

4.1.2019

Änderungsantrag

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 13a, 28a, 30a, 33, 41a, 51, 58, 67a, 104 (§§ 32, 63, 64d, 106b, 124, 124a, 125, 125a, 326 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Heilmittel)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 13 wird folgende Nummer 13a eingefügt:

„13a. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2016“ gestrichen.
- b) nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt

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

- c) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 125“ durch die Angabe „§ 124“ ersetzt.“

2. Nach Nummer 28 wird folgende Nummer 28a eingefügt:

28a. § 63 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3b Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.
- b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die Anwendung von Heilmitteln, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen aufgrund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, kann auch bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 sein.“ ‘

3. Nach Nummer 30 wird folgende Nummer 30a eingefügt:

30a. § 64d wird aufgehoben. ‘

4. Nach Nummer 33 [zu § 73] Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

c) Folgender Absatz 11 wird angefügt:

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

5. Nach Nummer 41 wird folgende Nummer 41a eingefügt:

41a. Dem § 84 Absatz 7 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in arztbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“ ‘

6. Nummer 51 [zu § 92] wird wie folgt geändert:

Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

,b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Indikationsbezogene orientierende
Behandlungsmengen und die Zahl der
Behandlungseinheiten je Verordnung sowie“

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach den Wörtern „Vor der Entscheidung des“
wird das Wort „Gemeinsamen“ ergänzt.

bbb) Die Angabe „§ 125 Abs. 1 Satz 1“ wird durch die
Angabe „§ 124 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt. ‘

c) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe d.

7. Nach Nummer 33 [zu § 106b] Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

,c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.

b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt: „3.

Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Absatz 11.“ ‘

8. Nach Nummer 67 wird folgende Nummer 67a eingefügt:

,67a. Die §§ 124 und 125 werden durch die folgenden §§ 124, 124a, 125 und 125a
ersetzt:

„§ 124
Verträge

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung
für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der
Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene mit

Wirkung ab dem 1. Januar 2020 unter Berücksichtigung der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel. Die für den jeweiligen Leistungsbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. § 71 findet keine Anwendung. 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. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge sowie die jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen. Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den für den jeweiligen Leistungsbereich 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.

(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:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich der Regelleistungszeiten, die sich aus der Durchführung der Maßnahme mit dem Versicherten und der Vor- und Nachbearbeitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation zusammensetzen,
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,
4. die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,
5. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
6. Vergütungsstrukturen einschließlich Transparenzvorgaben zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte.

Zudem haben die Vertragspartner personelle, räumliche und sachliche Voraussetzungen zu vereinbaren, die der Leistungserbringer erfüllen muss, um

zur Abgabe von Leistungen an Versicherte berechtigt zu sein. Die Barrierefreiheit der Praxen ist sicherzustellen. Die Vertragspartner können insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Voraussetzungen Richtwerte vereinbaren. Die Vertragspartner haben die Folgen bei der Nichteinhaltung dieser Voraussetzungen zu regeln.

(3) Für Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt Absatz 1 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Verträge mit den jeweiligen Einrichtungen oder deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen schließen.

(4) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 oder nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1 Satz 1 bestimmten Frist oder einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit zustande oder können sich die Vertragspartner nicht bis zum Ablauf dieser Fristen auf Vertragspreise oder eine Anpassung der Vertragspreise einigen, werden der Inhalt des Vertrages oder die Preise innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach Absatz 5 festgesetzt. Trifft die Schiedsstelle erst nach Ablauf von drei Monaten ihre Entscheidung, gilt die Entscheidung rückwirkend ab dem Zeitpunkt, an dem diese Frist abgelaufen ist. Der bisherige Vertrag oder die bisherigen Vertragspreise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden erstmals bis zum 15. November 2019 eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer des jeweiligen Leistungsbereichs oder aus Vertretern der Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen oder ihnen vergleichbaren Einrichtungen in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 und 4 entsprechend. Im Übrigen gelten §§ 89 Absatz 7 Satz 2, 129 Absatz 9 und 10 entsprechend. Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet bei Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde nicht statt.

(6) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 schließen Verträge über eine 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

(1) Die Verträge nach § 125 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung gelten bis zum 31. Dezember 2019 mit der Maßgabe fort, dass ab dem 1. April 2019 die nach Absatz 2 zu bildenden Preise ihre Anwendung finden. Einer Kündigung dieser Verträge bedarf es nicht.

(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.

