

Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses

Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel- Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkatalogs zum Beschluss vom 19. September 2019

Vom 22. Januar 2026

Unterausschuss Veranlasste Leistungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	9
1 Hintergrund	11
2 Fragestellungen der Evaluation	14
3 Material, Methoden und Beobachtungszeitraum	16
3.1 Evaluationsform und beteiligte Akteure	16
3.2 Routinedaten des GKV-Heilmittel-Information-Systems (GKV-HIS)	16
3.3 Strukturierte Befragung	17
3.3.1 Befragung über den GKV-Spitzenverband	17
3.3.2 Befragung über die Kassenärztliche Bundesvereinigung	18
3.3.3 Befragung über die Patientenvertretung	18
3.4 Einbezug von Organisationen der Leistungserbringenden	18
3.5 Beobachtungszeitraum	19
4 Ergebnisse	20
4.1 Ergebnisse der Auswertung von Routinedaten aus dem GKV-HIS	20
4.1.1 Wegfall der Regelfallsystematik und Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL	20
4.1.2 Langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf	21
4.1.3 Ort der Leistungserbringung	22
4.1.4 Auswahl der Heilmittel und Aufteilung der Verordnungsmenge	23
4.1.5 Inanspruchnahme von Gruppentherapien	24
4.1.6 Anhebung der Höchstmenge je Verordnung in den Diagnosegruppen PS2 und PS3	25
4.2 Ergebnisse der Auswertung von Routinedaten des MD Bund	25
4.3 Ergebnisse der Befragung von Krankenkassen	27
4.3.1 Umfang der Beteiligung an der Befragung	27
4.3.2 Fragen zu § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, OBM, Höchstmenge je Verordnung)	28
4.3.3 Fragen zu § 8 HeilM-RL (Langfristiger Heilmittelbedarf)	29
4.3.4 Fragen zu § 15 HeilM-RL (Beginn der Heilmittelbehandlung)	32
4.3.5 Fragen zum Bürokratieabbau und zur Zufriedenheit	33
4.3.6 Fragen zur Gesamteinschätzung der Reform der HeilM-RL	34
4.3.7 Hinweise und Verbesserungsvorschläge	35

4.4	Ergebnisse der Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und medizinischen Fachangestellten.....	37
4.4.1	Beschreibung der Stichprobe	37
4.4.2	Ergebnisse nach Themenschwerpunkten.....	38
4.4.3	Verordnungssicherheit und Auswirkungen.....	38
4.4.4	Informationsquellen und Kenntnisstand.....	41
4.4.5	Rückfragen und Änderungen.....	42
4.5	Ergebnisse der Befragung von Patientinnen und Patienten.....	45
4.5.1	Personenbezogene Informationen.....	45
4.5.2	Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung.....	48
4.5.3	Langfristiger Heilmittelbedarf – patientenindividueller Antrag.....	51
4.5.4	Ort der Leistungserbringung – Einzel- und Gruppenbehandlung	53
4.5.5	Beginn der Heilmittelbehandlung	54
4.5.6	Ausstellung der Verordnung.....	55
5	Diskussion.....	57
5.1	Diskussion der Ergebnisse der Routinedaten des GKV-SV.....	57
5.2	Diskussion der Ergebnisse der Routinedaten des MD Bund.....	59
5.3	Diskussion der Ergebnisse der Befragung der Krankenkassen.....	60
5.4	Diskussion der Ergebnisse der Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten und medizinischen Fachangestellten.....	63
5.5	Diskussion der Ergebnisse der Befragung von Patientinnen und Patienten	66
6	Perspektive der Organisationen der Leistungserbringenden	70
6.1	Ergebnisse zur Perspektive der Leistungserbringenden.....	70
6.1.1	Verordnungsfall, OBM und Höchstmenge je Verordnung (§ 7 HeilM-RL)	70
6.1.2	Langfristiger Heilmittelbedarf (§ 8 HeilM-RL)	71
6.1.3	Ort der Leistungserbringung (§ 11 HeilM-RL)	71
6.1.4	Auswahl der Heilmittel (§ 12 HeilM-RL)	72
6.1.5	Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL)	73
6.1.6	Durchführung der Heilmittelbehandlung (Gruppentherapie und Entlassmanagement) (§ 16 Absatz 6 und § 16a HeilM-RL)	73
6.1.7	Bürokratieabbau.....	73
6.2	Änderungsvorschläge aus Sicht der Leistungserbringenden	73
6.2.1	Hinweise auf bürokratische Herausforderungen und Informationsdefizite	74
6.2.2	Vorschläge zur Frist zum Beginn der Heilmittelbehandlung	75

6.2.3	Vorschläge zu technischen und formalen Anpassungen.....	75
6.2.4	Unterschiede in zahnärztlicher und ärztlicher Richtlinie	76
6.2.5	Weitere Aspekte aus dem Versorgungsalltag	76
6.3	Diskussion der Rückmeldungen der Leistungserbringenden	76
6.4	Zusammenfassung aus der Sicht der Leistungserbringenden.....	77
7	Gesamtbetrachtung der Ergebnisse	78
8	Limitationen der Evaluation.....	81
8.1	Limitationen zur Auswertung der Routinedaten GKV-HIS.....	81
8.2	Limitationen zu den Routinedaten des MD Bund.....	82
8.3	Limitationen zur Befragung der Krankenkassen.....	82
8.4	Limitationen der Ergebnisse der Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten.....	82
8.5	Befragung von Patientinnen und Patienten	82
9	Fazit und Ausblick.....	84
Anhang		87
Anhang A	– Zeitplan der Evaluation	87
Anhang B1	– Fragebogen des GKV-SV	88
Anhang B2	– Fragebogen der KBV.....	90
Anhang B3	– Fragebogen der Patientenvertretung	95
Anhang C	– Nach Versichertenzahlen gewichtete Ergebnisse zur Befragung des GKV-SV	98
Anhang D	– Anschreiben an die Organisationen der Leistungserbringenden	99
Anhang E1	– Rückmeldung SHV e.V.	101
Anhang E2	– Rückmeldung VDP e.V.	129
Anhang E4	– Rückmeldung QUETHEB	133
Anhang E5	– Rückmeldung dba e.V.....	137
Anhang E6	– Rückmeldung LOGO Deutschland e.V.	150
Anhang E7	– Rückmeldung BED e.V.	158

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe (hier: AG HeilM-RL)
BED	Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
BVB	Besonderer Verordnungsbedarf gemäß § 106b Absatz 2 SGB V
dba	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.
dbS	Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V.
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-HIS	GKV-Heilmittel-Informationen-System
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
HeilM	Heilmittel
HeilM-RL	Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie)
HMK	Katalog verordnungsfähiger Heilmittel (Heilmittelkatalog)
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision
ITSG	Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LANR	Lebenslange Arztnummer
LHB	Langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V
LOGO Dtl.	LOGO Deutschland e.V. Selbstständige in der Logopädie
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MS	Multiple Sklerose
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
n	Anzahl
OBM	Orientierende Behandlungsmenge
PatV	Patientenvertretung
Q	Quartal
QUETHEB	Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.
sog.	sogenannt

SSSS-Therapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
TSVG	Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz)
tw.	teilweise
UA VL	Unterausschuss Veranlasste Leistungen
VDD	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
VDP	Verband der deutschen Podologen e.V.
VerfO	Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses
VO	Verordnung
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen
z. B.	zum Beispiel

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Übersicht relevanter Änderungen der HeilM-RL seit September 2019	13
Tab. 2:	Fragestellungen und mögliche Datenquellen	14
Tab. 3:	Entwicklung der Anzahl der Behandlungseinheiten von 2019 bis 2023 (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)	21
Tab. 4:	Versichertenbezogene Beratungen und Begutachtungen der Medizinischen Dienste für die GKV (Quellen: Angaben MD Bund 2019, Die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Zahlen, Daten, Fakten 2022 und 2023 sowie GKV-HIS 2019, 2022, 2023)	26
Tab. 5:	Sozialmedizinische Empfehlung zu Heilmitteln (Quellen: Angaben MD Bund 2019, Die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Zahlen, Daten, Fakten 2022 und 2023)	27
Tab. 6:	Anzahl von Anträgen, Genehmigungen, Ablehnungen, Widersprüchen und Klage im Zusammenhang mit Anträgen zum LHB	31
Tab. 7:	Gründe für Abrechnungskorrekturen	33
Tab. 8:	Hauptkategorie und Subkategorien der Themenkomplexe Problemanzeigen und Lösungsvorschläge	36
Tab. 9:	Abfrage zu weiteren Erfahrungen im Zusammenhang mit der geänderten HeilM-RL (n=83).....	40
Tab. 10:	Übersicht der Themenkomplexe zur Abfrage von Informations- und Schulungsbedarfen	42
Tab. 11:	Ergebnisse der Abfrage zur Häufigkeit von Rückfragen und Änderungen von Heilmittelverordnungen nach Änderungsanlässen in Anteilen der abgegebenen Antworten in Prozent (n=207)	43
Tab. 12:	Ergebnisse zur Frage 2: Altersverteilung der befragten Person (n=964)	45
Tab. 13:	Ergebnisse zur Frage 2: Altersverteilung je Heilmittelbereich (n=965)	45
Tab. 14:	Ergebnis zur Frage 11 – Auswertung nach Altersgruppen: Begründung der Unterbrechung/Beendigung der Heilmittelverordnung mit limitierter Verordnungsmengen von 6, 12 oder 18 Einheiten durch die Verordnenden, aufgeschlüsselt nach Zustimmung und Alter	49
Tab. 15:	Ergebnis zur Frage 15: Durchschnittliche Anzahl der Verordnungen pro Quartal.....	50
Tab. 16:	Ergebnis zur Frage 17: Anzahl der Befragten mit Verordnungen für Ergotherapie mit 20 Therapieeinheiten.....	51

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)	20
Abb. 2:	Anteil der Verordnungen mit BVB nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V oder einem LHB gemäß § 32 Absatz 1a SGB V am Bruttoumsatz (Quelle: GKV-HIS 2022, 2023)	22
Abb. 3:	Anteil der Verordnungen mit einem medizinisch begründeten Hausbesuch nach § 11 Absatz 1 Satz 2 HeilM-RL (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)	23
Abb. 4:	Anteil der Verordnungen mit einem unterschiedlichen vorrangigen Heilmittel je Verordnung (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)	23
Abb. 5:	Anteil der Verordnungen mit abgerechneten Gruppentherapien (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)	24
Abb. 6:	Anteil der Gruppentherapieverordnungen mit gleichzeitig abgerechneten Gruppen- und Einzeltherapien (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)	24
Abb. 7:	Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnungen in den Diagnosegruppen PS2, PS3 - nur vorrangige Heilmittel (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)	25
Abb. 8:	Entwicklung versichertenbezogener Stellungnahmen durch die Medizinischen Dienste zu Heilmitteln (Quelle: MD Bund)	26
Abb. 9:	Beteiligung der Krankenkassen absolut und gewichtet nach Anzahl der Versicherten	28
Abb. 10:	Ergebnis der Befragung zu Frage 1 (Parallelverordnungen aufgrund derselben Diagnose)	28
Abb. 11:	Ergebnis der Befragung zu Frage 2 (Entwicklung der Einzelfallanträge nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL)	29
Abb. 12:	Ergebnis der Befragung zu Frage 3 (Erfüllung der Kriterien nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL)	29
Abb. 13:	Ergebnis der Befragung zu Frage 4 (Entwicklung Widerspruchsverfahren bei Einzelanträgen)	30
Abb. 14:	Ergebnis der Befragung zu Frage 5 (Entwicklung der Klageverfahren bei Einzelanträgen)	30
Abb. 15:	Entwicklung von Antrags-, Genehmigungs-, Ablehnungs-, Widerspruchsquoten der Jahre 2019, 2022 und 2023	32
Abb. 16:	Ergebnis der Befragung zu Frage 7 (Rückfragen wegen Frist zum spätesten Behandlungsbeginn)	32
Abb. 17:	Ergebnis der Befragung zu Frage 8 (Korrekturbedarf durch Anlage 3 HeilM-RL)	33
Abb. 18:	Ergebnis der Befragung zu Frage 10 (Gesamtzufriedenheit mit der geänderten HeilM-RL)	35
Abb. 19:	Ergebnis der Befragung zu Frage 11 (Entwicklung des bürokratischen Aufwandes)	35
Abb. 20:	Beschreibung der Stichprobe – Abfrage zur Fachgruppe (n=236; davon n=1 „Keine Antwort“, n=27 nicht geantwortet) – die Abfrage der Fachgruppen erfolgte vereinfacht in der männlichen Form	37
Abb. 21:	Beschreibung der Stichprobe – Abfrage der KV-Zugehörigkeit (n=236) davon n=1 „Keine Antwort“, n=21 nicht geantwortet)	38
Abb. 22:	Abfrage zur Verordnungssicherheit (n=236, davon n=2 „Keine Antwort“, n=6 nicht geantwortet)	39
Abb. 23:	Ergebnisse zur Frage 1: „Anzahl“ der Personen, die angegeben haben, für den jeweiligen Heilmittelbereich den Fragebogen auszufüllen (aktuell oder in der Vergangenheit Heilmittelverordnungen zu erhalten/erhalten zu haben) (n=965)	46
Abb. 24:	Ergebnisse zur Frage 4: Verteilung befragter Personen nach Bundesland (n=966)	46
Abb. 25:	Ergebnisse zur Frage 7: Verteilung der Diagnosen nach Krankheitsobergruppen (n=850)	47
Abb. 26:	Ergebnisse zur Frage 8: Angaben, ob das angegebene Heilmittel durchgängig und ohne Pausen verordnet wurde (n =964)	48
Abb. 27:	Ergebnisse zur Frage 9: Angaben von Patientinnen und Patienten zu verordnenden Berufsgruppe (n=965)	48
Abb. 28:	Ergebnis zur Frage 11: Begründung der Unterbrechung/Beendigung der Heilmittelverordnung mit limitierten Verordnungsmengen von 6, 12 oder 18 Einheiten durch die Verordnenden (n= 965)	49

