

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0053(15.1)
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -
TSVG
10.1.2019



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 10.01.2019

**zum Entwurf eines Gesetzes für
schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice– und Versorgungsgesetz – TSVG)**

hier: Änderungsantrag zur Heilmittelversorgung

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Änderungsantrag	5
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	5
§ 32 Heilmittel	5
§ 63 Grundsätze	8
§ 64d Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung	9
§ 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung	10
§ 84 Arznei- und Heilmittelvereinbarung	12
§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	13
§ 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	15
§ 124 Verträge	16
§ 124a Bundesweit einheitliche Preise	27
§ 125 Zugangsregelungen	29
§ 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung	30
§ 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten	36
§ 326 Übergangsregelungen zu den Verträgen im Heilmittelbereich	37
III. Ergänzender Änderungsbedarf	38
Einführung zweidimensionaler Barcodes auf Heilmittelverordnungen	38
IV. §§ 124 und 125 in der vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Fassung im Wortlaut	39
§ 124 Zulassung	39
§ 125 Verträge zur Heilmittelversorgung	40

I. Vorbemerkung

Bei der Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung sollten aus Patientensicht eine hohe Qualität bei der Leistungserbringung sowie aus Sicht der Beitragszahler eine nachhaltige Finanzierbarkeit der Versorgung wichtige Zielsetzungen sein. Mit dem vorliegenden Änderungsantrag werden diese Ziele allerdings nur eingeschränkt und teilweise nicht erreicht.

Zentralisierung berücksichtigt föderalistische Strukturen nicht ausreichend

Der Änderungsantrag sieht vor, einen großen Teil der Versorgungsstrukturen neu zu gestalten. Die Verträge über die Heilmittelversorgung sowie die Heilmittelpreise sollen zukünftig nicht mehr auf der Landesebene, sondern zentral durch den GKV-Spitzenverband verhandelt werden. Dies hätte zur Folge, dass die zum Teil sehr unterschiedlichen Kostenstrukturen in den Bundesländern nicht mehr differenziert berücksichtigt werden. Bundespreise werden einer an regionalen Strukturen orientierten Versorgung nicht gerecht. Die vorgesehenen Regelungen zu nachgelagerten Anpassungen auf Landesebene sind daher nicht ausreichend. Die Krankenkassen sollen weiterhin die Möglichkeit haben, ihrer Finanzverantwortung nachzukommen und die Heilmittelpreise weiterhin auf der Landesebene mitzugestalten. Der Ansatz des Änderungsantrages geht in eine gegenläufige Richtung, als es für eine zukünftige flexible sektorenübergreifende und regionale Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung notwendig wäre.

Patientensicherheit gewährleisten

Die Regelungen zur Blankoverordnung verlagern einen großen Teil der Verantwortung für eine sachgerechte Behandlung auf den Therapeuten. Dringend ausgeschlossen sein muss, dass die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die den Rahmen für eine qualitativ hochwertige Versorgung gibt, im Rahmen der Blankoverordnung nur noch eine eingeschränkte Bedeutung hat. Unklar ist, inwieweit die Therapeuten bei insbesondere bei länger dauernden Behandlungen und bestimmten Warnsignalen eine Rückverweisung an den Arzt vornehmen. Aus Gründen der Patientensicherheit muss in bestimmten Fällen eine kurzfristige Rückkopplung mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Offen bleibt auch, ob die vorgesehenen gesetzlichen Vorgaben ausreichen, die Wirtschaftlichkeit im Rahmen dieses Versorgungsmodells sicherzustellen. An der Blankoverordnung sollten nur Therapeuten teilnehmen, die sich dafür selbst eingeschrieben haben.

Zeitplan nicht umsetzbar

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz wird voraussichtlich im Frühjahr 2019 in Kraft treten. Die Versorgungsstrukturen für fünf Heilmittelbereiche sollen im Laufe des Jahres 2019 komplett neu gestaltet und verhandelt sein. Die Blankoverordnung soll dann drei Monate später mit den Verbänden verhandelt sein. Vor dem Hintergrund, dass ausgewogene und faire Lösungen auf dem

Verhandlungsweg gefunden werden sollen, ist dies auch bei ambitionierter Zeitplanung nicht realistisch. Sofern an dem Änderungsantrag festgehalten wird, sollten die Fristen daher um mindestens ein Jahr verlängert werden.

Erhebliche Mehrausgaben für die GKV

Der Änderungsantrag wird bereits 2019 durch das Vorziehen von eigentlich erst zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft tretenden Preiserhöhungen zu weitaus größeren Mehrausgaben führen als die zunächst vorgelegten Eckpunkte, schätzungsweise mindestens 1,2 Mrd. Euro. Dabei steigen die Vergütungen der Heilmittelerbringer im Zeitraum von 2017 bis 2020 bereits aufgrund der Entkoppelung von der Grundlohnsumme um 30 Prozent. Weitere Vergütungszuwächse oberhalb der Grundlohnsummenentwicklung sind bereits durch die bis zum Jahr 2021 bestehenden Regelungen zu den Heilmittelpreisuntergrenzen zu erwarten. Deshalb sollte auf neue ausgabenwirksame Regelungen verzichtet werden. Notwendig ist vielmehr, dass die Preisverhandlungen nach 2019 auf Grundlage geeigneter Leitplanken erfolgen. Eine generelle Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird abgelehnt.

II. Stellungnahme zum Änderungsantrag

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 32 Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) In Absatz 1a Satz 1 soll die dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgebene Frist zur Regelung des Näheren zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Heilmittelbedarf gestrichen werden.
- b) Nach Absatz 1a soll ein neuer Absatz 1b aufgenommen werden, wonach über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der Heilmittel-Richtlinie geregelte orientierenden Behandlungsmengen hinausgehende Verordnungen keiner Genehmigung durch die Krankenkassen bedürfen.
- c) In Absatz 2 Satz 3 sollen gesetzliche Verweise geändert werden.

B) Stellungnahme

- a) Die Streichung der Frist ist sinnvoll, da der gesetzliche Auftrag bereits erfüllt wurde.
- b) Der Genehmigungsvorbehalt für Verordnungen, die über einen in der Heilmittel-Richtlinie festgelegten Regelfall oder „orientierende Behandlungsmengen“ hinausgehen, sollte beibehalten werden. Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls haben einen durchschnittlichen Rezeptwert zwischen 270 Euro in der Physiotherapie und 500 Euro in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Einzelne Verordnungen können bis zu 1000 Euro kosten. Nach Durchlaufen des Regelfalls der Heilmittel-Richtlinie können weitere Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls ad infinitum ausgestellt werden. Eine Option zur Überprüfung durch die Krankenkasse unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes, ob die Art der verordneten Heilmittel und die Zahl der Behandlungsmengen so auch weiterhin richtig gewählt sind, erscheint daher grundsätzlich gerechtfertigt. Gerade bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls, bei denen oft Heilmittel über einen längeren Zeitraum und in großer Zahl verordnet werden, kann eine kritische Überprüfung nicht nur unter Wirtschaftlichkeitsaspekten, sondern auch im Sinne der Patientin bzw. des Patienten angezeigt sein. So gelingt es durch gezieltes Hinterfragen von Dauertherapien mit Hilfe des Medizinischen Dienstes immer wieder, unzureichende Therapieansätze zu erkennen und in ge-

eignetere Versorgungsformen (z. B. Reha) zu überführen oder unwirtschaftliche Arten der Leistungserbringung umzusteuern.

Heilmittel gänzlich von den Genehmigungsmöglichkeiten auszunehmen, erscheint auch rechtssystematisch problematisch. Heilmittel stellen – wie bspw. auch Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Fahrkosten und Soziotherapie – ärztlich veranlasste Hilfeleistungen Dritter im Sinne „andere Leistungen“ gemäß § 15 Absatz 3 Satz 1 SGB V dar, die grundsätzlich einem Steuerungs- und Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen unterliegen. Auch wenn aktuell nur einige Krankenkassen von der Möglichkeit zur Genehmigung Gebrauch machen und der überwiegende Teil auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet, so ist dies Ausdruck einer leistungsrechtlichen Bewilligungspraxis der Krankenkassen, die sich bewährt hat. Vor dem Hintergrund der steigenden Ausgaben für Heilmitteltherapien könnten Genehmigungsverfahren zunehmend wieder an Bedeutung gewinnen. Um den bürokratischen Aufwand im Zusammenhang mit Genehmigungsverfahren zu reduzieren, soll die Heilmittel-Richtlinie im G-BA aktuell dahingehend angepasst werden, dass bei Krankenkassen, die vom Genehmigungsverzicht Gebrauch machen, keine Begründung Seitens des Arztes gefordert wird.

