

**Anhörungsverfahren zur Änderung der Heilmittel – Richtlinien nach
§ 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V - Stand 17.12.2009**

Begründungen zu den Änderungen – Zweiter Teil

Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen

BHV 1:

Jeweils in der dritten Spalte lautet der Text „Ziele in der Physiotherapie, insbesondere“, um der ICF-Klassifikation gerecht zu werden. In den Spalten des Heilmittelkatalogs ist außerdem jeweils das Wort „insbesondere“ hinzuzufügen.

Anmerkung:

Analog hierzu sollte sowohl im Maßnahmen-Katalog der Ergotherapie als auch der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie eine entsprechende Änderung erfolgen.

BHV 1a: WS 1

Die Gesamtverordnungsmenge von 6 Einheiten ist nicht ausreichend. Bei der Erst – VO sollen bis zu 10 Einheiten zur Verfügung stehen. Dies entspricht auch der Gesamtverordnungsmenge.

BHV 2: WS 2

Da sowohl ein Bandscheibenprolaps wie auch eine Protrusion radiculäre Symptome hervorrufen können, sollte die Protrusion ergänzend aufgenommen werden.

Da 90 % der Skoliosen von der Ätiologie und Prognose zu den idiopathischen gehören und diese in der Mehrzahl zwischen dem 10. und dem 12. Lebensjahr diagnostiziert werden, ist die Zuordnung der nur korsettversorgten Skoliose in die Diagnosegruppe 2 aus Gründen einer medizinisch notwendigen Versorgung nicht vertretbar. Die Skoliose zeigt vor allem im Laufe von Wachstumsschüben Progredienz, weshalb ja gerade auch im Rahmen einer Langfristbehandlung eine Korsettversorgung vermieden werden soll. Deshalb muss eine ausreichende Verordnungsmenge im Regelfall zur Verfügung stehen, um das medizinisch notwendige und ausreichende zu gewährleisten.

Für die Behandlung der Osteoporose als Grunderkrankung muss ebenfalls eine ausreichende Versorgungsmenge in der Diagnosegruppe WS 2 zur Verfügung stehen. Um Missverständnisse zu vermeiden, soll deshalb die Osteoporose neben der Gruppe WS 1 auch in WS 2 übernommen werden.

Die Frakturen und Spondylodesen sind Diagnosen, die zur Klarstellung der Verordnungsmenge des Regelfalls in die Diagnosegruppe WS 2 aufgenommen werden sollen. Sie bilden im bestehenden Heilmittelkatalog ebenfalls eine eigene Gruppe.

BHV 3: WS 2

Die Erstverordnungsmenge von 6 Einheiten ist bei der Diagnosegruppe WS 2 mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf nicht ausreichend. Diese sollte auf 10 Einheiten erhöht werden **bei Beibehaltung der Gesamtverordnungsmenge**.

Bei Diagnosegruppe WS 2 wird deutlich, warum die Abschaffung der Langfristverordnung medizinisch wie ökonomisch falsch ist. Skoliosen/Kyphosen sind Erkrankungen, die insbesondere bei Wachstumsschüben Progredienz aufweisen. In einer solchen Phase sollte die Möglichkeit einer Langfristverordnung der regelmäßigen Überwachung des Zustandes dienen, um sofort bei Verschlechterung des Zustandes die notwendige Maßnahme veranlassen zu können.

Gleiches gilt für den M. Bechterew und die entzündlich rheumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule. Die Frequenzempfehlung dafür ist 1x / Woche.

BHV 4: EX 1

Da auch arthroskopisch durchgeführte Gelenkoperationen eine Nachbehandlung erfordern können, soll ein Klammersatz eingefügt werden – (auch arthroskopisch).

BHV 5: EX 1

Die BHV vertritt die Auffassung, dass die jeweiligen Verordnungsmengen für die Erkrankungen der Extremitäten (EX 1) zu gering angesetzt sind. Um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, soll die Verordnungsmenge wie folgt geregelt werden:

- Erst – VO bis zu 10
- Gesamtverordnungsmenge bis zu 10 Einheiten

BHV 6: EX 2

Die BHV vertritt die Auffassung, dass die jeweiligen Erst-Verordnungsmengen für die Erkrankungen der Extremitäten (EX 2) zu gering angesetzt sind. Um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, soll die Verordnungsmenge wie folgt geregelt werden:

- Erst – VO bis zu 10
- Folge – VO bis zu 6

Die Gesamtverordnungsmenge erhöht sich dadurch nicht.