Abb. 29:	Ergebnis zur Frage 12: Begründung der Unterbrechung/Beendigung der Heilmittelverordnung mit Regress, Budget oder Wirtschaftlichkeit durch die Verordnenden (n= 965)	50
Abb. 30:	Ergebnis zur Frage 14: Ausstellung des Heilmittels auf einer einzigen Verordnung für einen Zeitraum von 12 Wochen (n=961)	50
Abb. 31:	Ergebnis zur Frage 16: Anzahl der Befragten mit verordneten Doppelbehandlungen (n=959).....	51
Abb. 32:	Ergebnisse zur Frage 18: Antragstellung auf einen LHB bei der Krankenkasse (n=963).....	52
Abb. 33:	Ergebnisse zur Frage 21: Unterstützung bei Antragsstellung durch Ärztin/Arzt (n=900).....	52
Abb. 34:	Ergebnisse zur Frage 22: Ort der Heilmittelerbringung (n = 964 bei 996 Antworten, Mehrfachnennungen möglich)	53
Abb. 35:	Ergebnisse zur Frage 23: Heilmittelerbringung sortiert nach Einrichtung (n=11)	53
Abb. 36:	Ergebnisse zur Frage 24: Ausstellung einer neuen Verordnung aufgrund von Gültigkeitsverlust (28 Tage für den Behandlungsbeginn wurden überschritten) (n= 958)	54
Abb. 37:	Ergebnis zur Frage 25: Notwendigkeit der Ausstellung einer neuen Verordnung aufgrund von Gültigkeitsverlust (14 Tage für den Behandlungsbeginn wurden überschritten) (n=957).....	54
Abb. 38:	Ergebnis zur Frage 26: Ursache des Verlusts der Gültigkeit (n=606 bei 611 Antworten, Mehrfachantworten möglich).....	55
Abb. 39:	Ergebnisse zur Frage 27: Änderung der Verordnung aufgrund von Fehlern oder Unvollständigkeit (n=955).....	55
Abb. 40:	Ergebnisse zur Frage 28: Besuch der Arztpraxis zur Korrektur der Verordnung erforderlich (n= 942)	56
Abb. 41:	Ergebnisse zur Frage 29: Korrektur der Verordnung durch Heilmittelpraxis (n=941)	56

1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Sicherung der ärztlichen Versorgung unter anderem die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie, HeilM-RL). Sie dient der Gewähr einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln.

Im Rahmen der Überprüfungspflicht des G-BA nach dem 1. Kapitel § 7 Absatz 4 seiner Verfahrensordnung (VerfO) hatte sich der Unterausschuss Veranlasste Leistungen (UA VL) in den Jahren 2016 und 2017 mit den Entwicklungen im Bereich der Heilmittelversorgung und der Frage befasst, ob die Ausgestaltung des Katalogs verordnungsfähiger Heilmittel (Heilmittelkatalog, HMK) einer grundsätzlichen Überarbeitung bedarf. Hierzu wurde durch die Fachberatung Medizin eine Abschätzung vorgenommen, inwieweit die Vorgaben des HMK – insbesondere des Abschnittes Physikalische Therapie – den zu diesem Zeitpunkt gültigen Behandlungsempfehlungen in nationalen und internationalen Leitlinien entsprechen und ob möglicherweise Anpassungen erforderlich sind. Zudem wurden allgemeine Vorschläge zur Reform der HeilM-RL identifiziert. Maßgeblich waren dabei eine Reihe von Interpretationsfragen (Fragen-Antworten-Katalog vom 22. November 2005¹), die in vielen Fällen zu unterschiedlichen Auslegungen der HeilM-RL führten und teilweise die Versorgung erschwerten. Im Ergebnis der Beratungen im UA VL hatte der G-BA am 21. September 2017 diesbezüglich ein Beratungsverfahren zur Überprüfung und Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und des HMK eingeleitet².

Ziel der Reform der Heilmittel-Richtlinie sowie des HMKs war, die Versorgungsqualität und Praktikabilität zu verbessern, die Regelungskomplexität zu reduzieren sowie eine Entbürokratisierung im Versorgungsalltag zu erreichen. Hierfür bedurfte es insbesondere

- einer Überprüfung der Differenzierung nach vorrangigen und optionalen Heilmitteln,
- der Überprüfung der Verordnungssystematik anhand der zuvor bestehenden Regelfallsystematik (Erst- und Folgeverordnung, Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls, Verordnung außerhalb des Regelfalls und behandlungsfreies Intervall) sowie der maximalen Verordnungsmenge je Verordnung bei Erst- und Folgeverordnungen,
- der Präzisierung, Konkretisierung und Aktualisierung der HeilM-RL und des HMK zur Vermeidung unterschiedlicher Auslegung durch Verordnende, Leistungserbringende, Patientinnen und Patienten sowie Krankenkassen,
- der Überprüfung der Systematik der Zuordnung verordnungsfähiger Heilmittel zu Diagnosegruppen, Leitsymptomatik und Therapieziel sowie die Angabe dieser Informationen auf der Verordnung und
- der Schaffung einer neuen Anlage 3³ zur HeilM-RL mit Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen.

¹ Abschlussbericht zum Beschluss des G-BA vom 19.09.2019. Kapitel A-1.9 „Anlage zu den Tragenden Gründen vom 19.09.2019“. Fragen-Antworten-Katalog zur Heilmittel-Richtlinie: S. 41–50; verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6410/2019-09-19_2019-11-22_HeilM-RL_Ueberarbeitung-HeilM-RL-HMK_konsolidiert_ZD.pdf (Zugriff am 25.04.2025)

² Beschluss des G-BA vom 21.09.2017; verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3073/> (Zugriff am 25.04.2025)

³ Anhang 3 zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der HeilM-RL einschließlich des Heilmittelkatalogs vom 19.09.2019 und 22.11.2019; verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6199/2019-09-19_2019-11-22_HeilM-RL_Ueberarbeitung-HeilM-RL-HMK_konsolidiert_Anhang-3.pdf (Zugriff am 24.04.2025)

Mit dem Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG)⁴ vom 6. Mai 2019 traten zudem weitreichende Änderungen für die Heilmittelversorgung in Kraft. So wurde mit § 32 Absatz 1b SGB V geregelt, dass Verordnungen von Heilmitteln, die über die in der HeilM-RL in Verbindung mit dem HMK geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, keiner Genehmigung durch die Krankenkassen mehr bedürfen. Zuvor bestand ein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für sogenannte Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Auch wurde der G-BA mit den Änderungen in § 92 Absatz 6 SGB V beauftragt, Vorgaben zu indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und zur Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung⁵ zu regeln und festzulegen, auf welche Angaben bei der „Blankoverordnung“⁶ verzichtet werden kann sowie die Gültigkeitsdauer⁷ einer Verordnung zu regeln.

Der G-BA hatte daraufhin seine Beratungen zur Überarbeitung des HMK um die im TSVG adressierten Aspekte ausgeweitet.

Mit seinem Beschluss vom 19. September 2019 wurden durch den G-BA die Änderung der HeilM-RL, die umfassende Umstrukturierung des HMK sowie die gesetzlichen Vorgaben durch das TSVG zur HeilM-RL umgesetzt. Zu den wichtigsten Änderungen zählten unter anderem die Abschaffung der Regelfallssystematik und damit die Aufhebung der Unterscheidung zwischen Erstverordnungen, Folgeverordnungen und Verordnungen außerhalb des Regelfalls, die Einführung einer orientierenden Behandlungsmenge sowie Regelungen zur sogenannten „Blankoverordnung“. Darüber hinaus erfolgte eine Neufassung des zweiten Teils der Richtlinie (HMK), die insbesondere folgende Änderungen umfasste:

- die Zusammenfassung von Diagnosegruppen – inklusive der Überarbeitung von Beispieldiagnosen,
- die Neufassung und Vereinheitlichung der Leitsymptomaten,
- die Überführung der Therapieziele in den Richtlinien text,
- die Eingliederung der optionalen Heilmittel in die vorrangigen Heilmittel,
- die Konkretisierung der Bezeichnung und Auswahl verordnungsfähiger Heilmittel und
- die Abbildung der Frequenzempfehlung als Frequenzspanne.

Das Inkrafttreten der Änderungen der HeilM-RL und des HMK war ursprünglich für den 1. Oktober 2020 vorgesehen, wurde aber mit Beschluss vom 3. September 2020 auf den 1. Januar 2021 verschoben. Hintergrund der Verschiebung war, dass nicht sichergestellt werden konnte, dass alle Hersteller von Praxisverwaltungssystemen, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind, rechtzeitig bis zum 1. Oktober 2020 die neuen Vorgaben der überarbeiteten HeilM-RL umsetzen und bereitstellen.

Wegen der umfänglichen Änderungen der HeilM-RL und des HMK hatte sich der G-BA verpflichtet, so weit möglich, auf Basis von Routinedaten und Rückmeldungen aus der Versorgung, zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen deren Auswirkungen zu überprüfen.

Ziel der vorliegenden Evaluation war es, insbesondere die Entwicklungen der Verordnungen nach § 7 der HeilM-RL vor Inkrafttreten der Änderungen und deren Entwicklung in der Zeit

⁴ TSVG vom 06.05.2019; verfügbar unter: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#/switch/tocPane?ts=1746448272870> (Zugriff am 25.04.2025)

⁵ vgl. § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 SGB V

⁶ vgl. § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 SGB V

⁷ vgl. § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 SGB V

nach Inkrafttreten zu vergleichen. Der Umsetzungsstand und die Auswirkungen der Änderungen sollten überprüft und gegebenenfalls erforderliche Änderungen vorgeschlagen werden. Eine Differenzierung des Evaluationsgegenstandes wurde in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 19. September 2019 nicht vorgenommen. Vor diesem Hintergrund wurden die in Kapitel 2 dargestellten Schwerpunkte der Evaluation identifiziert.

Die Evaluation konzentrierte sich insbesondere auf die wesentlichen Aspekte der Reform der HeilM-RL sowie des HMK und berücksichtigt bei der Entwicklung der zu untersuchenden Fragestellungen auch die nach dem 19. September 2019 in Tabelle 1 aufgeführten gefassten Beschlüsse zur Änderung der HeilM-RL.

Tab. 1: Übersicht relevanter Änderungen der HeilM-RL seit September 2019

Beschluss vom	Thema	Inkrafttreten	Bundesanzeiger
19.09.2019	Änderungen der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs	01.01.2021	AT 31.12.2019 B7
20.02.2020	Überprüfung der Verordnungsfähigkeit von Maßnahmen der Podologischen Therapie	01.07.2020	AT 20.05.2020 B2
20.03.2020	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements und weitere Änderungen	06.06.2020	AT 05.06.2020 B2
17.09.2020	COVID-19-Epidemie – Grundlagenbeschluss zur Ermöglichung befristeter regionaler Ausnahmeregelungen sowie Verlängerung und Anpassung bundesweiter Sonderregelungen zur Genehmigung von Krankentransporten und der Geltungsdauer von Heilmittelverordnungen (§ 15 Absatz 1 Satz 1 HeilM-RL: 14 auf 28 Kalendertage)	01.10.2020	AT 30.09.2020 B2
15.10.2020	Erweiterte Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Ergotherapie	01.01.2021	AT 17.12.2020 B7
18.03.2021	Diagnoseliste zum langfristigen HeilM-Bedarf (Anlage 2) sowie Heilmittelkatalog – Besondere Ordnungsbedarfe und weitere Änderungen	01.07.2021	AT 10.06.2021 B4
21.10.2021	Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen (Therapiebericht)	22.01.2022	AT 21.01.2022 B1
17.02.2022	Behandlung von eingewachsenen Nägeln mittels Nagelkorrekturspangen durch Podologinnen und Podologen	01.07.2022	AT 07.04.2022 B2
15.09.2022	Ergänzung der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der HeilM-RL)	01.01.2023	AT 08.12.2022 B2
17.11.2022	Klarstellungen in § 7, § 12 Absatz 6 sowie im Heilmittelkatalog und weitere Änderungen	21.01.2023	AT 20.01.2023 B2
19.01.2023	Verordnungen im Rahmen der Fernbehandlung	12.04.2023	AT 11.04.2023 B1

2 Fragestellungen der Evaluation

In der Tabelle 2 finden sich Fragestellungen und mögliche Datenquellen für deren Beantwortung. Dabei wurden insbesondere die wesentlichen Aspekte der umfassenden Reform der Heilmittel-Richtlinie und des HMK zum Beschluss des G-BA vom 19. September 2019 mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2021 adressiert. Zudem wurde geprüft, welche Fragestellungen mittels der Erhebung und Auswertung von Routinedaten oder mittels einer Befragung beantwortet werden können.