Zur bürokratiearmen Umsetzung kann mit einfachen technischen Lösungen in der ärztlichen Praxisverwaltungssoftware sowie gegenüber Heilmittelerbringern und Versicherten zu den Genehmigungsverfahren informiert werden. Hierzu wäre ein gesetzlicher Auftrag sinnvoll, nach der Informationen über die Genehmigungsverfahren für Heilmittelverordnungen die über die orientierenden Behandlungsmengen nach § 92 Absatz 6 Nummer 3 hinausgehen, von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband gemeldet, von diesem zusammengeführt und durch ihn in einem elektronisch verarbeitbaren Format bereitgestellt werden. Diese Informationen können dann in die ärztliche Praxisverwaltungssoftware nach § 73 Absatz 10 SGB V übernommen werden. Die Verbände sowie Abrechnungsdienstleister der Heilmittelerbringer sollen diese Informationen ebenfalls beziehen können. Ein solches Verfahren trüge zu einer gleichgerichteten Bereitstellung von Informationen zu Genehmigungsverfahren bei und würde Rechtsunsicherheiten sowie den aktuell erforderlichen bürokratischen Aufwand vermindern.

Die Möglichkeit, Verordnungen außerhalb des Regelfalls einer Prüfung zu unterziehen, sollte erhalten bleiben. Dies nützt letztlich auch dem Therapeuten, der sich bei erteilter Genehmigung sicher sein kann, dass er die erbrachten Maßnahmen bezahlt erhält ohne sich in einer nachgelagerten Prüfung rechtfertigen zu müssen.

- c) Es handelt sich um eine gesetzliche Folgeänderung, die, sofern an den Änderungen festgehalten wird, sinnvoll ist.

C) Änderungsvorschlag

a) Keiner.

b) Streichung der Regelung in § 32 Absatz 1b.

In § 92 Absatz 6 Satz 1 wird nach Nummer 4 eine neue Nummer 5. aufgenommen:

5. ein Verfahren zur Übermittlung von Informationen über die Durchführung von Genehmigungsverfahren bei Verordnungen, die über die orientierenden Behandlungsmengen nach § 92 Absatz 6 Nummer 3 hinausgehen, von Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband insbesondere zur Abbildung in den Programmen nach § 73 Absatz 10. Das Nähere zum Verfahren der Datenübermittlung regelt der GKV-Spitzenverband.

c) Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 63 Grundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Absätze 3b Sätze 2 und 3 zu Modellvorhaben zur sog. „Blankverordnung“ im Bereich Physio- und Ergotherapie sollen aufgehoben werden.
- b) In Absatz 4 sollen in einem neuen Satz 3 die Inhalte des bisherigen § 64d Absatz 4 aufgenommen werden, wonach Gegenstand von kassenseitigen Modellvorhaben auch die Anwendung von Heilmitteln bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen sein kann, die nach der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nur zur Behandlung von Schädigung aufgrund bestimmter Grunderkrankungen verordnungsfähig sind (insbesondere Podologie).

B) Stellungnahme

- a) Die Aufhebung der Regelung von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3b zur Erprobung der sog. „Blankverordnung“ erscheint vor dem Hintergrund der künftig auf Bundesebene einheitlich zu treffenden Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V (neu) nachvollziehbar, da sich die einzelnen Vereinbarungen ansonsten ggf. überlagern können, was zu unklaren Voraussetzungen für die Abgabe und Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen für Versicherte und Leistungserbringer führen kann. Im Weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme zu § 125a SGB V (neu) (vgl. Artikel 1 Nummer 8).
- b) Die Übernahme der Regelungen aus dem gestrichenen § 64d Absatz 4 in § 63 Absatz 4 ist sinnvoll, da somit bspw. der Nutzen einer indikationsbezogenen Anwendung von Maßnahmen der podologischen Therapie auch bei vergleichbaren Fußschädigungen aufgrund anderer, nicht diabetischer Grunderkrankungen, im Rahmen von Modellvorhaben erprobt werden kann. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse könnten dann in die Beratungen im G-BA zur Überprüfung der Verordnungsfähigkeit der Podologie einfließen und dort die Entscheidungsgrundlagen wesentlich verbessern.

C) Änderungsvorschlag

- a) Keiner.
- b) Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 64d Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 64d zu bundesweiten Modellvorhaben zur Erprobung einer größeren Therapieverantwortung der Heilmitteltherapeuten im Rahmen der sog. „Blankoverordnung“ soll gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Streichung von § 64d erscheint vor dem Hintergrund der künftig auf Bundesebene einheitlich zu treffenden Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a (neu) SGB V sinnvoll. Modellvorhaben, in denen eine Blankoverordnung zunächst erprobt werden soll und gleichzeitig geltende bundesweite Verträge, in denen eine Blankoverordnung für bestimmte Indikationen als Regelversorgung zur Anwendung kommen soll, sind regelungssystematisch nur schwer mit einander vereinbar und führen ggf. zu unklaren Voraussetzungen für die Abgabe und Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen für Versicherte und Leistungserbringer.

Im Weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme zu § 125a SGB V (neu) (vgl. Artikel 1 Nummer 8).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 73 soll in einem neuen Absatz 11 geregelt werden, dass die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer selbst festzulegen sind, wenn ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine im Vertrag über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V (neu) vereinbarten Diagnose zur sog. „Blankverordnung“ festgestellt hat.

B) Stellungnahme

Die Festlegung, dass Vertragsärzte in bestimmten Fällen bei der Verordnung von Heilmitteln dem Therapeuten die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der der Behandlungseinheiten überlassen sollen, ist vor dem Hintergrund der zu schließenden Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V (neu) grundsätzlich nachvollziehbar. Auch der Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass der Vertragsarzt bei Vorliegen wichtiger medizinischer Gründe von einer sog. „Blankverordnung“ absehen kann und die Heilmitteltherapie konkret vorgeben kann, ist aus Patientenschutzgründen zu begrüßen. Allerdings spiegelt sich dieser Aspekt noch nicht in der Gesetzesformulierung wieder.

Um keine uneinheitlichen Leistungsansprüche der Versicherten zwischen einer Versorgung nach Heilmittel-Richtlinie und einer Blankverordnung nach § 125a SGB V zu schaffen und eine Überprüfung des Therapieerfolges durch den Vertragsarzt zu gewährleisten, muss die Dauer einer Behandlungsserie auch weiterhin vom Vertragsarzt nach Maßgabe der (neu: orientierenden) Behandlungsmengen sowie der Höchstzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung nach Heilmittel-Richtlinie festgelegt werden. Sofern der Therapeut im Rahmen der Blankverordnung selbst über die Dauer der Therapie entscheiden können soll, so sollte sich dies nur auf die Dauer einer Therapiesitzung beziehen. Dies stellt auch sicher, dass in Fällen, bei denen es die Patientensicherheit gebietet, eine kurzfristige Rückkopplung mit dem behandelnden Arzt gewährleistet bleibt und sich die Behandlungsmengen auch weiterhin am medizinischen Bedarf orientieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 73 Absatz 11 (neu) wird wie folgt gefasst:

(11) Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und verordnet ein Heilmittel, sind Auswahl ~~und Dauer~~ der Therapie, die Dauer einer Therapiesitzung sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer festzulegen, es sei denn, es liegen wichtige medizinische Gründe vor, die es gebieten, dass der Vertragsarzt selbst über Auswahl und die Dauer der Therapiesitzung sowie die Frequenz entscheidet.

Die Begründung zu § 73 Absatz 11 wird wie folgt geändert:

Mit der Änderung des § 73 wird Vertragsärzten vorgegeben, dass sie in bestimmten Fällen bei einer Verordnung von Heilmitteln dem Therapeuten die Entscheidung über die Auswahl ~~und die Dauer~~ der Therapie, die Dauer einer Therapiesitzung sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten überlassen sollen. Voraussetzung für eine derartige Verordnung, die den Heilmittelerbringern eine erweitert Versorgungsverantwortung zuweist, ist, dass die vom Arzt gestellte Indikation zu den nach § 125a vereinbarten Indikationen zählt. Nur wenn wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gebieten, dass der Vertragsarzt selbst über Auswahl ~~und die Dauer~~ der Therapie, die Dauer einer Therapiesitzung sowie die Frequenz entscheidet, ist von dieser im allgemeinen Sprachgebrauch als „Blankoverordnung“ bezeichneten Versorgungsform abzusehen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 84 Arznei- und Heilmittelvereinbarung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 7 soll um einen neuen Satz 3 und 4 ergänzt werden, wonach die Daten nach § 84 Absatz 5 zur Bereitstellung von GKV-Heilmittelschnellinformationen künftig um einen pseudonymisierten Versichertenbezug ergänzt werden. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung soll der GKV-Spitzenverband regeln.

B) Stellungnahme

Die Aufnahme eines pseudonymisierten Versichertenbezuges ist aufgrund der Erweiterung der Heilmittel-Schnellinformationen um die Blankoverordnung nach § 125a Absatz 4 (neu) notwendig, um auch für diese Versorgungsform geeignete Informationen zur Ausgabenentwicklung und -steuerung zur Verfügung stellen zu können. Die Regelung wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In der Gesetzesgründung sollte der sechste Satz wie folgt formuliert werden:

„Bei dieser Versorgungsform enthalten die Verordnungen in der Regel keine Angaben zu den gewählten Maßnahmen ~~und der Anzahl der Behandlungseinheiten.~~“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

- aa) Der Regelungsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Absatz 6 zu den Heilmittel-Richtlinien gemäß Nummer 3 soll dahingehend ergänzt werden, dass indikationsbezogene orientierende Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung festgelegt werden.
- bb) In Absatz 6 Satz 2 soll eine redaktionelle Änderung (aaa) sowie eine Anpassung der gesetzlichen Verweise (bbb) erfolgen.

