

## **Stellungnahme zum Änderungsantrag 19(14) 51.4 der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD**

### **Öffentliche Anhörung zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), Bundestagsdrucksache 19/6337 im Ausschuss für Gesundheit am 16.01.2019**

Zur besseren Verständlichkeit ist zum Teil der Änderungsantragstext der Koalition zitiert.  
Vorschläge von LOGO Deutschland e.V. zu Änderungen erfolgen in grüner Schrift.

#### **Nr. 13a zu § 32: Heilmittel**

Absatz (1a) ab Satz 2 nach dem Wort 'vorliegt' widerspricht dem neuen Absatz (1b). Eine entsprechende Streichung ist erforderlich, um die Regelung nach 1b eindeutig zu machen.

Änderungsantrag der Koalition: (1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt.

Folgende Sätze sollten gestrichen werden: und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. Ist in der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.

(1b) Verordnungen, die über die nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.

## **Zu (2): Eigenanteile**

Bisher werden Eigenanteile von Erwachsenen durch die Heilmittelerbringenden eingezogen. Der Einzug sollte durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen: Das wäre für diese kein nennenswerter Mehraufwand, würde aber eine deutliche Entlastung des bürokratischen Aufwandes der Freien Praxen bedeuten.

Eine Änderung sollte von daher unbedingt mit aufgenommen werden.

## **Nr. 28 a: § 63: Grundsätze (Gesetzliche Krankenversicherung)**

Keine Anmerkungen

## **Nr. 33 zu § 73: Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung**

Antragstext der Koalition: (11) Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und verordnet ein Heilmittel, sind die Auswahl der Art und zeitliche Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer festzulegen.

Missverständnisse ergeben sich aus der Formulierung 'Dauer der Therapie': Unklar ist, ob hier die Dauer der einzelnen Therapieeinheit oder die zeitliche Dauer der gesamten Therapie gemeint ist. Zudem sollte die Dauer der gesamten Therapie, sofern nicht als langfristiger oder besonderer Bedarf gelistet, im Rahmen des Regelfalls laut Heilmittelkatalog, der unter Berücksichtigung von wissenschaftlichen Erkenntnissen aktualisiert werden muss, begrenzt werden, um unverhältnismäßigen Mengenausweitungen zu begegnen.

Änderungsvorschlag: (11) Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und verordnet ein Heilmittel im Rahmen der Blankoverordnung, sind die Auswahl der anzuwendenden Methode, die Länge der einzelnen Behandlungseinheit, die Frequenz der Behandlungseinheiten sowie die Gesamtanzahl der erforderlichen Behandlungseinheiten, maximal in Höhe des Regelfalls laut Heilmittelkatalog, vom Heilmittelerbringer festzulegen.

## **Nr. 41 zu § 84 Arznei- und Heilmittelvereinbarung**

Änderungsantrag der Koalition: (7) Die Absätze 1 bis 6 sind für Heilmittel unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungs- und Abrechnungsbedingungen im Heilmittelbereich entsprechend anzuwenden. Veranlasste Ausgaben im Sinne des Absatzes 5 Satz 1 betreffen die während der Geltungsdauer der Heilmittelvereinbarung mit den Krankenkassen abgerechneten Leistungen. **Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in artbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.**

Ohne Änderungen: (5) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens nach Absatz 3 erfassen die Krankenkassen die während der Geltungsdauer der Arzneimittelvereinbarung veranlassten Ausgaben arztbezogen, nicht versicherungsbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten kassenartenübergreifend zusammenführt und jeweils der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt, der die Ärzte, welche die Ausgaben veranlasst haben, angehören; zugleich übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Daten den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertragspartner der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1 sind. Ausgaben nach Satz 1 sind auch Ausgaben für Leistungen nach § 31, die durch Kostenerstattung vergütet worden sind. Zudem erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jede Kassenärztliche Vereinigung monatliche Berichte über die Entwicklung der Ausgaben von Leistungen nach § 31 und übermittelt diese Berichte als Schnellinformationen den Vertragspartnern nach Absatz 1 insbesondere für Abschluss und Durchführung der Arzneimittelvereinbarung sowie für die Informationen nach § 73 Abs. 8. Für diese Berichte gelten Satz 1 und 2 entsprechend; Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Angaben vor Durchführung der Abrechnungsprüfung zu übermitteln sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält für die Vereinbarung der Rahmenvorgaben nach Absatz 7 und für die Informationen nach § 73 Abs. 8 eine Auswertung dieser Berichte. Die Krankenkassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 mit der Durchführung der vorgenannten Aufgaben beauftragen. § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 gilt entsprechend.

