



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

BED e. V. Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland
Nohner Str. 10 - D-66693 Mettlach

BED
Bundesverband für
Ergotherapeuten in
Deutschland e. V. Verwaltung

Nohner Str. 10
66693 Mettlach

Tel 06868 - 9109 0
Fax 06868 - 9109 15

Bürotelefon:
06438-9279000

E-Mail info@bed-ev.de
Web www.bed-ev.de

Geschäftsführender Vorstand
Diplom-Betriebswirt
Christine Donner

Verbandsregister
Reg.-Nr. VR 7505
Amtsgericht Wiesbaden

Datum: **17.06.2026**

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Stellungnahme des Bundesverbandes für Ergotherapeut*innen in Deutschland e.V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, BT-Drs. 21/6130

sowie zu den mitberatenen Anträgen

BT-Drs. 21/2036, BT-Drs. 21/2716, BT-Drs. 21/5332, BT-Drs. 21/5759, BT-Drs. 21/5753 und BT-Drs. 21/5487

A. Vorbemerkung

Der Bundesverband für Ergotherapeut*innen in Deutschland e.V. (BED) nimmt zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drs. 21/6130, Stellung, soweit dieser die Heilmittelversorgung und insbesondere die Ergotherapie betrifft.

Der BED nimmt diese Beteiligung ausdrücklich zum Anlass, die heilmittel- und ergotherapierlevanten Auswirkungen des Gesetzentwurfs gesondert darzustellen. Die Stellungnahme knüpft an die bereits eingereichte gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf an, bewertet den nun vorliegenden Gesetzentwurf jedoch eigenständig unter Berücksichtigung der mitberatenen Anträge und der zwischenzeitlich vertieften fachlichen, methodischen und rechtlichen Prüfung.

Aus Sicht des BED bestehen im Gesetzentwurf weiterhin drei zentrale Kernprobleme:

1. die Wiedereinführung der Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich durch Anwendung des § 71 SGB V auf Verträge nach §§ 125 und 125a SGB V,
2. die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen im Heilmittelbereich,
3. das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V.

Der BED erkennt ausdrücklich an, dass die Stabilisierung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eine zentrale politische Aufgabe ist. Diese Aufgabe darf jedoch nicht dadurch gelöst werden, dass die Heilmittelversorgung als kurzfristig nutzbarer fiskalischer Entlastungsraum behandelt wird.

Ergotherapie und andere Heilmittel sind keine nachrangigen Ergänzungsleistungen. Sie sichern Funktionsfähigkeit, Selbstständigkeit, Alltagsbewältigung, Kommunikation, Mobilität, soziale Teilhabe, Erwerbsfähigkeit, Rehabilitation und Pflegevermeidung.

Für die Parlamentarier ist aus Sicht des BED wichtig zu erkennen, dass ein gesetzlicher Leistungsanspruch auf Heilmittel nicht genügt, wenn seine tatsächliche Einlösbarkeit durch wirtschaftlich geschwächte Praxen, längere Wartezeiten, fehlende Fachkräfte, höhere Eigenbeteiligungen oder den Rückzug aus komplexen Versorgungsbereichen beeinträchtigt wird.

Versorgungssicherheit bemisst sich nicht allein daran, ob ein Anspruch im SGB V formal erhalten bleibt. Versorgungssicherheit entsteht erst dort, wo Patientinnen und Patienten tatsächlich Zugang zu erreichbarer, fachlich qualifizierter, wirtschaftlich tragfähiger und bedarfsgerechter Versorgung haben.

B. Zum Allgemeinen Teil des Gesetzentwurfs

B. I. Die Grundentscheidung des Gesetzentwurfs bleibt eine Ausgabenbegrenzung im System

Der Gesetzentwurf verfolgt weiterhin eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik. Die Ausgabenentwicklung in verschiedenen Leistungsbereichen soll wieder an die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung angebunden werden. Für den Heilmittelbereich bedeutet dies, dass die bisherige Systematik einer kostenbezogenen Vergütungsfindung durch eine feste Obergrenze auf Grundlage des § 71 SGB V überlagert werden soll.

Damit wird die Heilmittelversorgung nicht auf Grundlage ihrer tatsächlichen Versorgungsfunktion, ihrer realen Personal- und Betriebskosten, ihres Beitrags zur Teilhabe oder zumindest wegen ihrer Folgekostenvermeidung oder ihrer gesamtwirtschaftlichen Ausstrahleffekte bewertet, sondern wie alle anderen Bereiche, in eine allgemeine Konsolidierungslogik eingeordnet, trotz völlig anderer Ausgangslage und Wirkeffekten.

Diese Grundentscheidung ist politisch besonders relevant, weil der Gesetzentwurf die Stabilisierung der GKV-Finzen wesentlich innerhalb des Systems selbst organisiert. Dies erfolgt über Begrenzungen bei Leistungserbringenden, Herstellern und Krankenkassen, über höhere Zuzahlungen und über weitere Belastungen von Versicherten. Eine ausreichende strukturelle Gegenfinanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über Steuermittel erfolgt dagegen nicht in dem Umfang, der erforderlich wäre, um den Druck auf die Versorgung wirksam zu reduzieren und auch nicht, um systematisch diese Lasten passend ihrer Funktion richtig zuzuordnen.

Für die Versorgung mit Heilmitteln hat dies unmittelbare Folgen. Steigender Bedarf, höhere Komplexität der Versorgung, Fachkräfteengpässe, Digitalisierungs- und Bürokratiekosten sowie wachsende therapeutische Verantwortung werden nicht sachgerecht refinanziert, sondern in die Praxen und zu Patientinnen und Patienten verlagert.

Was im Heilmittelbereich kurzfristig eingespart wird, verschwindet jedoch nicht aus dem Versorgungssystem. Es wird sich vielmehr in andere Bereiche verlagern und zeigt sich dann in verzögerter Behandlung, zusätzlicher ärztlicher Wiedervorstellungen, stationärer Versorgung, längerer Arbeitsunfähigkeit, verspäteter Rückkehr in Arbeit, früherer Pflegebedürftigkeit oder zusätzlicher Belastungen anderer Sozialversicherungssysteme.

Eine echte Einsparung liegt nur dann vor, wenn durch eine reduzierte Ausgabe keine höheren Kosten an anderer Stelle entstehen.

Genau diese sektorübergreifende Betrachtung fehlt im Gesetzentwurf für den Heilmittelbereich.

B. II. Die Tatsachen- und Methodengrundlage bleibt im Heilmittelbereich unzureichend

Der Gesetzentwurf übernimmt im Heilmittelbereich weiterhin eine zu pauschale Ausgabendiagnose. Der Heilmittelbereich wird als weitgehend einheitlicher Ausgabenblock behandelt. Das wird der tatsächlichen Struktur der Versorgung nicht gerecht.

Die Heilmittelversorgung umfasst unterschiedliche Versorgungsbereiche mit jeweils eigener Leistungs-, Kosten-, Personal-, Indikations- und Mengenlogik. Als eigenständige Bereiche unterscheiden sich Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Podologie, Diätassistenz und Ernährungstherapie erheblich hinsichtlich Praxisstruktur, Qualifikationsanforderungen, Behandlungsdauer, Anteil komplexer Fälle, Hausbesuche, Verordnungsdynamik, Dokumentationsaufwand sowie Kosten- und Mengenentwicklung.

Vor gesetzlichen Eingriffen in §§ 61, 71, 125 und 125a SGB V wäre daher eine heilmittelbereichsspezifische Analyse erforderlich. Insbesondere muss nachvollziehbar getrennt werden zwischen

- echten Preissteigerungen derselben Leistung,
- Mengenentwicklungen,
- demografisch oder epidemiologisch bedingtem Mehrbedarf,
- Strukturveränderungen,
- Verschiebungen zwischen Heilmittelbereichen,
- Verschiebungen innerhalb einzelner Heilmittelbereiche,
- veränderten Indikationsstrukturen,
- Hausbesuchen,
- neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse,
- längeren oder intensiveren Behandlungsformen,
- neuen Versorgungsformen wie der Blankoverordnung.