Tab. 2: Fragestellungen und mögliche Datenquellen

Ifd. Nr.	Fragestellungen	Datenquellen			
		Routine- daten	Strukturierte Befragung		
			GKV-SV	KBV	PatV
Zu § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung)					
1.	Wie hat sich die Heilmittelversorgung mit Wegfall der Regelfallsystematik und der Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung) entwickelt?	ja (GKV-HIS)	ja	nein	tw.
2.	Wie hat sich die Heilmittelversorgung aufgrund eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V und eines besonderen Versorgungsbedarfs nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V entwickelt?	ja (GKV-HIS)	nein	nein	nein
Zu § 8 HeilM-RL (Langfristiger Heilmittelbedarf)					
3.	Wie haben sich die Anträge auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL entwickelt?	nein	ja	nein	tw.
Zu § 11 HeilM-RL (Ort der Leistungserbringung)					
4.	Wie haben sich die Änderungen in § 11 HeilM-RL zum Ort der Leistungserbringung ausgewirkt?	ja (GKV-HIS)	nein	nein	tw.
Zu § 12 HeilM-RL (Auswahl der Heilmittel)					
5.	Werden die geänderten Regelungen zu § 12 HeilM-RL (Auswahl der Heilmittel) genutzt?	ja (GKV-HIS)	nein	ja	ja
Zu § 15 HeilM-RL (Beginn der Heilmittelbehandlung)					
6.	Wie haben sich die geänderten Regelungen zum Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL) auf die Versorgung ausgewirkt?	nein	ja	ja	ja
Zu § 16 HeilM-RL (Durchführung der Heilmittelbehandlung)					
7.	Wie hat sich die geänderte Regelung in § 16 Absatz 6 HeilM-RL auf die Inanspruchnahme von Gruppentherapien ausgewirkt?	ja (GKV-HIS)	nein	nein	nein
Bürokratieabbau					
8.	Wie haben sich die Änderungen der Richtlinie im Versorgungsalltag (bürokratischer Aufwand) ausgewirkt?	nein	ja	ja	ja

HeilM-RL: Heilmittel-Richtlinie; GKV-HIS: GKV-Heilmittel-Informationssystem; SGB V: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; tw.: teilweise; GKV-SV: Spitzenverband Bund der Krankenkassen; KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung; PatV: Patientenvertretung

3 Material, Methoden und Beobachtungszeitraum

Im Folgenden werden die verwendeten Datenquellen und deren Operationalisierung für die Bearbeitung der Fragestellungen aufgeführt. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden Routinedaten verwendet und damit retrospektiv das Versorgungsgeschehen abgebildet. Des Weiteren wurden Befragungen bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenkassen und Patientenorganisationen unter Verwendung von Fragebögen zum Umsetzungsstand der Richtlinienänderungen (vgl. Kapitel 2), deren Auswirkungen in der Versorgung sowie Teilaspekte wesentlicher Anpassungen durch die erfolgte Reform der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) durchgeführt.

3.1 Evaluationsform und beteiligte Akteure

Die Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der HeilM-RL und der Neufassung des Heilmittelkatalogs (HMK) zum Beschluss vom 19. September 2019 erfolgte im Rahmen einer Selbstevaluation durch den G-BA. Beteiligte an der Konzeption und Durchführung der Evaluation waren die Mitglieder der Arbeitsgruppe HeilM-RL (Vertreterinnen und Vertreter von GKV-SV, KBV, PatV und Stabsstelle Patientenbeteiligung des G-BA) sowie Mitarbeitende der Geschäftsstelle des G-BA (Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen, Abteilung Fachberatung Medizin).

In die schriftlichen Befragungen wurden Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenkassen und Patientenorganisationen einbezogen. Ergänzt wurde die Evaluation durch die Einbindung der Organisationen der Leistungserbringenden gemäß § 92 Absatz 6 Satz 2 SGB V und 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerFO G-BA (siehe Kapitel 3.4).

3.2 Routinedaten des GKV-Heilmittel-Information-Systems (GKV-HIS)

Über das GKV-Heilmittel-Information-System (GKV-HIS) sind Schnellinformationen zur Ausgaben- und Verordnungsentwicklung im Heilmittelbereich verfügbar. Die Schnellinformationen werden nach § 84 Absatz 5 SGB V zur Verfügung gestellt und basieren auf den ungeprüften Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V aller gesetzlichen Krankenkassen. Träger des GKV-HIS ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, GKV-SV). Die Projektdurchführung wird unterstützt durch die informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG) GmbH⁸.

Die GKV-HIS Berichte enthalten Analysen der Umsatz- und Mengenentwicklung je Heilmittelbereich. Pro Jahr werden vier Berichte als Bundesbericht und auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)⁹ veröffentlicht. Sie enthalten Informationen zur Entwicklung der Heilmittelversorgung über die Zeiträume Januar bis März, Januar bis Juni, Januar bis September sowie Januar bis Dezember des jeweiligen Jahres. Die Berichte werden etwa 15 Wochen nach Quartalsende vom GKV-SV online veröffentlicht und sind frei verfügbar.

⁸ Das HIS-Projekt – Kurzportrait zum Projekt; verfügbar unter: https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/das_his_projekt/das_his_projekt.jsp (Zugriff am 25.04.2025)

⁹ GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland; verfügbar unter: https://gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte/his_berichte.jsp (Zugriff am 25.04.2025)

Somit lassen sich über das GKV-HIS insbesondere die Fragen zu den lfd. Nummern 1, 2, 4, 5 und 7 (siehe Kapitel 2, Tabelle 2)

- zur Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung,
- zur Anzahl der Verordnungen mit einem besonderen Verordnungsbedarf nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V (BVB) oder einem langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V (LHB),
- zur Anzahl der Verordnungen mit einem medizinisch begründeten Hausbesuch nach § 11 Absatz 1 Satz 2 HeilM-RL,
- zur Anzahl der Verordnungen mit unterschiedlichen vorrangigen Heilmitteln je Verordnung,
- zur Anzahl der Verordnungen mit abgerechneten Gruppentherapien und Verordnungen mit gleichzeitig abgerechneten Gruppen- und Einzeltherapien sowie
- zur Anzahl der Verordnungen in den Diagnosegruppen PS2 und PS3

im Vergleich der Jahre 2019 vs. 2022 und 2023 beantworten.

3.3 Strukturierte Befragung

Neben der Auswertung von Routinedaten zur Heilmittelversorgung wurden ergänzend strukturierte Befragungen durchgeführt. Anhand von Fragebögen zum Umsetzungsstand der Änderung der HeilM-RL und deren Auswirkungen in der Versorgung erfolgte die Befragung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenkassen sowie von Patientinnen und Patienten.

Für die schriftliche Befragung wurden jeweils vom GKV-SV, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Patientenvertretung (PatV) zielgruppenspezifische Fragebögen auf Grundlage der in Tabelle 2 abgebildeten Fragestellungen erarbeitet (siehe Anhang B1 bis B3). Hierfür sollte nach Möglichkeit auf eine einheitliche Verwendung von Fragetypen und Skalen bei der Befragung geachtet werden, um eine Vergleichbarkeit bei der Auswertung herstellen zu können. Zur Beantwortung der Fragen wurde unter anderem eine Ratingskala mit vier Antwortoptionen von „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ bis „trifft nicht zu“ und einem zusätzlichen Ankreuzfeld „keine Antwort“ verwendet. Darüber hinaus wurden Nominalskalen mit den Antwortmöglichkeiten „Ja“, „Nein“ und „keine Antwort“ verwendet.

Die Auswertung der jeweiligen Befragungen wurden in einem ersten Schritt durch GKV-SV, KBV und PatV vorgenommen (siehe Kapitel 4.3 bis 4.5). Die Einzelergebnisse wurden im Anschluss im Kontext der Evaluationsfragestellungen und unter Bezugnahme der Rückmeldungen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen¹⁰ der Leistungserbringer betrachtet.

3.3.1 Befragung über den GKV-Spitzenverband

Die Befragung der Krankenkassen erfolgte zentral über den GKV-SV mit dem in Anhang B1 abgebildeten Fragebogen. Es wurden alle zum Zeitpunkt der Befragung am 30. August 2024 in Deutschland bestehenden 95 gesetzlichen Krankenkassen per Rundschreiben vom GKV-SV über die Befragung informiert und ihnen Gelegenheit gegeben, sich mit dem als ausfüllbares Word-Dokument zur Verfügung gestellten Fragebogen und Rückmeldemöglichkeit per E-Mail an der Befragung zu beteiligen.

¹⁰ Stellungnahmeberechtigte zur Heilmittel-Richtlinie; verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2527/SN-Berechtigte_HeilM-RL_2024-12-10.pdf (Zugriff am 25.11.2025)

Die Auswertung der Antworten der Krankenkassen zu den Fragen 1 bis 5, 7, 8, 10 und 11, die mittels einer Likert-Skala zu beantworten waren, erfolgte zunächst nach der Zahl der absoluten Rückmeldungen ohne Gewichtung der Größe der jeweiligen Krankenkasse. Ergänzend wurde auch eine Gewichtung der Rückmeldungen anhand der Versichertenzahlen der Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben, zum Stichtag 1. Oktober 2024 vorgenommen. Aus Gründen einer vereinfachten Darstellung wurden die Antworten im Ergebnisteil (Kapitel 4.3) anhand der absoluten und nicht nach Versichertenzahlen gewichteten Rückmeldungen dargestellt. Die nach Versichertenzahlen gewichteten Befragungsergebnisse sind im Anhang C als ergänzende Information aufgeführt. Die Befragung der Krankenkassen wurde ferner durch statistische Auswertungen des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) ergänzt. Die Auswertung erfolgte zentral über den GKV-SV.

3.3.2 Befragung über die Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgte anhand eines Fragebogens mittels der Umfragesoftware „LamaPoll“ (siehe Fragebogen Anhang B2). Als Stichprobe wurde hierfür das „Ärztepanel“ der KBV genutzt, welches zum Zeitpunkt des Versands des Zugangslinks ca. 2.000 E-Mail-Adressen umfasste. Die Mitglieder des „Ärztepanels“ haben sich im Rahmen der Befragung zum KBV-Praxisbarometer für weitere Umfragen durch die KBV und die Aufnahme ihrer E-Mail-Adresse bereit erklärt. In einem E-Mail-Anschreiben wurde der Zugangslink zur Online-Umfrage am 7. Oktober 2024 versandt. Darin wurden auch explizit medizinische Fachangestellte und weiteres Praxispersonal aufgefordert, an der Befragung teilzunehmen.

Für die Entwicklung des Fragebogens diente eine vorangegangene Befragung unter den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) insbesondere zu den Themen der Verordnungsberatung und den häufigsten Rück- oder Verständnisfragen seit dem Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL am 1. Januar 2021. Der Fragebogen wurde in enger Zusammenarbeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Mitarbeitenden der KBV und einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen getestet und weiterentwickelt. Diese Erprobung ermöglichte es, wertvolle Rückmeldungen zu sammeln und den Fragebogen hinsichtlich Verständlichkeit, Relevanz und Anwendbarkeit zu optimieren. Die Auswertung erfolgte durch die Abteilung Veranlasste Leistungen der KBV.

3.3.3 Befragung über die Patientenvertretung

Die Befragung der Patientinnen und Patienten erfolgte als Online-Umfrage vom 1. September 2024 bis 14. Oktober 2024 über die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V mit Hilfe des in Anhang B3 abgebildeten Fragebogens. Es wurde davon ausgegangen, dass eine epidemiologisch nicht repräsentative Stichprobe von ca. 1.500 Patientinnen und Patienten erreicht werden könnte. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programms SurveyMonkey® in Form einer deskriptiven Datenanalyse.

3.4 Einbezug von Organisationen der Leistungserbringenden

Neben der Erhebung und Auswertung von Routinedaten sowie der Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenkassen, Patientinnen und Patienten wurde auch die Einbindung der Organisationen der Leistungserbringenden für den Bereich der Heilmittel vorgesehen.

Hierfür erhielten die 14 für die HeilM-RL zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringenden den vorläufigen *Bericht des G-BA zur Evaluation der Umsetzung der*

Überarbeitung der HeilM-RL und der Neufassung des HMK zum Beschluss vom 19. September 2019 mit den Ergebnissen der quantitativen Datenerhebung und strukturierten Befragung sowie deren Diskussion und Limitationen zur Kenntnis.

Die Organisationen der Leistungserbringenden waren aufgefordert, orientierend an den Fragestellungen der Evaluation (Tab. 2) dem G-BA ihre Erfahrungen zum Umsetzungsstand und den Auswirkungen der Änderungen der HeilM-RL seit Inkrafttreten des Beschlusses vom 19. September 2019 zum 1. Januar 2021 aus ihrer Perspektive darzulegen. Die Rückmeldungen wurden ausgewertet und zusammenfassend in Kapitel 6 abgebildet sowie in die Gesamtbetrachtung (Kapitel 7) eingebunden.