Der § 84 bezieht sich ausschließlich auf Ärztinnen und Ärzte. Diese können Daten nachvollziehbar nicht liefern, wenn im Rahmen des § 125a die Gesamtanzahl der erforderlichen Therapieeinheiten durch Therapeutinnen und Therapeuten festgelegt wird.

Wer also soll diese Daten übermitteln? Eine Anbindung der Heilmittelbranche an die Telematik-Infrastruktur ist bisher in der anstehenden Novelle des e-Health Gesetzes nicht vorgesehen. Allerdings übermitteln alle Heilmittelpraxen im Rahmen der Abrechnung die Daten der erbrachten Leistungen an die Abrechnungszentren der gesetzlichen Krankenkassen.

Fazit: Sollten weitere Datenlieferungen, zusätzlich zu den an die gesetzlichen Krankenkassen übermittelten Daten aus der Abrechnung, von den Selbständigen erwartet werden, muss sichergestellt sein, dass der dann entstehende, bürokratische Aufwand eingepreist und die Kosten für Hard- und Software übernommen werden.

## **Nr. 51 zu § 92: Richtlinien des GBA**

Keine Anmerkungen

## **Nr. 58 zu § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen**

Änderungsantrag der Koalition: (4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht:  
**3. Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Absatz 11**

Laut Begründung des BMG in der Anlage zu den Änderungsanträgen kann die Wirtschaftlichkeit nicht bei den Ärztinnen und Ärzten liegen, da diese keinen Einfluss auf die Ausführung im Detail haben. Das ist insoweit nachvollziehbar.

Offenbar soll von daher eine Verschiebung der Wirtschaftlichkeitsverantwortung auf die Heilmittelpraxen erfolgen. Dies wäre aus Sicht von LOGO Deutschland nicht möglich, denn:

Auf Seiten der Heilmittelerbringenden ...

- ... existiert keine Selbstverwaltung in Form einer 'Kassentherapeutischen Vereinigung' analog zur Struktur der Kassenärztlichen Vereinigung, die ein Budget mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aushandeln und verwalten könnte.
- ... ist eine Anbindung an die Telematik- Infrastruktur zwar gewünscht, bisher aber nicht vorgesehen, d.h., es müsste zuerst ein entsprechendes System aufgebaut werden.
- ... besteht keine Möglichkeit, Einfluss auf die Indikation zu nehmen, denn eine Therapie wird weiterhin ausschließlich seitens der Ärzteschaft ausgelöst: Die Argumentation des Bundesministerium für Gesundheit in der Formulierungshilfe zum Änderungsantrag zum fehlenden Einfluss auf die Ausgestaltung besteht auch in umgekehrter Richtung: Patientinnen und Patienten mit Verordnungen müssen aufgrund der ärztlich festgestellten Therapieindikation behandelt werden.

Der Bedarf der Versicherten und damit die Anzahl der Verordnungen für Heilmittel wird wahrscheinlich längerfristig ansteigen, denn es besteht bereits jetzt ein Versorgungsmangel aufgrund von Budgetierung und Fachkräftemangel. Der Versorgungsbedarf steigt zusätzlich aufgrund demografischer Veränderungen. Ohne Wirtschaftlichkeitsdruck können Ärztinnen und Ärzte Betroffene endlich konsequenter versorgen als bisher. Die laut GKV-HIS seit 2015 zurückgehenden Verordnungsmengen (Behandlungseinheiten je 1000 Versicherte) korrelieren mit verschärften Vorgaben von Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Heilmittelzielvereinbarungen, der Wiedereinführung von Vergleichsgrößen und höheren Vergütungen für die Heilmittelberufe.

