. Den braucht man ja bei manchen Dingen.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ich habe eine Meldung von Frau Malzahn dazu.

**Frau Malzahn (dba):** Ja, gerne. – Ich sehe die Problematik auch sehr genau, und ich denke, es ist sehr realistisch, dass das dann sicherlich durch Unternehmen auch angeboten wird. Warum auch nicht, wenn man darin einen Gewinn sieht, und den wird man sehen.

Ein ganz wesentlicher Faktor ist die Qualität unserer Leistungen, und ich denke, da stimme ich mit allen Heilmittel-Erbringern überein, dass die sich aus der persönlichen Fähigkeit speist, zu therapieren. Da gibt es zwei Möglichkeiten, einmal die Verantwortung für den Patienten, aber auch die Verantwortung des Versicherten. Denn es bedeutet auch einen gewissen Zeiteinsatz, um zur Therapie zu gehen, um von der Therapie wieder wegzugehen. Auch diese Zeit zeigt eine Wirkung: sich darauf vorbereiten und es nachbereiten. Das sollte man nicht unterschätzen. Eben mal zwischendurch in der Mittagspause schnell noch ein bisschen Videotherapie – das wird dem nicht gerecht, dass das durch GKV-Versicherte bezahlt wird. Das ist der eine Punkt. Das heißt, Bewusstseinsbildung auf beiden Seiten: bei Therapeuten und Versicherten.

Das Weitere ist, dass es eine Begrenzung geben sollte im Umfeld. Der normale Versicherte ist im Regelfall vielleicht zwei Kilometer von einer Praxis entfernt, denke ich; vielleicht ist es in Hamburg so, auf dem Lande sind es vielleicht 15 Kilometer. Ein solcher Radius ungefähr ist der Einzugsbereich einer normalen Praxis. Das sollte berücksichtigt werden, dass also ein unmittelbarer Kontakt auch zur Praxis bestehen kann und auch, wenn eine Therapie per Video nicht erfolgversprechend ist, dann kurzfristig in die Therapie per Präsenz gewechselt werden kann. Ich spreche mich ausdrücklich dafür aus, dass es da Reglementierungen gibt. Die sind nicht zum Nachteil der Praxen, sondern sichern auch diese Berufsstände, die verschiedenen Heilmittelbereiche.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Malzahn. – Ich habe jetzt zum selben Thema eine Meldung von Frau Weiffen für den Deutschen Bundesverband für Sprachtherapie und Logopädie.

**Frau Weiffen (dbs):** Auch wir wollen die von Ihnen geschilderten Auswüchse mit der telemedizinischen Leistung von „Malle“ aus natürlich nicht und sehen auch die Notwendigkeit, dass die Einbindung in und an die Praxen gegeben sein muss.

Wir empfinden es nur als falschen Regelungsort, jetzt hier in der Heilmittel-Richtlinie festzusetzen, dass die Therapie ausschließlich aus den Praxisräumen erfolgen soll, sondern sehen hier die Möglichkeit und auch die Notwendigkeit, dazu Regelungen in dem Vertragswerk nach § 125 [SGB V, Anm. Redak.] einzuführen, weil es tatsächlich auch Situationen geben kann, und das hat die Pandemie gezeigt, wo auch die Therapie von anderen Orten aus durchaus sehr sinnvoll sein kann. Von daher würden wir das selbstverständlich begrenzen. Die Notwendigkeit, diese Auswüchse zu begrenzen, sehen wir absolut, sehen aber die Regelungen in den Verträgen nach § 125 [SGB V, Anm. Redak.] und die Beschränkung generell schon hier in der Heilmittel-Richtlinie als falschen Regelungsort an.

**Frau Dr. Leigemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Weiffen. – Ich habe eben Frau Köpke übersprungen, das tut mir sehr leid. Frau Köpke, Sie haben jetzt das Wort.

**Frau Köpke (VDD):** Kein Problem. – Ich stimme meinen Vorrednern absolut zu. In § 125 [SGB V, Anm. Redak.] wird ja auch geregelt, dass es Räumlichkeiten gibt. Das ändert sich auch nicht,

wenn jetzt die Videotherapie als eine Option ergänzt wird. Das ist ja nicht ein neues Heilmittel, sondern eine Ergänzung. Das heißt, dort muss auch ganz klar geregelt sein, für welche Fälle und unter welchen Bedingungen. Da kann ich nachvollziehen, was meine Vorredner gesagt haben. Das würde ich auch unterstützen, aber mit dem Hinweis: Dort wird ja schon klar festgelegt: Es muss eine Praxis zur Verfügung stehen. – Denn selbstverständlich können nicht alle Patienten videotherapeutisch behandelt werden, und auch nicht jeder Patient in jeder Situation; das sehe ich auch so.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, ich glaube, das ist schon fast erschöpfend behandelt. – Nein, Frau Malzahn hat noch eine Wortmeldung.

**Frau Malzahn (dba):** Ja, ergänzend dazu. – Wenn es um den Ort der Behandlung geht, sehe ich es natürlich so, dass wir Therapeuten das gut und richtig einschätzen können und auch die Kompetenz dafür haben.

Auf der anderen Seite erleben wir, dass wir Verträge mit dem GKV-Spitzenverband geschlossen haben, gegen die jetzt geklagt wird. Ich bringe jetzt keine fertige Antwort, nur einen Gedanken: dass nicht über Klagen dann praktisch unsere Verträge wieder ausgehebelt werden können und dann doch Unternehmen die Behandlung per Video weltweit anbieten können. Das ist mir wichtig dabei. Ich nehme dann lieber etwas im Moment in Kauf, um die Therapie, die Qualität der Therapie über unsere Therapeuten zu sichern. – Ich hoffe, es ist verständlich geworden, was ich meine.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja, ich glaube, es ist gut deutlich geworden, Frau Malzahn. Vielen Dank.

Gibt es weitere Fragen? – Ansonsten war das bisher ja schon ein guter Austausch, und ich gucke ja auch immer ein bisschen auf die Zeit. – Ich habe keine weiteren Wortmeldungen, sodass ich mich bei den Stellungnehmerinnen und -nehmern ganz herzlich sowohl für die schriftlichen Stellungnahmen als auch für die Teilnahme an dieser mündlichen Anhörung bedanke. Vielen Dank dafür!

Schluss der Anhörung: 11:49 Uhr

### **B-5.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen**

Es wurden keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen, daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (s. 1. Kapitel § 12 Abs. 3 Satz 4 VerfO).

### **B-6 Würdigung der Stellungnahmen**

Der G-BA hat die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in den Abschnitten B 1 bis B 5.2 dokumentiert. Es haben sich aufgrund der schriftlichen Stellungnahmen Änderungen am Beschlussentwurf ergeben, welche in der Synopse zur Auswertung der Stellungnahmen dokumentiert wurden (vgl. Kapitel B 4.1.2).

**C Anhang 1 – Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen zu Heilmittel-Richtlinie**  
(Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen zu HeilM-RL ZÄ vgl. Abschlussbericht  
der HeilM-RL ZÄ)



**Stellungnahme  
der Bundesärztekammer**

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine  
Änderung der Heilmittel-Richtlinie:

Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung  
(Videotherapie) und weitere Änderungen

Berlin, 10.08.2021

Korrespondenzadresse:  
Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer  
Änderung der Heilmittel-Richtlinie, Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung  
(Videotherapie) und weitere Änderungen

---

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 24.06.2021 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V bezüglich der abschließenden Entscheidung zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL): Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen aufgefordert.

#### **Hintergrund der Änderung**

Aufgrund der epidemischen Lage durch SARS-COV-2 und der Sicherung der Versorgung mit Heilmitteln wurde mit Beschluss vom 17.09.2020 bereits folgende Sonderregelung in § 2a der HeilM-RL aufgenommen:

„Ärztlich verordnete Heilmittelbehandlungen können unter bestimmten Voraussetzungen als Videobehandlung bzw. telemedizinische Leistung durchgeführt werden.“

Der Gesetzgeber hat nunmehr die Möglichkeit der Videobehandlung als weitere Form der Leistungserbringung grundsätzlich geregelt. Durch das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) wird der gesetzliche Anspruch der Versicherten um telemedizinisch erbringbare Heilmittel erweitert.

Die telemedizinische Leistung ist in Echtzeit zu erbringen. Dabei befinden sich die Leistungserbringenden und die Behandelten jeweils zeitgleich an verschiedenen Orten. Die Leistung wird weiterhin persönlich durch die Therapeutin oder den Therapeuten erbracht (online-Behandlung per Videoübertragung), digitale Aufzeichnungen u. ä. sind explizit ausgeschlossen.

Welche Leistungen grundsätzlich telemedizinisch erbracht werden können, wird nach § 125 SGB V durch die Vertragspartner für die jeweiligen Heilmittelbereiche festgelegt.

#### **Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:**

Die Änderung der Heilmittelrichtlinie (HeilM-RL) im Hinblick auf eine optionale telemedizinische Leistungserbringung von Heilmitteln wird von der Bundesärztekammer befürwortet.

#### **Stellungnahme im Einzelnen**

##### **§ 6 Absatz 4: Ausschluss Telemedizinischer Leistungen**

Verordnende haben auf dem Verordnungsvordruck durch den Hinweisbuchstaben „m“ die Möglichkeit, die Erbringung des Heilmittels als telemedizinische Leistung auszuschließen, wenn im Einzelfall wichtige medizinische Gründe gegen diese sprechen. Krankheits-, Personen- oder umweltbezogene Gründe können gegen eine telemedizinische Leistungserbringung sprechen.

Stellungnahme:

Da es sich um eine ärztlich indizierte Heilmittelverordnung handelt, muss eine telemedizinische Leistungserbringung aus medizinischen Gründen ärztlicherseits explizit ausgeschlossen werden können. Die Bundesärztekammer stimmt der ärztlichen Einschränkungsmöglichkeit bzgl. telemedizinischer Leistungserbringung zu.

Stellungnahme der Bundesärztekammer  
Änderung der Heilmittel-Richtlinie, Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung  
(Videotherapie) und weitere Änderungen

---

### **§ 16b Absatz 2 (neu):**

#### **Telemedizinische Leistung als Einzelfallentscheidung**

Die Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung erfolgt als Einzelfallentscheidung zwischen Patientin oder Patient und dem Therapeuten oder der Therapeutin.

Stellungnahme:

Die Dokumentation der Gründe für die Entscheidung zur telemedizinischen Leistungserbringung durch die Heilmittelerbringenden ist anzustreben. Eine Rückmeldung an den Verordner oder die Verordnende über die telemedizinische Leistungserbringung sollte transparent erfolgen. Verordner bzw. Verordnerin überprüfen die Ergebnisse der Heilmittelversorgung. Die telemedizinische Leistungserbringung von Heilmitteln ist bislang nicht validiert, und sie sollte auch transparent für verordnende Ärztinnen und Ärzte in die Bewertung individueller therapeutischer Fortschritte einbezogen werden können.

### **§ 16b Absatz 3 (neu):**

#### **Standard ist der persönliche Kontakt der Leistungserbringung**

Grundsätzlich soll die Erbringung von Heilmitteln in unmittelbar persönlichem Kontakt zwischen den Beteiligten (Therapeutin/Therapeut, Patientin/Patient) als Standard gelten. Für telemedizinische Heilmittel-Leistungen wird vorausgesetzt, dass das Ziel der Behandlung wie in einer Präsenztherapie erreicht werden kann. Zwingend müssen der Erstkontakt und die Verlaufskontrollen mit Befunderhebung im unmittelbaren Kontakt erfolgen.

Stellungnahme:

Belastbare Daten, die die Ergebnisse bestimmter (nach HeilM-RL) telemedizinisch erbrachter Heilmittel-Leistungen mit Heilmittel-Leistungen, die im unmittelbaren, persönlichen Kontakt erbracht wurden, vergleichen, liegen bislang nicht vor. Nachvollziehbar kann der persönliche Kontakt als „Standard“ gelten, auch erfordern bestimmte Heilmittel den persönlichen (z. B. manuellen) Kontakt.