Dies gilt umso mehr, als auch die Finanzkommission Gesundheit selbst Hinweise darauf beschreibt, dass die Ausgabenentwicklung im Heilmittelbereich nicht ausschließlich preisgetrieben ist. Soweit in einzelnen Bereichen Mengenkomponten, besondere Verordnungsentwicklungen oder heilmittelbereichsspezifische Besonderheiten sichtbar werden, dürfen diese nicht durch eine pauschale Preisdeckelungslogik überdeckt werden.

Gerade in der Ergotherapie können steigende Ausgaben auch Ausdruck von mehr abgerechneter Versorgung, komplexeren Verläufen, stärkerer Inanspruchnahme, veränderten Indikationsstrukturen oder steigendem psychischem, neurologischem, geriatrischem und teilhabebezogenem Bedarf sein. Solche

Entwicklungen dürfen nicht ohne nähere Prüfung als reine Vergütungs­dynamik verkürzt interpretiert werden.

Erforderlich wäre mindestens eine standardisierte Analyse bei konstantem Leistungs-, Indikations-, Verordner-, Dauer-, Hausbesuchs- und Strukturmix. Andernfalls besteht das Risiko, dass notwendige Veränderungen in der Versorgungsstruktur fälschlich als bloßes Preisproblem bewertet werden.

B. III. Heilmittelversorgung ist folgekostenvermeidende Versorgungsinfrastruktur

Der BED fordert, Heilmittelversorgung nicht isoliert als Ausgabenposition der GKV zu betrachten. Heilmittelversorgung wirkt an Schnittstellen, an denen Folgekosten entstehen oder vermieden werden können: Mobilität, Selbstständigkeit, Kommunikation, Alltagsbewältigung, Teilhabe, Arbeitsfähigkeit, Pflegevermeidung, Rehabilitation und stationäre Entlastung.

Für mehrere therapeutische Versorgungsfelder bestehen Hinweise, dass rechtzeitig zugängliche Heilmittelversorgung Folgekosten vermeiden oder reduzieren kann, etwa durch Vermeidung oder Hinauszögern invasiver Versorgung, Unterstützung der Rückkehr in Arbeit, Erhalt von Selbstständigkeit, Pflegevermeidung und Entlastung stationärer Strukturen.

Für die Ergotherapie ist dieser Zusammenhang besonders naheliegend, weil sie unmittelbar an Alltagshandeln, Selbstversorgung, Rollen, Arbeitsfähigkeit, Teilhabe, psychischer Stabilisierung, kognitiver Leistungsfähigkeit, Hilfsmittelversorgung, Wohnraumanpassung und Angehörigenberatung ansetzt.

Gerade diese Wirkungen werden in einer kurzfristigen GKV-Ausgabenlogik nicht ausreichend sichtbar. Wenn Therapie verzögert, abgebrochen oder nicht begonnen wird, entstehen Kosten an anderer Stelle wie etwa bei Krankengeld, Erwerbsminderung, Pflege, stationärer Versorgung, Arbeitslosigkeit oder Teilhabesystemen.

Die Gesetzesfolgenabschätzung darf deshalb nicht allein fragen, welche kurzfristigen GKV-Minderausgaben entstehen. Sie muss auch prüfen, ob diese Minderausgaben zu höheren Folgekosten in anderen Bereichen führen würden.

B. IV. Die Maßnahmen dürfen nicht isoliert bewertet werden

Die heilmittelbezogenen Regelungen wirken nicht einzeln, sondern kumulativ:

1. Die Vergütungsentwicklung soll über § 71 SGB V begrenzt werden.
2. Die Zuzahlungen sollen erhöht und dynamisiert werden.
3. Versorgungsbezogene Pauschalen in der Blankoversorgung sollen gesetzlich ausgeschlossen werden.

Diese Kombination verschärft die Belastung im Heilmittelbereich erheblich. Praxen verlieren wirtschaftliche Spielräume, Patientinnen und Patienten werden stärker belastet, und ein neues Versorgungsmodell mit erweiterter therapeutischer Verantwortung wird vergütungsrechtlich entwertet und damit geschwächt.

Eine belastbare Gesetzesfolgenabschätzung müsste diese kumulative Wirkung ausdrücklich prüfen. Es reicht nicht aus, die Maßnahmen jeweils einzeln als technisch, fiskalisch oder vollzugspraktisch beherrschbar darzustellen. Maßgeblich ist, welche Gesamtwirkung auf Praxiswirtschaftlichkeit, Fachkräftebindung, Versorgungskapazität, Wartezeiten, Zugang, Inanspruchnahme und Versorgungsqualität entsteht.

B. V. Formale Leistungsansprüche ersetzen keine reale Versorgungskapazität

Der Gesetzentwurf geht erkennbar davon aus, dass Versorgungseffekte vor allem dann relevant sind, wenn der gesetzliche Leistungsanspruch unmittelbar eingeschränkt wird. Diese Betrachtung greift zu kurz.

Versorgung entsteht nicht allein dadurch, dass ein Anspruch im SGB V formal bestehen bleibt. Versorgung entsteht nur dann, wenn ausreichend Praxen wirtschaftlich tragfähig arbeiten können, wenn Fachkräfte gehalten und gewonnen werden können, wenn komplexe Versorgungen übernommen werden, wenn Behandlungen wohnortnah erreichbar sind und wenn Patientinnen und Patienten notwendige Leistungen tatsächlich in Anspruch nehmen können.

Eine Ausgabenbegrenzung kann daher auch ohne ausdrückliche Leistungskürzung zu verdeckter Rationierung führen: über längere Wartezeiten, fehlende Behandlungskapazitäten, Praxisschließungen, geringere Teilnahme an neuen Versorgungsformen, zurückhaltendere Annahme komplexer Fälle oder Therapieabbrüche der Patient*innen aus Kostengründen.

Der Gesetzgeber sollte solche Effekte nicht an Praxen, Therapierende, Verordnende oder Patientinnen und Patienten delegieren. Wenn politische Entscheidungen faktisch zu einer erschwerten Einlösbarkeit gesetzlicher Ansprüche führen können, müssen diese Folgen transparent benannt, geprüft und bewertet werden.

C. Zu Artikel 1 Nummer 25, § 71 SGB V, sowie Artikel 1 Nummer 44, § 125 Absatz 3 Satz 3 SGB V

C. I. Die Rückkehr zur Grundlohnsummenbindung ist im Heilmittelbereich ein gesetzgeberischer Rückschritt

Der Gesetzentwurf sieht vor, § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V auf Verträge nach §§ 125 und 125a SGB V entsprechend anzuwenden. Damit soll die Grundlohnrate wieder als feste Obergrenze für die Vergütungsentwicklung im Heilmittelbereich wirken.

Der BED hält dies für nicht sachgerecht.

Die Grundlohnrate bildet nicht die tatsächliche Kostenentwicklung in Heilmittelpraxen ab. Heilmittelpraxen sind personalintensive Versorgungsbetriebe. Ihre wirtschaftliche Entwicklung wird insbesondere durch Personalkosten geprägt,

Zu den realen weiteren Betriebskosten gehören, neben Mieten, Energie, Versicherungen, Finanzierungskosten, Bürokratie, Fortbildung, Praxisverwaltung und steigende Anforderungen an Qualität und Dokumentation, inzwischen auch Kosten für digitale und hybride Versorgungsformen, telemedizinische Infrastruktur, Datenschutz, Software, Hardware und laufende Systemnutzung. Gerade wenn solche Versorgungsformen politisch als Effizienzpotenzial betrachtet werden, dürfen ihre Kosten nicht aus der Vergütungslogik ausgeblendet werden.