B) Stellungnahme

- aa) Die Ergänzung eines Regelungsauftrages für den G-BA, in der Heilmittel-Richtlinie die Behandlungsmengen indikationsspezifisch sowie für die einzelnen Verordnungen festzulegen, wird ausdrücklich begrüßt. Schon jetzt enthält die Heilmittel-Richtlinie Vorgaben zu indikationsbezogenen Gesamtverordnungsmengen des Regelfalles sowie zur Höchstmenge der verordnungsfähigen Behandlungseinheiten je Erst- und Folgeverordnung und außerhalb des Regelfalles. Ohne normative Mengenvorgaben, mit denen mit einer Heilmittelbehandlung Therapieziele in der Regel erreicht werden können, würde es sowohl den verordnenden Ärzten als auch den in einer Blanko-Versorgung tätigen Therapeuten an einer geeigneten Richtschnur für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlungsmengen fehlen. Der Begriff der orientierenden Behandlungsmengen ist allerdings inhaltlich bisher nicht belegt und aus dem Gesetzesvorschlag und der Begründung wird nicht erkennbar, warum diese Begrifflichkeit gewählt wurde. Die neue Formulierung dient offenbar der Überwindung des Genehmigungsverfahrens für bisherige Verordnungen außerhalb des Regelfalles und bezweckt, dass bei erneuten Verordnungen keine Unterscheidung mehr hinsichtlich der Art der Verordnung erforderlich ist. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass eine Genehmigungsoption für die Krankenkassen grundsätzlich beibehalten werden sollte (vgl. Stellungnahme zum Änderungsantrag Nummer 1 zu § 32 Absatz 1 b (neu)).

Sofern an der Begrifflichkeit der „orientierenden Behandlungsmengen“ festgehalten wird, sollte in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich bei der orientierenden Behandlungsmenge um die derzeitige indikationsbezogene Gesamtverordnungsmenge des Regelfalles handelt. So können Missverständnisse in der Praxis sowie

langwierige fachliche Auseinandersetzungen zur Bemessung empirischer Behandlungsmengen, die sowohl unterhalb als auch oberhalb der derzeitigen Regelfallmengen liegen können, vermieden werden. Soweit es zur Erreichung des Therapieziels im Einzelfall medizinisch erforderlich ist, kann die orientierende Behandlungsmenge analog zur Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls ausnahmsweise überschritten werden. Ferner sollte eine Klarstellung erfolgen, dass die orientierenden Behandlungsmengen auch im Rahmen von Versorgungen nach § 125a SGB V zur sog. Blanko-Verordnung als verbindlich anzusehen sind.

bb) Es handelt sich um sinnvolle redaktionelle Änderungen sowie Folgeänderungen aufgrund der Anpassung von Verweisen.

C) Änderungsvorschlag

aa) Die Begründung sollte wie folgt gefasst werden:

„Durch diese Regelung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in einer Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln Vorgaben zu indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und zur Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu machen. Die orientierende Behandlungsmenge ist mit und die Zahl der Behandlungseinheiten entsprechen den dem bisherigen Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie zu den Gesamtverordnungsmengen im Regelfall vergleichbar sowie zu den Höchstmengen je Verordnung, jedoch resultiert aus der orientierenden Behandlungsmenge kein Erfordernis für eine Unterscheidung bei erneuten Verordnungen. Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den orientierenden Behandlungsmengen und zur Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung sind auch bei Versorgungen nach § 125a SGB V zugrunde zu legen.“

bb) Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Über die Änderung in Absatz 4 sollen Heilmittelverordnungen im Rahmen der sog. Blankoverordnung nach § 73 Absatz 11 i. V. m. § 125a SGB V (neu) nicht der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.

B) Stellungnahme

Eine Herausnahme der Blankoverordnungen aus der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung erscheint nicht sachgerecht. Der Arzt, der das „Ob“ einer Heilmitteltherapie auch in der Blankoverordnung weiterhin maßgeblich bestimmt, muss für die Veranlassung der Heilmittelbehandlung in einem zu definierenden Umfang auch weiterhin die wirtschaftliche Verantwortung übernehmen. Entsprechende Regelungen hierzu können in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 getroffen werden. Aufgrund der mit der Blankoverordnung verbundenen Verlagerung der Entscheidungsfreiheit auf die Heilmittelerbringer müssen geeignete Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch für Heilmittelerbringer getroffen werden. Hierzu wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 8 zu § 125a SGB V (neu) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

§ 106b Absatz 4 Nummer 3 wird gestrichen.

§ 106b Absatz 1 wird Satz 4 wie folgt geändert:

In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein; dabei sind bis zum 31.03.2020 auch Regelungen zu Art und Umfang der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Vertragsärzten für Verordnungen nach § 73 Absatz 11 SGB V vorzusehen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 124 Verträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das für die Heilmittelversorgung bisher einschlägige Konstrukt aus § 124 (Zulassung) und § 125 (Rahmenempfehlungen und Verträge) soll durch die neu gefassten §§ 124 (Verträge), 124a (bundesweit einheitliche Preise), 125 (Zugangsregelungen) und 125a (Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung) auf völlig neue Füße gestellt werden. Als Grund wird angeführt, dass die derzeit geltenden Regelungen zu den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern von Heilmitteln intransparent seien und einen erheblichen bürokratischen Aufwand verursachen und der Versorgungsverantwortung der Leistungserbringer nur wenig Raum geben.

- a) Gemäß Absatz 1 Satz 1 soll der GKV-Spitzenverband mit Wirkung ab dem 01.01.2020 mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer bundeseinheitliche Verträge über die Einzelheiten der Versorgung schließen. Diese sollen die bisherigen Verträge nach § 125 Absatz 2 SGB V ersetzen.
- b) Die für den jeweiligen Heilmittelbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelbereich werden in Absatz 1 Satz 2 verpflichtet, den Vertrag im Sinne einer Vertragsgemeinschaft gemeinsam zu schließen.
- c) In den Verträgen sollen auch die Vergütungen bzw. Preise für Heilmittelleistungen vereinbart werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 soll gemäß Absatz 1 Satz 3 nicht gelten; die auf Bundesebene auszuhandelnden Preise sollen allerdings eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen.
- d) Bei der Vereinbarung und Anpassung der Vergütung sollen nach Absatz 1 Satz 5 die Entwicklung der Personal- und Sachkosten sowie die durchschnittlichen Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis berücksichtigt werden.
- e) Die Verträge und Preislisten sollen gemäß Absatz 1 Satz 6 vom GKV-Spitzenverband veröffentlicht werden.
- f) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können gemäß Absatz 1 Satz 7 abweichende Vereinbarungen schließen, um besondere regionale Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen oder innovative Versorgungsmodelle zu schaffen.
- g) In Absatz 2 sind die Regelungsinhalte der bisher von den Krankenkassen zu schließenden Verträge nach § 125 Absatz 2 sowie die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach § 125

Absatz 1 in den neuen Bundesvertrag zusammengeführt worden. Ergänzend wird geregelt, dass die zu vereinbarenden Regelleistungszeiten der einzelnen Heilmittel sowohl die Durchführung der Maßnahme mit dem Versicherten als auch die Vor- und Nachbereitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation umfassen sollen.

- h) In den Verträgen auf Bundesebene sollen gemäß Absatz 2 Nummer 6 Transparenzvorgaben zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte von angestellten Therapeutinnen und Therapeuten geregelt werden, um sicherzustellen, dass auch diese von den Vergütungssteigerungen profitieren.
- i) Neben den bisherigen vertraglichen Regelungsgegenständen sollen gemäß Absatz 2 Satz 3 in dem neuen Bundesvertrag künftig auch die bisher vom GKV-Spitzenverband in Zulassungsempfehlungen festgelegten und von den Landesverbänden der Krankenkassen im Wege eines hoheitlichen Zulassungsverfahrens geprüften personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen vertraglich mit den Heilmittelverbänden geregelt werden. Das bislang als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung hoheitlich von den Krankenkassen durchgeführte Zulassungswesen soll auf ein reines Vertragsmodell umgestellt werden. Hinsichtlich der räumlichen Mindestvoraussetzungen sollen Richtwerte für die Praxisgröße vereinbart werden.
- j) Nach Absatz 3 zufolge sollen Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Verbänden der Leistungserbringer geschlossen werden.
- k) Die Absätze 4 und 5 enthalten eine umfangreiche Schiedsstellenregelung mit Rückwirkungs- und Fortgeltungsanordnungen sowie zur Zusammensetzung einer Bundesschiedsstelle für den Fall, dass über die zu schließenden Verträge keine Einigung erzielt werden kann.
- l) Absatz 6 bestimmt, dass auf Bundesebene künftig auch Verträge über eine zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, -stätten sowie Fachlehrer zu den Weiterbildungen bei besonderen Maßnahmen in der Physiotherapie zu schließen sind.