3.5 Beobachtungszeitraum

Als Beobachtungszeiträume wurden Daten aus den Jahren 2019, 2022 und 2023 genutzt. Diese liegen insbesondere für die Auswertung der Routinedaten vollständig vor. Auf eine Betrachtung und Auswertung von Daten aus den Jahren 2020 und 2021 wurde verzichtet, da zum einen die Änderungen der Regelungen erst zum 1. Januar 2021 in Kraft traten und zum anderen beide Jahre durch Sonderregelungen des G-BA und des GKV-SV im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie bei der Verordnung und Leistungserbringung beeinflusst wurden. Um einen Vergleich der HeilM-RL vor Inkrafttreten und nach Inkrafttreten sicherzustellen, wurde das Jahr 2019 somit als letztes verfügbares Jahr vor der Covid-19-Pandemie herangezogen und in Bezug mit den Jahren 2022 und 2023 gesetzt.

4 Ergebnisse

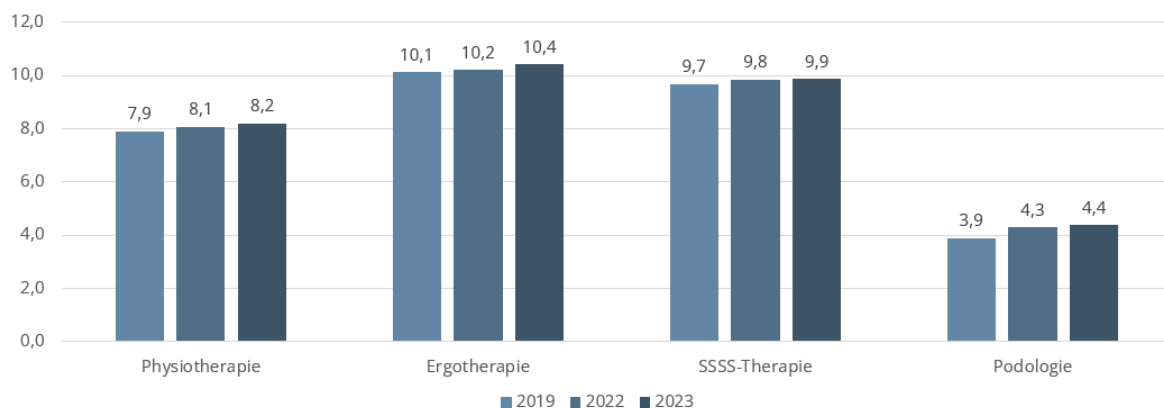
4.1 Ergebnisse der Auswertung von Routinedaten aus dem GKV-HIS

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Routinedatenauswertung aus dem GKV-HIS der Jahre 2019, 2022 und 2023 für die Heilmittelbereiche Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSS-Therapie) und Podologie dargestellt.

Für das zum 1. Januar 2018 eingeführte Heilmittel Ernährungstherapie wurde aufgrund der bislang geringen Leistungsfrequenzen auf eine Darstellung von Kennzahlen verzichtet.

4.1.1 Wegfall der Regelfallsystematik und Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL

Zur Frage, wie sich die Heilmittelversorgung mit Wegfall der Regelfallsystematik und der Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung) auf die Inanspruchnahme verordneter Leistungen der Versicherten ausgewirkt hat, wurde die Anzahl der abgerechneten Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt je Heilmittelbereich in den Jahren 2019, 2022 und 2023 aus den vom GKV-SV veröffentlichten Berichten des GKV-HIS erhoben.



Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023

Abb. 1: Anzahl der Behandlungseinheiten¹¹ je Verordnung (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)

In der Physiotherapie hat sich die durchschnittliche Anzahl der abgerechneten Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt im Betrachtungszeitraum von 7,9 im Jahr 2019 auf 8,2 im Jahr 2023 erhöht (siehe Abb. 1). Dies entspricht einer Steigerung von 3,8 %.

In der Ergotherapie hat sich die durchschnittliche Anzahl der abgerechneten Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt im Betrachtungszeitraum von 10,1 im Jahr 2019 auf 10,4 im Jahr 2023 erhöht. Dies entspricht einer Steigerung von 3,0 %.

In der SSSS-Therapie¹² hat sich die durchschnittliche Anzahl der abgerechneten Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt im Betrachtungszeitraum von 9,7 im Jahr 2019 auf 9,9 im Jahr 2023 erhöht. Dies entspricht einer Steigerung von 2,1 %.

¹¹ Behandlungseinheiten bezeichnen die Anzahl der einzelnen Ausführungen der verordneten therapeutischen Behandlungen bzw. Leistungen eines Heilmittelerbringers. Hierunter sind demnach ausschließlich die nach Heilmittelkatalog vorrangig und ergänzend verordnungsfähigen Heilmittel zu verstehen. Beispiel: Bei Abrechnung einer physiotherapeutischen Verordnung mit „6 x Krankengymnastik“ und „6 x Wärmetherapie“ werden 12 Behandlungseinheiten für die GKV-HIS-Auswertungen gezählt.

¹² Im vorliegenden Evaluationsbericht wird immer die Bezeichnung *Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie* verwendet. Bis 2023 wurde jedoch die Bezeichnung *Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie* genutzt.

In der Podologie hat sich die durchschnittliche Anzahl der abgerechneten Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt im Betrachtungszeitraum von 3,9 Einheiten im Jahr 2019 auf 4,4 Einheiten im Jahr 2023 erhöht. Dies entspricht einer Steigerung von 12,8 %.

Die Menge der Behandlungseinheiten über alle Heilmittelbereiche erhöhte sich um 2,3 % von 311.909.000 Einheiten im Jahr 2019 auf 319.060.000 Einheiten in 2023 (siehe Tab. 3).

Tab. 3: Entwicklung der Anzahl der Behandlungseinheiten von 2019 bis 2023
(Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)

	2019	2022	2023	Entwicklung 2019/2023
Physiotherapie	260.838.000	253.859.000	262.105.000	0,5 %
Ergotherapie	27.169.000	28.347.000	30.346.000	11,7 %
SSSS-Therapie	16.896.000	17.100.000	17.967.000	6,3 %
Podologie	7.006.000	7.793.000	8.640.000	23,3 %
Heilmittel insgesamt	311.909.000	307.101.000	319.060.000	2,3 %

4.1.2 Langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf

Zur Frage, wie sich die Heilmittelversorgung aufgrund eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V (LHB) und eines besonderen Verordnungsbedarfs nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V (BVB) entwickelt hat, wurde der Anteil der Verordnungen, für die eine Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen gemäß § 7 Absatz 6 und 7 HeilM-RL (sog. „12-Wochen-Verordnung“) möglich ist und der Anteil der Verordnungen, für die die Höchstmenge je Verordnung im HMK und die orientierende Behandlungsmenge (OBM) gemäß § 7 Absatz 2 und 5 HeilM-RL gilt, für die Jahre 2022 und 2023 ausgewertet.

Ausgangspunkt für die Fragestellung war es, zu analysieren, wie sich der Wegfall des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen außerhalb des Regelfalls und die mit der Richtlinienüberarbeitung vorgenommene Einbeziehung der besonderen Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V in die Regelungen zur sog. „12-Wochen-Verordnung“ gemäß § 7 Absatz 7 HeilM-RL im Versorgungsgeschehen darstellen. Ein direkter Vergleich mit dem Anteil der Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zum 1. Januar 2021 war aufgrund der Qualität der hierzu verfügbaren Informationen in den Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V nicht möglich.

Gemessen wurde dabei der Anteil der Verordnungen am Bruttoumsatz in den Heilmittelbereichen Physiotherapie, Ergotherapie und SSSS-Therapie. Für das Jahr 2019 liegt hierzu keine vergleichende Auswertung im GKV-HIS-Bericht vor.

In der Physiotherapie veränderte sich der Anteil der Verordnungen zum LHB von 23,2 % im Jahr 2022 auf 23,0 % im Jahr 2023 und ist damit stabil geblieben (siehe Abb. 2). Der Anteil der BVB-Verordnungen stieg von 27,5 % im Jahr 2022 auf 30,1 % im Jahr 2023. Die OBM-Versorgung hatte im Jahr 2022 einen Anteil von 49,4 % und ist für das Jahr 2023 auf 46,9 % zurückgegangen.

In der Ergotherapie veränderte sich der Anteil der Verordnungen zum LHB von 11,4 % im Jahr 2022 auf 11,6 % im Jahr 2023 und ist damit stabil geblieben. Der Anteil der BVB-Verordnungen

stieg von 35,5 % im Jahr 2022 auf 36,9 % im Jahr 2023 leicht an. Die OBM-Versorgung hatte im Jahr 2022 einen Anteil von 53,1 % und ist auf 51,5 % im Jahr 2023 leicht gesunken.

In der SSSS-Therapie veränderte sich der Anteil der Verordnungen zum LHB von 6,7 % im Jahr 2022 leicht auf 6,9 % im Jahr 2023 und ist damit stabil geblieben. Der Anteil der BVB-Verordnungen stieg von 40,8 % im Jahr 2022 auf 41,7 % im Jahr 2023 leicht an. Die OBM-Versorgung hatte im Jahr 2022 einen Anteil von 52,5 % und sank leicht auf 51,5 % im Jahr 2023.

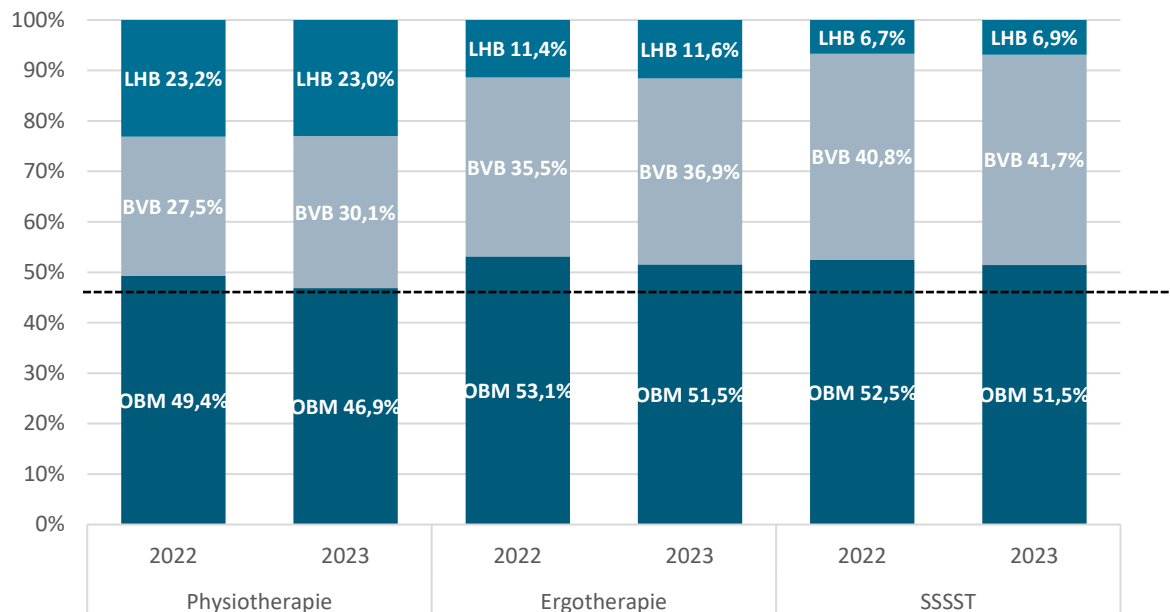


Abb. 2: Anteil der Verordnungen mit BVB nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V oder einem LHB gemäß § 32 Absatz 1a SGB V am Bruttoumsatz (Quelle: GKV-HIS 2022, 2023)

4.1.3 Ort der Leistungserbringung

Zur Frage, wie sich die Änderungen in § 11 HeilM-RL zum Ort der Leistungserbringung ausgewirkt haben, wurde die Anzahl der Verordnungen mit einem medizinisch begründeten Hausbesuch nach § 11 Absatz 1 Satz 2 HeilM-RL in den Heilmittelbereichen Physiotherapie, Ergotherapie, SSSS-Therapie und Podologie ausgewertet (siehe Abb. 3).

Der Anteil der Verordnungen mit einem medizinisch begründeten Hausbesuch nach § 11 Absatz 1 Satz 2 HeilM-RL stieg in der Physiotherapie von 14,2 % im Jahr 2019 auf 14,5 % im Jahr 2022 leicht an und ging auf 14,3 % im Jahr 2023 wieder leicht zurück.

Der Anteil der Verordnungen mit einem medizinisch begründeten Hausbesuch nach § 11 Absatz 1 Satz 2 HeilM-RL ist in der Ergotherapie von 36,0 % im Jahr 2019 um 2,8 % auf 33,2 % im Jahr 2023 zurückgegangen.

Der Anteil der Verordnungen mit einem medizinisch begründeten Hausbesuch nach § 11 Absatz 1 Satz 2 HeilM-RL ging in der SSSS-Therapie von 22,4 % im Jahr 2019 um 3,3 % auf 19,1 % im Jahr 2023 zurück.

Der Anteil der Verordnungen mit einem medizinisch begründeten Hausbesuch nach § 11 Absatz 1 Satz 2 HeilM-RL ist in der Podologie von 18,8 % im Jahr 2019 um 2,8 % auf 16,0 % im Jahr 2023 zurückgegangen.