Fazit: Der Antragstext ist folgerichtig, die Begründung dazu aber nicht stichhaltig – Richtwerte für Heilmittel von Ärztinnen und Ärzten können nicht auf die Inhabenden von Heilmittelpraxen übertragen werden. Von einer Budgetierung der Heilmittel muss grundsätzlich abgesehen werden, um die Versorgung sicherzustellen und Kosten im Bereich der Pflege einzuparen.

## **Nr. 67 a zu § 124: Verträge**

### **(1) Grundlohnsumme**

Die Nichtanwendung des § 71 ist zwingend erforderlich, um eine leistungsgerechte Versorgung mit Heilmitteln auch weiterhin zu sichern.

## **(1) Anpassung an die Vergütung erbrachter Leistungen/Datenlieferungen**

Änderungsantrag der Koalition: Die Vertragspartner haben zu beachten, dass die ausgehandelten Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen. Deshalb haben sie bei der Vereinbarung und Anpassung der Vergütungen für erbrachte Leistungen 1. die Entwicklung der Personalkosten, 2. die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie 3. die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis zu berücksichtigen.

Zuerst muss sichergestellt werden, dass die ausgehandelten Preise den Praxisinhaberinnen und -inhabern selbst mindestens ein Betriebsergebnis in vergleichbarer Höhe eines TVöD-Gehaltes bei gleichen Bedingungen ermöglichen, zuzüglich der Kranken- und Alterssicherung und einschließlich Rückstellungen. Das ist in der Logopädie bisher bei Weitem nicht der Fall! Quelle: [www.logo-deutschland/gutachten.de](http://www.logo-deutschland/gutachten.de) Erst, wenn auch deren Einkommen entsprechend gesichert sind, könnten gegebenenfalls Leitplanken für eine Kostenentwicklung etabliert werden.

Auf welcher Basis, wer und wohin sollten Datenlieferungen erfolgen? Wer soll diese auswerten und deren Relevanz bestimmen? LOGO Deutschland ist der Ansicht, dass verpflichtende Datenerhebungen gar nicht erforderlich sind. Alle Daten sind auch über statistische Erhebungen des Bundes zu generieren, die zielgerichteter ausgewertet werden müssten.

Fazit: Mit Annahme dieses Änderungsantrags würde ein neues 'Bürokratiemonster' geschaffen, welches einer Entbürokratisierung zuwider läuft und zudem eine erhebliche Mehrbelastung für die Heilmittelerbringenden bzw. deren Verbände bedeutet, und zwar sowohl in zeitlicher als auch in finanzieller Hinsicht.

## **(1) Regionale Besonderheiten**

Änderungsantrag der Koalition: Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den für den jeweiligen Leistungsbe- reich für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene von den Verträgen nach Satz 1 abweichende Vereinbarung schließen, um besondere regionale Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen oder innovative Versorgungsmodelle zu schaffen.

Die geplante, bundesweite Vergütung steht für Vereinfachung, Vereinheitlichung und Entbürokratisierung. Dennoch begrüßen wir die Möglichkeit der Verhandlung von regionalen Besonderheiten.

## **(2) 5. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit**

Änderungsantrag der Koalition: (2) In den Verträgen nach Absatz 1 sind die Preise und deren Abrechnung, die erforderlichen Weiterbildungen sowie die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung zu regeln. Darüber hinaus sind folgende Regelungen zu treffen:

### **5. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung**

Siehe auch die Kommentierung in Nr. 41 zu § 84, in Nr. 58 zu § 106b und 125 (2) 5.