Hinzu kommt: Der Gesetzgeber hatte die Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich bereits gelockert und später bewusst aufgehoben, denn mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wurde anerkannt, dass die Grundlohnrate die realen Kostenentwicklungen im Heilmittelbereich nicht sachgerecht abbildet. Stattdessen sollten die realen Personalkosten, Sachkosten und laufende Praxiskosten berücksichtigt werden.

Die nun geplante Rückkehr ist daher kein neutraler Ordnungsschritt. Sie reaktiviert einen Maßstab, dessen mangelnde Realitätsnähe der Gesetzgeber für den Heilmittelbereich bereits erkannt und korrigiert hatte.

C. II. Der zusätzliche Abschlag von einem Prozentpunkt verschärft die Unterdeckung

Besonders problematisch ist, dass die Grundlohnrate für die Jahre 2027 bis 2029 zusätzlich um einen Prozentpunkt gemindert werden soll.

Schon die ungekürzte Grundlohnrate ist kein geeigneter Maßstab für die tatsächliche Kostenentwicklung therapeutischer Praxen. Der zusätzliche Abschlag verschärft diese Abkopplung nochmals. Die zulässige Vergütungsentwicklung würde nicht nur hinter der realen Kostenentwicklung zurückbleiben können, sondern zusätzlich politisch abgesenkt.

Dieser Abschlag ist im Heilmittelbereich unverhältnismäßig, da in der Ergotherapie weiterhin eine belegte Unterfinanzierung existiert und jene Lücke zwischen Ist- und Sollkosten seit dem Wegfall der Grundlohnsummenbildung lediglich kleiner geworden, aber nicht bewältigt worden ist.

Jedenfalls liegt ein milderer Mittel auf der Hand. Der Gesetzgeber könnte eine sektorspezifische Ausnahme vorsehen, die Regelung strikt befristen, auf den zusätzlichen Abschlag verzichten oder zumindest eine verbindliche Evaluation mit Nachsteuerungspflicht aufnehmen.

C. III. Besondere Benachteiligung der Ergotherapie durch retrospektive Preisbildung

Für die Ergotherapie ist die geplante Regelung besonders problematisch. Die Vergütungsbildung in der Ergotherapie bildet Kostenentwicklungen bislang mit zeitlichem Nachlauf ab. Tatsächliche Kostensteigerungen des laufenden Jahres kommen daher nicht vollständig und nicht zeitgleich in der Vergütung an.

Wird auf diese verzögerte Kostenabbildung zusätzlich eine Grundlohnobergrenze gelegt, entsteht eine doppelte Verzerrung. Die Ergotherapie wird auf einer ohnehin verspäteten Kostenbasis zudem gedeckelt.

Für laufende oder noch nicht abgeschlossene Vergütungs- und Schiedsverfahren muss daher ausdrücklich sichergestellt werden, dass diese nicht durch eine neue Grundlohnobergrenze präjudiziert werden. Eine gesetzgeberische Intervention darf nicht dazu führen, dass einzelne Heilmittelbereiche allein aufgrund des Zeitpunkts laufender Verfahren schlechter gestellt werden.

C. IV. Erforderlicher Änderungsbedarf

Der BED fordert vorrangig, die Anwendung des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V auf Verträge nach §§ 125 und 125a SGB V zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an einer Grundlohnlogik festhalten, sind als mildere Mittel mindestens vorzusehen:

1. strikte zeitliche Befristung der Regelung;
2. Verzicht auf den zusätzlichen Abschlag von einem Prozentpunkt;
3. ausdrücklicher Schutz laufender und noch nicht abgeschlossener Vergütungs- und Schiedsverfahren;
4. verbindliche Evaluation der Auswirkungen auf Vergütung, Praxiswirtschaftlichkeit, Fachkräftesicherung, Wartezeiten, regionale Versorgung und Patientinnen- und Patientenzugang;

5. Nachsteuerungspflicht, wenn sich Versorgungseinschränkungen, längere Wartezeiten, Praxisaufgaben oder Fachkräfteverluste zeigen.

Diese mildereren Mittel liegen auf der Hand und würden den Eingriff in einen personalintensiven, versorgungsrelevanten Bereich zumindest begrenzen. Sie ersetzen nicht die vorrangige Forderung, den Heilmittelbereich aus der Grundlohnobergrenze herauszunehmen.

D. Zu Artikel 1 Nummer 23, § 61 SGB V, Zuzahlungen

D. I. Die Heilmittelzuzahlung unterliegt bereits heute einer besonderen Dynamisierung

Der Gesetzentwurf sieht vor, die allgemeinen Zuzahlungsgrenzen von mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro auf mindestens 7,50 Euro und höchstens 15 Euro anzuheben. Für Heilmittel soll der feste Zuzahlungsbetrag je Verordnung von 10 Euro auf 15 Euro erhöht werden; zusätzlich sollen die Beträge künftig dynamisiert werden.

Für Heilmittelpatientinnen und Heilmittelpatienten ist dies besonders problematisch, weil die Zuzahlungssystematik im Heilmittelbereich bereits heute eine strukturelle Sonderbelastung enthält. Versicherte zahlen nicht nur einen festen Betrag je Verordnung, sondern zusätzlich 10 Prozent der Kosten des Heilmittels.

Damit besteht im Heilmittelbereich bereits heute eine dynamische Komponente: Steigen die Preise der Heilmittelleistungen durch Kostensteigerungen, steigt automatisch auch der prozentuale Eigenanteil der Versicherten. Die Zuzahlung ist im Heilmittelbereich daher gerade nicht vollständig statisch geblieben. Zwar wurde der feste Zuzahlungsbetrag je Heilmittelverordnung seit 2004 nicht dynamisiert; der 10-Prozent-Anteil wächst jedoch mit jeder Vergütungsanpassung mit.

Der Gesetzentwurf würde deshalb im Heilmittelbereich nicht lediglich eine bislang vollständig unterbliebene Dynamisierung nachholen. Er würde eine zusätzliche, zweite Dynamisierung einführen. Neben dem ohnehin mitwachsenden prozentualen Eigenanteil soll künftig auch der feste Zuzahlungsbetrag je Heilmittelverordnung erhöht und fortgeschrieben werden.

Diese doppelte Dynamisierung unterscheidet den Heilmittelbereich von anderen Leistungsbereichen und verschärft eine bereits bestehende methodische Schieflage. Gerade Menschen mit regelmäßigem, längerfristigem oder chronischem Therapiebedarf werden dadurch besonders belastet.

D. II. Harmonisierung mit den anderen Leistungsbereichen ist zwingend erforderlich

Der BED wendet sich nicht pauschal gegen jede allgemeine Anpassung und Dynamisierung der Zuzahlungsbeträge. Eine solche Anpassung kann systematisch vertretbar sein, wenn sie einheitlich, nachvollziehbar und sozial abgedeckt ausgestaltet wird.

Der zentrale Fehler liegt jedoch darin, dass der Heilmittelbereich weiterhin einer Sonderlogik unterworfen bleibt, der historisch aus einem Umfeld stammte, bei dem bei stabilen Preisen eine deutliche Mengendynamik zu verzeichnen war. Trotz der Tatsache, dass sich die Versorgung zwischenzeitlich genau entgegengesetzt entwickelt hat, wurde dieser historische Methodikfehler nie behoben. Während in

anderen Leistungsbereichen prozentuale Eigenanteile regelmäßig durch Mindest- und Höchstbeträge begrenzt werden, kombiniert die Heilmittelzuzahlung einen prozentualen Anteil mit einem zusätzlichen festen Zuzahlungsbetrag je Verordnung.