Die Bundesärztekammer stimmt dem Vorrang der Leistungserbringung von Heilmitteln im unmittelbaren persönlichen Kontakt zu. Gerade die „ganz-leibliche Erfahrung“ bietet sich nur durch die leiblich-räumliche Anwesenheit von Therapeutin oder Therapeut und Patientin bzw. Patient während der Leistungserbringung. Auditive und visuelle Kanäle können telemedizinisch übertragen werden, alle anderen Sinneskanäle (kinästhetisch, gustatorisch, olfaktorisch) sind bislang nicht übertragbar. Inwieweit die unvollständige sinnliche Übertragung die Heilmittelerbringung und deren Ergebnisse beeinflusst, ist nicht bekannt. Auch muss einschränkend auf die technischen Faktoren der unvollständigen Übertragung (in Ton und Bild) hingewiesen werden, die die telemedizinische Leistungserbringung limitieren kann.

### **§ 16b Absatz 6 (neu): Evaluation der telemedizinischen Leistungen**

Eine Evaluation der telemedizinischen Leistungen soll zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen erfolgen.

Stellungnahme:

Eine Evaluation sollte auf jeden Fall für die Qualitätssicherung im Hinblick auf die Ergebnisse der telemedizinisch erbrachten Leistungen erfolgen; eine Anpassung der Regelungen kann

Seite 3 von 4

Stellungnahme der Bundesärztekammer  
Änderung der Heilmittel-Richtlinie, Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung  
(Videotherapie) und weitere Änderungen

---

notwendig werden. Siehe hierzu auch die Stellungnahme zu Absatz 2, die Erfassung der Gründe für eine telemedizinische Behandlung.

Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie  
„Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische  
Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen“

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.	
21.07.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und unterstützen sehr, dass die Heilmittelrichtlinie um telemedizinische Leistungen ergänzt werden sollen.	Telemedizinische Leistungen sind im Bereich der Ernährungstherapie häufig eine gute Möglichkeit, auch kurze Einheiten in - je nach Beratungsstand - längeren oder kürzeren Abständen durchzuführen, um so z.B. auf geänderte Laborwerte zu reagieren oder die Motivation einer Verhaltensänderung zu unterstützen. Sie sind im Ausland durchaus üblich und haben sich in Pandemiezeiten bewährt. Gerade bei den derzeitigen Diagnosen des Heilmittels Ernährungstherapie (Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen) sind häufig lange Anfahrtswege durch die Patient*innen zu den wenigen Leistungserbringer*innen/Therapeut*innen zu bewältigen. Auch sind einige Patient*innen höchst infektionsanfällig, bzw. durch die häusliche Situation (Betreuung der Kinder) oder auch körperliche Einschränkung überaus froh, telemedizinische Leistungen nutzen zu können.
Änderung I.2 „(4) Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige <b>medizinische</b> Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen, kann diese auf dem Verordnungsvordruck ausgeschlossen werden. Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem Verordnungsvordruck einzutragen.“	Selbstverständlich können auch personen- oder umweltbezogene Faktoren dazu führen, dass eine telemedizinische Betreuung nicht sinnvoll ist. Allerdings werden z.B. Kinder oder Menschen mit erhöhtem Betreuungs –und Unterstützungsbedarf häufig per se in der Ernährungstherapie durch Eltern oder Betreuer*innen begleitet und diese von Leistungserbringer*innen beraten. Somit kann auch dann eine telemedizinische Betreuung sinnvoll sein, wenn bestimmte umwelt – oder personenbezogene Gründe zunächst dagegen zu sprechen scheinen bzw. vom Verordner / von der Verordnerin so eingeschätzt werden. Durch das Erstgespräch (Assessment) erhalten die Leistungserbringer*innen/Therapeut*innen diesbezüglich Informationen und können gemeinsam mit den Patient*innen bzw. deren Angehörigen eine fundierte Entscheidung treffen. Somit favorisieren wir die Version der KBV mit der Ergänzung „medizinische“.



Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.	
21.07.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Änderung I.4 (3) Voraussetzung für die Erbringung als telemedizinische Leistung ist, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann und dass die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall <b>in der Regel</b> im unmittelbar persönlichen Kontakt stattgefunden hat.</p>	<p>Im Bereich Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen kennen sich Patient*innen und Therapeut*innen oft über Jahre. Eine Wiederaufnahme von Ernährungstherapie durch eine neue Verordnung wird u.U. durch ein akut verändertes Laborbild notwendig, was zwar ein Assessment notwendig macht, jedoch kann dies bei bekannten Patient*innen unter Umständen auch telemedizinisch durchgeführt werden. Dies würde einen schnellen Therapiezugang mit Anpassung des Essverhaltens trotz weiter Distanzen (über 100 km) ermöglichen (was bei Stoffwechselerkrankungen ggf. zwingend ist). Dies sollte selbstverständlich nicht die Regel sein und nur bei längerfristigem Kontakt genutzt werden.</p>
<p>Änderung I.4 3 Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist <b>in der Regel</b> fachlicher Standard und soll daher <b>wenn möglich</b> Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.</p>	<p>In der Ernährungstherapie haben in Abhängigkeit von Situation und Patient*in sowohl der unmittelbare persönliche Kontakt als auch die telemedizinische Leistung ihre Stärken. Besonders in Hinblick auf den z.T. schnell nötigen Therapiebeginn bzw. eine Therapieänderung liegt bei Distanzen von über 100 km für Mukoviszidose und SAS-Patient*innen die Stärke der telemedizinischen Betreuung klar in der Flexibilität und Erreichbarkeit. Daher bitten wir um eine Ergänzung um „in der Regel“ und „wenn möglich“.</p>
<p>Änderung I.4 (5) Soweit Heilmittel im Wege einer telemedizinischen Leistung erbracht werden, hat diese zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden. <del>Die Abgabe telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen Praxisräumen stattfinden.</del> Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein. Das Nähere</p>	<p>Die Ergänzung des GKV – SV im Sinne einer patientensicheren Durchführung können wir nachvollziehen. Dazu ist es allerdings nicht nötig, die Praxisräumlichkeiten zu nutzen. Auch ein Homeoffice könnte dies erfüllen. Daher bitten wir, diesen Passus zu streichen.</p>

<b>Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.</b>	
<b>21.07.2021</b>	
regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.	
Änderung I.4 (6) <b>Fünf</b> Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA seine Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung prüfen und gegebenenfalls anpassen.“	Eine Auswertung der telemedizinischen Leistungen erachten wir als sinnvoll. Da nach Inkrafttreten der Regelung zunächst die Verhandlungen mit dem GKV-SV zu dieser Änderung erfolgen müssen, die voraussichtlich einige Monate dauern werden, erachten wir den Zeitraum von 5 Jahren für sinnvoller und bitten um Präzisierung der Inhalte der Überprüfung.



**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie „Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen“**

Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)	
21.07.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Änderung der Heilmittelrichtlinie Stellung zu nehmen und begrüßen, dass die telemedizinische Leistung (Videotherapie) in die Regelversorgung aufgenommen und die Leistung damit erweitert werden soll.	Telemedizinische Leistungen sind im Bereich der Ernährungstherapie häufig eine gute Möglichkeit, auch kurze Einheiten in - je nach Beratungsstand - längeren oder kürzeren Abständen durchzuführen, um so z.B. auf geänderte Laborwerte zu reagieren oder die Motivation einer Verhaltensänderung zu unterstützen. Sie sind in vielen Ländern durchaus üblich und haben sich in Pandemiezeiten bewährt. Gerade bei den derzeitigen Diagnosen des Heilmittels Ernährungstherapie (Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen) sind häufig lange Anfahrtswege durch die Patient*innen zu den wenigen Leistungserbringer*innen/Therapeut*innen zu bewältigen. Auch sind einige Patient*innen höchst infektionsanfällig. Durch telemedizinische Leistungen wird es möglich, unabhängig von der häuslichen Situation (Kinderbetreuung) oder auch körperlichen Einschränkungen eine Ernährungstherapie in Anspruch zu nehmen.
Änderung in I.2 (4): „Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige <b>medizinische</b> Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen, kann diese auf dem Verordnungsvordruck ausgeschlossen werden. Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem Verordnungsvordruck einzutragen.“	Wir befürworten, dass eine telemedizinische Leistung freiwillig ist und deren mögliche Durchführung in Absprache zwischen Patient*innen und Therapeut*innen getroffen wird.  Selbstverständlich können auch personen- oder umweltbezogene Faktoren dazu führen, dass eine telemedizinische Betreuung nicht sinnvoll ist. Allerdings werden z.B. Kinder oder Menschen mit erhöhtem Betreuungs- und Unterstützungsbedarf häufig per se in der Ernährungstherapie durch Eltern oder Betreuer*innen begleitet und diese von Leistungserbringer*innen beraten. Somit kann auch dann eine telemedizinische Betreuung sinnvoll sein, wenn bestimmte umwelt- oder personenbezogene Gründe zunächst dagegen zu sprechen scheinen bzw. von der/dem Verordner*in so eingeschätzt werden. Durch das Erstgespräch (Assessment) erhalten die Leistungserbringer*innen/Therapeut*innen diesbezüglich Informationen und können gemeinsam mit den Patient*innen bzw. deren Angehörigen eine fundierte Entscheidung treffen. Somit plädieren wir für die Version der KBV mit der Ergänzung „medizinische“.

Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)	
21.07.2021	
1.4 (2): „vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 6 Absatz 4“	Wir sind der Meinung, dass die Verordnenden nur, wenn sie die Patient*innen gut kennen und die persönliche Situation ausreichend gut einschätzen und beurteilen können, die Leistung der Videotherapie ausschließen können.  Die Verordnenden sollten dabei auch berücksichtigen und <b>vermerken</b> können, ob eine Videotherapie ihrer Einschätzung nach ggf. in Verbindung mit An- oder Zugehörigen oder Betreuungspersonen sinnvoll ist.
Änderung in I.4 (3): „Voraussetzung für die Erbringung als telemedizinische Leistung ist, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann und dass die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall <b>in der Regel</b> im unmittelbar persönlichen Kontakt stattgefunden hat.)  Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist fachlicher Standard und soll daher Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.	Im Heilmittelbereich Ernährung ist die Durchführbarkeit und die therapeutische Effizienz der Videotherapie auf die Inhalte bezogen gut gewährleistet und ein persönlicher Kontakt zur Befunderhebung und zur Therapie nicht immer zwingend persönlich notwendig. Selbst die Zubereitung von einzelnen Produkten (Anrühren/Verarbeitung von besonderen eiweißarmen Produkten etc.) kann über Anleitung und Begutachtung per Videoübertragung erfolgen.  Z.B.: Für die Besprechung der aktuellen Laborergebnisse und der Abstimmung aktueller Maßnahmen ist nicht zwangsläufig eine Präsenz erforderlich.  Aus diesem Grund trifft die Vorgabe, dass Präsenz grundsätzlich Vorrang haben sollte, aus unserer Sicht für den Heilmittelbereich Ernährung nicht so stark zu wie vermutlich in anderen Heilmittelbereichen.  Im Bereich Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen kennen sich Patient*innen und Therapeut*innen oft über Jahre. Eine Wiederaufnahme von Ernährungstherapie durch eine neue Verordnung wird u.U. durch ein akut verändertes Laborbild notwendig, was zwar ein Assessment notwendig macht, jedoch kann dies bei bekannten Patient*innen unter Umständen auch telemedizinisch durchgeführt werden. Dies würde einen schnellen Therapiezugang mit Anpassung des Essverhaltens trotz weiter Distanzen (über 100 km) ermöglichen (was bei Stoffwechselerkrankungen ggf. zwingend ist). Dies sollte selbstverständlich nicht die Regel sein und nur bei längerfristigem Kontakt genutzt werden.
Änderung I.4 (3): Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist <b>in der Regel</b> fachlicher	In der Ernährungstherapie haben in Abhängigkeit von Situation und Patient*in sowohl der unmittelbare persönliche Kontakt als auch die telemedizinische Leistung ihre Stärken. Besonders in Hinblick auf den z.T. schnell nötigen Therapiebeginn bzw. eine Therapieänderung liegt bei Distanzen von über 100 km für Mu-

Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)	
21.07.2021	
Standard und soll daher <b>wenn möglich</b> Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.	kovisidose und SAS-Patient*innen die Stärke der telemedizinischen Betreuung klar in der Flexibilität und Erreichbarkeit. Daher bitten wir um eine Ergänzung um „in der Regel“ und „wenn möglich“.
Änderung I.4 (5): Soweit Heilmittel im Wege einer telemedizinischen Leistung erbracht werden, hat diese zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden. <del>Die Abgabe telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen Praxisräumen stattfinden.</del> Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.	Wir unterstützen, dass die Betreuung in stets geschlossenen Räumen mit Privatsphäre stattfindet.  Die Ergänzung des GKV – SV im Sinne einer patientensicheren Durchführung können wir nachvollziehen. Dazu ist es allerdings nicht nötig, die Praxisräumlichkeiten zu nutzen. Auch ein Homeoffice könnte dies erfüllen. Daher bitten wir, diesen Passus zu streichen.
Änderung I.4 (6) „Fünf Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA seine Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung prüfen und gegebenenfalls anpassen.“	Eine Auswertung der telemedizinischen Leistungen erachten wir als sinnvoll. Da nach Inkrafttreten der Regelung zunächst die Verhandlungen mit dem GKV-SV zu dieser Änderung erfolgen müssen, die voraussichtlich einige Monate dauern werden, erachten wir den Zeitraum von 5 Jahren für sinnvoller und bitten unbedingt um Präzisierung der Inhalte der Überprüfung.



Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie  
 „Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische  
 Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen“

<p><b>QUETHEB - Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V.</b></p>	
<p><b>22.07.2021</b></p>	
<p>Stellungnahme /                  Änderungsvorschlag</p>	<p>Begründung</p>
<p>Herzlichen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Wir befürworten die Ergänzung der Heilmittelrichtlinie um die telemedizinischen Leistungen.</p>	<p>Beratungseinheiten lassen sich in der Ernährungstherapie sehr gut videogestützt als telemedizinische Leistungen durchführen. Die telemedizinischen Leistungen bieten eine gute Möglichkeit, kurze Einheiten in kürzeren Abständen durchzuführen, um so z.B. auf geänderte Laborwerte zu reagieren oder die Motivation einer Verhaltensänderung zu unterstützen. Während der Pandemie konnten viele wichtige Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt werden.</p> <p>Erkrankte an den im Heilmittel Ernährungstherapie betreuten Diagnosen (Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen) müssen häufig lange Anfahrtswege zu den wenigen Leistungserbringern in Kauf nehmen oder sind massiv infektionsanfällig bzw. körperlich eingeschränkt, so dass sie froh sind, telemedizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können.</p>
<p>Zu Änderung I.                  2. [...]                  „(4) Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige <b>medizinische</b> Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen, [...]“</p>	<p>Wir befürworten den Zusatz der KBV mit der Ergänzung „medizinische“, da bei den ernährungstherapeutisch betreuten Patient:innen häufig die Eltern oder die betreuenden Personen schon involviert sind bzw. beraten werden.</p>

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu Änderung I. 4. [...] „(3) [...] Voraussetzung für die Erbringung als telemedizinische Leistung ist, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann und dass die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall <b>in der Regel</b> im unmittelbar persönlichen Kontakt stattgefunden hat.“</p>	<p>Patient:innen mit Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselstörungen kennen die Therapeut:innen oft über Jahre. Eine Wiederaufnahme der Ernährungstherapie kann z. B. durch eine neue Verordnung aufgrund veränderter Rahmenbedingungen notwendig werden, was zwar ein Assessment (erster Termin) notwendig macht, jedoch kann dies bei bekannten Patient:innen unter Umständen auch telemedizinisch durchgeführt werden. So kann ein schnellerer Therapiezugang trotz weiter Distanzen (über 100 km) ermöglicht werden.</p>
<p>Zu Änderung I. 4. [...] „(3) [...] Die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes ist <b>in der Regel</b> fachlicher Standard und soll daher <b>wenn möglich</b> Vorrang vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung haben.“</p>	<p>Situationsabhängig haben in der Betreuung von Mukoviszidoseerkrankten und Patient:innen mit seltenen angeborenen Stoffwechselestörungen sowohl der unmittelbare persönliche Kontakt als auch die telemedizinische Leistung ihre Stärken.</p> <p>Insbesondere bei einem schnell nötigen Therapiebeginn bzw. einer Therapieänderung liegt bei Distanzen von über 100 km eine Stärke der telemedizinischen Betreuung. Außerdem bietet sie mehr Flexibilität und schnellere Erreichbarkeit. Daher bitten wir um eine Ergänzung um „in der Regel“ und „wenn möglich“.</p>

<p>Zu Änderung I. 4. [...] „(5) Soweit Heilmittel im Wege einer telemedizinischen Leistung erbracht werden, hat diese zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden. <del>Die Abgabe telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen Praxisräumen stattfinden.</del> Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.“</p>	<p>Wir bitten darum, den Passus „zugelassene Praxisräume“ zu streichen, da ein Homeoffice (verschlossener, seperater Raum) eine patientensicheren Durchführung erfüllen könnte.</p>
<p>Zu Änderung I. 4. [...] „(6) <b>Fünf</b> Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA seine Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung prüfen und gegebenenfalls anpassen.“</p>	<p>Wir bitten um eine genauere Darstellung der Überprüfung, die wir für sehr sinnvoll halten, würden den Zeitraum bis dahin aber verlängern.</p>
<p></p>	<p></p>





**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie  
„Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung  
(Videotherapie) und weitere Änderungen**

Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. Goethestraße 16 47441 Moers <a href="http://www.dbs-ev.de">www.dbs-ev.de</a>

**Gerne nehmen wir zu den geplanten Änderungen wie folgt Stellung:**

Stellungnahme des dbs		02. August 2021
<b>Heilm-RL</b>	<b>Begründung</b>	
<b>Maßnahme der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistungen</b>	<p>Wir begrüßen die Intention des G-BA, die Videobehandlung in die Regelversorgung aufzunehmen.</p> <p>In der Zeit bis 30.06.2020 und seit dem 02.11.2020 ist die Videobehandlung als „Corona-Sonderregelung“ im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und zahnärztlich verordneter Schlucktherapie möglich.</p> <p>Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Möglichkeit der Videobehandlung der Sicherstellung der Versorgung unter potentiellen pandemischen Risiken dient und eine bestmögliche Infektionsvermeidung zum Schutz der Patienten, die zur Risikogruppe gehören, in den Mittelpunkt stellt.</p> <p>Es liegen aber auch weitere Vorteile und Chancen in der Übernahme der Videobehandlung in die Regelversorgung, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die regionale Unterversorgung mit Therapeuten (Wegfall von Anfahrtszeiten, Arbeitsmöglichkeiten auch für Therapeuten aus Risikogruppen beispielsweise bei Schwangerschaften)</li> <li>• schwangerschaftsbedingte Beschäftigungsverbote</li> <li>• eingeschränkter Zugang zur Therapie (z.B. aufgrund mangelnder Mobilität der Betroffenen, bei leichten Krankheitssymptomen der Betroffenen und der Therapeuten)</li> </ul>	



Stellungnahme des dbs	02. August 2021
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlastung von Patienten und Therapeuten durch Wegfall von Fahrtwegen</li> <li>• Entlastung von betreuenden Angehörigen die durch zusätzliche Care- und/oder Berufstätigkeit gefordert sind</li> <li>• Erhöhung der Therapiefrequenz im Rahmen von Intervalltherapien</li> <li>• Kostenreduktion und Entlastung der Therapeuten durch Reduktion von persönlichen Hausbesuchen</li> <li>• allgemeiner Fachkräftemangel im Heilmittelbereich</li> <li>• kurzfristiger räumliche Abwesenheit (längerer Urlaub in den Sommerferien, längere Dienstreisen)</li> <li>• die Steigerung der Verfügbarkeit von Ressourcen,</li> <li>• die Integration des häuslichen Alltags der Zielgruppen (Patienten)</li> <li>• und die Sicherstellung des Infektionsschutzes.</li> </ul> <p>Um dauerhaft eine optimale Versorgung mit sprachtherapeutischer Therapie sicherzustellen, ist eine vertragliche Vereinbarung auf Grundlage des § 125 Abs. 2a (neu) SGB V sinnvoll und zielführend.</p> <p>Die Festlegung im Rahmen der HeiM-RL, dass Heilmittel auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können, wird daher ausdrücklich begrüßt.</p>
<p><b>§ 1 Abs. 13? oder Abs. 8?</b></p>	<p>Der Beschlussentwurf sieht eine Ergänzung in § 1 Abs. 13 S. 1 vor, den es in der HeiM-RL nicht gibt. Die tragenden Gründe sehen dann § 1 Abs. 8 als Regelungsort vor. Hier ist eine formale Korrektur erforderlich.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass die Ergänzung in § 1 Abs. 8 vorgenommen werden soll.</p> <p>Die Klarstellung ist überflüssig, da der Geltungsbereich bereits im Gesetz verankert ist. Soll dies in der HeiM-RL nochmals verdeutlicht werden, müsste die Ergänzung auch an weiteren Stellen vorgenommen werden.</p> <p>Eine komplette Nennung aller Gruppen, für die die HeiM-RL verbindlich ist, an allen Stellen der HeiM-RL würde jedoch nicht zur Übersichtlichkeit und guten Lesbarkeit beitragen.</p> <p>Eine Klarstellung ist bereits durch § 1 Abs. 3 ausreichend gegeben.</p>



Stellungnahme des dbs	02. August 2021
	<p>Darüber hinaus ist, wenn an der Ergänzung festgehalten wird, wie in § 1 Abs. 3 der Begriff „Leistungserbringer“ zu verwenden.</p>
<p><b>§ 6 Abs. 4</b></p>	<p>Die Entscheidung, ob die Behandlung über Präsenz- oder über Videobehandlung erbracht wird, muss für alle Indikationsbereiche bei den behandelnden Therapeuten in Absprache mit den Patienten liegen: Sie gehört in den therapeutischen Entscheidungsprozess samt der Abwägung von Indikation und Kontraindikationen.</p> <p>Die Regelung, dass die Verordnerin oder der Verordner die Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung ausschließen kann, würde der Regelung, dass Therapeuten und Patienten gemeinsam entscheiden, ob eine Videotherapie möglich und sinnvoll ist, widersprechen.</p> <p>Eine grundsätzliche Vetomöglichkeit wird aus folgenden Gründen abgelehnt:</p> <p>1. Die Verordnerin/der Verordner ist mit den methodischen Möglichkeiten der videotherapeutischen Behandlung in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie nicht umfänglich vertraut. Es ist möglich, dass eine Verordnerin/ ein Verordner daher eine Videotherapie ausschließt, die aus Sicht von Therapeuten und Patienten sinnvoll umsetzbar wäre.</p> <p>Das in den tragenden Gründen angeführte Beispiel (Patienten mit Demenz) macht einen solchen Fall deutlich, in dem eine Verordnerin/ein Verordner die Online-Behandlung unbegründeter Weise ausschließen würde: Es liegen Evidenzen vor, dass Videotherapien auch mit demenzerkrankten Patient*innen erfolgreich umgesetzt werden können. In Unkenntnis des (sprach)therapeutischen Methodenrepertoires lässt sich die Einschätzung, ob eine Videobehandlung möglich ist oder nicht, nicht korrekt treffen. Beispielsweise zeigen Dial et al. (2019) für Patienten mit primär progressiver Aphasie (PPA) vergleichbare Therapieerfolge bei Tele- und Präsenztherapie. Auch bei Patienten mit Gedächtnisstörungen kann eine Teletherapie zur kognitiven Rehabilitation erfolgreich durchgeführt werden, ggf. mit der Unterstützung einer betreuenden Person (Burton &amp; O'Connell, 2018).</p> <p>Die Verordner sollten daher die Informationen über Vor- und Begleiterkrankungen sowie die vorliegenden Schädigungen an die Therapeuten weitergeben, damit diese informiert sind und gemeinsam mit dem Patienten entscheiden können.</p>