B) Stellungnahme

- a) Die beabsichtigte Neuregelung, ab dem 01.01.2020 bundeseinheitliche Verträge über die Einzelheiten der Versorgung und Preise zu schließen, wird abgelehnt. Das bisher praktizierte zweistufige Verfahren bestehend aus Rahmenempfehlungen auf der Bundesebene und Verträgen und Preisvereinbarungen auf der Landes- bzw. Kassenebene hat sich bewährt und sollte beibehalten werden. Das politische Ziel, insgesamt höhere Vergütungen zu ermöglichen, lässt sich auch mit den aktuellen Vertragsgestaltungen erreichen; zentralistische Vertragsstrukturen auf Bundesebene weisen dem gegenüber keine Vorteile auf.

Die Einzelheiten der Heilmittelversorgung auch weiterhin auf der Landes- bzw. Kassenebene zu regeln, bietet den Vorteil, dass die regional vorhandenen Versorgungs- und Kostenstrukturen besser abgebildet werden können. Den regionalen Besonderheiten in Flächenländern und Stadtstaaten kann so z. B. im Hinblick auf das Leistungsangebot oder auf die Erbringung von Hausbesuchen besser Rechnung getragen werden. Die Vereinbarung der Verträge und der Vergütung durch die Krankenkassen auf Landesebene sollte daher nicht grundlegend verändert werden. Sofern eine größere Einheitlichkeit und weniger Wettbewerb bei Preisverhandlungen politisch gewünscht ist, so könnten ggf. die Heilmittelpreise in der Weiterentwicklung der heutigen Preisfindung gemeinsam und einheitlich für ein Bundesland vereinbart werden, wie dies auch in anderen Leistungsbereichen und Vereinbarungen üblich ist.

Der Aufgabenzuschnitt zwischen der Bundes- und Landesebene könnte in diesem Zusammenhang neu strukturiert werden. So könnte die Vertragskompetenz der Bundesebene z. B. durch eine höhere Verbindlichkeit der Rahmenempfehlungen und einer verbindlichen Definition und Bewertung der Leistungen bspw. mittels Vergabe leistungsbezogener Punkte gestärkt werden. Auf der Grundlage der von der Bundesebene nach Punkten bewerteten Leistungen könnten dann die Preisverhandlungen zwischen den maßgeblichen Verbänden des jeweiligen Heilmittelbereiches gemeinsam in einem Bundesland mit den Krankenkassen, ihren Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften aufgesetzt werden. Damit bliebe sichergestellt, dass die jeweiligen Vergütungssätze der regionalen Situation entsprechen.

- b) Es wird begrüßt, dass die für den jeweiligen Heilmittelbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen verpflichtet werden sollen, Empfehlungen bzw. Verträge auf der Bundesebene gemeinsam zu schließen. Hinsichtlich der Maßgeblichkeit sollte dies gleichermaßen auch für Verträge auf der Landesebene gelten. Eine Unklarheit über den einzubeziehenden Kreis der Vertragspartner könnte die vorgesehenen Verhandlungen erheblich verzögern und das rechtmäßige Zustandekommen von Empfehlungen und Verträgen gefährden. Es ist daher notwendig, den Begriff der Maßgeblichkeit durch gesetzliche Regelungen zu

konkretisieren. Alternativ sollten die maßgeblichen Verbände per Rechtsverordnung festgelegt werden.

- c) Bei der Vereinbarung von Heilmittelpreisen ist es wichtig, die wirtschaftlichen Interessen beider Vertragsparteien angemessen zu berücksichtigen und auszugleichen. In der Vergangenheit wurden über die ausschließliche Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung schwerpunktmäßig die Interessen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler geschützt, indem Erhöhungen der Beitragssätze und Zusatzbeiträge durch übermäßige Vergütungssteigerungen vermieden werden sollten. Vor diesem Hintergrund erscheint es jedoch nicht ratsam, nunmehr einseitig nur noch die Interessen der Leistungserbringerseite gesetzlich zu schützen. Die Grundlohnsumme sollte künftig nicht zwangsläufig als Obergrenze, wohl aber als orientierende Größe für den Rahmen von Vergütungsanpassungen erhalten werden. Vergütungssteigerungen oberhalb der Grundlohnsummenentwicklung, die nachweislich notwendig sind, um eine betriebswirtschaftliche Praxisführung und leistungsgerechte Vergütung insbesondere auch für angestellte Therapeutinnen und Therapeuten zu gewährleisten, könnten so gerechtfertigt sein. Die generelle Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V wird vor diesem Hintergrund abgelehnt.
- d) Im Gesetz Leitplanken für das vertragliche Zustandekommen von Heilmittelvergütungen zu benennen, wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings genügt es nicht, diese Leitplanken lediglich zu „berücksichtigen“, da damit auch die Tür für weitere, ggf. auch sachfremde, Erwägungen, geöffnet wird. Um Preisanhebungen auf das wirtschaftlich erforderliche Maß zu beschränken, sollten sich Leitplanken nicht im Sinne einer Selbstkostendeckung an den realisierten Kosten sondern vielmehr an den für einen wirtschaftlichen Praxisbetrieb erforderlichen Kosten ausrichten.
- e) Die geplante Regelung in Absatz 1 Satz 6, wonach Verträge und Preislisten vom GKV-Spitzenverband veröffentlicht werden, wird begrüßt. Dies ließe sich bei einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage auch dann umsetzen, wenn die Preisvereinbarungen – wie vom GKV-Spitzenverband gefordert – weiterhin auf Landes- bzw. Kassenebene getroffen werden.
- f) Zentralistische Vertrags- und Preisverhandlungen werden vom GKV-Spitzenverband abgelehnt (vgl. lit. a). Die Krankenkassen und ihre Verbände sollten nicht nur besondere regionale Versorgungsbedarfe oder innovative Versorgungsmodelle, sondern die Einzelheiten der Versorgung einschließlich der Preise auch weiterhin selbst regeln.
- g) Gemäß Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 (neu) soll die Vergütung nicht nur das Heilmittel sondern auch in diesem Zusammenhang erbrachte Nebenleistungen umfassen. Nebenleistungen wie Vor- und Nachbereitung und Dokumentation sind jedoch gegenwärtig bereits in-

tegraler Bestandteil der vereinbarten Heilmittelleistungen, die entsprechend vergütet werden und keine unbezahlte Mehrarbeit des Therapeuten darstellen. Insofern ist die Gesetzesbegründung ist an dieser Stelle zu korrigieren.

- h) Ziel der jetzigen und auch der vorangegangenen Gesetzgebungen ist es, auch die Bedingungen für angestellten Therapeutinnen und Therapeuten zu verbessern, um den drohenden Fachkräftemangel entgegen zu wirken. Dieses Anliegen wird jedoch im Gesetzesvorschlag nicht vorangetrieben. Es bedarf weiterer gesetzlicher Bestimmungen, die sicherstellen, dass Vergütungssteigerungen auch bei angestellten Therapeutinnen und Therapeuten ankommen.

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sowie dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurden Maßnahmen mit dem Ziel ergriffen, eine zufriedenstellende Vergütungssituation für die angestellten Therapeuten zu erreichen. Ergänzend zur Regelung zu Heilmittelpreisuntergrenzen, mit der eine Angleichung der unterschiedlichen Preise auf deutlich höherem Niveau ausgelöst wurde, ist daher eine sogenannte Transparenz-Regelung eingeführt worden. Die Vertragspartner sollten vereinbaren, wie die tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte bzw. deren Veränderung in anonymisierter Form in die Vertragsverhandlungen berücksichtigt werden. Die Weitergabe der steigenden Preise in eine bessere Bezahlung der Therapeuten sollte so gewährleistet werden. Operationalisiert werden konnte diese gesetzliche Vorgabe bisher nicht, seitens der Leistungserbringer besteht wenig Interesse an der Offenlegung der Entgelte. Auch im Eckpunktepapier wird die Notwendigkeit der Zahlung angemessener Arbeitsentgelte für die Angestellten in den ambulanten Praxen weiterhin betont. Im Gesetzentwurf findet sich aber keinerlei Konkretisierung des bisherigen weichen Regelungsauftrags. Verbindliche Vorgaben, wonach seitens der Leistungserbringer nachzuweisen ist, dass die Vergütungserhöhungen in angemessener Form an die Mitarbeiter weitergegeben wurden, sind dringend nachzubessern. Ansonsten steht zu befürchten, dass die Preissteigerung weit überwiegend den Praxisinhabern zu Gute kommt. Der seit Jahren zu verzeichnende Trend der Gründung von weiteren Kleinstpraxen wird damit nicht gestoppt werden können.