## (2) 6. Vergütungsstrukturen und Transparenzvorgaben

Änderungsantrag der Koalition: (2) In den Verträgen nach Absatz 1 sind die Preise und deren Abrechnung, die erforderlichen Weiterbildungen sowie die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung zu regeln. Darüber hinaus sind folgende Regelungen zu treffen: 6. **Vergütungsstrukturen** einschließlich **Transparenzvorgaben** zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte.

Die Vergütungen sind zum jetzigen Zeitpunkt immer noch deutlich unzureichend, um Praxisinhaberinnen und -inhabern in der Logopädie, insbesondere denen der versorgungssichernden Klein- und Kleinstpraxen im ländlichen Raum, unter vergleichbaren Bedingungen ein Betriebsergebnis in Höhe eines Gehalts nach TVöD zu ermöglichen; Alterssicherung, Kosten für die Krankenversicherung sowie Rückstellungen müssen noch hinzugerechnet werden.

Einschließlich erforderlicher Rückstellungen wäre ein Vergütungsaufschlag von ca. 30 % auf die höchste, bundesweite Vergütung der SVLFG/LKK erforderlich, um ein entsprechendes Betriebsergebnis generieren zu können. Quelle: [www.logo-deutschland.de/gutachten](http://www.logo-deutschland.de/gutachten)

Als Arbeitgebende tragen sie ein hohes Risiko: Da ausschließlich die therapeutische Leistung bezahlt wird, welche eins zu eins im Kontakt mit Patientinnen und Patienten erbracht wird, sind Ausfälle von Mitarbeitenden, insbesondere in Frauenberufen, teuer! Lohnersatzleistungen fangen diese nicht auf, Umsatzeinbrüche sind kaum zu kompensieren, die Versorgung ist gefährdet.

Selbstverständlich müssen auch Angestellte in Freien Praxen ihrer Qualifikation entsprechend bezahlt werden! Dennoch muss zuerst das wirtschaftliche Risiko der Arbeitgebenden durch entsprechende Rückstellungen begrenzt werden. Das ist zurzeit noch nicht der Fall.

Fazit: Transparenzvorgaben zum Nachweis von tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelten sind datenschutzkonform derzeit nicht zu regeln. Allenfalls können prozentuale Veränderungen erfasst werden. Mit der Vorgabe von Vergütungsstrukturen in den Rahmenempfehlungen/-verträgen würde dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Rolle einer gewerkschaftlichen Vertretung für die Angestellten in Heilmittelpraxen übergeben. Das kann nicht Aufgabe der Krankenkassen sein.

Vielleicht wäre es zukünftig sinnvoll, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände mit entsprechenden Verhandlungsmandaten in der Heilmittelbranche zu etablieren.

## (2) Barrierefreiheit

In wahrscheinlich allen Landesbauordnungen findet sich ein Passus zur Barrierefreiheit, gekoppelt mit einem Passus zur Verhältnismäßigkeit.

Eine verbindliche Vorgabe für Heilmittelpraxen zu installieren wäre unverhältnismäßig. Würde diese verbindlich in das Gesetz aufgenommen werden, wären Praxisschließungen und Mangelversorgung die Folge. Umzüge sind teuer und nicht zu finanzieren, zudem steht nicht genug entsprechender Raum zur Verfügung.

Hinzu kommt, dass barrierefreie Voraussetzungen nahezu ausschließlich in neueren Gebäuden zu finden sind, mit entsprechend höheren Mietpreisen.

Fazit: Eine Barrierefreiheit kann, wenn überhaupt, nur zukünftig und nur unter Beachtung von Bestandsschutz, auch bei Unternehmensweitergabe, ausgesprochen werden

#### **(4) und (5): Schiedsstellen**

Der Einsatz von Schiedsstellen, die Besetzung mit Unparteiischen und die Verhinderung von gezielten Verschleppungen von Ergebnissen begrüßen wir sehr.

Die vorgesehene, sinnvolle Regelung verteuert leider die Schiedsverfahren. Dies ist insbesondere für die im Vergleich mit den Krankenkassen finanzschwächeren Verbände ein Problem. Von daher ist ein Verteilerschlüssel erforderlich, um der Unverhältnismäßigkeit der Finanzkraft zwischen Kassen und Verbänden Rechnung zu tragen.