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Stellungnahme des dbs		02. August 2021
	<p>2. Eine generelles Veto würde das Ausweichen auf eine telemedizinische Behandlung im Einzelfall verhindern, z.B. bei fehlender Mobilität des Patienten (Auto defekt, Gehbehinderung o.ä.) oder bei Praxissperrung (Havarie, Evakuierung). Selbst bei Behandlungen, die in der Regel in Präsenz stattfinden, muss die Möglichkeit zur Videotherapie neu geprüft werden können, um einen Therapieausfall zum Nachteil des Patienten zu verhindern.</p> <p>§ 6 Abs. 4 ist daher zu streichen.</p>	
<b>§ 11 Abs. 3</b>	<p>Die Festlegung im Rahmen der HeilM-RL, dass Heilmittel auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können, wird ausdrücklich begrüßt.</p> <p>Der Begriff in „Echtzeit“ sollte entfallen, da es keine nähere Konkretisierung in der HeilM-RL gibt. Auch die Präsenztherapie hat im 1 zu 1-Kontakt „in Echtzeit“ stattzufinden, ohne dass es einer solchen Formulierung in der HeilM-RL bedarf. Der Zusatz ist hier zu streichen.</p> <p>Die Konkretisierung in § 16b Abs. 1 ist stellt dies bereits klar.</p>	
<b>§ 16b Abs. 1</b> Vorrangig im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung Videofilme und digitale Gesundheitsanwendungen (diGA) keine Behandlung im Sinne der Richtlinie	<p>Die Definitionen zur telemedizinischen Leistung werden unterstützt und begrüßt.</p> <p>Weitergehende Festlegungen sind in der HeilM-RL jedoch nicht zu treffen.</p> <p>Gemäß der Gesetzesbegründung zu § 125 Abs. 2a SGB V im DVPMG wird mit der Erbringung von Heilmitteln im Wege der Videobehandlung keine neue Leistung geschaffen, sondern lediglich der Leistungsort erweitert. Da lediglich der Leistungsort erweitert wird, sind alle darüber hinaus gehende Regelungen in der HeilM-RL falsch platziert.</p> <p>Das DVPMG schränkt damit die Beschlussfassung des G-BA vom 15.10.2020 ein, so dass der Regelungsbereich des G-BA auf das „ob“ der telemedizinischen Leistungen begrenzt ist.</p>	
<b>§ 16b Abs. 2</b> „vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 6 Abs. 4“	<p>Der Zusatz „<b>vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 6 Abs. 4</b>“ ist ebenso wie § 6 Abs. 4 zu streichen.</p> <p>Die Entscheidung, ob die Behandlung als Präsenz- oder Video-</p>	



Stellungnahme des dbs	02. August 2021
	<p>behandlung erbracht wird, muss bei den behandelnden Therapeuten in Absprache mit den Patienten liegen.</p> <p>Hier sollte ergänzt werden, dass die Entscheidung von der Patientin oder dem Patienten <u>bzw. von der sie betreuenden Person</u> (Eltern, Betreuer) gemeinsam mit der ausführenden Therapeutin oder dem ausführenden Therapeuten zu treffen ist.</p>
	<p><b>„Hinweis auf die Möglichkeit einer Behandlung im unmittelbaren persönlichen Kontakt“</b></p> <p><b>Dieser Passus ist zu streichen.</b></p> <p>Zum Einen impliziert die gemeinsam zu treffende Entscheidung von Patient*in und Therapeut*in dies bereits, da dies notwendiger Bestandteil der Entscheidungsfindung ist. Zum Anderen sind die Details der Umsetzung in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln. Die HeilM-RL kann dies daher nicht vorgeben.</p>
<p><b>§ 16b Abs. 3</b></p> <p><b>Persönlicher Kontakt bei erster Behandlung im Verordnungsfall</b></p>	<p>Die Einzelheiten der Durchführung sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln. Die HeilM-RL kann hierzu keine Vorgaben machen. Abs. 3 ist zu streichen.</p> <p>Gemäß der Gesetzesbegründung zu § 125 Abs. 2a SGB V im DVPMDG wird mit der Erbringung von Heilmitteln im Wege der Videobehandlung keine neue Leistung geschaffen, sondern lediglich der Leistungsort erweitert. Da lediglich der Leistungsort erweitert wird, sind alle darüber hinaus gehenden Regelungen in der HeilM-RL falsch platziert.</p> <p>Da sich mit der Videotherapie nur der Leistungsort ändert, sind sämtliche anderen Regelungen parallel zur Präsenztherapie zu handhaben bzw. bedürfen einer eigenen Neu-Regelung für die Videotherapie in den Verträgen nach § 125 Abs. 2a SGB V.</p> <p><b><u>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</u></b></p> <p>Eine Präsenztherapie kann nicht an den Verordnungsfall geknüpft werden, da ein neuer Verordnungsfall schnell entstehen kann (z.B. Arztwechsel, Ablauf eines Zeitraumes von 6 Monaten seit der letzten Verordnungsausstellung, Diagnosewechsel).</p> <p>Wenn eine Präsenzbehandlung automatisch durch einen neuen Verordnungsfall ausgelöst würde, würden Präsenztermine formal erzwungen, die fachlich-inhaltlich ggf. nicht nötig wären und zu einer unnötigen Mehr-Belastung des Patienten führen.</p>



Stellungnahme des dbs	02. August 2021
<p><b>Überprüfung und Dokumentation von Durchführbarkeit Effizienz und Wirksamkeit</b></p>	<p>Der Vertrag nach § 125 SGB V knüpft die von der Therapeutin / vom Therapeuten durchzuführende Erstdiagnostik, die zur Anamnese und Behandlungsplanung unabdingbar ist, daher auch nicht an den Verordnungsfall, sondern vielmehr an den Beginn einer Therapie oder an einen Wechsel der therapeutischen Praxis.</p> <p>Regelungen zu regelmäßigen Verlaufskontrollen in Präsenz sind ebenso in den Verträgen nach § 125 SGB V zu treffen.</p> <p>Auch Regelungen zur Effizienz und Wirksamkeit sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu treffen, siehe § 125 Abs. 2 Nr. 5 SGB V „Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse“ in Verbindung mit § 125 Abs. 2a SGB V. § 16b Abs. 3 darf hierzu keine Regelungen treffen.</p>
<p><b>Vorrang der Präsenztherapie</b></p>	<p>Vorrang der Präsenztherapie vor einer Erbringung als telemedizinische Leistung:</p> <p>Die Tatsache, dass die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fachlicher Standard ist, ist keine hinreichende Begründung für den pauschalen Vorrang der Präsenztherapie gegenüber telemedizinischen Leistungen.</p> <p>1. Für Deutschland ist die Aussage zutreffend, dass die Präsenztherapie Standard ist, da diese Form der Therapie bis März 2020 die einzig mögliche war. Der Standard ist somit nicht fachlich begründet, sondern Folge der bisherigen Rahmenbedingungen der Heilmittelversorgung.</p> <p>2. Eine vergleichbare Wirksamkeit von Präsenz- vs. Videobehandlungen konnte bereits gezeigt werden, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cordes et al. (2020) zeigen in ihrem Review, dass in allen eingeschlossenen Studien die Screen-to-Screen-Therapie und die Face-to-Face-Therapie eine vergleichbare Wirksamkeit auf die Benennleistungen bei Aphasie hatten</li> <li>• Richter (2015) zeigt in einer explorativen Studie, dass sich Sprachdefizite bei Aphasie in der virtuellen Therapie als auch in der realen Therapie in gleichem Ausmaß verbesserten</li> </ul>



Stellungnahme des dbs	02. August 2021
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constantinescu et al. (2011) belegen für das Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) bei Parkinson vergleichbare Ergebnisse bei einer Online- vs. Präsenztherapie</li> <li>• Mashima (2003) und Lin et al. (2020) zeigen, dass Stimmstörungen in einer Online- vs. Präsenztherapie gleichermaßen effektiv behandelt werden können.</li> </ul> <p>Zahlreiche weitere Studien belegen die Wirksamkeit von Video-behandlungen bei verschiedenen Störungsbildern, ohne die Online-Behandlung direkt mit dem Outcome von Präsenztherapien zu vergleichen. Darüber hinaus liegen praxisbasierte Evidenzen vor, dass bei einigen Klient*innen eine Videotherapie wirksamer bzw. besser durchzuführen ist als eine Präsenztherapie.</p> <p>3. Diese Regelung widerspricht auch der Regelung in § 16b Abs. 2, die besagt, dass "die Erbringung als telemedizinische Leistung ist für jede Versicherte oder jeden Versicherten im Einzelfall zu entscheiden" ist.</p> <p>Ein pauschaler Vorrang der Präsenztherapie verhindert eine patientenorientierte Entscheidung bzgl. einer Videobehandlung.</p> <p>Die Aussage, dass die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes Vorrang vor der Erbringung als telemedizinische Leistung haben soll, ist daher in dieser Pauschalität nicht begründet und ist zu streichen.</p> <p>Ebenfalls zu streichen ist die Formulierung in den tragenden Gründen:</p> <p>„Die Heilmittelbehandlung kann nur dann als telemedizinische Leistung erfolgen, wenn die Therapeutin oder der Therapeut sich <b>mit den begrenzten Mitteln</b> der telemedizinischen Behandlung einen ausreichenden Eindruck vom Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten verschaffen kann...“</p> <p>Evidenzen zeigen, dass Videotherapie keine "minderwertige" Alternative zur Präsenztherapie ist. Dies sollte durch eine solche Wortwahl daher auch nicht suggeriert werden.</p>
§ 16b Abs. 4	<p>Die Einzelheiten der Durchführung sind in den Verträgen nach § 125 Abs. 2a SGB V zu regeln.</p> <p>Die HeiM-RL kann hierzu keine Vorgaben machen.</p>



Stellungnahme des dbs	02. August 2021
	<p><u>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</u></p> <p>Die vorgeschlagene Regelung in Abs. 4 ist zwar selbstverständlich, jedoch ist die HeiM-RL nicht der richtige Regelungsort.</p> <p>Darüber hinaus geht die Formulierung in den tragenden Gründen über den Wortlaut in § 16b Abs. 4 hinaus und gibt vor, dass im Falle von Übertragungsproblemen oder anderen technisch begründeten Unterbrechungen die verordnete Leistung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortzusetzen und <u>in vollem Umfang zu erbringen</u> ist.</p> <p>Dies verkennt das System einer sogenannten Bestellpraxis. Für die vereinbarte Therapiezeit wird der Therapieplatz für die Patientin/den Patienten frei gehalten. Sollte es Übertragungsproblem geben, die die Therapeuten nicht zu vertreten haben und die die Therapiezeit verkürzen, kann nicht verlangt werden, dass der Therapietermin nachgeholt wird. Hier muss der Vergleich zur Präsenztherapie gezogen werden. Auch dort sind Situationen denkbar, in denen eine begonnene Therapiesitzung nicht beendet werden kann, wenn der Patient auf Grund plötzlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen den Behandlungstermin nicht fortsetzen kann.</p> <p>Die HeiM-RL darf hierzu keinerlei Vorgaben machen.</p> <p>Vielmehr ist es Aufgabe der Behandlungsverträge zwischen therapeutischer Praxis und Patient*in, Regelung zu Therapieabsagen und Nichtdurchführbarkeiten auf Grund technischer Störungen etc. zu treffen.</p>
<p><b>§ 16b Abs. 5</b></p>	<p>Die Einzelheiten der Durchführung sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln. Die HeiM-RL kann hierzu keine Vorgaben machen.</p> <p><u>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</u></p> <p>Mit der Vorgabe, dass die Abgabe ausschließlich in zugelassenen Praxisräumen stattfinden kann, wird die zu schaffende Möglichkeit der Videobehandlung unbegründet eingeschränkt.</p> <p>Auf Grund der in der Pandemie gewonnenen Erkenntnisse der maßgeblichen Berufsverbände, aktueller Studienlagen und Umfrageergebnissen ist es möglich, in den Verträgen nach § 125 SGB V die inhaltlichen und technischen Rahmenbedingungen</p>