BHV 7: EX 3

Die BHV vertritt die Auffassung, dass die jeweiligen Verordnungsmengen für die Erkrankungen der Extremitäten (EX 3) zu gering angesetzt sind. Die Verordnungsmenge des Regelfalls sollte bei den Erkrankungen mit prognostisch längerem Behandlungsbedarf bei der Erstverordnung bis zu 10 Einheiten betragen. Dies vor allem unter der Berücksichtigung, dass bei älteren Menschen mit zunehmendem Alter die Regenerationsfähigkeit der Gewebe des Haltungs- und Bewegungssystems reduziert ist. Dies gilt auch für die Folgeverordnung. Die Gesamtverordnungsmenge erhöht sich dadurch nicht.

Um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, soll die Verordnungsmenge wie folgt geregelt werden:

- Erst. – VO bis zu 10
- Folge – VO bis zu 6

BHV 8: EX 4

Bei der Leitsymptomatik fehlt die Koordinationsstörung sowie die Störung der Grob- und Feinmotorik. Dies führt zu einem gravierenden Versorgungsdefizit, weil die Verordnung sich an der entsprechenden Leitsymptomatik orientieren muss.

Die BHV fordert deshalb:

unter der Leitsymptomatik die Aufnahme von

- b) Koordinationsstörungen u. Störungen der Grob- u. Feinmotorik

unter der Therapiezielsetzung

- Förderung und Verbesserung der Koordination, der Grob- u. Feinmotorik

und als Heilmittel des Regelfalls

- KG ZNS Kinder

Die Leitsymptomatiken Koordinationsstörung sowie Störung der Grob- und Feinmotorik bedürfen zwingend der Verordnungsmöglichkeit neurophysiologischer Therapieformen. Insbesondere durch neurologische Therapien lassen sich z.B. zu erwartende Rumpfasymmetrien günstig beeinflussen. Über die Anbahnung von Afferenzen werden Funktionen verbessert.

BHV 9: CS

Die BHV vertritt die Auffassung, dass die jeweiligen Verordnungsmengen für die Behandlung des chronifizierten Schmerzsyndroms zu gering angesetzt sind.

Die Verordnungsmenge des Regelfalls sollte bei der Erst-, -und Folgeverordnung bis zu 10 Einheiten betragen.

Die Gesamtverordnungsmenge erhöht sich dadurch nicht.

BHV 10: ZN 1

Die BHV fordert die Aufnahme der Hinweise auf die zerebralen Dysfunktionen und umschriebenen Motorischen Entwicklungsstörung nach ICD - 10: F 82. Bei epidemiologischen Studien ergaben sich jedenfalls für die motorischen Entwicklungsstörungen Prävalenzraten von etwa 4-6% (Leitlinien der Gesellschaft für Neuropädiatrie).

BHV 11: ZN 2

Der Apoplex wird ergänzend hinzugefügt, da er nicht ausschließlich auf eine zerebrale Blutung, sondern auch durch einen Verschluss der zerebralen Gefäße entstehen kann.

Die demenziellen Erkrankungen werden ergänzend hinzugefügt, da bei Menschen mit Demenzerkrankungen der Physiotherapie, hier insbesondere der Bewegungstherapie, nachgewiesenermaßen eine große Bedeutung zukommt. Die Physiotherapie hat das Ziel, bestehende Fähigkeiten zu erhalten und gegebenenfalls auszubauen. Die Physiotherapie orientiert sich hier an der Leitsymptomatik des Patienten. Ergänzt wird diese durch begleitende Maßnahmen der physikalischen Therapie, deren Aufgabe es ist, pathologische Bewegungsmuster, krankhafte Muskel- und Skeletzzustände sowie fehlgeleitete neuromuskuläre Übertragungen nach entsprechenden Konzepten zu therapieren. Physiotherapie beeinflusst auch im hohen Maße den Bereich des Erlebens und des Verhaltens, dies ist für Demenzkranke von großer Bedeutung.

BHV 12: PN

Die in der Leitsymptomatik beschriebene Koordinationsstörung, Störung der Grob- und Feinmotorik sowie komplette/incomplete motorische Paresen der Extremitäten bedürfen zwingend der Verordnungsmöglichkeit neurophysiologischer Therapieformen. Zur Erreichung der aufgeführten Ziele *Förderung und Verbesserung der Motorik, Kraft und Ausdauer, Regulierung des Muskeltonus und Vermeidung von Kontrakturen* ist, wenn überhaupt, nur ergänzend mit konventioneller Krankengymnastik zu behandeln.

Insbesondere durch neurologische Therapien lassen sich zu erwartende schwere Körperschemastörungen - die Schulter-Arm-Region wird neuromuskulär nicht eingebunden, wodurch Rumpfasymmetrien entstehen - günstig beeinflussen. Über die angebahnten Afferenzen wird die zentrale Repräsentation des betroffenen Armes in seiner potentiellen (später erreichbaren) Funktion berücksichtigt. (Schulze 2002).