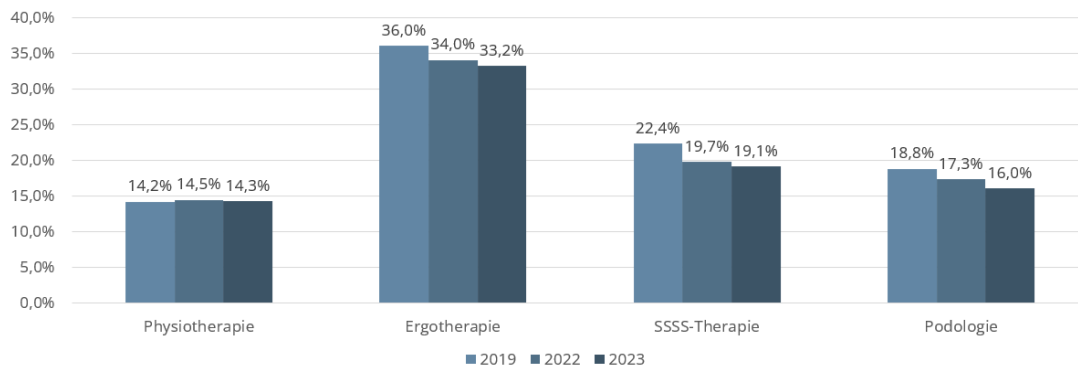


Abb. 3: Anteil der Verordnungen mit einem medizinisch begründeten Hausbesuch nach § 11 Absatz 1 Satz 2 HeilM-RL (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)

4.1.4 Auswahl der Heilmittel und Aufteilung der Verordnungsmenge

Zur Frage, wie die geänderten Regelungen zur Auswahl der Heilmittel nach § 12 Absatz 2 HeilM-RL und die Möglichkeit zur Aufteilung der Verordnungsmenge auf maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel genutzt werden, wurde in den Heilmittelbereichen Physiotherapie, Ergotherapie und SSSS-Therapie der Anteil der Verordnungen erhoben, bei denen mehr als ein vorrangiges Heilmittel abgerechnet wurde.

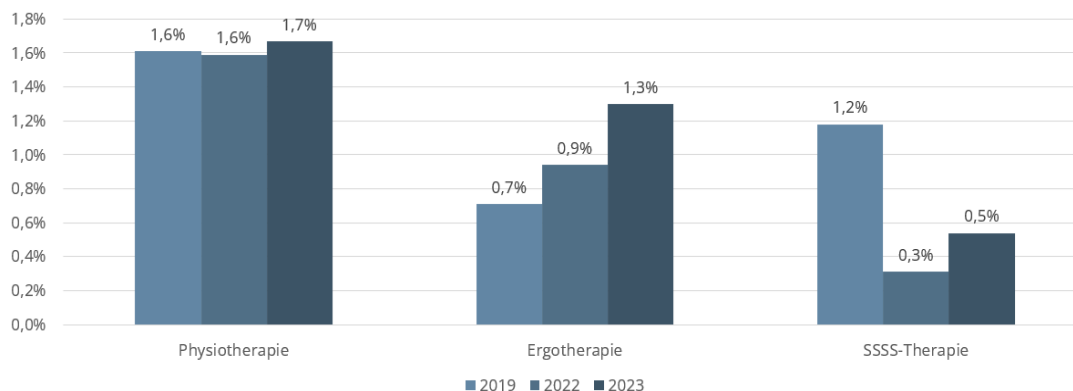


Abb. 4: Anteil der Verordnungen mit einem unterschiedlichen vorrangigen Heilmittel je Verordnung (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)

In der Physiotherapie hat sich der Anteil der Verordnungen, bei denen mehr als ein vorrangiges Heilmittel abgerechnet wurde, von 1,6 % im Jahr 2019 auf 1,7 % im Jahr 2023 verändert und ist damit stabil geblieben (siehe Abb. 4).

In der Ergotherapie hat sich der Anteil der Verordnungen, bei denen mehr als ein vorrangiges Heilmittel abgerechnet wurde, von 0,7 % im Jahr 2019 auf 1,3 % im Jahr 2023 erhöht.

In der SSSS-Therapie hat sich der Anteil der Verordnungen, bei denen mehr als eine Behandlungszeit oder Einzel- und Gruppenbehandlung auf einer Verordnung miteinander kombiniert wurde, von 1,2 % im Jahr 2019 auf 0,5 % im Jahr 2023 mehr als halbiert.

Die Zahlen zeigen, dass auch 2019 schon Verordnungen mit unterschiedlichen vorrangigen Heilmitteln in den Heilmittelbereichen Physiotherapie und SSSS-Therapie abgerechnet wurden, obwohl formell keine Kombination vorrangiger Heilmittel möglich war. Dies kann u. a. durch die Abrechnung von Einzel- und Gruppentherapien auf einer Verordnung oder einem Wechsel des vorrangigen Heilmittels nach ärztlicher Änderung innerhalb der Laufzeit einer Verordnung begründet sein.

4.1.5 Inanspruchnahme von Gruppentherapien

Zur Frage, wie sich die geänderte Regelung in § 16 Absatz 6 HeilM-RL auf die Inanspruchnahme von Gruppentherapien ausgewirkt hat, wurde zunächst der Anteil der Verordnungen mit abgerechneten Gruppentherapien im jeweiligen Leistungsbereich ermittelt.

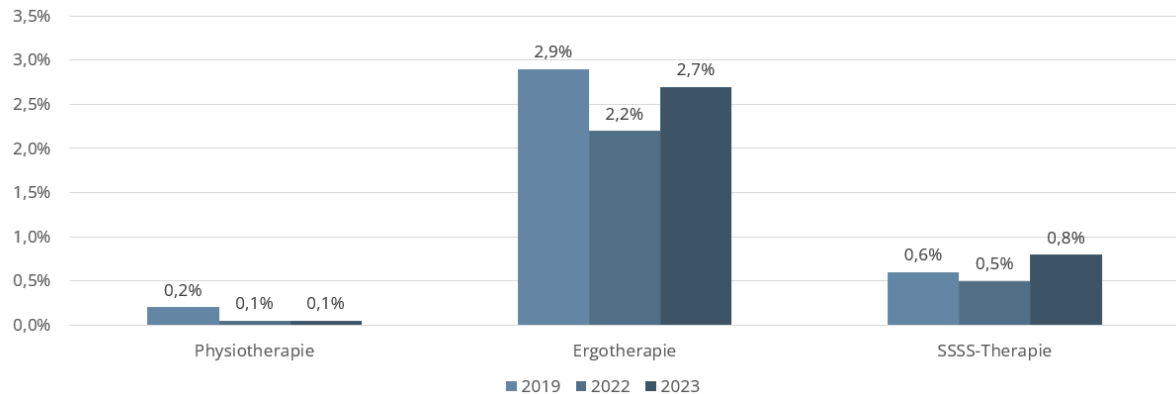


Abb. 5: Anteil der Verordnungen mit abgerechneten Gruppentherapien (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)

In der Physiotherapie ist der Anteil der Verordnungen mit mindestens einer abgerechneten Gruppenbehandlung von 0,2 % im Jahr 2019 auf 0,1 % im Jahr 2023 gesunken (siehe Abb. 5).

In der Ergotherapie ist der Anteil der Verordnungen mit mindestens einer abgerechneten Gruppenbehandlung von 2,9 % im Jahr 2019 auf 2,2 % im Jahr 2022 gesunken und im Jahr 2023 wieder leicht auf 2,7 % angestiegen.

In der SSSS-Therapie ist der Anteil der Verordnungen mit mindestens einer abgerechneten Gruppenbehandlung von 0,6 % im Jahr 2019 auf 0,8 % im Jahr 2023 leicht angestiegen.

Darüber hinaus wurde die Anzahl der Verordnungen mit abgerechneten Gruppentherapien und Verordnungen mit gleichzeitig abgerechneten Gruppen- und Einzeltherapien ermittelt.

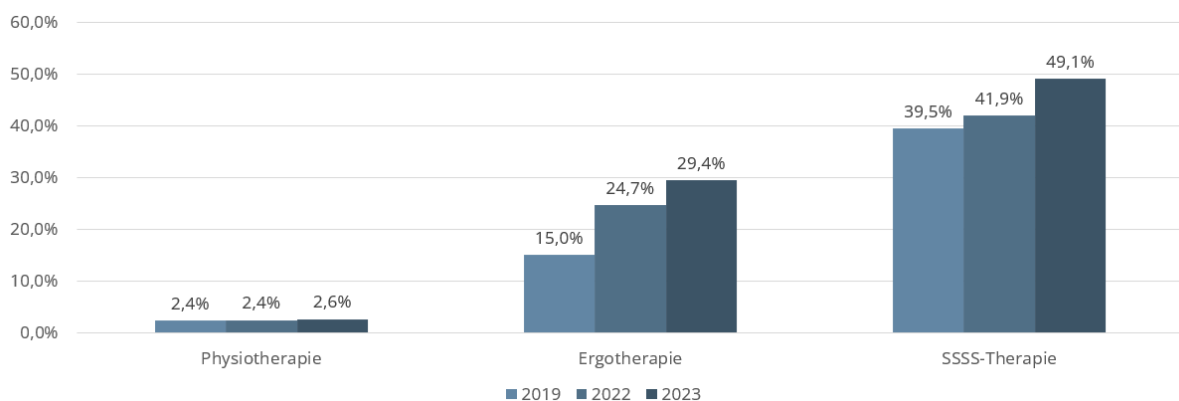


Abb. 6: Anteil der Gruppentherapieverordnungen mit gleichzeitig abgerechneten Gruppen- und Einzeltherapien (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)

In der Physiotherapie ist der Anteil der Gruppentherapie-Verordnungen, bei denen sowohl mindestens eine Gruppenbehandlung als auch eine Einzelbehandlung abgerechnet wurden, von 2,4 % im Jahr 2019 auf 2,6 % im Jahr 2023 gestiegen (siehe Abb. 6).

In der Ergotherapie ist der Anteil der Gruppentherapie-Verordnungen, bei denen sowohl mindestens eine Gruppenbehandlung als auch eine Einzelbehandlung abgerechnet wurden, von 15 % im Jahr 2019 auf 29,4 % im Jahr 2023 gestiegen.

In der SSSS-Therapie ist der Anteil der Gruppentherapie-Verordnungen, bei denen sowohl mindestens eine Gruppenbehandlung als auch eine Einzelbehandlung abgerechnet wurden, von 39,5 % im Jahr 2019 auf 49,1 % im Jahr 2023 gestiegen.

4.1.6 Anhebung der Höchstmenge je Verordnung in den Diagnosegruppen PS2 und PS3

Zur Frage, wie sich die Anhebung der Höchstmenge je Verordnung in den ergotherapeutischen Diagnosegruppen PS2 (Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen) und PS3 (Wahnhaft und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen; Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen; Affektive Störungen; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) im HMK von bislang bis zu 10 Einheiten auf neu bis zu 20 Einheiten ausgewirkt hat, wurde die Anzahl der Verordnungen und die Anzahl der abgerechneten vorrangigen Heilmittel in den Diagnosegruppen PS2 und PS3 erhoben und daraus die durchschnittliche Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung ermittelt (siehe Abb. 7).

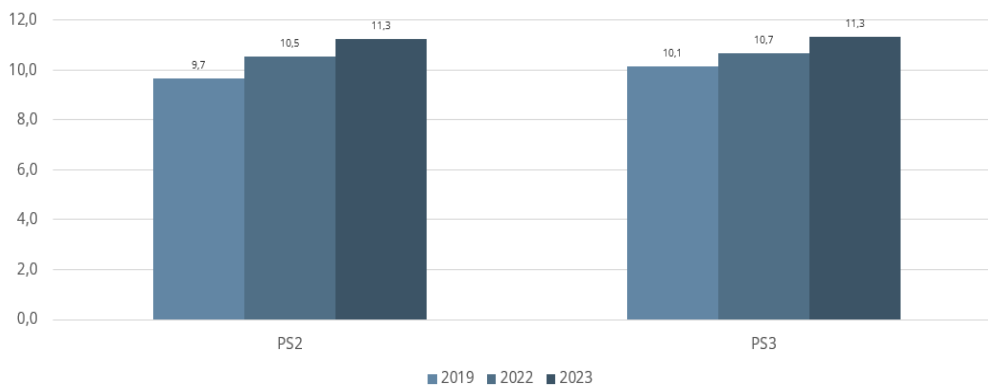


Abb. 7: Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnungen in den Diagnosegruppen PS2, PS3 - nur vorrangige Heilmittel (Quelle: GKV-HIS 2019, 2022, 2023)

In der ergotherapeutischen Diagnosegruppe PS2 hat sich die durchschnittliche Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung von 9,7 im Jahr 2019 auf 11,3 im Jahr 2023 erhöht. In der ergotherapeutischen Diagnosegruppe PS3 hat sich die durchschnittliche Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung von 10,1 im Jahr 2019 auf 11,3 im Jahr 2023 erhöht.