Stellungnahme des dbs	02. August 2021
	<p>für die Videobehandlung festzulegen und damit die Videobehandlung zu etablieren und folgende bestehende Probleme zu reduzieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die regionale Unterversorgung mit Therapeuten (Wegfall von Anfahrtszeiten, Arbeitsmöglichkeiten auch für Therapeuten aus Risikogruppen beispielsweise bei Schwangerschaften)</li> <li>• schwangerschaftsbedingte Beschäftigungsverbote</li> <li>• Entlastung von Patienten und Therapeuten durch Wegfall von Fahrtwegen, dadurch höhere Versorgungsdichte möglich</li> </ul> <p>Mit der Festlegung auf den Ort der Praxisräume wird die Möglichkeit der Videobehandlung unbegründet eingeschränkt, so dass sie z.B. keine Möglichkeit für Risikogruppen bei einer Schwangerschaft mehr darstellen würde und Beschäftigungsverbote nicht verhindert werden können.</p> <p>Die Pandemie hat gezeigt, dass sich mit der Möglichkeit der Videobehandlung zahlreiche Beschäftigungsverbote haben reduzieren oder verhindern lassen und eine Therapiekontinuität dadurch gewährleistet werden konnte.</p> <p>Auch in anderen Ausnahmesituationen wie z.B. Wasserschaden in der Praxis, Schneechaos, Autobahn gesperrt, Bombenentschärfung, bei Immobilität der Therapeuten, die ein Aufsuchen der Praxisräume nicht ermöglichen, kann durch die Möglichkeit der Videotherapie eine Therapiekontinuität gewährleistet werden.</p> <p>Auch fordern pandemiebedingte Arbeitsschutzverordnungen Home Office ein. Im Sinne des Gesundheitsschutzes dürfen insbesondere Therapeut*innen nicht davon ausgenommen werden.</p> <p>Die Durchführung in anderen Räumen, in denen die Datensicherheit gewährleistet und ein störungsfreier Ablauf gesichert ist, muss daher unter festzulegenden Voraussetzungen möglich sein. Die Details dazu sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln.</p> <p>Insbesondere kann in den tragenden Gründen keine Festlegung auf „zertifizierte und zugelassene Praxis – und IT-Systeme“ getroffen werden, da es im therapeutischen Bereich keine Zertifizierungen und Zulassungen von Praxis- und IT-Systemen gibt.</p>



Stellungnahme des dbs		02. August 2021
	Nach § 125 Abs. 2a SGB V ist dies in den Verträgen zu regeln.	
<b>§ 16b Abs. 6</b>	Die Regelungen sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu treffen. Hier können Anpassungen zwischen den Vertragspartnern vereinbart und vorgenommen werden.  Abs. 6 ist zu streichen.	
<b>HeiM-RL Zweiter Teil</b>	Es wird auf die Abgabe einer inhaltlichen Stellungnahme zu diesen Änderungen verzichtet.  Die geplanten Änderungen betreffen nicht den Heilmittelbereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.	

**dbs**  
Volker Gerrlich  
Geschäftsführer



Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte  
 „Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische  
 Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen“

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.
Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V. Holstenwall 12 20355 Hamburg info@dba-ev.de www.dba-ev.de

03.08.2021	
Heilm-RL	Begründung
<b>I. 1.</b>	<b>§ 1</b>
<del>§ 1 Abs. 13 Satz 1</del> § 1 Abs. 8	Der Begriff „ausführender Therapeut“ wird im SGB V nicht verwendet, sondern <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungserbringer (§ 91 Abs. 6 SGB V, §§ 124, 125 SGB V) und</li> <li>- Heilmittelerbringer (§ 92 Abs. 6 und 7 SGB V, § 125 SGB V).</li> </ul> Eine entsprechende Terminologie sollte auch in der Heilm-RL Anwendung finden und folgende Begriffe durch „Heilmittelerbringer“ ersetzt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapeut (u. a. § 14 Satz 2 Heilm-RL)</li> <li>- ausführender Therapeut (u. a. § 1 Abs. 4 Heilm-RL)</li> </ul>
<b>I. 2.</b>	<b>§ 6</b>
Tragende Gründe 2.1.2 Satz 1 und Kasten 1: GKV-SV und PatV	Hier wird geschrieben, dass „Schädigungen der mentalen Funktionen“ oder „komplexe, mehrere Funktionen betreffende Schädigungen“ „eine Heilmittelbehandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt erforderlich machen“ ebenso wie „bei Säuglingen oder Kleinkindern oder auch bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit schweren Behinderungen“. <p>Das erweckt den Eindruck, Präsenztherapie wäre vorrangig nur bei derartigen Störungen sinnvoll – das ist keineswegs so und stigmatisiert zudem diese Gruppen. Vielmehr gilt grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten:</p> Der persönliche Kontakt bei gleichzeitiger physischer Anwesenheit von Heilmittelerbringerin oder Heilmittelerbringer

03.08.2021	
	und Patientin oder Patient gewährleistet uneingeschränktes therapeutisches Handeln. Der Kommunikationsweg per Video kann diesen Therapeuten-Patienten-Kontakt ergänzen, aber nicht ersetzen.
Tragende Gründe 2.1.2 Satz 2 zweiter Halbsatz und Satz 3	Die Bewertung der fachlichen Notwendig der Therapie „im unmittelbar persönlichen Kontakt“ ist zutreffend, allerdings kann es nicht nur „bei Schädigungen der mentalen oder der Sinnesfunktionen bei telemedizinischer Heilmittelbehandlung zu einer Überforderung und Verunsicherung der Patientinnen und Patienten kommen“, sondern grundsätzlich. Denn die Ursachen für Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen können physisch und psychisch komplex und tiefgreifend sein. Im Interesse der Qualität der Behandlungsergebnisse sollten Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen nur in Ausnahmefällen per Video therapiert werden. Die Studienlage zur Sinnhaftigkeit der Teletherapie ist zur Zeit nicht aussagekräftig genug, um auf dieser Grundlage allgemeingültige Aussagen treffen zu können.
Tragende Gründe 2.1.2 Satz 4	Weiter heißt es, dass „telemedizinische Heilmittelerbringung in den Fällen grundsätzlich nicht möglich [ist], in denen die Therapeutin [...] <b>aus Gründen der therapeutischen Effizienz</b> (z. B. bei intermittierend auftretender Spastik) sowie der Patientensicherheit (z. B. bei latenter Sturzneigung [...]) unmittelbar auf die Patientin [...] einwirken können muss“. Die explizite Nennung dieses Arguments rückt die Präsenztherapie in ein merkwürdiges Licht, ist sie doch keineswegs vorrangig notwendig, um Gefahr abzuwenden. Auch hier gilt grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten: Ein wesentliches Kriterium für die Qualität des Heilmittels Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) ist nicht die reduzierte virtuelle Interaktion, sondern die direkte Interaktion im persönlichen physischen Kontakt unter Einbeziehung aller Wahrnehmungsbereiche. <b>Fazit:</b> Es gibt keine „im Einzelfall wichtige[n] Gründe“.
Tragende Gründe 2.1.2 Kasten 3: KBV	Nicht nur die Ärztin oder der Arzt hat „ <b>genaue Kenntnis</b> über die Vor- und Begleiterkrankungen sowie die vorliegenden Schädigungen“ der Patientin oder des Patienten, sondern auch die Heilmittelerbringerin oder der Heilmittelerbringer:  Durch den Heilmittelerbringer oder die Heilmittelerbringerin erfolgen im Interesse einer effektiven und effizienten Stimm-, Sprech-, Sprach- und/oder Schlucktherapie vor der ersten Therapieeinheit Durchführung und Auswertung der stimm-, sprech-, sprach- und/oder schlucktherapeutischen Diagnostik. Sie beinhaltet u. a. Anamnese, Analyse von Alltagsaktivitäten

03.08.2021	
	<p>und Umfeld der oder des Versicherten, Beurteilung ihrer oder seiner aktuellen Reaktionsfähigkeit und Motivation.</p>
§ 6 Abs. 4	<p>Nicht nur „wichtige <b>medizinische Gründe</b>“ (KBV) können „gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen“, genau so können es „<b>wichtige Gründe</b>“ (GKV-SV und PatV) sein und vielmehr noch <b>gewichtige Gründe</b>: Die <b>vielfältigen</b> Möglichkeiten der Präsenztherapie bis Datenübertragungsrate; „personen- und umweltbezogene Faktoren“ (GKV-SV und PatV).</p> <p>Die „telemedizinische Leistung“ sollte nicht der Regelfall sein, sondern die Ausnahme. Die Versorgung mit Heilmitteln sollte grundsätzlich im unmittelbaren persönlichen Kontakt in Präsenztherapie erfolgen.</p> <p>Die stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Diagnostik bildet gemeinsam mit der ärztlichen Diagnose die Grundlage der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST). Die therapeutische Diagnostik ist unabdingbare Voraussetzung für die Therapieplanung, den Behandlungsverlauf und die Beurteilung des Behandlungsergebnisses und kann u. a. bereits vor der ersten Therapieeinheit Aufschluss darüber geben, ob überhaupt und/oder ggf. ab wann eine Therapie per Video sinnvoll sein könnte.</p> <p>Gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 1 SGB V sind in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, insbesondere die Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden können, zu regeln.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass die ärztlichen Fachbereiche nur wenige Überschneidungspunkte mit der SSSST haben und es aus diesem Grunde nicht immer zu einer Übereinstimmung der Beurteilung der Sinnhaftigkeit einer Heilbehandlung als telemedizinische Leistung durch Ärztin oder Arzt und Heilmittelerbringer oder Heilmittelerbringerin kommen kann.</p> <p><b>Kompromiss:</b></p> <p>Aus unserer Sicht sollte die Entscheidung bei der Heilmittelerbringerin oder dem Heilmittelerbringer liegen. Ein möglicher Kompromiss könnte analog zur § 16 Absatz 6 Heilm-RL gefunden werden:</p> <p>Kommt die Heilmittelerbringerin oder der Heilmittelerbringer vor Beginn oder im Laufe der Therapie zu einem anderen Ergebnis als die Ärztin oder der Arzt, dann sollte die</p>

03.08.2021	
	<p>Heilmittelerbringerin oder der Heilmittelerbringer zur Sicherung der Qualität die Ärztin oder den Arzt darüber informieren.</p> <p>Nach Zustimmung der Patientin oder des Patienten und im Einvernehmen mit der Verordnerin oder dem Verordner sollte die Heilbehandlung dann als telemedizinische Leistung möglich sein. Die einvernehmliche Änderung würde von der Heilmittelerbringerin oder der Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren sein.</p>
<b>I. 3.</b>	<b>§ 11</b>
Tragende Gründe 2.1.3	Telemedizinische Leistungen sind keine neuen Leistungen, sondern lediglich ein anderer Kommunikationsweg als der in Präsenz. Der Therapieort wird davon nur insofern tangiert, als der Patient oder die Patientin sich nicht in der Praxis der Heilmittelerbringerin oder des Heilmittelerbringers befindet.
§ 11 Abs. 3	Zustimmung
<b>I. 4.</b>	<b>§ 16b</b>
§ 16b Abs. 1	„vorrangig“ ist ein unklarer Begriff und sollte gestrichen werden.
§ 16b Abs. 2	Ergänzung: Neuer Satz 1 Die Versorgung mit Heilmitteln erfolgt grundsätzlich im unmittelbaren persönlichen Kontakt in Präsenztherapie.
§ 16b Abs. 3	Inhaltlich wird grundsätzlich zugestimmt. Da aber gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 1 SGB V die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, insbesondere die Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden können, in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V zu regeln sind, ist § 16b Absatz 3 zu streichen.
§ 16b Abs. 4	Inhaltlich wird grundsätzlich zugestimmt. Da aber gemäß § 125 Absatz 2a Nr. 1 SGB V die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, insbesondere die Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden können, in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V zu regeln sind, ist § 16b Absatz 4 zu streichen.
§ 16b Abs. 5	Zustimmung
§ 16b Abs. 6	Zustimmung
<b>II.</b>	<b>Ergotherapie</b>
Abschnitt IV	Als Berufs- und Fachverband für das Heilmittel „Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“ (SSST) beschränken wir uns in