#### **Nr. 67a zu § 124a: Bundesweite einheitliche Preise**

Änderungsantrag der Koalition: (2) Ab dem 1. April 2019 gilt für jedes Bundesland und jede Kassenart der jeweils höchste Preis, der für die jeweilige Leistungsposition bundesweit in einer Region vereinbart worden ist; sofern sich gleiche Leistungspositionen nur in der vereinbarten Regelbehandlungszeit unterscheiden, ist der jeweils höchste Minutenpreis als Basis für die Berechnung des entsprechenden Preises zu verwenden. § 71 findet keine Anwendung.

Bundesweite, einheitliche Preise unter Einbeziehung der Preise der LV/SFG/Landwirtschaftlichen Krankenkasse würden eine sofortige Entlastung vieler Praxen bedeuten.

#### **Nr. 67a zu § 125: Zugangsregelungen**

##### **(1) Abgabe von Heilmitteln**

Änderungsantrag der Koalition: (1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, **insbesondere** Leistungen der physikalischen Therapie, der **Sprachtherapie**, der Ergotherapie, der Podologie und der Ernährungstherapie, dürfen an Versicherte nur von Leistungserbringern abgegeben werden, die 1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen und 2. dem nach § 124 Absatz 1 geschlossenen Vertrag für den jeweiligen Leistungsbereich beitreten.

Neben den aufgeführten Heilmitteln gibt es keine anderen. Der Begriff 'Sprachtherapie' ist unzutreffend, da unvollständig: Sprachtherapie ist eines von derzeit drei möglichen Heilmitteln.



Neben der Sprachtherapie werden Sprechtherapie und Stimmtherapie abgegeben, und mit der anstehenden Verabschiedung der überarbeiteten Heilmittelrichtlinie soll auch die Schlucktherapie als Heilmittel hinzukommen.

Der Begriff 'Logopädie' in Gesetzestexten würde alle bestehenden, aber auch mögliche zukünftige Heilmittel unserer Berufsgruppe, eindeutig in einem Wort zusammenfassen:

Änderungsvorschlag: (1) Heilmittel, d.h. Leistungen der physikalischen Therapie, der **Logopädie**, der Ergotherapie, der Podologie und der Ernährungstherapie, dürfen an Versicherte nur von Leistungserbringern abgegeben werden, die...

### **(1), (2) und (3) Beitrittsanzeige bis zum 30.6.2020 an den Spitzenverband der Krankenkassen**

Änderungsantrag der Koalition: (1) Der **Beitritt** zum Vertrag **ist** dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder einem von diesem zu benennenden Verband der Krankenkassen gegenüber **anzuzeigen**. Das Nähere über Form und Verfahren des Beitritts regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Leistungserbringer, die bis zum 31. Dezember 2019 eine Zulassung nach § 124 Absatz 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung erteilt bekommen haben, **haben ihren Beitritt nach § 125 Absatz 2 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2020 anzuzeigen. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt ihre Zulassung vorübergehend fort.**

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind berechtigt, **die beigetretenen Leistungserbringer im Hinblick auf die vertraglich vereinbarten räumlichen, sächlichen und personellen Voraussetzungen zu überprüfen**. Die Leistungserbringer haben hierzu den Zutritt zu ihrer Praxis zu gewähren. Mehrfache Praxisprüfungen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind zu vermeiden. **Bei der Prüfung ist eine bis zum 31. Dezember 2019 erteilte Zulassung zu berücksichtigen, sofern sie nicht auf Grund von unrichtigen oder unvollständigen Angaben erteilt worden ist oder sich nach der Erteilung der Zulassung wesentliche Änderungen ergeben haben.**

(1) Die Berufsverbände müssen mit einbezogen werden.