4.2 Ergebnisse der Auswertung von Routinedaten des MD Bund

Ergänzend zu den Routinedaten des GKV-HIS wurden Auswertungen des MD Bund zu versichertenbezogenen Beratungen und Begutachtungen der Medizinischen Dienste für die GKV und der sozialmedizinischen Empfehlungen zu Heilmitteln für die Jahre 2019, 2022 und 2023 analysiert.

Hierzu wurde die in den Statistiken des MD Bund ausgewiesene Anzahl der versichertenbezogenen Stellungnahmen der Medizinischen Dienste zu Heilmitteln für die Jahre von 2019 bis 2023 herangezogen.

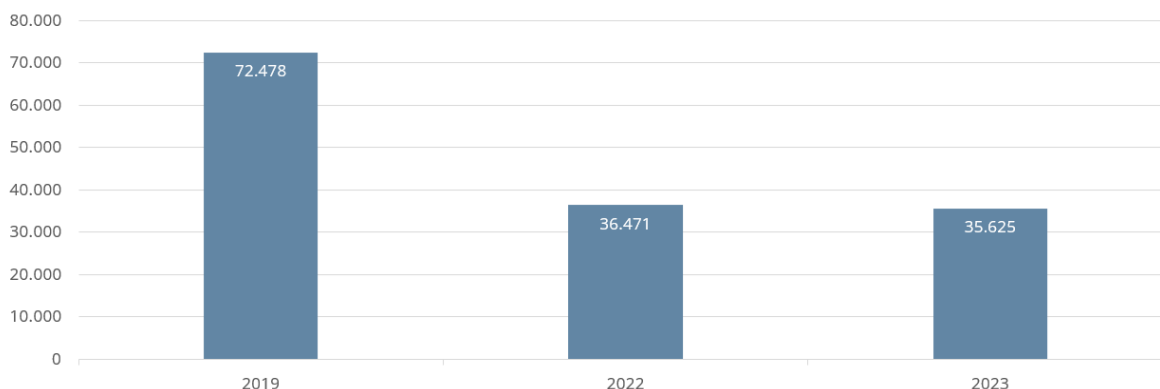


Abb. 8: Entwicklung versichertenbezogener Stellungnahmen durch die Medizinischen Dienste zu Heilmitteln (Quelle: MD Bund)

Die Anzahl der versichertenbezogenen Stellungnahmen durch die Medizinischen Dienste zu Heilmitteln hat sich von 72.478 im Jahr 2019 auf 35.625 im Jahr 2023 mehr als halbiert (siehe Abb. 8).

Tab. 4: Versichertenbezogene Beratungen und Begutachtungen der Medizinischen Dienste für die GKV (Quellen: Angaben MD Bund 2019, Die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Zahlen, Daten, Fakten 2022 und 2023 sowie GKV-HIS 2019, 2022, 2023)

	2019	2022	2023
Sozialmedizinische Empfehlungen insgesamt	6.000.811	3.138.000	2.955.000
Sozialmedizinische Empfehlungen zu HeilM	72.478	36.471	35.625
Anteil	1,2 %	1,2 %	1,2 %
Anzahl Heilmittelverordnungen insgesamt	39.259.000	37.810.000	38.882.000
Sozialmedizinische Empfehlungen zu HeilM	72.478	36.471	35.625
Anteil	0,2 %	0,1 %	0,1 %

Der Anteil der sozialmedizinischen Stellungnahmen zu Heilmitteln betrug gemessen an der Gesamtzahl der sozialmedizinischen Empfehlungen der Medizinischen Dienste sowohl im Jahr 2019 als auch im Jahr 2023 jeweils 1,2 % und ist somit trotz einer Halbierung der absoluten Zahlen konstant geblieben (siehe Tab. 4).

Der Anteil der sozialmedizinischen Empfehlungen zu Heilmitteln betrug gemessen an der Anzahl der Heilmittelverordnungen 0,2 % im Jahr 2019 und 0,1 % im Jahr 2023.

Darüber hinaus liegen Angaben darüber vor, zu welchen Anteilen sozialmedizinische Empfehlungen zu Heilmitteln die medizinischen Voraussetzungen erfüllt, zum Teil erfüllt oder nicht erfüllt haben oder eine andere Empfehlung in der versichertenbezogenen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ausgesprochen wurde:

- **Erfüllt:** Der Medizinische Dienst empfahl der Krankenkasse aufgrund einer medizinischen bzw. sozialmedizinischen Überprüfung, die beantragte Leistung zu bewilligen.
- **Teilweise erfüllt:** Der Medizinische Dienst sah aufgrund seiner medizinischen bzw. sozialmedizinischen Überprüfung die Voraussetzungen für die Leistung zum Teil erfüllt. Er empfahl der Krankenkasse, entweder die Leistung teilweise zu übernehmen oder die

Voraussetzungen nochmals zu prüfen. Möglicherweise wurde eine alternative Leistung empfohlen.

- Nicht erfüllt: Der Medizinische Dienst empfahl der Krankenkasse aufgrund einer medizinischen bzw. sozialmedizinischen Überprüfung, die beantragte Leistung nicht zu übernehmen. Gründe hierfür können sein: mangelnde Qualität, fehlende medizinische Indikation, Sicherheit, Zulassung, Regulierung oder gesetzliche Grundlage zur Erbringung der Leistung.
- Andere Antwort: Der Medizinische Dienst empfahl aus medizinischer bzw. sozialmedizinischer Sicht alternative Behandlungsmöglichkeiten oder es konnte aufgrund fehlender Unterlagen keine Empfehlung abgegeben werden; ggf. folgten weitere Recherchen.

Tab. 5: Sozialmedizinische Empfehlung zu Heilmitteln (Quellen: Angaben MD Bund 2019, Die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Zahlen, Daten, Fakten 2022 und 2023)

	2019	2022	2023
Sozialmedizinische Empfehlungen zu Heilm	72.478	36.471	35.625
Medizinische Voraussetzungen erfüllt	35,9 %	37,3 %	38,9 %
Medizinische Voraussetzungen zum Teil erfüllt	7,2 %	2,4 %	2,6 %
Medizinische Voraussetzungen nicht erfüllt	52,1 %	58,0 %	55,9 %
Medizinische Voraussetzungen andere Antwort	4,9 %	2,3 %	2,5 %

Der Anteil der sozialmedizinischen Empfehlungen zu Heilmitteln, bei denen die medizinischen Voraussetzungen erfüllt waren, ist von 35,9 % im Jahr 2019 auf 38,9 % im Jahr 2023 angestiegen (siehe Tab. 5). Der Anteil der sozialmedizinischen Empfehlungen zu Heilmitteln, bei denen die medizinischen Voraussetzungen zum Teil erfüllt waren, ist von 7,2 % im Jahr 2019 auf 2,6 % im Jahr 2023 gesunken. Der Anteil der sozialmedizinischen Empfehlungen zu Heilmitteln, bei denen die medizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt waren, ist von 52,1 % im Jahr 2019 auf 55,9 % im Jahr 2023 gestiegen, im Jahr 2022 lag der Anteil sogar bei 58,0 %. Der Anteil der sozialmedizinischen Empfehlungen zu Heilmitteln, bei denen die Medizinischen Dienste eine andere Antwort abgegeben haben, da aus medizinischer bzw. sozialmedizinischer Sicht alternative Behandlungsmöglichkeiten empfohlen wurden oder aufgrund fehlender Unterlagen keine Empfehlung abgegeben werden konnte, ging von 4,9 % im Jahr 2019 auf 2,5 % im Jahr 2023 zurück.

4.3 Ergebnisse der Befragung von Krankenkassen

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Befragung der Krankenkassen durch den GKV-SV dargestellt.

4.3.1 Umfang der Beteiligung an der Befragung

Von den insgesamt 95 mit einem Fragebogen angeschriebenen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland haben sich 48 Krankenkassen an der Befragung beteiligt, in dem sie einen vollständig oder teilweise ausgefüllten Fragebogen zurückgesandt haben. Dies entspricht einer absoluten Beteiligung von 50,5 % (48 von 95 Krankenkassen).

Die Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben, repräsentieren insgesamt 68.397.889 der insgesamt 74.473.993 Versicherten, was einem Anteil von 91,8 % entspricht¹³. Die Krankenkassen, die nicht an der Befragung teilgenommen haben, repräsentieren 6.076.104 Versicherte, was einem Anteil von 8,2 % entspricht (siehe Abb. 9).

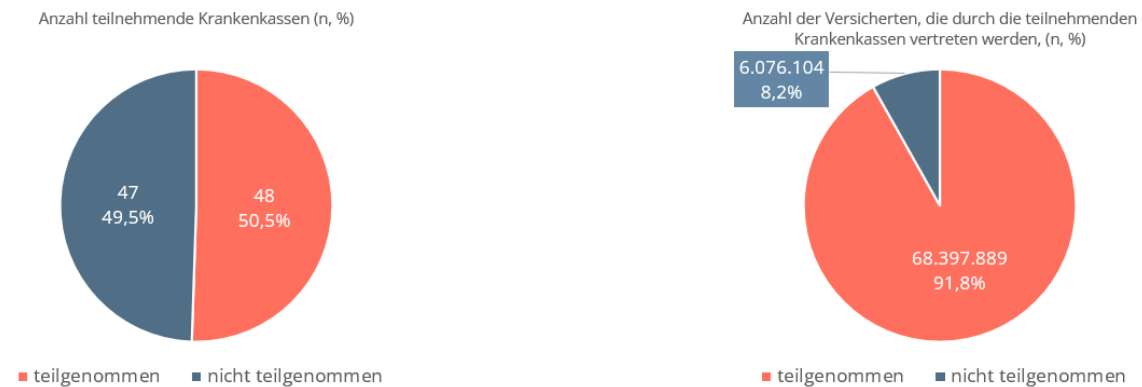


Abb. 9: Beteiligung der Krankenkassen absolut und gewichtet nach Anzahl der Versicherten

4.3.2 Fragen zu § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, OBM, Höchstmenge je Verordnung)

Im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 7 Absatz 3 der HeilM-RL, dass sich der Verordnungsfall und die OBM auf die jeweiligen ärztlich Verordnenden beziehen, wurde in der Befragung der Krankenkassen die Frage gestellt, ob diese Regelung nach Einschätzung der Krankenkasse dazu geführt hat, dass vermehrt zeit- und inhaltsgleiche Heilmittelverordnungen auf Grund derselben Diagnose (d. h. die ersten drei Stellen des ICD-10-GM-Codes sind identisch) und Diagnosegruppe (sogenannte Parallelverordnungen) ausgestellt und abgerechnet wurden (vgl. Frage 1 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

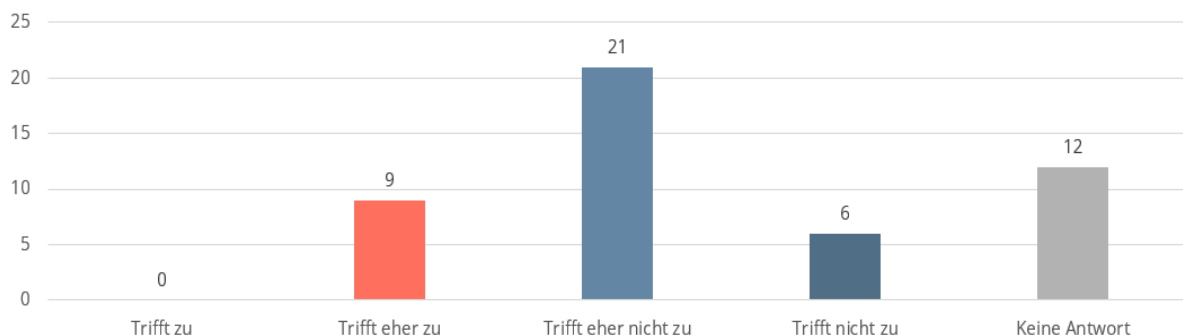


Abb. 10: Ergebnis der Befragung zu Frage 1 (Parallelverordnungen aufgrund derselben Diagnose)

Von den insgesamt 48 Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben, hat eine Mehrheit von 27 Krankenkassen (56,3 %) eine verneinende Antwort gegeben und zwar, dass dies eher nicht zutrifft (21 Krankenkassen bzw. 43,8 %) oder nicht zutrifft (6 Krankenkassen bzw. 12,5 %) (siehe Abb. 10). 9 Krankenkassen (18,8 %) haben zurückgemeldet, dass dies eher zutrifft. Keine Krankenkasse hat angegeben, dass dies zutrifft. 12 Krankenkassen (25,0 %) haben keine Antwort zu dieser Frage gegeben.