03.08.2021	
Maßnahmen der Ergotherapie	dieser Stellungnahme ausschließlich auf Änderungen der HeilM-RL, die das Heilmittel SSSST betreffen.
<b>III.</b>	<b>Inkrafttreten</b>
Inkrafttreten 01.01.2022	Zustimmung



**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie  
„Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische  
Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen“**

<p>Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. Augustinusstraße 11a 50226 Frechen www.dbf-ev.de</p>
--

**Gern nehmen wir zu den geplanten Änderungen wie folgt Stellung:**

6. August 2021	
HeiM-RL	Begründung
§ 1 Abs. 8	Wir gehen davon aus, dass die Einfügung der Wörter „ausführende Therapeutinnen und Therapeuten“ in § 1 Abs. 8 (und nicht in § 1 Abs. 13) erfolgen soll. Die Ergänzung ist lediglich klarstellender Natur. Wenn es hier überhaupt einer Ergänzung bedarf, sollte der Begriff „Therapeutinnen und Therapeuten“ ohne die unnötige Konkretisierung „ausführende“ verwendet werden.
<b>Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistungen</b>	<p>Wir begrüßen die Intention des G-BA, die Videotherapie in die Regelversorgung aufzunehmen.</p> <p>In der Zeit vom 18.03. bis zum 30.06.2020 und seit dem 02.11.2020 ist die Videotherapie als „Corona-Sonderregelung“ im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und zahnärztlich verordneter Schlucktherapie möglich.</p> <p>Die bisherigen (inter-)nationalen Erfahrungen der PatientInnenversorgung und Erkenntnisse der Versorgungsforschung während der Covid-19-Pandemie zeigen, dass die Möglichkeit der Videotherapie der Sicherstellung der Versorgung unter potentiellen pandemischen Risiken dient und eine bestmögliche Infektionsvermeidung zum Schutz der PatientInnen, die zur Risikogruppe gehören, in den Mittelpunkt stellt.</p> <p>Darüber hinaus bestehen strukturelle, fachlich-inhaltliche und durch die Lebensumstände der PatientInnen bedingte individuelle Gründe, die für die Videotherapie als integraler Bestandteil der logopädischen Versorgung sprechen.</p>

Seite 1 von 9





<b>6. August 2021</b>	<p>Dazu zählen insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die regionale Unterversorgung mit TherapeutInnen (Wegfall von Anfahrtszeiten, Arbeitsmöglichkeiten auch für TherapeutInnen aus Risikogruppen beispielsweise bei Schwangerschaften)</li> <li>• Fachkräftemangel in der Logopädie</li> <li>• eingeschränkter Zugang zur Therapie (z.B. aufgrund mangelnder Mobilität der Betroffenen, bei leichten Krankheitssymptomen der Betroffenen und der TherapeutInnen)</li> <li>• schwangerschaftsbedingte Beschäftigungsverbote</li> <li>• Entlastung von PatientInnen und TherapeutInnen durch Wegfall von Fahrtwegen</li> <li>• Entlastung von betreuenden Angehörigen, die durch zusätzliche Care- und/oder Berufstätigkeit gefordert sind</li> <li>• Gewährleistung der ärztlich verordneten Therapieintensität ohne vermeidbare Unterbrechungen</li> <li>• die Integration des häuslichen Alltags der PatientInnen in die Therapie (auch unter möglicher Einbeziehung von Bezugspersonen der PatientInnen)</li> <li>• und die Sicherstellung des Infektionsschutzes (z.B. im Falle multiresistenter Erreger)</li> </ul> <p>Um dauerhaft eine optimale Versorgung mit logopädischer Therapie sicherzustellen, ist eine vertragliche Vereinbarung auf Grundlage des § 125 Abs. 2a (neu) SGB V sinnvoll und zielführend.</p> <p>Die Festlegung im Rahmen der Heilm-RL, dass Heilmittel auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können, wird daher ausdrücklich begrüßt.</p>
<b>§ 6 Abs. 4</b>	<p>Die Entscheidung, ob die Behandlung über Präsenz- oder über Videotherapie erbracht wird, muss bei den behandelnden TherapeutInnen in Absprache mit den PatientInnen liegen: Sie gehört in den therapeutischen evidenzbasierten Entscheidungsprozess samt der Abwägung von Indikation und Kontraindikation.</p> <p>Die Regelung, dass die Verordnerin/der Verordner die Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung vorab ausschließen kann, würde der Regelung, dass TherapeutInnen und PatientInnen gemeinsam entscheiden, ob eine Videotherapie möglich und sinnvoll ist, widersprechen.</p>



6. August 2021	
	<p>Eine grundsätzliche Vetomöglichkeit wird aus folgenden Gründen abgelehnt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Verordnerin/der Verordner ist mit den methodischen Möglichkeiten der videotherapeutischen Behandlung in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie nicht umfänglich vertraut. Es ist möglich, dass eine Ärztin/ein Arzt daher eine Videotherapie (beispielsweise im Bereich der Schlucktherapie) ausschließt, die aus Sicht der TherapeutInnen und PatientInnen sinnvoll umsetzbar wäre.</li> <li>2. Im Vorfeld der logopädischen Behandlung sollte weder aus medizinischen noch aus personen- und umweltbezogenen Gründen ein Ausschluss dieser Behandlungsmöglichkeiten aus dem Repertoire logopädischer Leistungen vorgenommen werden, ohne die TherapeutInnen in den Entscheidungsprozess einzubeziehen.</li> <li>3. Im Fall von Kleinkindern oder pflegebedürftigen PatientInnen ist stets die Einbeziehung von An- und Zugehörigen durch die TherapeutInnen zu prüfen. Die PatientInnen können während der Videotherapie durch die Bezugspersonen angeleitet und unterstützt werden, so dass das eigenständige Üben und die Selbstkorrekturfähigkeit der PatientInnen gestärkt und damit die Nachhaltigkeit von Therapieeffekten gefördert wird. Bei der Therapie von Säuglingen setzen wir die Anwesenheit eines Elternteils als selbstverständlich voraus.</li> <li>4. Informationen, die Auskunft über Vor- und Begleiterkrankungen sowie vorliegende Schädigungen enthalten, sollten vorab arztseitig an die TherapeutIn weitergegeben werden, damit die TherapeutIn gemeinsam mit den PatientInnen und gegebenenfalls den Bezugspersonen über das geeignete Therapieformat (Video oder Präsenz) entscheiden kann. Es ist folgerichtig, den unmittelbaren Informationsaustausch zwischen den Professionen, der durch die Anbindung der Heilmittelerbringer an die Telematikinfrastruktur und die damit verbundene Zugriffsmöglichkeit auf die elektronische Patientenakte zukünftig erleichtert wird, bereits jetzt weitestgehend zu etablieren.</li> </ol> <p>§ 6 Abs. 4 ist daher zu streichen.</p>



6. August 2021	
§ 11 Abs. 3	<p>Die Festlegung im Rahmen der HeilM-RL, dass Heilmittel auch als telemedizinische Leistung erbracht werden können, wird ausdrücklich begrüßt.</p> <p>„Echtzeit“ ist ein Begriff aus der (inter-)nationalen Literatur im Zusammenhang mit Videotherapie und deren Definition, um die synchrone Leistungserbringung darzustellen im Vergleich zu asynchroner (zeitlich versetzter) Therapie, wie z.B. digitales Training zuhause ohne digitale Begleitung durch die Therapeutin. Echtzeit ist somit ein wesentliches Kennzeichen von Videotherapie.</p>
§ 16b Abs. 1	Die Definitionen zur telemedizinischen Leistung werden unterstützt und begrüßt.
§ 16b Abs. 2	<p>Der Zusatz „<b>vorbehaltlich eines Ausschlusses gemäß § 6 Abs. 4</b>“ ist ebenso wie die Regelung des § 6 Abs. 4 zu streichen.</p> <p>Die Entscheidung, ob die Behandlung als Präsenz- oder Videobehandlung erbracht wird, ist gemeinsam von behandelnder TherapeutIn und PatientIn zu treffen.</p> <p><b>"Hinweis auf die Möglichkeit einer Behandlung im unmittelbaren persönlichen Kontakt"</b></p> <p>Dieser Passus ist zu streichen.</p> <p>Zum einen impliziert dies bereits die gemeinsam zu treffende Entscheidung von PatientIn und TherapeutIn, da der Hinweis notwendiger Bestandteil der Entscheidungsfindung ist.</p> <p>Zum anderen sind die Details der Umsetzung in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln.</p> <p>Die HeilM-RL kann dies daher nicht vorgeben.</p>
§ 16b Abs. 3 <b>Persönlicher Kontakt bei erster Behandlung im Verordnungsfall</b>	<p>Die Einzelheiten der Durchführung sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln.</p> <p>Die HeilM-RL sollte hierzu keine Vorgaben machen. Abs. 3 wäre dementsprechend zu streichen.</p> <p>Gemäß der Gesetzesbegründung zu § 125 Abs. 2a SGB V im DVPMG wird mit der Erbringung von Heilmitteln im Wege der Videotherapie keine neue Leistung geschaffen, sondern lediglich der Leistungsort erweitert. Aus diesem Grund sind alle</p>



<b>6. August 2021</b>	
	<p>darüber hinausgehenden Regelungen in der HeiM-RL falsch platziert.</p> <p>Da sich aufgrund der Einbeziehung videotherapeutischer Möglichkeiten nur der Leistungsort ändert, sind sämtliche anderen Regelungen parallel zur Präsenztherapie zu handhaben bzw. bedürfen einer eigenen Neu-Reglung für die Videotherapie in den Verträgen nach § 125 Abs. 2a SGB V.</p> <p><u>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</u></p> <p>Im Bereich der Logopädie erfolgt die Erstdiagnostik, die zur Anamnese und Behandlungsplanung unabdingbar ist, vor Beginn der ersten Therapieeinheit im Rahmen der ersten Verordnung eines Verordnungsfalles.</p> <p>Inhaltlich stimmen wir damit überein, dass die Erstdiagnostik in der Regel im unmittelbar persönlichen Kontakt mit der Patientin/dem Patienten erfolgen sollte, wobei internationale Studien zeigen, dass Diagnostik auch über Video als qualitativ gleichwertig zu erachten ist (Dekhtyar et al. 2020, Hall et al. 2013, Hill et al. 2010, Kronenberger et al. 2021, Morrel et al. 2017, Werfer et al. 2021).</p> <p>Es sollte dabei klargestellt werden, dass der in § 16b Abs. 3 Satz 1 verwendete Begriff „Behandlung“ auch Diagnostik und Anamnese umfasst.</p> <p>Ausnahmeregelungen, in denen eine Erstdiagnostik auch per Video möglich ist, beispielweise bei einer Unterversorgung im ländlichen Bereich, treffen die Vertragspartner nach §125 Abs.1 SGB V.</p>
<b>§ 16b Abs. 3 Verlaufskontrollen</b>	<p>Auch Regelungen zu regelmäßigen Verlaufskontrollen in Präsenz sind in den Verträgen nach § 125 SGB V und nicht vom G-BA zu treffen.</p>
<b>§ 16b Abs. 3 Überprüfung und Dokumentation von Durchführbarkeit Effizienz und Wirksamkeit</b>	<p>Gemäß § 125 Abs. 2 Nr. 5 SGB V sind „Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse“ unmittelbar von den Vertragspartnern zu treffen. Dem entsprechend sollten Regelungen zur Effizienz und Wirksamkeit in Bezug auf Videotherapien ebenfalls ausschließlich auf vertraglicher Bases geregelt werden.</p> <p>§ 16b Abs. 3 darf hierzu keine Feststellungen treffen.</p>