- i) Vereinfachungen im Zusammenhang mit der Teilnahme bzw. dem Zugang der Therapeutinnen und Therapeuten an der GKV-Versorgung sind grundsätzlich begrüßenswert. Dies könnte bspw. erreicht werden, indem die Zulassung auf Landesebene gemeinsam und einheitlich erteilt wird. Die Aufhebung des derzeitigen Zulassungswesens und die Überführung in ein vertraglich geregeltes Beitrittsverfahren gemäß § 125 (neu) werden jedoch abgelehnt. Die Berufsverbände einzelner Berufsgruppen streben die Monopolisierung der eigenen Berufsgruppe an und versuchen andere Berufsgruppen aktiv von der Versorgung auszuschließen. Dies gefährdet nicht nur die Vielfalt der Leistungsanbieter und damit die bestehende Versorgungsqualität. Es ist fraglich, inwieweit diese oft sehr grundsätzlichen

berufspolitischen Konflikte vertraglich gelöst bzw. Gegenstand von Schiedsentscheidungen sein können. Die Zulassung im Rahmen eines Verwaltungsaktes bietet dem Leistungserbringer mehr Schutz und rechtliche Sicherheit. So hat er im Falle einer Ablehnung die Möglichkeit eines geregelten Verwaltungsverfahrens. Verwaltungsakte können nicht ohne weiteres zurückgenommen oder widerrufen werden und selbst Verstöße gegen den Vertrag können nicht mit einem Ausschluss aus der Versorgung geahndet werden. Zusammenfassend sollte das Zulassungsverfahren unter der Prämisse beibehalten werden, dass die Zulassungsempfehlung zu einer Richtlinie ausgebaut wird, bei deren Entstehung die Verbände der Leistungserbringer Mitberatungsrecht haben.

- j) Die Regelung in Absatz 3, wonach Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen weiterhin von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen geschlossen werden, wird begrüßt. Sie unterstreicht sehr deutlich, dass die Einzelheiten der Versorgung am besten dezentral von den Partnern vor Ort und nicht zentral auf Bundesebene geregelt werden.
- k) Die im Zusammenhang mit der Schiedsstellenregelung in Absatz 4 geregelte Rückwirkung von Schiedsstellenentscheidungen führt in der Praxis dazu, dass bereits abgerechnete Leistungen im Nachgang korrigiert und nachberechnet werden müssen, was zu einer immensen Anzahl von Verwaltungsvorgängen und damit zu unnötigem bürokratischen Aufwand bei Leistungserbringern und Krankenkassen führt. Zuletzt ist zu beachten, dass in diesem Fall auch die Zuzahlung nachträglich neu berechnet werden müssten und ggf. Nachforderungen an den Patienten zu stellen wären. Schon heute kann ein späteres Inkrafttreten einer Schiedsentscheidung über die jeweils vereinbarte Preishöhe berücksichtigt werden. Solche Lösungen sollten unbedingt auch weiterhin möglich sein, einer rechtlichen Klarstellung bedarf es insofern nicht.
- l) Die Prüfung und Listung der Weiterbildungseinrichtungen und Fachlehrer für besondere Maßnahmen der Physiotherapie ist keine Aufgabe der Krankenkassen oder des GKV-Spitzenverbandes. Die Weiterbildung der Therapeuten erfordert eine berufsrechtliche Lösung und gehört nicht in den Regelungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Sofern an dieser Regelung festgehalten wird, sollten die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 regeln gemeinsam und einheitlich die zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung durchführen.

C) Änderungsvorschlag

- a) Die bisherige Einteilung der Paragraphen § 124 (Zulassung) und § 125 (Rahmenempfehlungen und Verträge) wird beibehalten.

§ 125 Absatz 1 SGB V wird wie folgt formuliert:

§ 125 Rahmenempfehlungen und Verträge zur Heilmittelversorgung

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen ~~Spitzenorganisationen~~ Verbände auf Bundesebene ~~sollen schließen~~ unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 gemeinsame ~~Rahmenverträgeempfehlungen~~ über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln ~~abgeben~~; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbe- reich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine gemeinsamer entsprechender Rahmen- ~~vertragempfehlung~~ abgegeben abgeschlossen werden. ²Soweit in einem Leistungsbe- reich mehr als ein Verband als maßgeblich im Sinne von Absatz 3 anzusehen ist, bilden diese Verbände für die Vereinbarung nach Satz 1 eine Verhandlungsgemeinschaft. ³Vor ~~Abschluss der von Rahmenverträgenempfehlungen~~ ist der Kassenärztlichen Bundesver- einigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁴Die Stellungnahme ist in den Ent- scheidungsprozeßs der Partner der ~~Rahmenverträgenempfehlungen~~ einzubeziehen. ⁵In den ~~Rahmenverträgenempfehlungen~~ sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit einschließlich einer Bewertung je Leistungsposition in Punkten ~~Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall,~~

2. Maßnahmen zur ~~Fort- und Weiterbildung~~ sowie zur Qualitätssicherung, die die Quali- tät der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,

3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnen- den Vertragsarzt,

3a. Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,

4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und

5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tarifröhne oder Ar- beitsentgelte; dabei sind die von den Berufsgenossenschaften nach § 165 SGB VII erho- benen Daten zu Grunde zu legen.

~~⁶Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Empfehlung-Vertragsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgelegt. ⁷Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. ⁸Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen je zur Hälfte. ⁹Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 3a sind den Verträgen nach Absatz 2 zugrunde zu legen.~~

§ 125 Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 werden wie folgt formuliert:

(2) ¹Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, der erforderlichen Weiterbildungen, über die nach Maßgabe der einheitlichen Punkte je Leistung gemäß Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 festzulegenden Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer ~~zur Fortbildung~~ schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit ~~Leistungserbringern oder~~ maßgeblichen Verbänden oder sonstigen maßgeblichen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. ²Für die Jahre 2017 bis 2021 ~~2019~~ gilt § 71 für die Verträge nach Satz 1 nicht.

b) In § 125 wird der bisherige Absatz 3 (Heilmittelpreisuntergrenzen) gestrichen und durch folgenden Absatz 3 ersetzt:

(3) ¹Ein Verband gemäß den Absätzen 1 und 2 ist maßgeblich, wenn er eines der folgenden Kriterien 1 bis 3 sowie die Kriterien 4 und 5 erfüllt:

1. er ist der größte Berufsverband für die jeweils vertretene Berufsgruppe.
2. er ist der einzige diese Berufsgruppe vertretende Verband.
3. er repräsentiert mindestens 15 vom Hundert von in dieser Berufsgruppe zugelassenen Leistungserbringern.
4. er hat in der Mehrzahl der Bundesländer Verträge nach Absatz 2 abgeschlossen und
5. er ist über mindestens 5 Jahre in der Funktion eines Berufsverbandes aktiv.

²Der Nachweis zur Anzahl der Mitglieder erfolgt durch eine von einem Steuerberater, Wirtschaftsprüfer oder vereidigten Buchprüfer bestätigte anonymisierte Mitgliederliste, aus der der mitgliedsrechtliche Status (ordentliche und Fördermitgliedschaft) sowie der berufliche Status (Schüler, Student, Berufsabschluss, Zulassungsfähigkeit nach § 124 Absatz 1) hervorgehen muss.

c) und d) In § 125 Absatz 2 werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt:

³Die Vertragspartner haben zu beachten, dass die ausgehandelten Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen und sich an den für einen wirtschaftlichen Praxisbetrieb erforderlichen Kosten ausrichten. ⁴Deshalb haben sie bei der Vereinbarung und Anpassung der Vergütungen für erbrachte Leistungen die folgenden für einen wirtschaftlichen Praxisbetrieb notwendigen Faktoren zu berücksichtigen:

1. die Entwicklung der Personalkosten,

2. die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie

3. die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis

4. den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

⁵Vergütungssteigerungen, die nicht dem Grundsatz der Beitragsstabilität folgen, sind möglich, wenn diese erforderlich sind, um eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten.“

e) Keiner.

f) vgl. lit a)

g) Sofern an der in § 124 (neu) vorgeschlagenen Regelung festgehalten wird, sollte in der Gesetzesbegründung zu § 124 (neu) Absatz 2 der Satz 5 gestrichen werden.

h) Siehe Vorschlag zu lit. a) zu § 125 Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 (neu), wonach die von den Berufsgenossenschaften nach § 165 SGB VII erhobenen Daten zu Grunde zu legen sind.

i) § 124 (Zulassung) wird wie folgend gefasst:

Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

(2) Zuzulassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigte Erlaubnis besitzt,

2. über eine Praxisausstattung und Präsenzzeiten verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und

3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

§ 124 Absatz 4 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt ~~Empfehlungen~~ Richtlinien für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach Absatz 2 ab. ²Die für die Wahr-

nehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sollen ~~gehört werden~~ beratend mitwirken.