(3) Sofern zum 1. Januar 2020 noch kein bundesweiter Vertrag nach § 124 besteht, gelten die bisherigen Verträge mit den Preisen nach Absatz 2 bis zum Abschluss dieses Vertrages oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

§ 125

Zugangsregelungen

(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.

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, sachlichen 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 Erteilung der Zulassung wesentliche Änderungen ergeben haben.

(4) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen und für die ein Vertrag nach § 124 Absatz 3 gilt, dessen Voraussetzungen sie erfüllen.

§ 125a

Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene schließen bis zum 31. März 2020 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 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.

(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,
3. Vorgaben für die notwendigen Angaben der ärztlichen Verordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 Satz 2 abweichen,
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 sowie
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.

(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) 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 Mengenenwicklung 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.“ ‘

9. Nach Nummer 80 wird folgende Nummer 80a eingefügt:

„80a In § 140f Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1“ gestrichen.“

10. Nach Nummer 103 wird folgende Nummer 104 eingefügt:

„104. Nach § 325 wird folgender § 326 eingefügt:

„§ 326

Übergangsregelung zu den Verträgen im Heilmittelbereich

(1) Die §§ 124 und 125 Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung gelten bis zum 31. Dezember 2019 fort. Die geschlossenen Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung gelten unabhängig von den vereinbarten Laufzeiten und etwaigen Kündigungserfordernissen nur bis zum 31. Dezember 2019.

(2) Sofern zum 1. Januar 2020 noch kein bundesweiter Vertrag nach § 124 besteht, gelten § 124 und 125 Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung sowie die geschlossenen Rahmenempfehlungen bis zum Abschluss dieses Vertrages oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

Begründung

Zu Nummer 1 (§ 32)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung wegen Fristablauf.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass ein Genehmigungsverfahren für Verordnungen von Heilmitteln, die die orientierende Behandlungsmenge nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 überschreiten nicht durchgeführt wird, Die in der Vergangenheit durchgeführten Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls waren mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden und wurden ohnehin nur noch von wenigen Krankenkassen durchgeführt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 2 (§ 63)

Zu Buchstabe a

Die derzeit geltende Regelung, dass die Krankenkassen und ihre Verbände Modellvorhaben vereinbaren können, in deren Rahmen Physiotherapeuten und Ergotherapeuten die Auswahl und Dauer der Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, entfällt, da die Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gemäß § 125a (neu) bei Indikationen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer miteinander vereinbaren, in die Regelversorgung übernommen wird.

Zu Buchstabe b

Die Regelung in § 64d Absatz 4, die auf die Ermöglichung von Modellvorhaben zur Erprobung der podologischen Therapie auch bei solchen krankhaften Schädigungen am Fuß, die nicht

durch Diabetes mellitus verursacht sind, abzielt, wird wegen der Aufhebung des § 64d in den § 63 überführt.

Zu Nummer 3 (§ 64d)

Mit der in § 125a (neu) geregelten Aufnahme der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in die Regelversorgung, erübrigt sich die derzeit geltende Verpflichtung der Krankenkassen, Modellvorhaben zu dieser Versorgungsform zu vereinbaren.

Zu Nummer 4 (§ 73)

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 sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten überlassen sollen. Voraussetzung für eine derartige Verordnung, die den Heilmittelerbringern eine erweiterte 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 sowie die Frequenz entscheidet, ist von dieser im allgemeinen Sprachgebrauch als „Blankoverordnung“ bezeichneten Versorgungsform abzusehen.

Zu Nummer 5 (§ 84)

Nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 sind Daten zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens zu erheben. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Berichte über die Entwicklung der Ausgaben von Leistungen nach § 32 zu erstellen und diese als Schnellinformationen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln. Sie dienen insbesondere der Übersicht über die Ausgabenentwicklung im Vergleich zu den Gesamtausgaben. Die hierfür erforderlichen Daten werden arztbezogen erfasst. Diese Schnellinformationen sollen durch § 125a Absatz 4 um Berichte im Hinblick auf die Versorgungsform der sogenannten „Blankoverordnung“ und um Richtwerte zur Versorgungsgestaltung ergänzt werden. Bei dieser Versorgungsform enthalten die Verordnungen keine Angaben zu der gewählten Maßnahmen und der Anzahl der Behandlungseinheiten. Damit die Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung und die Behandlungsfrequenz erhoben werden können, ist die Zusammenführung der entsprechenden Daten erforderlich. Dies ist nur möglich, wenn versichertenbezogene Daten zusammengeführt werden können. Dies macht die Datenübermittlung in Bezug auf die Versicherten in pseudonymisierter Form erforderlich, für den Arztbezug ist dies nicht notwendig. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat hierfür das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren zur Pseudonymisierung zu regeln.