6. August 2021	
<p><b>§ 16b Abs. 3</b> <b>Vorrang der Präsenztherapie</b></p>	<p>Der Vorrang der Präsenztherapie ist wissenschaftlich nicht erwiesen. Hier hat sich die Bewertung, wie auch die inhaltliche Gestaltung von Präsenz- und Videotherapien, an aktuell vorliegenden Evidenzen zu orientieren. Diese weisen in diversen Studien (Hall et al. 2013, McGill et al. 2019, Molini-Avejonas et al. 2015, Rangarathnam et al. 2015, Theodoros et al. 2019, Weidner &amp; Lowman 2020) auf eine Gleichwertigkeit hin. Darüber hinaus liegen praxisbasierte Evidenzen vor, dass bei einigen PatientInnen eine Videotherapie wirksamer bzw. besser durchzuführen ist als eine Präsenztherapie (Sutherland et al. 2018, Wales et al 2017).</p> <p>Grundsätzlich gilt es zu prüfen, bei welchen Störungsbildern, in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen jeweils Präsenztherapie oder Videotherapie angemessener sind. In Abhängigkeit von der Behandlungsphase, werden TherapeutIn und PatientIn auf Grundlage externer, interner und sozialer Evidenzen entscheiden, welches Therapieformat (Präsenz oder Video) das geeignete ist. Beide Wege sollten gleichermaßen ermöglicht werden, wobei sich die Auswahl an aktuellen Evidenzen im Sinne der evidenzbasierten Praxis orientieren sollte.</p> <p>Für Deutschland ist die Aussage zutreffend, dass die Präsenztherapie Standard ist, da diese Form der Therapie bis März 2020 die einzig mögliche war. Der Standard ist somit nicht fachlich begründet, sondern Folge der bisherigen Rahmenbedingungen der Heilmittelversorgung.</p> <p>Systematische Reviews bestätigen die Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Präsenz und Videotherapie, wie z.B. Hall et al. 2013, Molini-Avejonas et al. 2015, Weidner &amp; Lowman 2020, Theodoros et al. 2019, Rangarathnam et al. 2015, McGill et al. 2019.</p>
<p><b>§ 16b Abs. 4</b></p>	<p>Die Einzelheiten der Durchführung der Videotherapien sind in den Verträgen nach § 125 Abs. 2a SGB V zu regeln. Die HeilM-RL sollte hierzu keine Vorgaben machen.</p> <p><u>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</u></p> <p>Die vorgeschlagene Regelung in Abs. 4 ist zwar selbstverständlich, jedoch ist die HeilM-RL nicht der richtige Regelungsort.</p> <p>Darüber hinaus geht die Formulierung in den tragenden Gründen über den Wortlaut in § 16b Abs. 4 hinaus und gibt vor, dass</p>



<b>6. August 2021</b>	
	<p>im Falle von Übertragungsproblemen oder anderen technisch begründeten Unterbrechungen die verordnete Leistung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortzusetzen und <u>in vollem Umfang zu erbringen</u> sei.</p> <p>Dies verkennt das System einer sogenannten Bestellpraxis. Für die vereinbarte Therapiezeit wird der Therapieplatz für die Patientin/den Patienten freigehalten. Sollte es Übertragungsproblem geben, die die TherapeutInnen nicht zu vertreten haben und die die Therapiezeit verkürzen, kann nicht verlangt werden, dass der vollständige Therapietermin nachgeholt wird. Hier muss der Vergleich zur Präsenztherapie gezogen werden. Auch dort sind Situationen denkbar, in denen eine begonnene Therapiesitzung nicht beendet werden kann, wenn die Patientin/der Patient auf Grund plötzlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen den Behandlungstermin nicht fortsetzen kann.</p> <p>Die HeilM-RL darf hierzu keinerlei Vorgaben machen.</p> <p>Vielmehr ist es Aufgabe der Behandlungsverträge zwischen therapeutischer Praxis und PatientIn, Regelung zu Therapieabsagen und Nichtdurchführbarkeiten auf Grund technischer Störungen etc. zu treffen.</p>
<b>§ 16b Abs. 5</b>	<p>Die Einzelheiten der Durchführung telemedizinischer Leistungen sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu regeln. Die HeilM-RL sollte hierzu keine Vorgaben machen.</p> <p><u>Hilfsweise nehmen wir wie folgt Stellung:</u></p> <p>Inhaltlich stimmen wir mit der Regelung überein, dass eine Videotherapie auf therapeutischer Seite vorrangig in zugelassenen Praxisräumen durchgeführt werden sollte, um Datensicherheit und eine angemessene Privatsphäre zu gewährleisten.</p> <p>Die vollständige Ausgestaltung dieser Regelung, etwaige Ausnahmesituationen sowie die technischen und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen, obliegt den Vertragspartnern nach § 125 SGB V.</p> <p>Die Pandemie hat gezeigt, dass sich mit der Möglichkeit der Videotherapie zahlreiche Beschäftigungsverbote haben reduzieren oder verhindern lassen und dadurch eine Therapiekontinuität gewährleistet werden konnte.</p>



<b>6. August 2021</b>	
	Daher sollte in Ausnahmesituationen – wie der jetzigen Covid-19-Pandemie – vorübergehende Anpassungen der Standardregelungen weiterhin ermöglicht werden. So fordern unter Umständen Arbeitsschutzverordnungen, Homeoffice weitestgehend zu ermöglichen. Im Sinne des Gesundheitsschutzes dürfen TherapeutInnen von dieser arbeitsschutzrechtlichen Regelung nicht vollständig ausgenommen werden. Ähnliche Sonderregelungen (u.a. vorübergehende Erlaubnis zur Videotherapie in Räumen, die nicht zur Praxis gehören) sollten auch in anderen Ausnahmesituationen vergleichbarer Art schnell und unbürokratisch ermöglicht werden. Datensicherheit und ein störungsfreier Behandlungsablauf sind in jedem Fall zu gewährleisten.
<b>§ 16b Abs. 6</b>	Die Regelungen sind in den Verträgen nach § 125 SGB V zu treffen. Hier können Anpassungen zwischen den Vertragspartnern vereinbart und vorgenommen werden.  Abs. 6 ist daher zu streichen.

*Kern*

**dbl**

Frauke Kern  
Mitglied im Bundesvorstand,  
Interessenvertretung Freiberufler

*Berbrich*

**dbl**

Britta Berbrich  
Syndikusrechtsanwältin

**Quellennachweise in alphabetischer Reihenfolge:**

Dekhtyar, M., Braun, E. J., Billot, A., Foo, L. & Kiran, S. (2020). Videoconference Administration of the Western Aphasia Battery–Revised: Feasibility and Validity. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29, 673–687, [https://doi.org/10.1044/2019\\_AJSLP-19-00023](https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00023).

Hall, N., Boisvert, M. & Steele, R. (2013). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation*, 5, 27-38, <https://doi.org/10.5195/ijt.2013.6119>.

Hill, A., Theodoros, D., Russell, T. & Ward, E. (2010). Using telerehabilitation to assess apraxia of speech in adults. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30, 740–747, <https://doi.org/10.1080/13682820802350537>.

Kronenberger, W. G. et al. (2021). Remote Assessment of Verbal Memory in Youth With Cochlear Implants During the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30, 740–747, [https://doi.org/10.1044/2021\\_AJSLP-20-00276](https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00276).

McGill, M., Noureal, N. & Siegel, J. (2019). Telepractice Treatment of Stuttering: A Systematic Review. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association* 25 (5), S. 359–368. DOI: 10.1089/tmj.2017.0319

Molini-Avejonas, D.R., Rondon-Melo, S., de La Higuera Amato, C.A. & Samelli, A.G. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare* 21 (7), 367-376, <https://doi.org/10.1177/1357633X15583215>.

Morrell, K., Hyers, M., Stuchiner T., Lucas, L., Schwartz, K., Mako, J., Spinelli, K.J. & Yanase, L. (2017). Telehealth Stroke Dysphagia Evaluation Is Safe and Effective. *Cerebrovascular Diseases*, 44, 225-231, <https://doi.org/10.1159/000478107>.

Rangarathnam, B., Gilroy, H. & McCullough, G. H. (2015). Do Patients Treated for Voice Therapy with Telepractice Show Similar Changes in Voice Outcome Measures as Patients Treated Face-to-Face? *EBP Briefs* (11(5)), S. 1–6.

Sutherland, R., Trembath, D. & Roberts, J. (2018). Telehealth and autism: A systematic search and review of the literature. *International journal of speech-language pathology* 20 (3), S. 324–336. DOI: 10.1080/17549507.2018.1465123.

Theodoros, D., Aldridge, D., Hill, A. J. & Russell, T. (2019). Technology-enabled management of communication and swallowing disorders in Parkinson's disease: a systematic scoping review. *International journal of language & communication disorders* 54 (2), S. 170–188. DOI: 10.1111/1460-6984.12400.

Wales, D., Skinner, L. & Hayman, M. (2017). The Efficacy of Telehealth-Delivered Speech and Language Intervention for Primary School-Age Children: A Systematic Review. *International Journal of Telerehabilitation* 9 (1), S. 55–70. DOI: 10.5195/ijt.2017.6219.


Weidner, K. & Lowman, J. (2020). Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services: A Systematic Review. *Perspect ASHA SIGs* 5 (1), S. 326–338. DOI: 10.1044/2019\_PERSP-19-00146.


Werfel, K. L. et al. (2021). Transitioning Speech-Language Assessment to a Virtual Environment: Lessons Learned From the ELLA Study. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, [https://doi.org/10.1044/2021\\_LSHSS-20-00149](https://doi.org/10.1044/2021_LSHSS-20-00149).








**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie  
„Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische  
Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen“**

 <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>	
Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V	
06.08.2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>Grundsätzliches</b>	<p>Wir begrüßen die geplanten Änderungen. Die Videotherapie hat sich während der Pandemie bewährt. Die dauerhafte Aufnahme in die Heilmittel-Richtlinie wird von uns seit längerem gefordert. Der jetzt vollzogene Schritt ist folgerichtig und unterstützt die Sicherung der Patientenversorgung.</p> <p>Sehr erfreut sind wir über die Aufnahme der Thermischen Anwendungen als ergänzendes Heilmittel für die Indikationsgruppen SB3, EN2 und EN3. Bereits 2010 hatten wir auf die Notwendigkeit der Aufnahme der Thermischen Anwendungen hingewiesen sowie zuletzt auch in unseren Stellungnahmen zur jeweiligen Änderung der HeilM-RL 2019 und 2020. Immer wieder gab es Probleme in der Versorgung, wenn beispielsweise mit der Diagnose M34. (Systemische Sklerose), bei der eine Thermische Anwendung indiziert und auch von ärztlicher Seite verordnet wird, nachträglich Rechnungsbeträge abgesetzt wurden, oder die verordneten Leistungen zulasten der Patienten aus formalen Gründen nicht erbracht werden konnten.</p>
<p><b>Zu § 1</b></p> <p>In § 1 Absatz 8 Satz 1 werden nach dem Wort „Verordner“ ein Komma und die Wörter „ausführende Therapeutinnen und Therapeuten“ eingefügt.</p>	<p>Redaktionell: Im Entwurf wird auf Absatz 13 (den es in der HeilM-RL nicht gibt) verwiesen, in den tragenden Gründen auf Absatz 8.</p>
<b>Zu § 6 Absatz 4</b>	<p>Wenn schon Gründe ersichtlich sind, die gegen eine telemedizinische Leistungserbringung sprechen, so muss die</p>

 <p>Wir sind für Sie da!</p> <p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V</p>	
06.08.2021	
<p><b>Dem § 6 wird folgender Absatz 4 angefügt:</b></p> <p>„(4) Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige (medizinische) Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen, <b>muss</b> diese auf dem Verordnungsvordruck ausgeschlossen werden. Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem Verordnungsvordruck einzutragen.“</p>	<p><b>Angabe zwingend sein. Die durchführenden Therapeutinnen und Therapeuten müssen sich hier auf korrekte Angaben aus Gründen der Patientensicherheit verlassen können.</b></p>
<p><b>Zu § 11</b> Grundsätzliches</p>	<p><b>Eine moderne Leistungserbringung in der Ergotherapie ist mit einer starren örtlichen Begrenzung der Leistungserbringung auf die Praxis und das häusliche Umfeld der Patient*innen nicht vereinbar. Die Einbeziehung der unterschiedlichsten Lebenswelten in den Therapieverlauf ist in der Ergotherapie unverzichtbar. Erneut weisen wir an dieser Stelle auf die Notwendigkeit hin, die ergotherapeutische Leistungserbringung von den Einschränkungen des § 11 auszunehmen.</b></p>
<p><b>Zu § 11 Abs. 3</b></p> <p>„(3) Heilmittel können anstelle eines unmittelbar persönlichen Kontaktes nach Maßgabe der Verträge gemäß § 125 SGB V als telemedizinische Leistung in <b>Echtzeit erbracht</b> werden.“</p>	<p><b>Redaktionell: Im Entwurf fehlt das Leerzeichen zwischen diesen beiden Wörtern</b></p>