§ 124 Absatz 5 wird wie folgend neu gefasst:

1Leistungserbringer beantragen die Zulassung bei den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen bzw. deren Verband. 2Die zulassende Stelle darf die für die Überprüfung der Anforderungen nach Absatz 1 erforderlichen Daten vom Leistungserbringer erheben, verarbeiten und nutzen. 3Sie erteilt die Zulassung mit Wirkung für alle Krankenkassen und ist verpflichtet, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen elektronisch zu übermitteln. 4Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die Entscheidung über die Erteilung oder Aufhebung der Zulassung oder über den Widerspruch dagegen auf einen anderen Landesverband oder den Verband der Ersatzkassen übertragen, der zu diesem Zweck Verwaltungsakte erlassen darf.

§ 124 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

(6) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nummer 1, 2 oder 3 nicht mehr erfüllt. ~~Die Zulassung kann auch widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer die Fortbildung nicht innerhalb der Nachfrist gemäß § 125 Absatz 2 Satz 4 erbringt. Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend.~~

§ 124 Absatz 7 kann aufgrund des Ablaufs der dort genannten Frist gestrichen werden.

j) Keiner

k) In § 124 Absatz 4 (neu) wird Satz 2 (Rückwirkung Schiedsspruch) ersatzlos gestrichen. Die in § 124 (neu) Absatz 5 vorgeschlagene Regelung zur Bildung einer Schiedsstelle wird in § 125 als neuer Absatz 4 angefügt und wie folgt formuliert:

(4) 1Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. 2Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. 3Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. 4Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 3 Satz 4 bis 8 entsprechend. 5Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. 6Jedes Mitglied hat eine Stimme. 7Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. 8Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. 9Klagen gegen die Festsetzungen der Schiedsstelle haben keine aufschiebende Wirkung. 10Die Kosten der Schiedsstelle tra-

gen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die leistungserbringerseitigen Verbände je zur Hälfte.

- l) Die Regelung sollte gestrichen werden. Sofern an dieser Regelung festgehalten wird, sollte die in § 124 Absatz 6 (neu) vorgeschlagene Regelung (Verträge zur Weiterbildung) als § 125 Absatz 2a beibehalten und wie folgt geändert werden:

(2a) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 ~~schließen Verträge über eine~~ regeln gemeinsam und einheitlich die zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

§ 124a Bundesweit einheitliche Preise

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Heilmittelpreise sollen zum 01.04.2019 bundesweit einheitlich auf den höchsten Preis angehoben werden, der für eine Heilmittelposition bundesweit in einer Region vereinbart wurde. Dabei sind auch solche Preise einzubeziehen, die für zukünftige Zeiträume, bspw. aufgrund von bis 2020 geltenden Dreijahresverträgen, vereinbart wurden. Die für die Zukunft vereinbarten Preise werden insoweit auf den 01.04.2019 vorgezogen. In diesem Zusammenhang wird gesetzlich bestimmt, dass die Empfehlungen und Verträge nach § 125 Absatz 1 und 2 in ihrer jetzigen Fassung noch bis zum 31.12.2019 fortgelten und dann auslaufen, ohne dass diese gekündigt werden müssen. Sofern sich gleiche Leistungspositionen nur in der vereinbarten Regelbehandlungszeit unterscheiden, ist der jeweils höchste Minutenpreis als Basis für die Berechnung des entsprechenden Preises zugrunde zu legen. Ferner wird bestimmt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V keine Anwendung findet und dass die neuen Bundespreise über den 01.01.2020 solange weitergelten, bis ein bundesweiter Vertrag nach § 124 SGB V (neu) durch Vereinbarung oder durch Schiedsstellenentscheidung rechtskräftig geworden ist.

B) Stellungnahme

Bundespreise werden einer an regionalen Strukturen orientierten Versorgung nicht gerecht. Eine Notwendigkeit, von den bisherigen regionalen Vergütungen, die die regionalen Besonderheiten berücksichtigen, besteht nicht. Mit der Regelung gehen erhebliche Mehrausgaben einher, schätzungsweise mindestens 1,2 Mrd. Euro. Der GKV-Spitzenverband lehnt die vorgesehene Neuregelung daher ab.

Insbesondere Nebenleistungen wie Hausbesuche und Therapieberichte werden in den Heilmittelverträgen nach § 125 Absatz 2 SGB V aufgrund der regional unterschiedlichen Anforderungen zum Teil auch unterschiedlich definiert. Insofern differiert nicht nur die Vergütung, sondern der vereinbarte Leistungsumfang bzw. -inhalt wesentlich von einander. Zwei Positionen mit der gleichen Positionsnummer sind daher strukturell und preislich nicht automatisch miteinander vergleichbar. Die im Gesetzesentwurf angelegte Umrechnung auf sog „Minutenwerte“ hilft hier nicht weiter.

Ein bundeseinheitlicher Preis könnte insofern allenfalls für einzelne Heilmittel, jedoch nicht für Nebenleistungen definiert werden. Ein Verfahren, wie dieser Preis kurzfristig verbindlich festgestellt werden soll, wird allerdings nicht beschrieben. Etwaige Nachberechnungen wür-

den zu unzumutbaren Mehraufwänden bei Therapeuten und Krankenkassen führen. Eine Umsetzung dieser Vorgabe bereits zum 01.04.2019 ist somit schon technisch nicht realisierbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 124a wird gestrichen.

§ 125 Zugangsregelungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die im bisherigen § 124 SGB V gesetzlich vorgegebenen Zulassungsvoraussetzungen, die Heilmittelerbringer erfüllen müssen, um Leistungen an GKV-Versicherte abgeben zu dürfen, werden gestrichen und durch vereinfachte Zugangsregelungen ersetzt.
- b) Leistungen dürfen künftig von Heilmittelerbringern abgegeben werden, wenn sie die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigenden Erlaubnis besitzen und dem auf Bundesebene geschlossenen Vertrag nach § 124 (neu) beitreten. Form und Verfahren des Beitritts soll der GKV-Spitzenverband regeln.
- c) Der Beitritt der bundesweit ca. 70.000 aktiven Heilmittelpraxen soll bis zum 30.06.2020 gegenüber dem GKV-Spitzenverband oder einem von ihm zu benennenden Verband der Krankenkassen angezeigt werden und eine nach bisherigem Recht erteilte Zulassung solange fortgelten.
- d) Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die bislang für das Zulassungsverfahren allein zuständig waren, sollen berechtigt werden, die beigetretenen Leistungserbringer bezüglich der vertraglich vereinbarten räumlichen, sächlichen und personellen Voraussetzungen zu überprüfen und Zutritt zu den Praxen erhalten. Bisher erteilte Zulassungen sollen bei der Prüfung berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

Das derzeitige Zulassungsverfahren für Heilmittelerbringer stellt ein funktionierendes und akzeptiertes Verfahren dar, sollte aber entbürokratisiert werden. Die Verbindlichkeit der Zulassungsempfehlungen könnte durch die Weiterentwicklung zu einer Richtlinie erhöht werden. Zudem sollten die maßgeblichen Heilmittelverbände enger in die Konkretisierung der gesetzlichen Zulassungsbedingungen eingebunden werden. Es auf die ausführliche Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 8 zu § 124 lit. i) (neu) verweisen.

C) Änderungsvorschlag

§ 125 (Zugangsregelung) wird in der vorgeschlagenen Form gestrichen.

Für die Gesetzesänderungen zur Zulassung siehe Artikel 1 Nummer 8 zu § 124 lit. i) (neu).

§ 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Um die Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern spürbar zu erweitern, sollen der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene nach § 125a Absatz 1 Satz 1 bis zum 31.03.2020 leistungsreichsübergreifend oder leistungsbereichsspezifisch eine Vereinbarung über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen.
- b) Gemäß Absatz 1 Satz 2 sollen in der Vereinbarung u. a. die Indikationen vereinbart werden, bei denen der Heilmittelerbringer aufgrund einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen kann.
- c) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung soll gemäß Absatz 1 Satz 3 ein Stimmrecht zu den Vertragsinhalten bekommen.
- d) Im „Blanko-Vertrag“ sollen nach Absatz 2 Nummer 1 insbesondere die Indikationen geregelt werden, bei denen eine erweiterte Versorgungsverantwortung möglich ist.
- e) Nach Absatz 2 Nummer 2 und 3 soll bestimmt werden, inwieweit Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abweichen dürfen und welche Vorgaben für die notwendigen Angaben auf der ärztlichen Verordnung zu beachten sind.
- f) Gemäß Absatz 2 Nummer 4. i. V. m. Absatz 4. sollen Richtwerte zur Versorgungsgestaltung vereinbart werden, die der GKV-Spitzenverband im Rahmen von GKV-Heilmittel-Schnellinformationen zu veröffentlicht hat. Nach Nummer 5 sollen im Vertrag auch Maßnahmen zur Vermeidung unverhältnismäßiger Ausweitungen in der Behandlungsmenge je Versicherten, wie bspw. Vergütungsabschläge, vereinbart werden können, wenn medizinisch nicht begründete Überschreitungen der durchschnittlichen Anzahl der Behandlungseinheiten zu verzeichnen sind.
- g) Sofern keine Einigung über einen „Blanko-Vertrag“ erzielt werden kann, soll dieser nach Absatz 3 durch die neue Schiedsstelle nach § 124 Absatz 5 (neu) festgesetzt werden.
- h) Die Auswirkungen der größeren Versorgungsverantwortung auf das Versorgungsgeschehen, insbesondere auf die Mengen- und Ausgabenentwicklung, sollen unter Berücksichtigung der erweiterten Datenübermittlung nach § 84 Absatz 5 innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Blanko-Vereinbarung vom GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Heilmittelverbänden evaluiert werden und dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich Bericht erstattet werden.