(2) und (3) widersprechen einem gewollten Bürokratieabbau. Überprüfungen der Räumlichkeiten durch die gesetzlichen Krankenversicherungen können, vertraglich geregelt, schon jetzt immer und zu jeder Zeit erfolgen. Es bleiben Fragen offen:

Reicht eine formlose Beitrittsanzeige der Leistungserbringer, die bis zum 31.12.2019 eine Zulassung erhalten haben? Welche Rückmeldefrist ist für die Eingangsbestätigung der Beitrittsanzeige vorgesehen? Welche Bearbeitungszeit kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen insbesondere für kurz vor dem Stichtag eingehende Beitrittsanzeigen einhalten?

In (2) ist von einer vorübergehenden Zulassung bis zum 30.6.2020 (Stichtag) die Rede. Erlischt die vorübergehende Zulassung, wenn eine Beitrittsanzeige erst kurz vor dem Stichtag erfolgt und die Bestätigung der Beitrittsanzeige erst danach erfolgt? Betroffene Praxen müssen in einem solchen Fall entweder vorübergehend geschlossen werden, oder die Betroffenen riskieren Absetzungen.

Fazit: Es gibt bundesweit rund 70.000 zugelassene Praxen, die auch ohne Beitritt ins neue System überführt werden können. Erteilte Zulassungen müssen, mit Bestandsschutz auch für Nachfolgeübergaben, fortbestehen, das erfordert eine klare Regelung.



## **Nr. 67a zu § 125a: Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung**

### **(1) Blankverordnung**

Antragstext der Koalition: (1)... Gegenstand der Vereinbarung ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer auf Grund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die in den Vereinbarungsprozess einzubeziehen ist.

Der oben genannte Titel des § 125a wird im gesamten Änderungsantrag synonym zum Begriff 'Blankverordnung' genutzt. Es sind aber auch andere Maßnahmen denkbar, die eine erweiterte Versorgungsverantwortung darstellen würden. Von daher sollte hier – und auch im weiteren Gesetztext – die Blankverordnung konkret auch als solche benannt werden.

Der Begriff 'Dauer der Therapie' ist nicht eindeutig: Er kann sowohl für die Länge einer Behandlungseinheit als auch für die Anzahl der Behandlungseinheiten der gesamten Maßnahme stehen. Eine freie Methodenwahl sollte ebenfalls deutlich benannt werden.

Änderungsvorschlag: (1)... Gegenstand der Vereinbarung ist eine Versorgungsform „Blankverordnung“, bei der die Heilmittelerbringer auf Grund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die **anzuwendende Methode, die Länge der jeweiligen Behandlungseinheit, die Frequenz sowie die Gesamtanzahl der erforderlichen Behandlungseinheiten, maximal in der Höhe des Regelfalls laut Heilmittelkatalogs** bestimmen können. **Die Heilmittelerbringer können bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen.** Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die in den Vereinbarungsprozess einzubeziehen ist.

### **(2) 2. Abweichungen von den Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschuss**

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

1. die Indikationen, bei der die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich ist,
2. **inwieweit** die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen,

Die Möglichkeit zur Abweichung von §92, Absatz 1, Satz 2, Nummer 6 ('Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die...Verordnung von...Heil- und Hilfsmitteln...') muss in jedem Fall gegeben sein, damit die Blankverordnung auch eine echte Blankverordnung darstellt.

Von daher muss dieser Passus Eingang in Absatz (1) finden, wie oben unter (1) vorgeschlagen, und nicht in die Regelungen zur Umsetzung in Absatz (2) verschoben werden. Punkt 2 sollte deshalb in (2) gestrichen werden. (Formulierungsvorschlag Seite 11.)

## **(2) 4. Richtwerte**

Antragstext der Koalition: In der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist insbesondere zu regeln: ...

**4. 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**

Der hier benannte § 84 bezieht sich grundsätzlich auf Ärztinnen und Ärzte und kann nicht auf die Inhabenden von Heilmittelpraxen übertragen werden – siehe die Kommentierung in Nr. 41 zu § 84.