Der BED fordert deshalb eine Harmonisierung der Heilmittelzuzahlung mit den allgemeinen Zuzahlungsregelungen anderer Leistungsbereiche.

Diese Harmonisierung ist nicht lediglich ein milderer Mittel, sondern eine zwingend erforderliche Systemkorrektur. Wenn der Gesetzgeber die allgemeinen Zuzahlungsgrenzen auf 7,50 Euro beziehungsweise 15 Euro anhebt und künftig dynamisiert, muss diese Systematik auch für Heilmittel sachgerecht gelten. Das bedeutet Heilmittel dürfen nicht zusätzlich durch eine eigenständige Sonderlogik belastet werden, bei der ein prozentualer Eigenanteil und ein fester Zuzahlungsbetrag je Verordnung nebeneinander anfallen.

Eine sachgerechte Harmonisierung würde die historisch gewachsene Sonderbelastung im Heilmittelbereich beenden. Sie würde gleichzeitig den politischen Ansatz des Entwurfs, Zuzahlungen systematisch fortzuschreiben, nicht grundsätzlich infrage stellen. Sie würde aber verhindern, dass Heilmittelpatientinnen und Heilmittelpatienten durch eine doppelte Dynamisierung strukturell stärker belastet werden als Versicherte in anderen Leistungsbereichen.

D. III. Zuzahlungen können notwendige Versorgung verzögern oder verhindern

Zuzahlungen können insbesondere bei Menschen mit geringem Einkommen, chronischen Erkrankungen, psychischen Erkrankungen, Behinderung, kognitiven Einschränkungen oder längerfristigem Rehabilitationsbedarf eine reale Zugangshürde darstellen.

Belastungsgrenzen lösen dieses Problem nicht vollständig. Zuzahlungen müssen zunächst aufgebracht werden. Nachweise müssen gesammelt, Befreiungen beantragt und Verfahren verstanden werden. Gerade für vulnerable Patientengruppen kann bereits dieser Vorleistungs- und Antragsaufwand eine relevante Barriere sein.

Wenn notwendige Heilmittel aus Kostengründen später begonnen, abgebrochen oder gar nicht in Anspruch genommen werden, entstehen nicht nur individuelle Gesundheitsrisiken. Es können auch Folgekosten in anderen Systemen entstehen, etwa durch längere Arbeitsunfähigkeit, verzögerte Rehabilitation, Krankengeld, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsminderung oder stationäre Behandlung.

D. IV. Belastungsgrenzen müssen im digitalen Zeitalter wirksam werden

Die gesetzlichen Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V sollen sicherstellen, dass Versicherte durch Zuzahlungen nicht überfordert werden. Diese Schutzfunktion wirkt jedoch nur dann zuverlässig, wenn Versicherte ihre Belastungsgrenze kennen, die erforderlichen Nachweise erbringen können und das Befreiungsverfahren tatsächlich nutzen.

Die Finanzkommission Gesundheit hat selbst darauf hingewiesen, dass nicht sichergestellt ist, dass alle Versicherten, die oberhalb ihrer individuellen Belastungsgrenze liegen, tatsächlich befreit werden. Sie empfiehlt deshalb, Krankenkassen dazu zu verpflichten und in die Lage zu versetzen, Versicherte automatisch über das mögliche Erreichen der Belastungsgrenze zu informieren.

Diese Empfehlung muss aufgegriffen und verbindlich gesetzlich umgesetzt werden. Wenn Zuzahlungen erhöht und dynamisiert werden, muss der Schutzmechanismus der Belastungsgrenze zugleich digital, niedrigschwellig und aktiv ausgestaltet werden.

Im digitalen Zeitalter sollte darüber hinaus geprüft werden, ob bei Vorliegen der erforderlichen Daten nicht nur eine automatische Information, sondern auch eine automatisierte Befreiung oder zumindest ein stark vereinfachtes, digital vorausgefülltes Befreiungsverfahren möglich ist. Versicherte sollten nicht weiterhin selbst nachweisen müssen, dass sie vor Überforderung zu schützen sind, wenn Krankenkassen und Leistungserbringer die relevanten Zuzahlungsdaten ohnehin im System verarbeiten.

D. V. Zuzahlungen in der Blankoversorgung sind besonders erklärungs- und konfliktanfällig

In der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V verschärft sich die Problematik zusätzlich.

Anders als bei einer klassischen Verordnung stehen Anzahl der Behandlungseinheiten, konkrete Frequenz und Dauer der Behandlung zu Beginn nicht in gleicher Weise fest. Die therapeutische Entscheidung über Auswahl, Frequenz und Dauer erfolgt innerhalb des vertraglichen Rahmens durch die Leistungserbringenden.

Damit muss den Versicherten zu Beginn der Behandlung erläutert werden, dass die Höhe der gesetzlichen Zuzahlung variieren kann. Wenn der feste Zuzahlungsbetrag erhöht und jährlich dynamisiert wird, steigt nicht nur die finanzielle Belastung der Patientinnen und Patienten. Es steigt auch der Informations-, Erklärungs-, Verwaltungs- und Konfliktaufwand in den Praxen.

Dies betrifft insbesondere kleine und mittlere therapeutische Praxen, die häufig keine eigene Verwaltungseinheit haben. Wiederkehrende Änderungen durch jährliche Dynamisierung bedeuten Anpassungen bei Praxissoftware, Abrechnung, Zahlungsprozessen, Quittungen, Patienteninformationen, Befreiungsnachweisen, Rückzahlungen und internen Abläufen.

Dieser Erfüllungsaufwand ist im Gesetzentwurf für den Heilmittelbereich nicht nachvollziehbar eigenständig ausgewiesen.

D. VI. Erforderlicher Änderungsbedarf

Der BED fordert eine Harmonisierung der Heilmittelzuzahlung mit den allgemeinen Zuzahlungsregelungen anderer Leistungsbereiche.

Diese Harmonisierung ist zwingend erforderlich, weil der Heilmittelbereich bereits heute einer besonderen Sonderlogik unterliegt: Versicherte zahlen 10 Prozent der Kosten des Heilmittels und zusätzlich einen festen Zuzahlungsbetrag je Verordnung. Der prozentuale Anteil steigt bereits heute mit jeder Vergütungsanpassung automatisch mit.

Der Gesetzentwurf würde diese bestehende Dynamik nicht nur fortführen, sondern durch Erhöhung und Dynamisierung des festen Zuzahlungsbetrags je Heilmittelverordnung eine zusätzliche, zweite Dynamisierung schaffen. Dadurch würden Heilmittelpatientinnen und Heilmittelpatienten strukturell stärker belastet als Versicherte in anderen Leistungsbereichen.

Erforderlich ist daher eine Angleichung an die allgemeine Zuzahlungssystematik. Wenn der Gesetzgeber die allgemeinen Zuzahlungsgrenzen auf 7,50 Euro beziehungsweise 15 Euro anhebt und künftig dynamisiert,

darf der Heilmittelbereich nicht zusätzlich durch die Kombination aus prozentualem Eigenanteil und festem Zuzahlungsbetrag je Verordnung belastet werden.

Zusätzlich sind zum Schutz der Versicherten verbindlich vorzusehen:

1. gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte automatisiert über das mögliche Erreichen ihrer individuellen Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu informieren;
2. Prüfung einer automatisierten Befreiung oder zumindest eines digital vorausgefüllten, stark vereinfachten Befreiungsverfahrens;
3. empirische Prüfung von Leistungsverzicht, verzögertem Therapiebeginn, Therapieabbrüchen und Belastung chronisch kranker Versicherter;
4. gesonderte Ausweisung des Umsetzungs- und Erfüllungsaufwands für Heilmittelpraxen, insbesondere in der Blankoversorgung.