B) Stellungnahme

- a) Die Berücksichtigung einer größeren Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern wird grundsätzlich begrüßt. Vor einer Einführung in die Regelversorgung wäre es jedoch sinnvoller gewesen, die für eine Blankoverordnung erforderlichen Rahmenbedingungen in den ursprünglich dafür vorgesehenen Modellvorhaben testen und bewerten zu können. Um Irritationen und abweichende Interpretationen hinsichtlich der Vertragspartner zu vermeiden, sollte auf die Vertragspartner nach § 125 Absatz 1 verwiesen werden.

Der Zielzeitbezug 31.03.2020 ist nicht realistisch. Aktuell wird die Heilmittel-Richtlinie durch den G-BA überarbeitet. Nachfolgend ist die Arztsoftware an die Änderungen anzupassen. Parallel sollen bis 01.01.2020 auf Bundesebene die Rahmenverträge einschließlich bundesweiter Preise vereinbart werden. Insoweit ist eine Verhandlung von Blankoverträgen vor dem 01.01.2021 unrealistisch.

- b) Um einheitliche Leistungsansprüche der Versicherten zwischen einer Versorgung nach Heilmittel-Richtlinie und einer Blankoverordnung nach § 125a zu schaffen und eine Überprüfung des Therapieerfolges durch den Vertragsarzt zu gewährleisten, muss die Dauer einer Behandlungsserie auch weiterhin vom Vertragsarzt nach Maßgabe der (neu: orientierenden) Behandlungsmengen sowie der Höchstzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung nach Heilmittel-Richtlinie festgelegt werden. Sofern der Therapeut im Rahmen der Blankoverordnung selbst über die Dauer der Therapie entscheiden können soll, so sollte sich dies nur auf die Dauer einer Therapiesitzung beziehen. Dies stellt auch sicher, dass in Fällen, bei denen es die Patientensicherheit gebietet, eine kurzfristige Rückkopplung mit dem behandelnden Arzt gewährleistet bleibt und sich die Behandlungsmengen auch weiterhin am medizinischen Bedarf orientieren. Andernfalls bedarf es einer Regelung, in welcher Form und in welchem Abstand bei Blankoverordnungen der behandelnde Arzt sowie auch der Kostenträger über den Behandlungsverlauf informiert werden und wie lange eine Blanko-Verordnung längstens gültig sein kann, u. a. auch deswegen, da die Heilmitteltherapie i. d. R. einen von mehreren Therapiebausteinen darstellt. Die Einführung eines elektronischen Datenaustauschs zwischen Heilmittelerbringer, Arzt und Kostenträger muss sichergestellt werden.

Der Hinweis in der Gesetzesbegründung zu § 73 Absatz 11, dass der Vertragsarzt bei Vorliegen wichtiger medizinischer Gründe von einer sog. „Blankoverordnung“ absehen kann und die Heilmitteltherapie konkret vorgeben kann, ist aus Patientenschutzgründen zu begrüßen. Allerdings spiegelt sich dieser Aspekt noch nicht in der Gesetzesformulierung wieder.

- c) Die Einbindung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in die Regelungen zur Blanko-Verordnung ist sinnvoll, nicht zuletzt, weil die Behandlungsverantwortung auch hier weiterhin beim Arzt angesiedelt sein muss. Die Heilmittelbehandlung ist bei fast allen Erkrankungen nur einer von mehreren Therapiebausteinen und bedarf daher einer kontinuierlichen Rückkoppelung an den therapiegestaltenden Arzt.
- d) Aufgrund des Rechtsverhältnisses zwischen den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als untergesetzliche Normen einerseits und bilateralen Verträgen mit Heilmittelverbänden andererseits ist der GKV-Spitzenverband der Auffassung, dass Indikationen für eine Blanko-Verordnung als Regelversorgung zunächst in der Heilmittel-Richtlinie geregelt sein müssen, da andernfalls ein bilateral zu schließender Vertrag formell höherrangiges Recht überspielen könnte.
- e) Soweit die Vertragspartner nach § 125a trotz der vorgenannten Bedenken punktuell von der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abweichen können sollen, wäre es wichtig, diese Punkte (Dauer einer Einzelbehandlung, Frequenzen und Auswahl im Rahmen des Heilmittelkataloges) explizit zu benennen. Klargestellt werden sollte unbedingt, dass die Heilmittelauswahl im Rahmen der Blankoverordnung sich nur auf die zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Heilmittel gemäß Heilmittel-Katalog und nicht darüber hinaus beziehen kann. Ferner solle auch hier eine Rückkopplung zur ärztlichen Praxisverwaltungssoftware hergestellt werden.
- f) Wenn Heilmittelerbringer die Entscheidung über die Art des eingesetzten Heilmittels treffen, ist auch bei ihnen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlich. Eine ggf. unwirtschaftliche Auswahl und Frequenz der Heilmitteltherapie sollten unmittelbar gegenüber ggf. auffälligen Therapeuten geprüft werden können. Hierzu müsste die Wirtschaftlichkeitsprüfung spiegelbildlich auch auf Therapeutenseite gesetzlich institutionalisiert werden. Dafür bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung zur vertraglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie konkreter Hinweise im Gesetz, ab wann eine Unwirtschaftlichkeit angenommen werden kann und wer für eine solche Feststellung zuständig ist. Unter dem Gesichtspunkt einer geteilten Wirtschaftlichkeitsverantwortung erscheint es sinnvoller, wenn der Arzt auch weiterhin die Menge für eine Heilmittelbehandlung festlegen kann. Die Auswahl und Frequenz der Heilmitteltherapie könnte dann auf Grundlage der Heilmittel-Richtlinie eigenverantwortlich durch den Therapeuten selbst festgelegt werden. Die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsmengen ließe sich ärztlicherseits weiterhin auf Grundlage der vertraglich vereinbarten Wirtschaftlichkeitsprüfung nach den §§ 106ff. bewerten.
- g) Die Festlegung der Vertragsinhalte durch eine Schiedsstelle, für den Fall, dass keine Einigung erzielt werden kann, wird begrüßt.

- h) Begrüßt wird auch, die Auswirkungen einer größeren Therapieverantwortung auf die Mengen- und Ausgabenentwicklung einmalig in den ersten vier Jahren zu evaluieren. Dabei sollten auch die aus Patientensicht relevanten Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 125a wird wie folgt geändert:

§ 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach § 125 Absatz 1 schließen bis zum 1. Januar 2021 eine Vereinbarung über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine entsprechende Vereinbarung getroffen werden. Gegenstand der Vereinbarung ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer auf Grund einer ~~durch einen Vertragsarzt~~ vertragsärztlich oder vertragszahnärztlich festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung im Rahmen der Vorgaben des Heilmittelkataloges gemäß § 92 Absatz 6 selbst über die Auswahl ~~und die Dauer~~ der Therapie, die Dauer einer Therapiesitzung sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können, es sei denn, es liegen wichtige medizinische Gründe vor, die es gebieten, dass der Vertragsarzt selbst über Auswahl und die Dauer der Therapiesitzung sowie die Frequenz entscheidet. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die in den Vereinbarungsprozess einzubeziehen ist.

(2) In der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist insbesondere zu regeln:

1. die Indikationen nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, bei der die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich ist,

2. die notwendigen Anforderungen an die Qualifikation der Heilmitteltherapeuten sowie die Teilnahmebedingungen.

~~3.~~ inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Dauer einer Therapiesitzung sowie zur Frequenz der Behandlungseinheiten abweichen dürfen,

~~4.~~ Vorgaben für die notwendigen Angaben der ärztlichen Verordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von ~~dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 Satz 2~~ den Verträgen nach § 125 Absatz 1 und 2 abweichen,

~~5.~~ Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 zu veröffentlichen hat sowie

56. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die medizinisch nicht begründet sind; diese können auch in Form von Vergütungsabschlägen erfolgen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1 Satz 1 bestimmten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrages innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach § 124 Absatz 5 festgesetzt.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat aus den nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 zu übermittelnden Daten auch entsprechende Schnellinformationen für die Versorgungsform nach dieser Vorschrift sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen.

(5) ¹Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 erhobenen und nach Absatz 4 veröffentlichten Daten evaluieren die Vertragspartner nach Absatz 1 insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenentwicklung sowie der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 1. ²Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.

(6) ¹Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 wird durch die Prüfungsstellen nach § 106c in entsprechender Anwendung der §§ 106 ff. und 296 gegen Kostenersatz in einer von einem unabhängigen Sachverständigen auf Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation ermittelten Höhe durchgeführt, soweit die Krankenkasse keine anderslautenden vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern getroffen hat.