Richtwerte werden zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ausgehandelt und orientieren sich am Verordnungsdurchschnitt. Die vereinbarten Richtwerte dienen laut KV BaWü „... Vertragsärzten als Orientierungsgröße für die je Behandlungsfall durchschnittlich erforderlichen Kosten für Heilmittel“.

Entsprechende Strukturen liegen im Bereich der Heilmittelerbringer nicht vor.

Da im Rahmen des § 125a die Gesamtanzahl der erforderlichen Therapieeinheiten – nach Ansicht von LOGO Deutschland bis zur Höhe des Regelfalls – durch die Therapierenden festgelegt wird, können diese Daten nachvollziehbar nicht von Ärztinnen und Ärzten geliefert werden.

Wenn man die Kommentierung zum Änderungsantrag Nr. 58 zu § 106b `Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen` mitbetrachtet, wird deutlich, dass auf eine Richtwertvereinbarung verzichtet werden kann, da keine unverhältnismäßigen Mengenausweitungen zu erwarten sind.

Von daher ist dieser Punkt zu streichen.

## **(2) 5. Maßnahmen zur Vermeidung unverhältnismäßiger Mengenausweitungen**

Antragstext der Koalition: (2) ... 5. 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.**

Wenn es um die Behandlungsmenge geht, die im Einzelfall der einzelne Versicherte mit entsprechender Indikation nach § 125 a Blankverordnung hat, dann sind Mengenausweitungen nicht zu befürchten, sofern innerhalb des Regelfalls behandelt wird, wie LOGO Deutschland bei der Vorlage einer Modellskizze zur Blankverordnung im Juni 2017 vorgelegt hat. In diesem Fall wäre (2) 5. obsolet.

Wenn damit gemeint ist, dass generellen Mengenausweitungen im Bereich der Heilmittel begegnet werden soll, dann argumentieren wir wie folgt:

Eine Mengenausweitung ist zu erwarten und folgerichtig, denn es besteht bereits jetzt ein Versorgungsmangel aufgrund von Budgetierung und Fachkräftemangel. Zudem steigt der Versorgungsbedarf aufgrund demografischer Veränderungen.

Mengensteigerungen wurden auch in der Vergangenheit überwiegend an den Kosten in D-Mark und Euro festgemacht und nicht berücksichtigt, dass der Anteil an den Gesamtausgaben konstant bei ca. 3 % lag. Dass sich dieser Anteil an den Gesamtkosten vergrößern kann, wenn Heilmittel angemessen vergütet werden, die Versorgung erhalten bleibt, der Bedarf steigt und der Fachkräftemangel zurückgeht, dürfte nachvollziehbar sein. Das wäre aber kein unverhältnismäßiger Anstieg!

Verschärften Vorgaben von Kassenärztlichen Vereinigungen in Form von Heilmittelzielvereinbarungen und die Wiedereinführung von Vergleichsgrößen nach den Vergütungsanstiegen seit 2017 haben mittlerweile zu zurückgehenden Verordnungsmengen geführt. Quelle: GKV-HIS

Heilmittel werden ganz offenbar bislang weiterhin ausschließlich als Kostenfaktor betrachtet. Dass Heilmittel helfen, Pflege zu verhindern oder zu vermeiden und Arbeitskraft erhalten oder wiederherstellen, scheint keine Rolle zu spielen. Quelle: [www.logo-deutschland/gutachten.de](http://www.logo-deutschland/gutachten.de).

Nur ohne Wirtschaftlichkeitsdruck können Ärztinnen und Ärzte Betroffene in Zukunft endlich konsequent mit entsprechender Therapie versorgen, um an anderer Stelle Kosten einzusparen.

Heilmittelbudgetierungen müssen von daher abgeschafft werden! Behandlungen, die medizinisch nicht begründet sind, werden nicht erfolgen, es sei denn, man unterstellt der Ärzteschaft, dass sie, ohne Budgetierungsdruck, Verordnungen auch ohne tatsächlichen Bedarf ausstellt.