E. Zu Artikel 1 Nummer 45, § 125a Absatz 2 SGB V

E. I. Das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen verkennt die Funktion und Systematik der Blankoversorgung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pauschalen, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung begründet werden und über Analyse des therapeutischen Bedarfs oder therapeutische Diagnostik hinausgehen, nicht zulasten der GKV vereinbart werden können.

Der BED hält diese Regelung für fachlich, methodisch und rechtspolitisch verfehlt.

Die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V verändert die Rollenverteilung in der Versorgung. Die ärztliche Indikationsstellung bleibt Grundlage. Die konkrete Ausgestaltung des Behandlungsverlaufs wird jedoch in deutlich höherem Umfang therapeutisch verantwortet. Therapierende entscheiden innerhalb des vertraglichen Rahmens eigenständig über Auswahl, Frequenz, Dauer und Anpassung der Therapie.

Daraus entstehen Mehraufwendungen, die über eine punktuelle Analyse des therapeutischen Bedarfs hinausgehen.

Dazu gehören insbesondere:

- fortlaufende Steuerung des Behandlungsverlaufs,
- Anpassung von Frequenz, Dauer und Inhalt der Therapie bei verändertem Bedarf,
- Daraus resultierende Umorganisation von Terminen,
- wirtschaftlich nachvollziehbare Begründung therapeutischer Entscheidungen im Lichte von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß §2 SGB V,
- erweiterte Verlaufsdokumentation,
- Sicherung der Versorgungsqualität,
- intra- und interprofessionelle Abstimmung,
- Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen und weiteren beteiligten Berufsgruppen.

Diese Tätigkeiten sind nicht bloß eine intensivere Form der Verlaufsdokumentation. Sie sind Ausdruck und sachlogische Folge der mit § 125a SGB V eingeführten erweiterten Versorgungsverantwortung.

Wenn der Gesetzgeber therapeutische Verantwortung erweitert, darf er die daraus entstehenden Folgeaufwände nicht vergütungsrechtlich ausblenden.

E. II. Die Pauschale ist keine Doppelvergütung

Die versorgungsbezogene Pauschale ist keine Doppelvergütung. Sie vergütet nicht noch einmal dieselbe Vor- und Nachbereitung oder dieselbe Dokumentation. Sie bildet vielmehr die besondere Verantwortung ab, die aus der eigenständigen Steuerung der Versorgung entsteht.

Hinzu kommt, dass die Vergütungssystematik der Blankverordnung nicht isoliert anhand einzelner Zusatzpositionen bewertet werden darf. Vor- und Nachbereitung sowie Verlaufsdocumentation werden in der Blankversorgung je Behandlungstermin und nicht je einzelner Behandlungseinheit abgebildet.

Werden mehrere Behandlungseinheiten fachlich sinnvoll in einem längeren Termin gebündelt, ist die Versorgung nach § 125a SGB V günstiger als die nach § 125. Die versorgungsbezogene Pauschale ist daher keine Doppelvergütung, sondern bildet den Ausgleich für die zusätzliche Steuerungs-, Qualitäts- und Verantwortungsfunktion der Blankversorgung.

Wer Blankverordnung will, muss die damit verbundene Verantwortung vergüten. Andernfalls bleibt formal ein modernes Versorgungsmodell bestehen, was in der Praxis die gesetzgeberische Wirkung nicht (mehr) entfalten kann, da seine fachliche Grundlage wirtschaftlich ausgehöhlt wird.

E. III. Die Datengrundlage trägt einen gesetzlichen Eingriff nicht

Die Begründung für die Streichung versorgungsbezogener Pauschalen stützt sich wesentlich auf die Annahme, der zusätzliche Aufwand unterscheide sich nicht substantiell von der Versorgung nach § 125 SGB V.

Diese Annahme ist nicht hinreichend belegt.

Abrechnungsdaten können zeigen, welche Leistungen in welchem Umfang abgerechnet wurden. Sie zeigen jedoch nicht vollständig, welcher fachliche, organisatorische, dokumentarische und koordinierende Aufwand durch eigenständige therapeutische Verlaufssteuerung entsteht.

Gerade die Tätigkeiten, die durch die Pauschale abgebildet werden sollen, sind in Routinedaten nur eingeschränkt sichtbar. Aus dem Umstand, dass Abrechnungsdaten bestimmte Mehraufwände nicht abbilden können, darf nicht geschlossen werden, dass diese Mehraufwände nicht bestehen.

Eine gesetzliche Streichung versorgungsbezogener Pauschalen darf daher nicht auf einer Datengrundlage beruhen, deren Methodik, Auswahl, Beobachtungszeitraum, Aussagekraft, Repräsentativität und fachliche Validität nicht vollständig offengelegt wurden.

Erforderlich ist eine unabhängige, methodisch transparente und heilmittelbereichsspezifische Evaluation vor einem gesetzlichen Eingriff.

E. IV. Eingriff in Selbstverwaltung und Schiedsstellenentscheidung

Die versorgungsbezogene Pauschale in der Ergotherapie ist nicht außerhalb der gesetzlichen Systematik entstanden. Sie wurde im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Vertrags- und Schiedsstellenverfahrens nach § 125a SGB V festgesetzt.

Damit greift der Gesetzentwurf nicht nur in eine einzelne Vergütungsposition ein. Er entwertet nach kurzer Laufzeit eine tragende Abwägungsentscheidung des gesetzlich vorgesehenen Selbstverwaltungs- und Schiedsstellenmechanismus.

Das ist rechtspolitisch problematisch. Neue Versorgungsformen benötigen verlässliche Rahmenbedingungen. Wenn erweiterte Verantwortung zunächst gesetzlich gewollt, vertraglich ausgestaltet, schiedsstellenfestgesetzt und kurz darauf durch Bundesgesetz vergütungsrechtlich entwertet wird, entsteht ein Vertrauensschaden.

Dieser betrifft nicht nur die Ergotherapie. Er konterkariert die Bereitschaft der Heilmittelerbringer insgesamt, neue Versorgungsformen mit erweiterter Verantwortung künftig mitzutragen und auszugestalten.

E. V. Gefahr einer Scheinverantwortung

Besonders kritisch ist die Gefahr einer Scheinverantwortung.

Die Blankverordnung soll therapeutische Entscheidungsspielräume erweitern und Versorgung bedarfsgerechter machen. Wenn Therapierende aber fachlich entscheiden sollen, zugleich jedoch wirtschaftlich dafür belastet werden, dass sie komplexe oder höhere Bedarfe angemessen versorgen, entsteht eine strukturelle Spannung.

Therapeutische Verantwortung darf nicht zur verdeckten Rationierungsverantwortung werden. Es wäre fachlich und ethisch problematisch, Therapierenden mehr Verantwortung zu übertragen, ihnen aber die wirtschaftliche Abbildung der damit verbundenen Steuerungs-, Dokumentations- und Qualitätsaufgaben zu verwehren.

E. VI. Besondere Schutzbedarfe psychisch erkrankter Menschen

Die Blankversorgung in der Ergotherapie umfasst auch psychische Erkrankungen. Zugleich bestimmt § 27 Absatz 1 Satz 4 SGB V ausdrücklich, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Ergänzend verlangt § 2a SGB V, den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Diese gesetzlichen Wertungen sind bei der Ausgestaltung von § 125a SGB V zu berücksichtigen.

Psychisch erkrankte Menschen können auf niedrigschwellige, kontinuierliche, flexible und gut gesteuerte Versorgungsverläufe besonders angewiesen sein. Therapiebedarf kann schwanken und von Motivation, Alltagsstruktur, Krisenanfälligkeit, Beziehungsaufbau, sozialer Situation und Teilhabebeeinträchtigung abhängen.