§ 73 Absatz 10 wird wie folgt geändert:

(10) Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2017 nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über besondere Ordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 sowie die sich aus den Verträgen nach § 125a ergebenden Besonderheiten enthalten und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 zu vereinbaren.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 140f Absatz 4 Satz 1 soll die Angabe „§ 124 Absatz 4, § 125 Absatz 1“ gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sinnvolle redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in den §§ 124ff.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 326 Übergangsregelungen zu den Verträgen im Heilmittelbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 des neuen § 326 ist eine gesetzliche Fortgeltungsregelung zu den §§ 124 und 125 sowie den Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in der derzeitigen Fassung bis zum 31.12.2019 vorgesehen. In Absatz 2 soll geregelt werden, dass die §§ 124 und 125 sowie die Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in der derzeitigen Fassung auch über den 01.01.2020 bis zum Zustandekommen eines Vertrages nach § 124 (neu) fortgelten, sofern bis zu diesem Stichtag kein bundesweiter Vertrag nach § 124 (neu) zustande gekommen ist.

B) Stellungnahme

Die beschriebenen Fortgeltungsregelungen sind für den Fall nachvollziehbar, dass die neu eingeführten Vereinbarungen nicht fristgerecht zustande kommen. Ziel der Regelungen ist es, dann einen vertragslosen Zustand zu vermeiden. Eine derartige Fortgeltungsregelung ist allerdings entbehrlich, wenn wie in dieser Stellungnahme ausgeführt, die bisherigen Vertragsstrukturen grundsätzlich beibehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 326 wird gestrichen.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Einführung zweidimensionaler Barcodes auf Heilmittelverordnungen

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Die pro Jahr insgesamt 35 Millionen ausgestellten Heilmittelverordnungen müssen durch die Heilmitteltherapeuten derzeit noch händisch auf Vollständigkeit und formale Richtigkeit geprüft werden. Für die Abrechnung müssen die schriftlichen Verordnungen entweder per Hand oder über einen Scanvorgang beim Abrechnungsdienstleister in den elektronischen Datensatz nach § 302 SGB V übertragen werden. Dabei kommt es nicht selten vor, dass einzelne Daten fehlerhaft erfasst bzw. ausgelesen und übertragen werden oder ganz verloren gehen. In der Praxis führen solche Fehler oft zu Nachfragen und bürokratischen Aufwänden bei Heilmitteltherapeuten, Ärzten und Krankenkassen.

Diese könnten vermieden werden, indem die Verordnungsdaten nicht nur in Klarschrift, sondern regelhaft auch maschinenlesbar, z. B. in Form eines zweidimensionalen Barcodes, auf der Verordnung abgebildet werden. Verordnungen mit einem zweidimensionalen Barcode könnten dann vom Heilmitteltherapeuten oder seinem Abrechnungsdienstleister ohne Informationsverluste gescannt und technisch auf Vollständigkeit und formale Fehler hin geprüft werden und vollkommen automatisiert in den Abrechnungsdatensatz nach § 302 SGB V übertragen werden.

Ein entsprechender Regelungsauftrag für den Bundesmantelvertrag, die Verordnungsdaten regelhaft auch in einem zweidimensionalen Barcode auf der Verordnung abzubilden, trägt dazu bei, Bürokratie zu reduzieren und Fehler bei der Erfassung und Übermittlung der Verordnungsdaten an die Krankenkassen zu vermeiden. Ärzte und Heilmitteltherapeuten würden damit entlastet und Konflikte vermieden.

B) Änderungsvorschlag

§ 73 SGB V wird um einen neuen Absatz 12 ergänzt:

(12) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 vorzusehen, dass sämtliche Angaben auf Verordnungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 zusätzlich auch in einem maschinenlesbaren zweidimensionalen Barcode auf der Verordnung enthalten sind.

IV. §§ 124 und 125 in der vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Fassung im Wortlaut

§ 124 Zulassung

(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Ergotherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden.

(2) ¹Zuzulassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt,
2. über eine Praxisausstattung und Präsenzzeiten verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

²Ein zugelassener Leistungserbringer von Heilmitteln ist in einem weiteren Heilmittelbereich zuzulassen, sofern er für diesen Bereich die Voraussetzungen des Satzes 1 Nummer 2 und 3 erfüllt und eine oder mehrere Personen beschäftigt, die die Voraussetzungen des Satzes 1 Nummer 1 nachweisen.

(3) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nummer 1 erfüllen; Absatz 2 Nummer 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Richtlinien für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach Absatz 2 ab. ²Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sollen beratend mitwirken.

(5) ¹Leistungserbringer beantragen die Zulassung bei den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen bzw. deren Verband. ²Die zulassende Stelle darf die für die Überprüfung der Anforderungen nach Absatz 1 erforderlichen Daten vom Leistungserbringer erheben, verarbeiten und nutzen. ³Sie erteilt die Zulassung mit Wirkung für alle Krankenkassen und ist verpflichtet, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen elektronisch zu übermitteln. ⁴Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die Entscheidung über die Erteilung oder Aufhebung der Zulassung oder über den Widerspruch dagegen auf einen anderen Landesverband oder den Verband der Ersatzkassen übertragen, der zu diesem Zweck Verwaltungsakte erlassen darf.

(6) ¹Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nummern 1, 2 oder 3 nicht mehr erfüllt. ²Absatz 5 gilt entsprechend.

§ 125 Verträge zur Heilmittelversorgung

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbände auf Bundesebene schließen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 gemeinsame Rahmenverträge über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen ein gemeinsamer entsprechender Rahmenvertrag abgeschlossen werden. ²Soweit in einem Leistungsbereich mehr als ein Verband als maßgeblich im Sinne von Absatz 3 anzusehen ist, bilden diese Verbände für die Vereinbarung nach Satz 1 eine Verhandlungsgemeinschaft. ³Vor Abschluss von Rahmenverträgen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁴Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenverträge einzubeziehen. ⁵In den Rahmenverträgen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel sowie deren Regelbehandlungszeit einschließlich einer Bewertung je Leistungsposition in Punkten,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
- 3a. Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,
4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte; dabei sind die von den Berufsgenossenschaften nach § 165 SGB VII erhobenen Daten zu Grunde zu legen.

⁶Kommt eine Einigung nicht zustande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgelegt.

(2) ¹Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, der erforderlichen Weiterbildungen, über die nach Maßgabe der einheitlichen Punkte je Leistung gemäß Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 festzulegenden Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit maßgeblichen Verbänden oder sonstigen maßgeblichen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer; die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. ²Für die Jahre 2017 bis 2021 gilt § 71 für die Verträge nach Satz 1 nicht. ³Die Vertragspartner haben zu beachten, dass die ausgehandelten Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen und sich an den für einen wirtschaftlichen Praxisbetrieb erforderlichen Kosten ausrichten. ⁴Deshalb haben sie bei der Vereinbarung und Anpassung der Vergütungen für erbrachte Leistungen die folgenden für einen wirtschaftlichen Praxisbetrieb notwendigen Faktoren zu berücksichtigen:

1. die Entwicklung der Personalkosten,
2. die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung,
3. die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis sowie
4. den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

⁵Vergütungssteigerungen, die nicht dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität folgen, sind möglich, wenn diese erforderlich sind, um eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten.“

(2a) Die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 regeln gemeinsam und einheitlich die zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

(3) ¹Ein Verband gemäß den Absätzen 1 und 2 ist maßgeblich, wenn er eines der folgenden Kriterien 1 bis 3 sowie die Kriterien 4 und 5 erfüllt:

1. er ist der größte Berufsverband für die jeweils vertretene Berufsgruppe,
2. er ist der einzige diese Berufsgruppe vertretende Verband,
3. er repräsentiert mindestens 15 vom Hundert von in dieser Berufsgruppe zugelassenen Leistungserbringern,
4. er hat in der Mehrzahl der Bundesländer Verträge nach Absatz 2 abgeschlossen und
5. er ist über mindestens 5 Jahre in der Funktion eines Berufsverbandes aktiv.

²Der Nachweis zur Anzahl der Mitglieder erfolgt durch eine von einem Steuerberater, Wirtschaftsprüfer oder vereidigten Buchprüfer bestätigte anonymisierte Mitgliederliste, aus der der mitgliedsrechtliche Status (ordentliche und Fördermitgliedschaft) sowie der berufliche Status (Schüler, Student, Berufsabschluss, Zulassungsfähigkeit nach § 124 Absatz 1) hervorgehen muss.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. ²Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. ³Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. ⁴Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 3 Satz 4 bis 8 entsprechend. ⁵Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. ⁶Jedes Mitglied hat eine Stimme. ⁷Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. ⁸Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. ⁹Klagen gegen die Festsetzungen der Schiedsstelle haben keine aufschiebende Wirkung. ¹⁰Die Kosten der Schiedsstelle tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die leistungserbringerseitigen Verbände je zur Hälfte.