 <p>Wir sind für Sie da! Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V</p>	
06.08.2021	
<p><b>Zu § 11 Abs. 3 Tragende Gründe</b></p> <p><del>Ferner ist die taktile Wahrnehmung sowohl seitens der Therapeutinnen und Therapeuten als auch der Patientinnen und Patienten bei einer telemedizinischen Heilmittelerbringung nicht gegeben und die visuelle und auditive Wahrnehmung können deutlich beeinträchtigt sein.</del></p> <p><b>Streichung</b></p>	<p><b>Die Anmerkung, dass eine taktile Wahrnehmung für Patient*innen innerhalb einer telemedizinischen Leistung nicht gegeben ist, ist nicht richtig. Auch im Rahmen einer sensomotorisch-perzeptiven Behandlung beispielsweise bei Entwicklungsstörungen kann ein Desensibilisierungstraining (bei taktiler Hypersensibilität) oder auch ein (taktiles) Wahrnehmungstraining per Teletherapie durchgeführt werden. Die Art der taktilen Wahrnehmung ist eher von den eingesetzten Mitteln abhängig.</b></p>
<p><b>Zu § 16b Abs.1</b></p> <p>(1) Telemedizinische Leistungen im Sinne dieser Richtlinie werden als synchrone Kommunikation zwischen einer Heilmittelerbringerin oder einem Heilmittelerbringer und einer Patientin oder einem Patienten, vorrangig im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit verstanden. Insbesondere stellen <b>ausschließlich</b> aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (diGA) keine Behandlung im Sinne dieser Richtlinie dar.</p>	<p><b>Im Rahmen einer Heilmittelleistung können der Einsatz zuvor aufgezeichneter Videos oder auch DiGA's sinnvolle Instrumente darstellen, die beispielsweise einen standardisierten Wissenstransfer zur Patientenedukation sicherstellen können. Die Einfügung des Wortes ausschließlich soll klarstellen, dass diese Instrumente die eigentliche Behandlung nicht vollständig ersetzen, aber durchaus ergänzen können.</b></p>
<p><b>Zu § 16b Abs. 4 (GKV-SV)</b></p> <p>(4) Kann die Behandlung als telemedizinische Leistung, zum</p>	<p><b>Der Text ist in der ursprünglichen Fassung nicht konkret genug. Die Einfügung des Wortes „längerfristig“ stellt klar, dass nicht bei jedem einmalig auftretenden Problem,</b></p>

 <p>Wir sind für Sie da! Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V</p>	
06.08.2021	
<p>Beispiel aufgrund von Übertragungsproblemen, <b>längerfristig</b> nicht sachgerecht erfolgen oder entscheidet sich die Patientin oder der Patient gegen eine weitere telemedizinische Leistungserbringung, muss die Behandlung im Wege eines unmittelbar persönlichen Kontaktes fortgesetzt werden.</p>	<p><b>welches kurzfristig zu beheben ist, die Leistungserbringung unmittelbar im persönlichen Kontakt stattfinden muss.</b></p>
<p><b>Zu § 16b Abs. 5 (GKV-SV)</b></p> <p>(5) Soweit Heilmittel im Wege einer telemedizinischen Leistung erbracht werden, hat diese zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden. <del>Die Abgabe telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen Praxisräumen stattfinden.</del> <b>Absatz wird gestrichen.</b></p> <p>Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 125 SGB V.</p>	<p><b>Datensicherheit, ein störungsfreier Ablauf und eine angemessene Privatsphäre sind wichtige Bausteine einer erfolgreichen telemedizinischen Leistungserbringung. Diese sind aber nicht zwingend an Praxisräumlichkeiten gebunden. Aus organisatorischen Gründen oder auch aus Gründen des Infektionsschutzes in einer pandemischen Situation muss diese Form der Leistungserbringung unter Einhaltung der Voraussetzungen auch an anderen Orten möglich sein. Auf die grundsätzlichen Anmerkungen zur Anwendbarkeit des § 11 HeiIM-RL für den Bereich der Ergotherapie sei auch an dieser Stelle nochmals verwiesen.</b></p>

 <p>Wir sind für Sie da! Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p> <p style="text-align: right;">Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V</p>	
06.08.2021	
<p><b>Zu § 16b Abs. 6 (GKV-SV)</b></p> <p><del>(6) Zwei Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA seine Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung prüfen und gegebenenfalls anpassen.</del></p> <p><b>Streichung</b></p>	<p><b>Weder Routinedaten noch selektive Rückmeldungen aus der Versorgung bilden eine aussagekräftige Datenbasis für die hier vom GKV-SV angedachte Überprüfung der Effizienz der telemedizinischen Leistung.</b></p>



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie  
„Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische  
Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen“**

Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V.	
09. August 2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Der Verband Deutscher Podologen ist mit dem uns vorliegenden Beschlussentwurf einverstanden

**Stellungnahme zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie  
„Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische  
Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen“**

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	
10. August 2021	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>§6 Absatz (4)</b> Sofern aus Sicht der Verordnerin oder des Verordners im Einzelfall wichtige <b>medizinische</b> Gründe vorliegen, die gegen eine Durchführung der Heilmittelbehandlung als telemedizinische Leistung sprechen (...)	Dem Vorschlag der KBV zur Ergänzung des Worts „medizinisch“ bei den wichtigen Gründen wird zugestimmt. Alle weiteren Gründe, die bei einer telemedizinische Durchführung relevant sind, wie zum Beispiel die Ausstattung mit der entsprechenden Technik bei den Patient:innen, das technische Verständnis oder die Unterstützung durch die Angehörigen, wird innerhalb der therapeutischen Aufnahme und Diagnostik durch die Heilmittelerbringenden geklärt.
<b>§ 6 Absatz (4)</b> Ein entsprechender Hinweis ist von der Verordnerin oder dem Verordner in dem Feld gemäß § 13 Absatz 2 Satz 3 Buchstabe m auf dem Verordnungsvordruck einzutragen.	Dem Vorschlag für den Eintrag in das Feld „ ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise“ auf dem Verordnungsvordruck wird zugestimmt.
<b>§ 11 (3)</b> Heilmittel können anstelle eines unmittelbar persönlichen Kontaktes nach Maßgabe der Verträge gemäß § 125 SGB V als telemedizinische Leistung in Echtzeit erbracht werden.	Der Ergänzung durch den Absatz (3) wird zugestimmt. Die bisherigen Erfahrungen mit der telemedizinischen Erbringung der Heilmittel-Leistungen während der Covid-19-Pandemie waren durchweg positiv. Die Heilmittelerbringenden haben individuell den Einsatz der Teletherapie gemeinsam mit den Patient:innen entschieden, sichere Übertragungswege genutzt und Konzepte für die Umsetzung zu den einzelnen Leistungen erarbeitet.
<b>§ 16b (1)</b> (...), vorrangig im Wege einer Onlinebehandlung per Videoübertragung in Echtzeit (...)	Der Formulierung „vorrangig“ wird zugestimmt, weil dadurch auch die Leistungsabgabe einer Beratungseinheit per Telefonat in besonderen Situationen möglich ist. Das können kurzfristig technische Probleme mit der Übertragung der Videokonferenz sein, oder aber Beratung im Rahmen der regulären Leistungserbringung.

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	
10. August 2021	
<p><b>§ 16b (1)</b>          Insbesondere stellen aufgezeichnete Videofilme oder digitale Gesundheitsanwendungen (diGA) keine Behandlung im Sinne dieser Richtlinie dar.</p>	<p>Diesem Satz wird zugestimmt. Die Nutzung der diGA durch die Patient:innen ist nicht Bestandteil der Therapieeinheiten. Die Beratung der Patient:innen zur Nutzung der einzelnen diGA, die Sichtung der bisherigen Fortschritte oder auch das Training zum Umgang mit der Technik kann Inhalt der Heilmittel-Leitungen sein. Dabei ist es unerheblich, ob dies unmittelbar oder mittelbar telemedizinisch erfolgt.</p>
<p><b>§ 16b (2)</b>          Die Entscheidung über die Versorgung mit Heilmitteln, die telemedizinisch erbracht werden, trifft die Patientin oder der Patient (...).          Die Erbringung als telemedizinische Leistung ist für jede Versicherte oder jeden Versicherten im Einzelfall (...).          Die Therapeutin oder der Therapeut muss die Versicherte (...)</p>	<p>Dem Absatz (2) wird inhaltlich zugestimmt.          In der Heilmittel-Richtlinie werden bisher beide Bezeichnungen (Patient:Innen, Versicherte) genutzt. Wir schlagen vor, innerhalb eines Absatzes nur eine der Bezeichnungen zu nutzen: entweder Patient:innen oder Versicherte.</p>
<p><b>§ 16b (3)</b>          Voraussetzung für die Erbringung als telemedizinische Leistung ist, dass das Therapieziel aus therapeutischer und medizinischer Sicht in gleichem Maße wie bei einer Präsenztherapie erreicht werden kann und dass die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall in unmittelbar persönlichen Kontakt stattgefunden hat. [...]</p>	<p>Dem Absatz (3) wird zugestimmt.</p>
<p><b>§ 16b (4)</b></p>	<p>Dem Absatz (4) wird zugestimmt.          Eine sachgerechte und qualitativ hochwertige Abgabe der Heilmittel als telemedizinische Leistung ist nur dann</p>



Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	
10. August 2021	
gewährleistet, wenn eine technische Übertragung einwandfrei und datensicher gestaltet wird. Ebenso ist das Einverständnis und die Mitarbeit der Patient:innen unabdingbar.	
<p><b>§ 16b (5)</b></p> <p>(...) Die Abgabe telemedizinischer Leistungen durch die Therapeutin oder den Therapeuten kann ausschließlich in ihren oder seinen zugelassenen Praxisräumen stattfinden. (...)</p>	<p>Dem Absatz (5) wird mit folgender Ausnahme zugestimmt:</p> <p>Streichung des Absatzes 5 Satz 2. Begründung: Die Frage, ob und inwieweit die Abgabe telemedizinischer Leistungen ausschließlich in zugelassenen Praxisräumen stattfinden kann, unterliegt der Regelungskompetenz der Vertragspartner nach § 125 SGB V.</p>
<p><b>§ 16b (6)</b></p> <p>Zwei Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA seine Regelungen zur Erbringung von Heilmitteln als telemedizinische Leistung prüfen und gegebenenfalls anpassen.</p>	<p>Dem Absatz (6) wird zugestimmt, <b>außer:</b></p> <p><b>Vier</b> Jahre nach Inkrafttreten soll der zuständige Unterausschuss des G-BA (...)</p> <p>Das Inkrafttreten der Regelungen zur telemedizinischen Leistung ist nicht zeitgleich mit dem Abschluss der Verträge der Partner nach § 125 SGB V. Hier kann es noch zu Verzögerungen kommen. Zudem werden die telemedizinischen Leistungen wissenschaftlich evaluiert werden müssen. Mit dem Abschluss der Verträge bleibt höchstwahrscheinlich ein reales Zeitfenster von nur einem Jahr – das ist viel zu kurz für eine valide Aussage.</p>
<p><b>II. Abschnitt IV Maßnahmen der Ergotherapie</b></p> <p>Ziffer 1 Zeile SB3 und Ziffer 2 Zeilen EN2 und EN3</p>	<p>Den Ergänzungen wird zugestimmt.</p>