Eine Steuerungslogik, die komplexe, schwankende oder längerfristige Bedarfe wirtschaftlich schlechter abbildet, kann gerade diese Patientengruppen benachteiligen. Der Gesetzentwurf lässt nicht erkennen, dass diese Schutzanforderungen gesondert geprüft wurden.

E. VII. Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der Blankversorgung

Die gesetzliche Entwertung versorgungsbezogener Pauschalen kann zudem unmittelbare Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der Blankversorgung haben.

Wenn zusätzliche therapeutische Verantwortung künftig nicht eigenständig vergütet werden darf, entsteht Verhandlungsunsicherheit für die Ausweitung auf weitere Diagnosegruppen und Versorgungsbereiche. Dies

betrifft insbesondere Versorgungsfelder, in denen flexible, alltagsnahe und therapeutisch gesteuerte Versorgung besonders relevant ist.

Gerade die Ergotherapie ist auf solche flexiblen Versorgungsmodelle angewiesen, weil Behandlungsverläufe häufig von Alltagsanforderungen, Kontextfaktoren, psychischer Stabilität, kognitiver Leistungsfähigkeit, Angehörigensituation, Wohnumfeld, Schule, Kita, Arbeit oder Pflegearrangements beeinflusst werden.

Die geplante Streichung versorgungsbezogener Pauschalen wirkt daher nicht erst nach Jahren. Sie verändert bereits jetzt die Grundlage für die Weiterentwicklung neuer Versorgungsformen.

E. VIII. Erforderlicher Änderungsbedarf

Der BED fordert, das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in § 125a SGB V zu streichen.

Die Pauschalen bilden keine beliebige Zusatzvergütung ab. Sie stehen im Zusammenhang mit der erweiterten therapeutischen Versorgungsverantwortung, insbesondere mit Steuerung des Behandlungsverlaufs, Sicherung der Versorgungsqualität, Dokumentation sowie intra- und interprofessioneller Abstimmung.

Ein gesetzlicher Eingriff vor Abschluss der gesetzlich vorgesehenen Evaluation ist fachlich und rechtspolitisch nicht tragfähig. Der Gesetzgeber hat mit § 125a Absatz 6 SGB V selbst eine Berichterstattung über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung vorgesehen. Es liegt daher ein milderer und sachgerechterer Mittel auf der Hand: Der Ergebnisbericht nach vier Jahren ist zunächst abzuwarten.

Sollte der Gesetzgeber an einer Überprüfung der Pauschalen festhalten, sind mindestens vorzusehen:

1. keine gesetzliche Streichung vor Vorliegen und Auswertung des Ergebnisberichts nach § 125a Absatz 6 SGB V;
2. getrennte Evaluation nach Heilmittelbereichen, insbesondere Ergotherapie und Physiotherapie;
3. Unmittelbare Beteiligung der maßgeblichen Berufsverbände in solch einen Prozess;
4. Offenlegung der Datengrundlage, Methodik, Vergleichsgruppen und Limitationen;
5. Prüfung der tatsächlichen Steuerungs-, Dokumentations-, Koordinations- und Qualitätsaufwände;
6. Prüfung der Auswirkungen auf Teilnahmebereitschaft der Praxen, komplexe Fallgruppen, psychisch erkrankte Menschen, Wartezeiten und Versorgungskontinuität;
7. Schutz schiedsstellenfestgesetzter Vergütungsbestandteile bis zum Abschluss einer belastbaren Evaluation.

F. Zur Gesetzesfolgenabschätzung, Erfüllungsaufwand und weiteren Kosten

F. I. Der Erfüllungsaufwand für Heilmittelpraxen ist nicht nachvollziehbar ausgewiesen

Der Gesetzentwurf weist den Erfüllungsaufwand nicht so aus, dass die Auswirkungen auf Heilmittelpraxen nachvollziehbar erkennbar wären.

Die geplanten Änderungen betreffen Praxisabläufe unmittelbar. Dies gilt insbesondere für

- Anpassung von Praxisverwaltung und Abrechnung,

- Aktualisierung von Praxissoftware,
- Zahlungsprozesse und Quittungen,
- Patienteninformation,
- Umgang mit Befreiungsnachweisen,
- Rückzahlungen und Quittungskorrekturen,
- Rückfragen und Konflikte bei höheren Zuzahlungen,
- wiederkehrende Umstellungen durch jährliche Dynamisierung,
- besondere Informationspflichten in der Blankoversorgung.

Durchschnittliche und damit kleine und mittlere therapeutische Praxen verfügen häufig nicht über eigene Verwaltungsmitarbeitende. Zusätzlicher Verwaltungsaufwand wirkt dort unmittelbar auf verfügbare Behandlungszeit, wirtschaftliche Tragfähigkeit und Personalbelastung.

Es ist daher nicht ausreichend, die heilmittelbezogenen Vollzugsfolgen als bloße Nebenfolge zu behandeln. Sie sind eigenständig zu prüfen und transparent auszuweisen.

F. II. Weitere Kosten und Folgekosten sind unzureichend abgebildet

Auch die weiteren Kosten für Bürgerinnen und Bürger müssen heilmittelbereichsspezifisch betrachtet werden.

Die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen trifft Patientinnen und Patienten mit Heilmittelbedarf nicht gleichmäßig, sondern besonders diejenigen mit wiederkehrendem, längerfristigem oder chronischem Behandlungsbedarf. Für diese Gruppen können sich finanzielle Belastung und Zugangshürden kumulieren.

Darüber hinaus sind mögliche Folgekosten zu berücksichtigen. Wenn Therapien verzögert, abgebrochen oder nicht begonnen werden, können Kosten in andere Systeme verschoben werden: Krankengeld, Pflege, Erwerbsminderung, stationäre Versorgung, Arbeitslosigkeit, Rehabilitation und Rentenversicherung.

Eine Gesetzesfolgenabschätzung, die allein kurzfristige GKV-Minderausgaben betrachtet, bleibt daher unvollständig.

F. III. Erforderlicher Änderungsbedarf

Der Gesetzgeber sollte die heilmittelbezogenen Regelungen nicht ohne eine nachvollziehbare Ergänzung der Folgenabschätzung beschließen.

Erforderlich sind insbesondere:

1. gesonderte Darstellung des Erfüllungsaufwands für Heilmittelpraxen;
2. gesonderte Betrachtung der Heilmittelpraxenstruktur, die zum größten Teil aus kleinen und mittelgroßen Praxen bestehen;
3. Darstellung der wiederkehrenden Umstellungsaufwände durch jährliche Dynamisierung;
4. Darstellung der besonderen Informations- und Abrechnungsaufwände in der Blankoversorgung;
5. heilmittelbereichsspezifische Darstellung der weiteren Kosten für Patientinnen und Patienten;
6. Prüfung von Folgekosten bei verzögerter Inanspruchnahme, Therapieabbrüchen und Versorgungsausfällen;
7. verbindliche Ex-post-Evaluation mit Berichtspflicht an den Bundestag.

G. Zu den mitberatenen Anträgen

G. I. Grundsätzliche Einordnung

Die mitberatenen Anträge enthalten teils wichtige Hinweise auf alternative Finanzierungsansätze, lösen die konkreten heilmittelbezogenen Probleme des Gesetzentwurfs jedoch nicht ausreichend.

Maßgeblich bleibt aus Sicht des BED: Der Gesetzentwurf muss im Heilmittelbereich selbst korrigiert werden. Es genügt nicht, allgemein auf Beitragsatzstabilisierung, Steuerfinanzierung, Bürokratieabbau oder Entlastung der Versicherten zu verweisen, solange die konkreten Eingriffe in §§ 61, 71, 125 und 125a SGB V unverändert bleiben.