Eine Begrenzung der Anzahl der Behandlungseinheiten innerhalb des Regelfalls wäre eine weitere Leitplanke, die unverhältnismäßige Mengenausweitung verhindert. Bereits im Gesetzestext Vergütungsabschläge festzulegen ist allein aus diesem Grund nicht erforderlich, denn eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten kann dann nicht überschritten werden.

Fazit: Aus allen genannten Gründen und nicht zuletzt unter Betrachtung der Tatsache, dass die Systematik der Richtwerte aufgrund fehlender Strukturen nicht auf die Heilmittelerbringer übertragen werden kann, ist dieser Punkt aus Sicht von LOGO Deutschland ersatzlos zu streichen und die Evaluation nach (5) abzuwarten.

#### **(4) Schnellinformationen**

Antragstext der Koalition: (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 ...

Wie bereits in den Kommentierungen in Nr. 41 zu § 84 (5) und (7) benannt, sehen wir eine Möglichkeit zur Datenerhebung derzeit ausschließlich über Abrechnungsdaten.

## **(5) Evaluation**

Antragstext der Koalition: (5) Unter 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 innerhalb der ersten vier Jahre** nach Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 1. **Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.**

Wie bereits in (2), (4) und insbesondere in Nr. 41 zu § 84 (5) und (7) dargelegt, sehen wir eine Möglichkeit der Datenerhebung derzeit ausschließlich über Abrechnungsdaten der Heilmittelpraxen, die an die Abrechnungszentren der gesetzlichen Krankenkassen übermittelt werden.

Eine wissenschaftliche Begleitung für die Evaluation, zum Beispiel durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), halten wir für erforderlich.

Vor dem Hintergrund der insgesamt entstehenden Kosten bei zusätzlichen Datenerhebungen ist die Finanzierung zu klären. Den Berufsverbänden dürfen keine zusätzlichen Kosten entstehen.

## **Nachfolgend ein Formulierungsvorschlag zu § 125a (2), (4) und (5)**

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

1. bei welchen Indikationen die Ausstellung einer Blankoverordnung möglich ist und
2. welche Abweichungen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 möglich sind.
3. entfällt, da keine Regelung erforderlich ist; das Wort „insbesondere“ zu Beginn lässt zudem Spielraum
4. und 5. entfallen, da auf dieser Ebene kein Regelungsbedarf besteht bzw. dieser nicht möglich ist.

(3) (Schiedsstelle)

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat aus den Abrechnungsdaten der Heilmittelerbringer entsprechende Schnellinformationen für die Blankoverordnung zu veröffentlichen.

(5) Aus den Abrechnungsdaten der Leistungserbringer werden die mit der Blankoverordnung verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenentwicklung sowie der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 1 unter wissenschaftlicher Begleitung (z.B. des IQWiG) evaluiert. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.

## **Nr. 80a zu § 140f: Beteiligung von Interessenvertretungen d. Patientinnen/Patienten**

Keine Anmerkungen

## **Nr. 104 zu § 326: Übergangsregelung zu den Verträgen im Heilmittelbereich**

Dass Schiedsstellen auch in die Übergangsregelungen eingebunden werden sollen, zeigt: Verzögerungen werden nicht hingenommen. Das begrüßen wir sehr!

Bei der bisherigen Finanzierung von Schiedsstellen waren die Berufsverbände aufgrund der unterschiedlichen Finanzlagen benachteiligt: Die Kosten wurden paritätisch zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen und den verhandelnden Verbänden aufgeteilt.

Ein noch festzulegender Verteilerschlüssel, der die Finanzkraft der Kassen im Verhältnis zur Finanzkraft der Verbände berücksichtigt, sollte diesem Umstand Rechnung tragen, um die entstehenden Mehrkosten im Rahmen zu halten.

Saarbrücken, den 10.01.2019

A handwritten signature in blue ink that reads 'Diethild Remmert'.

Diethild Remmert, 1.Vorsitzende

A handwritten signature in blue ink that reads 'C. Sautter-Müller'.

Christiane Sautter-Müller, Vorstandsmitglied