Zu Nummer 6 (§ 92)

Zu Doppelbuchstabe aa

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 dem bisherigen Regelfall vergleichbar, jedoch resultiert aus der orientierenden Behandlungsmenge kein Erfordernis für eine Unterscheidung bei erneuten Verordnungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um Richtigstellung in der Formulierung.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 7 (§ 106b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Ergänzung durch eine neue Nummer 3.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung regelt, dass die Versorgungsform der sogenannten „Blankverordnung“ nach § 125a (neu), durch die der Vertragsarzt bei der Verordnung von Heilmitteln die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten dem Therapeuten überlässt, nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt. Der Vertragsarzt hat bei dieser Versorgungsform keine Möglichkeit, auf die Entscheidung über die Art und den Umfang der Heilmittelbehandlung Einfluss zu nehmen, da diese dem Therapeuten obliegt.

Zu Nummer 8 (§§ 124, 124a, 125, 125a)

Die derzeit geltenden Regelungen zu den Beziehungen von Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heilmitteln sind intransparent, verursachen einen erheblichen bürokratischen Aufwand und geben der Versorgungsverantwortung der Leistungserbringer nur wenig Raum. Damit werden sie der stark gewachsenen Bedeutung der Heilmittelversorgung nicht mehr gerecht. Aus diesem Grund ist eine grundlegende Neuordnung erforderlich.

Zu § 124

Absatz 1 bestimmt, dass die Verträge zur Heilmittelversorgung künftig auf Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossen werden. Durch die Reduzierung der bisherigen Vielzahl von Verträgen wird mehr Transparenz über das Vertragsgeschehen ermöglicht und der Aufwand für die Vertragsverhandlungen für die Verbände der Heilmittelerbringer und die Krankenkassen reduziert. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Leistungsbereich gemeinsam abzuschließen. Die Beschränkung auf die maßgeblichen Spitzenorganisationen gewährleistet effiziente Vertragsverhandlungen. Die bundesweiten Verträge gelten ab dem 1. Januar 2020. Um den Vertragspartnern dauerhaft mehr Flexibilität bei den Preisvereinbarungen zu ermöglichen, wird die bisher auf den Zeitraum von 2017 bis 2019 beschränkte Aufhebung der Begrenzung der Vergütungsanpassungen durch die Veränderungsrate nach § 71 dauerhaft aufgehoben. Statt der Veränderungsrate haben die Vertragspartner bei ihren Vertragsverhandlungen künftig andere Parameter zu berücksichtigen, die insbesondere die gesamten Kosten der Praxisführung betreffen und damit deutlich besser die hieraus resultierenden Kostensteigerungen widerspiegeln als die Veränderungsrate, die sich ausschließlich aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten berechnet und damit tatsächliche Kostensteigerungen nicht abbildet. Bei den nunmehr gesetzlich vorgegebenen Parametern handelt es sich um die Entwicklung der Personalkosten, der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis. Um den Krankenkassen oder ihren Verbänden die Möglichkeit zu eröffnen, besondere regionale Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen oder innovative Versorgungsmodelle zu schaffen, können diese mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Verträge abschließen, die von den bundesweiten Verträgen nach Satz 1 abweichen.

In Absatz 2 sind die Inhalte geregelt, die die Verträge nach Absatz 1 umfassen müssen. Diese entsprechen den bisher in § 125 Absatz 1 und 2 genannten Inhalten. Da die Verträge künftig auf Bundesebene abgeschlossen werden, sind die Rahmenempfehlungen nicht mehr erforderlich. Bei der Festlegung der Inhalte der einzelnen Heilmittel ist nunmehr eine Regelleistungszeit zu vereinbaren, die sich aus der Behandlung des Versicherten und der erforderlichen Vor- und Nachbereitung zusammensetzt. Diese Regelleistungszeiten sind auch bei der Vergütung angemessen zu berücksichtigen. Dadurch soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Leistungserbringer über die Behandlung hinaus Zeit für die erforderliche Vor- und Nachbereitung benötigen, die bislang nicht ausreichend vergütet worden ist. Darüber hinaus haben die Vertragspartner die personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen zu vereinbaren, die zur Leistungsabgabe an Versicherte berechtigen. Eine Zulassungsempfehlung ist nicht mehr erforderlich, weil die Zulassungsvoraussetzungen nunmehr einheitlich im bundesweiten Vertrag geregelt werden können. Dabei ist darauf zu achten, dass keine zu einschränkende Reglementierung erfolgt. Detaillierte Vorgaben zum Beispiel zur Raumgröße

oder Deckenhöhe sind im Regelfall verzichtbar. Da die Leistungserbringer zum Vertrag beitreten müssen, haben sich die Vertragspartner auf ein Verfahren bei dem Verstoß gegen vertragliche Pflichten zu einigen.