G. II. Anträge der AfD-Fraktion, BT-Drs. 21/2036, BT-Drs. 21/2716, BT-Drs. 21/5332 und BT-Drs. 21/5759

Die Anträge der AfD-Fraktion enthalten keine tragfähige Antwort auf die heilmittelbezogenen Eingriffe des Gesetzentwurfs. Sie ändern nichts an der geplanten Anwendung des § 71 SGB V auf die Heilmittelversorgung, nichts an der Erhöhung der Heilmittelzuzahlungen und nichts am gesetzlichen Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in der Blankoversorgung.

Soweit einzelne Anträge eine bessere Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen fordern, ist der Grundgedanke, gesamtgesellschaftliche Aufgaben nicht einseitig aus Beitragsmitteln zu finanzieren, grundsätzlich anschlussfähig. Eine solche Finanzierung darf jedoch nicht selektiv, ausgrenzend oder zulasten bestimmter Versichertengruppen ausgestaltet werden.

Der BED lehnt jede Lösung ab, die den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung nach Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus oder migrationspolitischer Bewertung sortiert. Gesundheitsversorgung muss bedarfsbezogen, diskriminierungsfrei und sozialstaatlich verantwortet bleiben.

Für die Heilmittelversorgung ist entscheidend: Eine sachgerechte Finanzierung der GKV darf nicht dadurch ersetzt werden, dass bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen aus dem Solidarversprechen herausgedrängt werden.

Die AfD-Anträge bieten daher keine heilmittelpolitisch tragfähige Alternative zum Gesetzentwurf. Der Gesetzgeber muss die konkreten heilmittelbezogenen Regelungen in §§ 61, 71, 125 und 125a SGB V selbst korrigieren.

G. III. Anträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung, BT-Drs. 21/2716 und BT-Drs. 21/5332

Die Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist auch für den Heilmittelbereich relevant, weil der Zugang zu Heilmitteln in der Regel über ärztliche Verordnungen erfolgt. Bessere ärztliche Erreichbarkeit, insbesondere in ländlichen Regionen, kann mittelbar auch den Zugang zu Heilmittelversorgung verbessern.

Gleichzeitig ersetzen diese Anträge keine Lösung für die Heilmittelversorgung. Eine Stärkung ärztlicher Versorgung darf nicht dazu führen, dass therapeutische Versorgung weiterhin als nachrangiger Kostenblock behandelt wird. Gerade wenn mehr ambulante Versorgung politisch gewollt ist, müssen auch Heilmittelpraxen als Teil der ambulanten Versorgungsstruktur wirtschaftlich stabilisiert werden.

G. IV. Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 21/5753

Der Antrag enthält aus Sicht des BED anschlussfähige Punkte, insbesondere die Forderung, versicherungsfremde Leistungen konsequent aus Steuermitteln zu finanzieren und die Absenkung des Bundeszuschusses zurückzunehmen.

Kritisch ist jedoch, dass der Antrag die Logik der Finanzkommission Gesundheit weitgehend übernimmt und sogar eine Beitragssenkung um bis zu zwei Prozentpunkte anstrebt. Eine solche Zielsetzung erhöht den Konsolidierungsdruck zusätzlich, wenn sie nicht mit klaren Schutzmechanismen für personalintensive und bereits unter Druck stehende Versorgungsbereiche verbunden wird.

Für die Heilmittelversorgung wäre der Antrag daher nur dann tragfähig, wenn ausdrücklich klargestellt wird, dass pauschale einnahmenorientierte Vergütungsdeckel nicht auf Kosten von Praxisstabilität, Fachkräftesicherung und realem Patientinnen- und Patientenzugang umgesetzt werden dürfen.

G. V. Antrag der Fraktion Die Linke, BT-Drs. 21/5487

Der Antrag der Fraktion Die Linke ist aus Sicht des BED insoweit anschlussfähig, als er Leistungskürzungen und Mehrbelastungen von Versicherten ablehnt und ausdrücklich fordert, keine Kürzungen bei Leistungserbringenden vorzunehmen, wenn sich dadurch die Versorgung von Patientinnen und Patienten verschlechtert.

Dieser Gedanke sollte im parlamentarischen Verfahren ausdrücklich auf die Heilmittelversorgung bezogen werden.

Die geplante Grundlohnsummenbindung, die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen sowie das Verbot versorgungsbezogener Pauschalen können die Versorgung verschlechtern, auch wenn Leistungsansprüche formal bestehen bleiben. Deshalb müssen Heilmittelerbringer ausdrücklich in den Schutz vor versorgungsverschlechternden Kürzungen einbezogen werden.

G. VI. Ergebnis zu den mitberatenen Anträgen

Keiner der mitberatenen Anträge löst die heilmittelbezogenen Kernprobleme des Gesetzentwurfs in der Sache.

Der BED bittet den Gesetzgeber daher, die Beratung der Anträge zum Anlass zu nehmen, den Gesetzentwurf selbst an den heilmittelrelevanten Stellen zu korrigieren.

H. Zusammenfassende Empfehlungen

Der BED hält die heilmittelbezogenen Regelungen des Gesetzentwurfs in der derzeitigen Fassung für nicht zustimmungsfähig.

H. I. Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich

Vorrangig empfiehlt der BED, die Anwendung des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V auf Verträge nach §§ 125 und 125a SGB V zu streichen.

Die Grundlohnrate bildet die tatsächliche Kostenentwicklung in Heilmittelpraxen nicht sachgerecht ab. Sie ist für einen personalintensiven Versorgungsbereich mit steigenden Personal-, Sach-, Digitalisierungs-, Bürokratie- und Betriebskosten kein geeigneter Maßstab.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an einer Grundlohnlogik festhalten, sind als mildere Mittel mindestens vorzusehen:

1. strikte zeitliche Befristung der Regelung;
2. Verzicht auf den zusätzlichen Abschlag von einem Prozentpunkt;
3. ausdrücklicher Schutz laufender und noch nicht abgeschlossener Vergütungs- und Schiedsverfahren;
4. verbindliche Evaluation der Auswirkungen auf Vergütung, Praxiswirtschaftlichkeit, Fachkräftesicherung, Wartezeiten, regionale Versorgung und Patientinnen- und Patientenzugang;
5. Nachsteuerungspflicht, wenn sich Versorgungseinschränkungen, längere Wartezeiten, Praxisaufgaben oder Fachkräfteverluste zeigen.

H. II. Zuzahlungen im Heilmittelbereich

Der BED empfiehlt eine Harmonisierung der Heilmittelzuzahlung mit den allgemeinen Zuzahlungsregelungen anderer Leistungsbereiche.

Diese Harmonisierung ist nicht lediglich ein milderer Mittel, sondern eine zwingend erforderliche Systemkorrektur. Der Heilmittelbereich unterliegt bereits heute einer besonderen Sonderlogik: Versicherte zahlen 10 Prozent der Kosten des Heilmittels und zusätzlich einen festen Zuzahlungsbetrag je Verordnung. Der prozentuale Anteil steigt bereits heute mit jeder Vergütungsanpassung automatisch mit.

Der Gesetzentwurf würde diese bestehende Dynamik nicht nur fortführen, sondern durch Erhöhung und Dynamisierung des festen Zuzahlungsbetrags je Heilmittelverordnung eine zusätzliche, zweite Dynamisierung schaffen. Dadurch würden Heilmittelpatientinnen und Heilmittelpatienten strukturell stärker belastet als Versicherte in anderen Leistungsbereichen.

Erforderlich ist daher eine Angleichung an die allgemeine Zuzahlungssystematik. Wenn der Gesetzgeber die allgemeinen Zuzahlungsgrenzen auf 7,50 Euro beziehungsweise 15 Euro anhebt und künftig dynamisiert, darf der Heilmittelbereich nicht zusätzlich durch die Kombination aus prozentualem Eigenanteil und festem Zuzahlungsbetrag je Verordnung belastet werden.