¹³ dfg-Ranking: Liste der deutschen Krankenkassen, Ranking nach Versichertenzahlen zum Stichtag 01.10.2024, Beiträge zur Gesellschaftspolitik (BzG) 11-24 vom 07.11.2024

4.3.3 Fragen zu § 8 HeilM-RL (Langfristiger Heilmittelbedarf)

Im Zusammenhang mit den Fragen zum langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) gemäß § 8 HeilM-RL (Tab. 2, lfd. Nummer 3) wurde erhoben, wie sich die Anträge auf Genehmigung eines LHB nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL in den Jahren 2019, 2022 und 2023 entwickelt haben. Hierzu wurde in der Befragung der Krankenkassen zunächst die Frage gestellt, ob nach Einschätzung der Krankenkasse die Anzahl der Einzelfallanträge auf Genehmigung eines LHB nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL seit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zum 1. Januar 2021 abgenommen hat (vgl. Frage 2 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

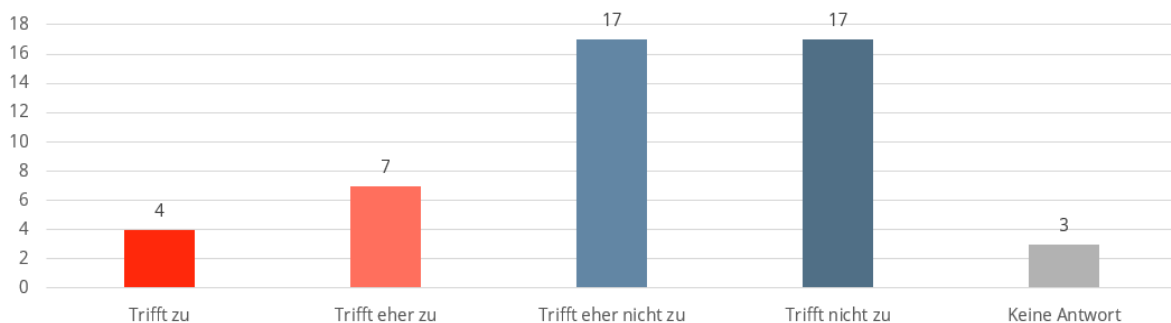


Abb. 11: Ergebnis der Befragung zu Frage 2 (Entwicklung der Einzelfallanträge nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL)

Eine deutliche Mehrheit von 34 Krankenkassen (70,8 %) der 48 Krankenkassen gab an, dass die Anzahl der Anträge nicht abgenommen hat (siehe Abb. 11). 17 Krankenkassen (35,4 %) haben mitgeteilt, dass dies nicht zutrifft und ebenfalls 17 Krankenkassen (35,4 %), dass dies eher nicht zutrifft. 11 Krankenkassen (22,9 %) haben positiv zurückgemeldet, dass die Anzahl der Anträge abgenommen hat. 4 Krankenkassen (8,3 %) haben mitgeteilt, dass dies zutrifft und 7 Krankenkassen (14,6 %), dass dies eher zutrifft. Drei Krankenkassen (6,3 %) haben keine Rückmeldung zu dieser Frage gegeben.

Darüber hinaus wurde gefragt, ob die gestellten Anträge nach Einschätzung der Krankenkasse die geforderten Kriterien eines LHB nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL erfüllen (vgl. Frage 3 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

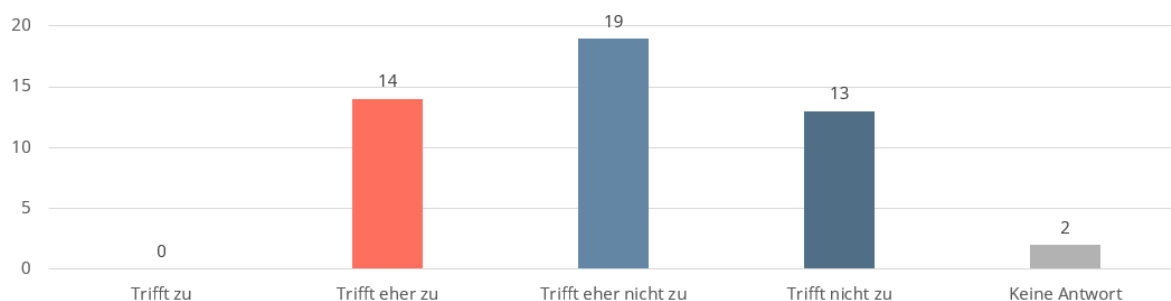


Abb. 12: Ergebnis der Befragung zu Frage 3 (Erfüllung der Kriterien nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL)

Diesbezüglich hat eine Mehrheit von 32 Krankenkassen (66,7 %) der 48 Krankenkassen eine verneinende Antwort gegeben, 19 Krankenkassen (39,6 %), dass dies eher nicht und 13 Krankenkassen (27,1 %), dass dies nicht zutrifft (siehe Abb. 12). 14 Krankenkassen (29,2 %) haben angegeben, dass dies eher zutrifft. Dass dies zutrifft, hat wiederum keine Krankenkasse angegeben. Zwei Krankenkassen (4,2 %) haben keine Antwort zu dieser Frage gegeben.

Weiterhin wurde gefragt, ob nach Einschätzung der Krankenkasse Widersprüche der Versicherten im Zusammenhang mit Einzelfallanträgen auf Genehmigung eines LHB nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL seit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zum 1. Januar 2021 zurückgegangen sind (vgl. Frage 4 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

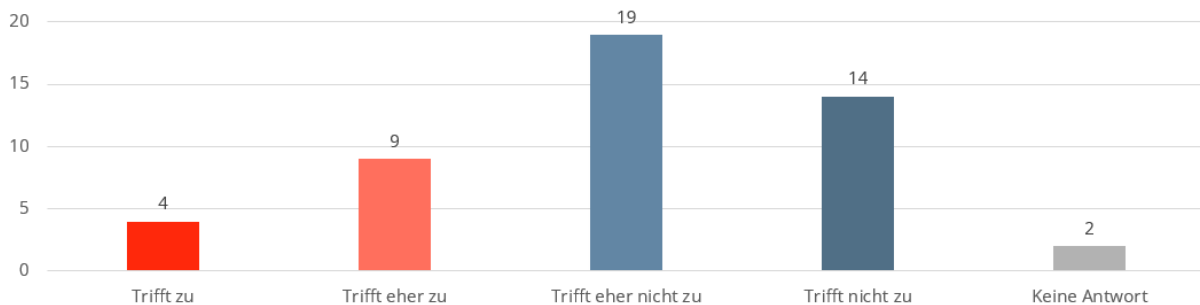


Abb. 13: Ergebnis der Befragung zu Frage 4 (Entwicklung Widerspruchsverfahren bei Einzelanträgen)

Hierzu hat eine Mehrheit von 33 Krankenkassen (68,8 %) der 48 Krankenkassen eine verneinende Antwort gegeben, 19 Krankenkassen (39,6 %), dass dies eher nicht und 14 Krankenkassen (29,2 %), dass dies nicht zutrifft (siehe Abb. 13). 9 Krankenkassen (18,8 %) haben angegeben, dass dies eher zutrifft und 4 Krankenkassen (8,3 %), dass dies zutrifft. Zwei Krankenkassen (4,2 %) haben keine Antwort zu dieser Frage gegeben.

Schließlich wurde gefragt, ob nach Einschätzung der Krankenkasse Klageverfahren der Versicherten im Zusammenhang mit Einzelfallanträgen auf Genehmigung eines LHB nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL seit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zum 1. Januar 2021 zurückgegangen sind (vgl. Frage 5 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

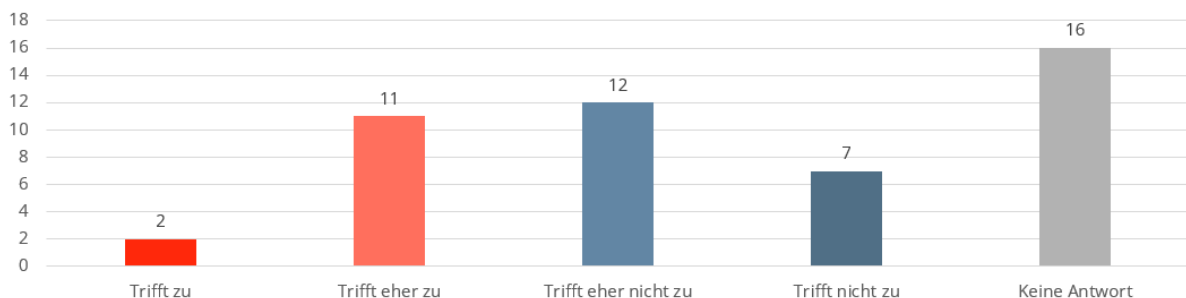


Abb. 14: Ergebnis der Befragung zu Frage 5 (Entwicklung der Klageverfahren bei Einzelanträgen)

Eine relative Mehrheit von 19 Krankenkassen (39,6 %) haben zu dieser Frage eine verneinende Antwort gegeben, 12 Krankenkassen (25,0 %) trifft eher nicht und 7 Krankenkassen (14,6 %) trifft nicht zu (siehe Abb. 14). 13 Krankenkassen (27,1 %) haben die Frage positiv beantwortet, nämlich 11 Krankenkassen (22,9 %), dass dies eher zutrifft und 2 Krankenkassen (4,2 %), dass dies zutrifft. 16 Krankenkassen (33,3 %) haben keine Antwort zu dieser Frage gegeben.

Die Krankenkassen waren in der Befragung gebeten, Angaben zur Anzahl der Genehmigungen, Ablehnungen, zu Widersprüchen und Klagen im Zusammenhang mit Anträgen zum LHB in den Jahren 2019, 2022 und 2023 vorzunehmen (vgl. Frage 6 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

Von den 48 Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben, haben 31 Krankenkassen (64,6 %) zahlenmäßige Angaben zu den abgefragten Kennzahlen für zumindest eines

der drei abgefragten Jahre gemacht. Angaben zu allen drei abgefragten Jahren haben insgesamt 23 Krankenkassen (47,9 %) gemacht.

Die nachfolgende Tabelle 6 stellt die Summe der angegebenen Werte der 31 Krankenkassen zu den abgefragten Kennzahlen für die Jahre 2019, 2022 und 2023 dar. Einschränkend ist anzumerken, dass ein Vergleich der Jahre untereinander nicht möglich ist, da nicht jede Krankenkasse Angaben in jedem Jahr vornahm.

Tab. 6: Anzahl von Anträgen, Genehmigungen, Ablehnungen, Widersprüchen und Klage im Zusammenhang mit Anträgen zum LHB

Anzahl	2019 (Anzahl der Krankenkassen)	2022 (Anzahl der Krankenkassen)	2023 (Anzahl der Krankenkassen)
gestellter Anträge	67.356 (n=23)	67.358 (n=28)	72.867 (n=29)
genehmigter Anträge	31.857 (n=23)	24.316 (n=27)	26.006 (n=28)
abgelehnter Anträge	29.186 (n=23)	37.540 (n=28)	41.236 (n=29)
eingelegerter Widersprüche	5.030 (n=24)	4.995 (n=29)	4.829 (n=29)
erhobener Sozialgerichtsklagen	219 (n=20)	161 (n=23)	148 (n=24)

Um einen Vergleich der Jahre untereinander zu ermöglichen, wurden im Folgenden die Angaben der 23 Krankenkassen, die Zahlen für die Jahre 2019, 2022 und 2023 geliefert haben, betrachtet.

Antragsaufkommen zum LHB

Um das Antragsaufkommen und dessen Entwicklung bei den Krankenkassen zu bewerten, wurde die Summe der Anzahl der gestellten Anträge der Krankenkassen, die zu allen drei Jahren Angaben gemacht haben, je Jahr ins Verhältnis zu der Summe der Anzahl der bei diesen Krankenkassen versicherten Personen zum Stichtag 1. Oktober des jeweiligen Jahres gesetzt. Die sich aus den Rückmeldungen der 23 einbezogenen Krankenkassen ergebende durchschnittliche Antragsquote betrug in den Jahren 2019, 2022 und 2023 konstant 0,2 % (siehe Abb. 15).

Genehmigungsquote zum LHB

Um die durchschnittliche Genehmigungsquote zu bewerten, wurde die Summe der Anzahl der erteilten Genehmigungen im Verhältnis zur Summe der Anzahl der gestellten Anträge bei den einbezogenen 23 Krankenkassen je Jahr ermittelt. Danach betrug die Genehmigungsquote im Jahr 2019 im Durchschnitt 48,4 % und ist bis zum Jahr 2022 auf 35,1 % zurückgegangen und im Jahr 2023 leicht auf 36,0 % angestiegen (siehe Abb. 15).

Ablehnungsquote zum LHB

Um die durchschnittliche Ablehnungsquote zu bestimmen, wurde die Summe der Anzahl der abgelehnten Anträge ins Verhältnis zur Summe der Anzahl der gestellten Anträge bei den einbezogenen 23 Krankenkassen je Jahr ermittelt. Danach betrug die Ablehnungsquote im Jahr 2019 im Durchschnitt 41,8 % und ist bis zum Jahr 2022 auf 54,4 % angestiegen und im Jahr 2023 wieder leicht auf 53,5 % zurückgegangen (siehe Abb. 15). Damit wurden im Jahr 2019 etwas weniger und in den Jahren 2022 und 2023 mehr als die Hälfte der gestellten Anträge

abgelehnt. Anzumerken ist, dass die Summe der genehmigten und der abgelehnten Anträge dabei nicht zwingend die Summe der gestellten Anträge ergibt.

Widerspruchsquote zum LHB

Zur Bestimmung der durchschnittlichen Widerspruchsquote wurde die Summe der Anzahl der Widersprüche im Verhältnis zur Summe der Anzahl der abgelehnten Anträge bei den 23 einbezogenen Krankenkassen je Jahr ermittelt. Danach betrug die Widerspruchsquote im Jahr 2019 im Durchschnitt 17,8 % und ist bis zum Jahr 2022 auf 13,9 % zurückgegangen. Sie ist im Jahr 2023 nochmals gesunken auf 12,7 % (siehe Abb. 15).