Absatz 3 regelt, dass die Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen weiterhin mit den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden abgeschlossen werden. Vertragsschlüsse auf der Landesebene haben sich in diesem Bereich in der Vergangenheit bewährt. Künftig sind die Verträge allerdings von den Landesverbänden und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu schließen. Durch den Verweis auf Absatz 1 gelten auch für diese Verträge weitere Regelungen wie die Aufhebung der Begrenzung der Vergütungsanpassungen durch die Veränderungsrate.

Für den Fall, dass sich die Vertragspartner nicht bis zu der in Absatz 1 genannten Frist oder bis zum Ende der Vertragslaufzeit einigen, sieht Absatz 4 die Festsetzung des Vertragsinhaltes oder der Preise durch die Schiedsstelle vor. Damit verbunden ist eine Weiterentwicklung des Schiedsverfahrens im Heilmittelbereich. Statt der unabhängigen Schiedsperson, die nach derzeit geltendem Recht bei Nichteinigung zwischen den Verhandlungs- bzw. Vertragsparteien durch die zuständige Aufsichtsbehörde zu benennen ist, erfolgt die Konfliktlösung künftig über eine Schiedsstelle. Angesichts der bundesweiten Bedeutung, die der Ausgang von Schiedsverfahren künftig für die Leistungserbringer und Krankenkassen hat, sollte die Verantwortung für den Schiedsspruch nicht einer einzelnen Person überlassen bleiben. Zudem gibt es für die Schiedsstelle eine Aufsichtsbehörde, so dass hierdurch ein effektives Verfahren sichergestellt werden kann. Die Schiedsstelle hat innerhalb von drei Monaten zu entscheiden. Dauert das Schiedsverfahren länger als drei Monate, so gilt die Entscheidung der Schiedsstelle ab dem Zeitpunkt, in dem die dreimonatige Frist abgelaufen ist. Dadurch soll ein schnelles und stringentes Schiedsverfahren gewährleistet werden. Kann die vorgegebene Frist nicht eingehalten werden, soll dies nicht zu Lasten der Heilmittelerbringer gehen.

Absatz 5 enthält die Regelungen zur näheren Ausgestaltung der Schiedsstelle. Um zu gewährleisten, dass die Schiedsstelle rechtzeitig gebildet wird, ist hierfür eine Frist bis zum 15.11.2019 vorgesehen. Die vierjährige Amtsdauer soll die Kontinuität der Schiedsstelle gewährleisten. Bei einer fehlenden Einigung auf die unparteiischen Mitglieder erfolgt die Bestellung der unparteiischen Mitglieder durch die Aufsichtsbehörde. Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle wie auch gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt, um ein zügiges Schiedsverfahren gewährleisten zu können.

Absatz 6 zur Qualitätssicherung der Weiterbildung in der Physiotherapie entspricht dem bisherigen § 125 Absatz 2a.

Zu § 124a

Durch § 124a wird zum einen eine bundesweit Anpassung der Preise erzielt, die die Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen auf Bundesebene nach § 124 stellt. Zudem stellt sie eine Übergangsregelung für den Zeitpunkt ab Inkrafttreten dieses Gesetzes bis zum Wirksamwerden des bundesweiten Vertrages am 1. Januar 2020 dar.

Mit Absatz 1 wird sichergestellt, dass die bisherigen Verträge auf Landesebene bis zum 31. Dezember 2019 fortgelten. Dies betrifft Verträge, deren Laufzeit vor dem 31. Dezember 2019 endet. Zugleich wird gewährleistet, dass alle laufenden Verträge am 31. Dezember 2019 enden. Einer Kündigung bedarf es nicht. Die Fortgeltung findet unter der Maßgabe statt, dass ab dem 1. April 2019 die Preise nach Absatz 2 gelten. Die Aufhebung von laufenden Verträgen zum 31. Dezember 2019 ist verhältnismäßig. Der Zweck der Vertragsverlagerung auf die Bundesebene besteht darin, dass ab dem Stichtag 1. Januar 2020 bundesweit einheitliche Regelungen bestehen sollen, um für die Leistungserbringer für die gleichen Leistungen gleiche Bedingungen zu schaffen. Dieser Zweck würde unterlaufen werden, wenn einzelne Verträge über diesen Zeitpunkt hinaus weiterlaufen würden.