Zusätzlich sind zum Schutz der Versicherten verbindlich vorzusehen:

1. gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte automatisiert über das mögliche Erreichen ihrer individuellen Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu informieren;
2. Prüfung einer automatisierten Befreiung oder zumindest eines digital vorausgefüllten, stark vereinfachten Befreiungsverfahrens;
3. empirische Prüfung von Leistungsverzicht, verzögertem Therapiebeginn, Therapieabbrüchen und Belastung chronisch kranker Versicherter;
4. gesonderte Ausweisung des Umsetzungs- und Erfüllungsaufwands für Heilmittelpraxen, insbesondere in der Blankoversorgung.

H. III. Versorgungsbezogene Pauschalen in der Blankoversorgung

Der BED empfiehlt, das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in § 125a SGB V zu streichen.

Die Pauschalen bilden keine beliebige Zusatzvergütung ab. Sie stehen im Zusammenhang mit der erweiterten therapeutischen Versorgungsverantwortung, insbesondere mit Steuerung des Behandlungsverlaufs, Sicherung der Versorgungsqualität, Dokumentation sowie intra- und interprofessioneller Abstimmung.

Ein gesetzlicher Eingriff vor Abschluss der gesetzlich vorgesehenen Evaluation ist fachlich und rechtspolitisch nicht tragfähig. Der Gesetzgeber hat mit § 125a Absatz 6 SGB V selbst eine Berichterstattung über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung vorgesehen. Es liegt daher ein milderes und sachgerechteres Mittel auf der Hand: Der Ergebnisbericht nach vier Jahren ist zunächst abzuwarten.

Sollte der Gesetzgeber an einer Überprüfung der Pauschalen festhalten, sind mindestens vorzusehen:

1. keine gesetzliche Streichung vor Vorliegen und Auswertung des Ergebnisberichts nach § 125a Absatz 6 SGB V;
2. getrennte Evaluation nach Heilmittelbereichen, insbesondere Ergotherapie und Physiotherapie;
3. Offenlegung der Datengrundlage, Methodik, Vergleichsgruppen und Limitationen;
4. Prüfung der tatsächlichen Steuerungs-, Dokumentations-, Koordinations- und Qualitätsaufwände;
5. Prüfung der Auswirkungen auf Teilnahmebereitschaft der Praxen, komplexe Fallgruppen, psychisch erkrankte Menschen, Wartezeiten und Versorgungskontinuität;
6. Schutz schiedsstellenfestgesetzter Vergütungsbestandteile bis zum Abschluss einer belastbaren Evaluation.

H. IV. Besondere Schutzbedarfe

Bei allen heilmittelbezogenen Regelungen sind die besonderen Belange psychisch erkrankter, chronisch kranker und behinderter Menschen ausdrücklich zu berücksichtigen. Die Vorgaben aus § 27 Absatz 1 Satz 4 SGB V und § 2a SGB V müssen in der Folgenabschätzung und in der gesetzlichen Ausgestaltung sichtbar werden.

H. V. Eigenständige Folgenabschätzung für den Heilmittelbereich

Erfüllungsaufwand, weitere Kosten, KMU-Betroffenheit, Digitaltauglichkeit, Patientinnen- und Patientenzugang, Wartezeiten, Therapieabbrüche und mögliche Folgekosten sind für den Heilmittelbereich gesondert auszuweisen.

Sollte der Gesetzgeber trotz der vorgetragenen Bedenken an den Regelungen festhalten, sind eine verbindliche Ex-post-Evaluation, ein Härtefallmechanismus und eine Nachsteuerungspflicht vorzusehen.

I. Schlussbemerkung

Der BED bittet den Gesetzgeber, die Heilmittelversorgung nicht als kurzfristigen fiskalischen Entlastungsraum zu behandeln. Heilmittel sind kein Randproblem der GKV-Finanzierung. Sie sind Teil der Lösung.

Ergotherapie und andere Heilmittel setzen früh, ambulant, alltagsnah und häufig präventiv an. Sie stabilisieren Menschen, bevor sich Erkrankungen verfestigen, bevor Funktionsverluste zu Pflegebedarf werden, bevor Arbeitsunfähigkeit in Erwerbsminderung übergeht und bevor konservativ beeinflussbare Verläufe in kostenintensivere Versorgung münden. Gerade darin liegt ihre besondere gesundheitsökonomische Bedeutung.

Heilmittel können Folgekosten vermeiden oder verringern: durch Erhalt von Mobilität, Selbstständigkeit, Kommunikation, Handlungsfähigkeit und Teilhabe; durch Unterstützung der Rückkehr in Arbeit; durch Verzögerung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit; durch Entlastung ärztlicher und stationärer

Versorgung; und in geeigneten Versorgungsfeldern auch durch Vermeidung oder Hinauszögern invasiver Eingriffe.

Diese Wirkung bleibt in einer rein kurzfristigen GKV-Ausgabenlogik unsichtbar. Der Heilmittelbereich verursacht nur einen vergleichsweise geringen Anteil der GKV-Ausgaben, erreicht aber jährlich Millionen Versicherte und wirkt in viele andere Bereiche hinein: Arbeitswelt, Pflege, Rehabilitation, soziale Sicherung, Rentenversicherung, Familien und regionale Versorgungsstrukturen.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist dieser Ausstrahlungseffekt zentral. Wenn Menschen länger selbstständig bleiben, Angehörige entlastet werden, Pflegebedürftigkeit später eintritt, Arbeitskraft erhalten bleibt und Wiedereinstieg in Beschäftigung gelingt, entstehen nicht nur individuelle Gesundheitsgewinne. Es entstehen volkswirtschaftliche Stabilisierungseffekte.

Deshalb wäre es kurzsichtig, ausgerechnet jene Versorgungsbereiche zu schwächen, die früh ansetzen und Folgekosten begrenzen können. Eine Politik, die Heilmittelvergütungen deckelt, Patientinnen und Patienten über höhere Zuzahlungen belastet und neue Versorgungsmodelle wie die Blankoverordnung wirtschaftlich entwertet, riskiert Kosten in spätere, teurere und häufig belastendere Versorgungssituationen zu verschieben.

Wüstefeld und Kanitz bringen diese Logik prägnant auf den Punkt. Gekürzte Heilmittel verschwinden nicht. Sie können sich an anderer Stelle als verzögerte Behandlung, längere Arbeitsunfähigkeit, frühere Pflegebedürftigkeit, stationäre Mehrbelastung oder zusätzliche Belastung anderer Sozialversicherungssysteme wieder zeigen (Wüstefeld, Kanitz, 2026 online: <https://www.bed-ev.de/artikel/artikel.aspx?id=9686>).

Der vorliegende Gesetzentwurf hält Leistungsansprüche formal aufrecht, schwächt aber zugleich die wirtschaftlichen, organisatorischen und sozialen Voraussetzungen ihrer tatsächlichen Einlösbarkeit. Genau dieser Widerspruch muss im parlamentarischen Verfahren korrigiert werden.

Heilmittelversorgung ist eine notwendige Infrastruktur für Prävention, Rehabilitation, Pflegevermeidung, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe. Wer die GKV langfristig stabilisieren will, sollte diese Infrastruktur stärken, nicht schwächen.

Der BED bittet daher, den Gesetzentwurf an den heilmittelrelevanten Stellen zu ändern und die mitberatenden Anträge nicht als Ersatz für eine konkrete Korrektur der §§ 61, 71, 125 und 125a SGB V zu behandeln.

Mit freundlichen Grüßen

BED e.V. Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene

Geschäftsführender Vorstand

Christine Donner
Diplom-Betriebswirt

Mobil: 0173- 2583370/ c.donner@bed-ev.de