Vergleichbare Untersuchungen haben ergeben, dass die zentrale Repräsentation bei unzureichender Stimulation unter Umständen zugrunde geht und zur Steuerung

bestimmter Haltungs- und Bewegungsmuster nicht mehr zur Verfügung steht, auch wenn der „Schaden in der Peripherie“ behoben ist.

BHV 13: AT 1

Auch bei kurzzeitigem Behandlungsbedarf ist die Festlegung auf eine Gesamtverordnungsmenge von 6 Einheiten nicht ausreichend. Die Behandlung obstruktiver und restriktiver Folgezustände insbesondere bei Lungenfibrose und nach Thoraxoperationen erfordern nach Ansicht der BHV die Option einer Verordnung von 10 Einheiten.

Die Gesamtverordnungsmenge ist auf 10 Einheiten zu erhöhen.

BHV 14: AT 2

Um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, soll die Verordnungsmenge wie folgt geregelt werden:

- Erst. – VO bis zu 10

Die Gesamtverordnungsmenge erhöht sich dadurch nicht.

BHV 15: AT 3

Die AT 3 bezieht sich auf schwergradige Störung der Atmung, die sich nicht ausschließlich auf Mukoviszidose bezieht, sondern darüber hinaus auch auf andere Erkrankungen, wie z.B. die COPD.

BHV 16: GE

Um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, soll die Verordnungsmenge wie folgt geregelt werden:

- Erst – VO bis zu 10
- Folge – VO bis zu 6

Die Gesamtverordnungsmenge erhöht sich dadurch nicht.

BHV 17: LY1/LY2/LY3

Bei der Kompressionsbandagierung handelt es sich um ein ergänzendes Heilmittel. Der Hinweis auf die separate Verordnung sollte weiterhin unter C (ergänzende Heilmittel) erfolgen. Die BHV vertritt die Auffassung, dass bei der Kompressionsbandagierung zusätzlich zur Kompressionsbinde auch Trikofix und Verbandsmaterial (Bandageset) verordnet werden sollte.

BHV 18: LY1

Um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, soll die Verordnungsmenge wie folgt geregelt werden:

- Erst. – VO bis zu 10
- Folge – VO bis zu 6

Die Gesamtverordnungsmenge erhöht sich dadurch nicht.

Bei der Durchführung der Manuellen Lymphdrainage erübrigt sich das Erlernen eines Eigenübungsprogramms.

BHV 19: LY 2

Um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, soll die Verordnungsmenge wie folgt geregelt werden:

- Erst. – VO bis zu 10
- Folge – VO bis zu 10

Die Gesamtverordnungsmenge erhöht sich dadurch nicht.

Bei prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf ist es sinnvoll, schon bei der Erstverordnung bis zu 10 Einheiten zu verordnen.

Bei der Durchführung der Manuellen Lymphdrainage erübrigt sich das Erlernen eines Eigenübungsprogramms.

BHV 20: LY 3

Bei den Diagnosen sind folgende Diagnosen einzufügen:

- Sekundäre Lymphödeme nach malignen Melanomen der Haut
- Nach Bestrahlung von malignen Lymphomen
- Z.n. Hemiparese

BHV 21: LY 3

Bei der Durchführung der Manuellen Lymphdrainage erübrigt sich das Erlernen eines Eigenübungsprogramms.

BHV 22: SO 1

Um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, soll die Verordnungsmenge wie folgt geregelt werden:

- Erst. – VO bis zu 10

Die Gesamtverordnungsmenge erhöht sich dadurch nicht.

BHV 23: SO 2

Um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, soll die Verordnungsmenge wie folgt geregelt werden:

- Erst. – VO bis zu 10 (zur Aktivierung der Muskulatur)
- Folge – VO bis zu 6 (Zur Stabilisierung des Behandlungserfolges und Überprüfung des Eigenprogramms)

Die Gesamtverordnungsmenge erhöht sich dadurch nicht.

Bei der Erst. – VO – Frequenzempfehlung 2 x wöchentlich
Bei der Folge – VO – Frequenzempfehlung 1 x wöchentlich

BHV 24: SO 3, SO 4 und SO 5

Um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen, soll die Verordnungsmenge wie folgt geregelt werden:

- Erst. – VO bis zu 10
- Folge – VO bis zu 6

Die Gesamtverordnungsmenge erhöht sich dadurch nicht.

BHV 25: SO 6/SO 7

Der Heilmittelkatalog soll um **SO 6** – Sklerodomie und **SO 7** – Muskelerkrankungen ergänzt werden.