Durch Absatz 2 wird die für die Verhandlungen auf Bundesebene notwendige Ausgangsbasis geschaffen, indem die bisher zwischen den Kassenarten und Vertragsregionen stark voneinander abweichenden Preise für Heilmittelleistungen vereinheitlicht werden. Zum 1. April 2019 werden die Preise für die einzelnen Heilmittelpositionen einmalig und bundeseinheitlich für alle Krankenkassen und Vertragsregionen auf den höchsten, bundesweit in einer Vertragsregion vereinbarten Preis angehoben. Dabei ist maßgeblich, dass der Preis bereits vertraglich vereinbart worden ist, auch wenn die Gültigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt eintreten sollte. Dadurch wird sichergestellt, dass keine bereits vereinbarte Preissteigerung wegfällt und die Geltung von bundesweit einheitlichen Preisen für die Leistungserbringer günstig ist. Sofern sich identische Leistungspositionen in der vereinbarten Regelbehandlungszeit unterscheiden, ist der jeweils höchste Minutenpreis maßgeblich. Für die Anwendbarkeit der Preise ab dem 1. April 2019 (Datum der Verordnung, Datum der Behandlung) gelten die vertraglichen Regelungen.

Für den Fall, dass bis zum 1. Januar 2020 noch kein neuer Vertrag nach § 124 Absatz 1 in dem jeweiligen Leistungsbereich zustande gekommen ist, regelt Absatz 3, dass die bisherigen Verträge bis zum Abschluss des Vertrages oder bis zu einer Entscheidung durch die Schiedsstelle fortgelten. Dadurch wird ein vertragsloser Zustand verhindert.

Zu § 125

Da nunmehr die Zulassungsvoraussetzungen in dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 zu regeln sind, kann das Zulassungsverfahren vereinfacht werden, was auch dem Bürokratieabbau dienlich ist. Das neue Verfahren beruht auf einem Beitritt zum Vertrag. Die Erteilung eines

Zulassungsbescheides entfällt. Auch müssen sich die Leistungserbringer nur noch an eine Stelle wenden, um an der Versorgung teilnehmen zu können.

Absatz 1 regelt, dass Heilmittel nur von einem Leistungserbringer abgegeben werden dürfen, der die erforderliche Ausbildung sowie die entsprechende Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung besitzt und er dem für seinen Leistungsbereich gültigen Vertrag nach § 124 Absatz 1 beiträgt. Die Erteilung einer Zulassung ist nicht notwendig. Der Beitritt ist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gegenüber anzuzeigen. Dieses Verfahren führt zu einer besseren Übersicht über die Anzahl und die Verteilung von Praxen, da die Daten an einer Stelle vollständig vorliegen. Für die Leistungserbringer ist dieses Verfahren deutlich unbürokratischer, da sie nur noch bei einer Stelle Unterlagen einreichen müssen und nicht wie bisher, bei teilweise drei oder vier Zulassungsstellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann auch einen Verband der Krankenkassen zur Verwaltung der Beitritte benennen. Die Einzelheiten zum Beitritt hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu regeln, kann dies jedoch auch in dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 vereinbaren.

Die Übergangsregelung in Absatz 2 gilt für die Leistungserbringer, die bis zum 31. Dezember 2019 eine Zulassung erhalten haben. Um zu vermeiden, dass das alte System der Zulassung neben dem System des Vertragsbeitritts fortbesteht, haben alle Praxisinhaber, die auch weiterhin Leistungen zulasten der GKV abgeben wollen, dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 beizutreten. Ein notwendiger Übergangszeitraum ist hierfür einzuräumen. Leistungserbringer, die ihren Beitritt nicht rechtzeitig anzeigen, dürfen ab dem 1. Juli 2020 keine Leistungen mehr abgeben, sondern müssen erst dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 beitreten.

Durch die Regelung in Absatz 3 wird den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Ermächtigung erteilt, Praxisbegehungen bei den Leistungserbringern durchzuführen, um die Einhaltung der vertraglich geregelten Voraussetzungen zur Leistungsabgabe zu überprüfen.

Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen ist schon nach derzeit geltenden Recht keine Zulassung erforderlich. Der Absatz 4 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 124 Absatz 3.

Zu § 125a

Die im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Begriff der „Blankoverordnung“ bezeichnete Versorgungsform wird mit § 125a für bestimmte Indikationen in die Regelversorgung überführt. Bei dieser Versorgungsform bestimmt der Leistungserbringer selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten.

Absatz 1 weist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene die Aufgabe zu, bis zum 31. März 2020 eine Vereinbarung über die Versorgungsform der „Blankoverordnung“ zu schließen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist in den Prozess einzubeziehen. Ihr ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die bei dem Abschluss der Vereinbarung zu berücksichtigen ist.

Die wesentlichen Inhalte, die die Vereinbarung nach Absatz 1 enthalten muss, sind in Absatz 2 dargelegt. So haben sich die Vertragspartner insbesondere auf Indikationen zu einigen, die für die Durchführung dieser Versorgungsform geeignet sind.

Weiterhin haben sich die Vertragspartner darauf zu verständigen, inwieweit bei der Durchführung dieser Versorgungsform von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden kann und welche notwendigen Vorgaben die ärztliche Verordnung enthalten muss. Um den Leistungserbringer eine Vergleichbarkeit seiner Behandlung mit anderen Fällen und Therapeuten zu geben, haben sich die Vertragspartner auch auf Richtwerte für die Versorgungsgestaltung zu einigen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise zu veröffentlichen hat. Diese Richtwerte stellen keine Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit dar, sondern sollen den Leistungserbringern eine Orientierungshilfe für die Behandlung geben, indem dieser feststellen kann, ob er sich mit seiner Behandlung in einem durchschnittlichen Rahmen bewegt. So kann ein Richtwert beispielsweise die Anzahl der Behandlungseinheiten in Abhängigkeit zur jeweiligen Diagnose sein. Den Leistungserbringer wird somit eine Vergleichbarkeit der Behandlungen untereinander gewährt.

Die Leistungserbringer tragen durch die „Blankoverordnung“ die Verantwortung, dass keine unverhältnismäßige Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten erfolgt, die medizinisch nicht begründet ist. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung muss gewährt bleiben. Die Vertragspartner haben sich auf Maßnahmen zu verständigen, die einer unwirtschaftlichen Mengenausweitung entgegenwirken sollen. Dies kann auch in Form von Vergütungsabschlägen erfolgen, sofern es sich um eine deutliche Mengenausweitung der Behandlungseinheiten und nicht nur um eine geringfügige handelt. Die medizinische Notwendigkeit ist dabei jedoch das maßgebliche Prüfkriterium und stets im Einzelfall zu prüfen.

Sofern ein Vertrag nach Absatz 1 nicht zustande kommt, verweist der Absatz 3 auf die Schiedsstelle nach § 124 Absatz 5.

Der Absatz 4 verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, auf Grund der pseudonymisiert übermittelten Daten nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 eine

Schnellinformation für die sogenannte „Blankverordnung“ sowie für die nach Absatz 2 zu vereinbarenden Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung einer Schnellinformation ist wichtig, um auch eine Übersicht über die Mengen- und Kostenentwicklung unter der „Blankverordnung“ zu erhalten. Die vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung müssen zwingend ermittelt und veröffentlicht werden, da sie den Leistungserbringern als Orientierungshilfe dienen sollen.

Die Versorgungsform nach § 125a ist zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Heilmittelversorgung feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der Heilmittel verändert. Damit gehen die Fragen nach der Qualität der Versorgung, der Mengenentwicklung und den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung erfolgt innerhalb der ersten 4 Jahre nach Abschluss des Vertrages nach Absatz 1. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich Bericht zu erstatten.

Zu Nummer 9 (§ 140f)

Es handelt sich um die Streichung eines Verweises, da die entsprechenden Regelungen zu den Zulassungsempfehlungen und Rahmenempfehlungen gestrichen worden sind.

Zu Nummer 10 (§ 326)

Durch diese Vorschrift wird sichergestellt, dass das bisherige Zulassungsverfahren bis zum 31. Dezember 2019 erfolgen kann. Darüber hinaus wird geregelt, dass die geschlossenen Rahmenempfehlungen nur bis zum 31. Dezember 2019 gelten, ohne dass es hierfür einer Kündigung bedarf.

Durch Absatz 2 wird sichergestellt, dass das Zulassungsverfahren auch dann durchgeführt werden kann, wenn der Vertrag nach § 124 nicht zum 1. Januar 2020 wirksam zustande kommt.