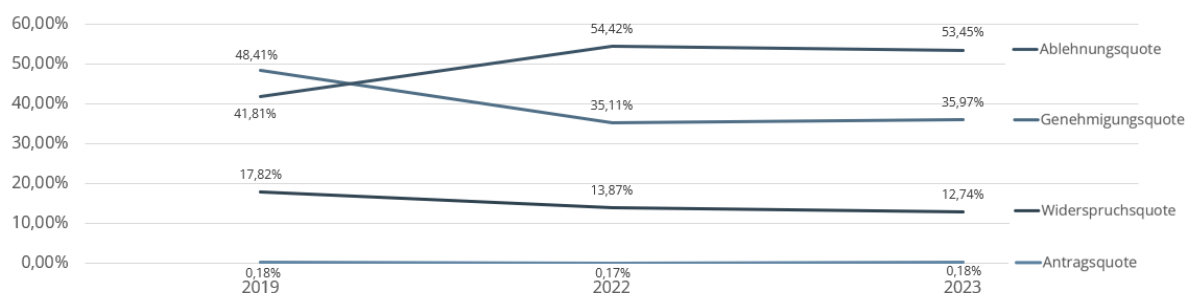


Abb. 15: Entwicklung von Antrags-, Genehmigungs-, Ablehnungs-, Widerspruchsquoten der Jahre 2019, 2022 und 2023

Klagequote zum LHB

Für die Erhebung der durchschnittlichen Klagequote wurde die Summe der Anzahl der eingereichten Sozialgerichtsklagen ins Verhältnis zur Summe der Anzahl der erhobenen Widersprüche bei den 20 Krankenkassen je Jahr ermittelt, die zu allen drei Jahren auch Angaben zu den erhobenen Sozialgerichtsklagen gemacht haben. Danach betrug die Klagequote bei diesen Krankenkassen im Jahr 2019 durchschnittlich 5,2 % und ist bis zum Jahr 2022 auf 5,0 % leicht zurückgegangen und im Jahr 2023 nochmals leicht auf 4,8 % gesunken.

4.3.4 Fragen zu § 15 HeilM-RL (Beginn der Heilmittelbehandlung)

Zu den Auswirkungen der geänderten Regelungen zum Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL) auf die Versorgung wurden die Krankenkassen gefragt, ob die Rückfragen zur Gültigkeit der Verordnung aufgrund der verlängerten Frist des Beginns von 28 Kalendertagen zurückgegangen sind (vgl. Frage 7 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

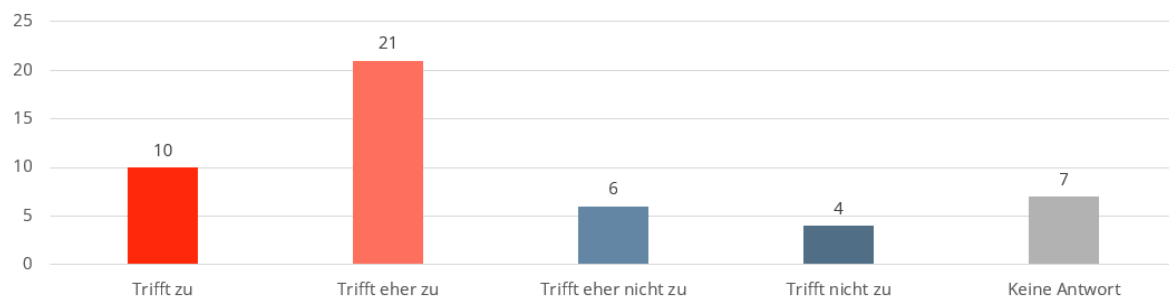


Abb. 16: Ergebnis der Befragung zu Frage 7 (Rückfragen wegen Frist zum spätesten Behandlungsbeginn)

Hierzu hat eine Mehrheit von 31 Krankenkassen (64,6 %) der 48 Krankenkassen eine positive Antwort gegeben, 21 Krankenkassen (43,8 %), dass dies eher zutrifft und 10 Krankenkassen

(20,8 %), dass dies zutrifft (siehe Abb. 16). 10 Krankenkassen (20,8 %) haben insgesamt eine verneinende Antwort gegeben, nämlich 6 Krankenkassen (12,5 %), dass dies eher nicht und 4 Krankenkassen (8,3 %) dass dies nicht zutrifft. 7 Krankenkassen (14,6 %) haben keine Antwort zu dieser Frage gegeben.

4.3.5 Fragen zum Bürokratieabbau und zur Zufriedenheit

Zur Frage, wie sich die Änderungen der Richtlinie im Abrechnungsalltag und auf den bürokratischen Aufwand ausgewirkt haben, wurden die Krankenkassen befragt, ob sich der Korrekturbedarf von Heilmittelverordnungen durch die „neue“ Anlage 3 (Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen) der geänderten HeilM-RL reduziert hat (vgl. Frage 8 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

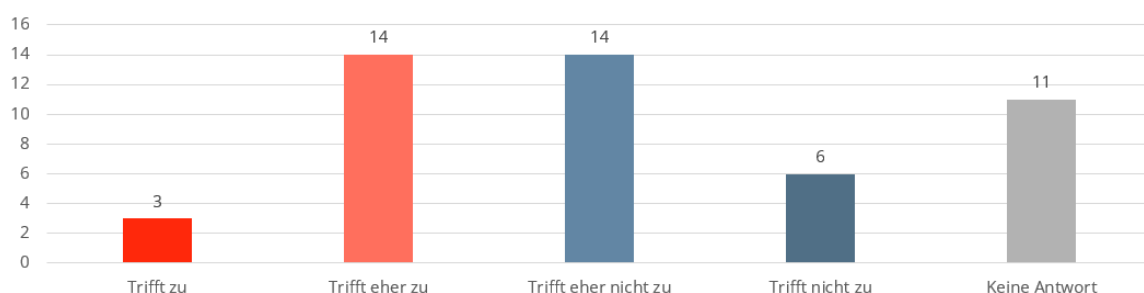


Abb. 17: Ergebnis der Befragung zu Frage 8 (Korrekturbedarf durch Anlage 3 HeilM-RL)

Hierzu haben 20 Krankenkassen (41,7 %) eine verneinende Antwort gegeben, davon 14 Krankenkassen (29,2 %), dass dies eher nicht zutrifft und 6 Krankenkassen (12,5 %), dass dies nicht zutrifft (siehe Abb. 17). 17 Krankenkassen (35,4 %) haben die Frage positiv beantwortet, und zwar 14 Krankenkassen (29,2 %), dass dies eher zutrifft und 3 Krankenkassen (6,3 %), dass dies zutrifft. 11 Krankenkassen (22,9 %) haben keine Antwort auf die Frage gegeben.

Zur Frage, wie sich die Änderungen der Richtlinie im Abrechnungsalltag und auf den bürokratischen Aufwand ausgewirkt haben, wurden die Krankenkassen nach den häufigsten Gründen für Abrechnungskorrekturen mit Leistungserbringenden befragt (vgl. Frage 9 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

Von den 48 Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben, haben 44 Krankenkassen (91,7 %) einen oder mehrere Gründe für Abrechnungskorrekturen genannt. In der nachfolgenden Tabelle 7 sind die 20 am häufigsten genannten Korrekturgründe absteigend nach Anzahl der Nennung aufgeführt:

Tab. 7: Gründe für Abrechnungskorrekturen

Korrekturgrund		Häufigkeit der Nennung
1	Fehler bei der Erhebung der Zuzahlung	32
2	Überschreitung der vertraglichen Abrechnungsfristen	32
3	Mehrfachabrechnung bereits abgerechneter Leistungen	30
4	Überschreitung des spätesten Behandlungsbeginns	27

– Fortsetzung Tab. 7 –

Korrekturgrund		Häufigkeit der Nennung
5	Fehler bei der Abrechnung von Hausbesuchen	25
6	Abrechnung eines nicht gültigen Vertragspreises	22
7	Überschneidung von alter/neuer Verordnung bei der Abrechnung	22
8	Abrechnung nicht verordneter Leistungen	13
9	Überschneidung mit vollstationärer Behandlung (Krankenhaus)	8
10	Überschreitung der verordneten Menge, laut VO	6
11	Fehler bei der Abrechnung der Position X1907 (pauschale Abgeltung für den erhöhten Hygienebedarf bei Hausbesuchen in sozialen Einrichtungen)	5
12	Stempel/Unterschrift des Verordners fehlt	5
13	Leistungserbringer ohne gültigen Vertrag	4
14	Überschreitung der Höchstmenge je Verordnung (Heilmittelkatalog)	4
15	Unterschrift des Leistungserbringers fehlt	3
16	Rechnungslegungsfrist/Einspruchsfrist überschritten	3
17	Verordnung fehlt	3
18	Hygienepauschale Corona	3
19	Maßnahme wurde auf der Rückseite nicht eingetragen	2
20	Gebührenposition fehlt oder ist falsch	2

4.3.6 Fragen zur Gesamteinschätzung der Reform der HeilM-RL

Zur Fragestellung, wie sich die Änderungen der Richtlinie im Versorgungsalltag und auf den bürokratischen Aufwand ausgewirkt haben, wurden die Krankenkassen auch befragt, wie zufrieden sie insgesamt mit den zum 1. Januar 2021 in Kraft getretenen Neuregelungen der HeilM-RL sind (vgl. Frage 10 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

Hierzu hat die Mehrheit von 32 Krankenkassen (66,7 %) der 48 Krankenkassen eine positive Antwort gegeben, 31 Krankenkassen (64,6 %), dass sie eher zufrieden sind und eine Krankenkasse (2,1 %), dass sie sehr zufrieden ist (siehe Abb. 18). 13 Krankenkassen (27,1 %) haben auf die Frage eine verneinende Antwort gegeben und zwar 11 Krankenkassen (22,9 %), dass sie

eher nicht zufrieden sind und zwei Krankenkassen (4,2 %), dass sie gar nicht zufrieden sind. Drei Krankenkassen (6,3 %) haben keine Antwort auf die Frage gegeben.

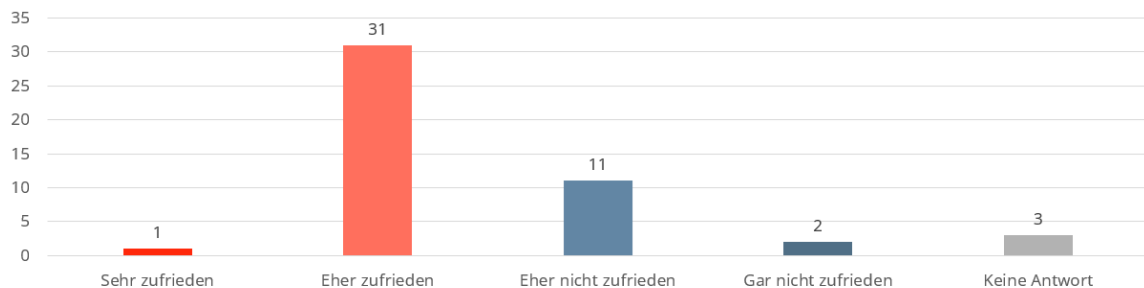


Abb. 18: Ergebnis der Befragung zu Frage 10 (Gesamtzufriedenheit mit der geänderten HeilM-RL)

Ebenfalls zur Fragestellung, wie sich die Änderungen der Richtlinie im Versorgungsalltag und auf den bürokratischen Aufwand ausgewirkt haben, wurden die Krankenkassen danach befragt, ob sich der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit Heilmittelverordnungen seit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zum 1. Januar 2021 bei den Krankenkassen reduziert hat (vgl. Frage 11 Fragebogen des GKV-SV, Anhang B1).

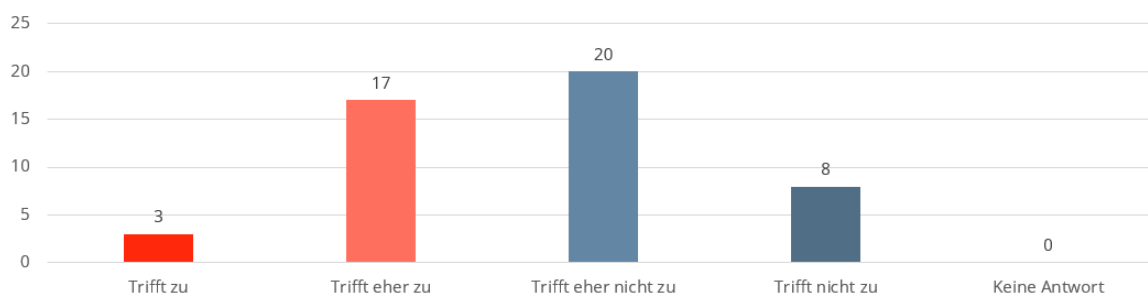


Abb. 19: Ergebnis der Befragung zu Frage 11 (Entwicklung des bürokratischen Aufwandes)

Hierzu hat eine Mehrheit von 28 Krankenkassen (58,3 %) der 48 Krankenkassen eine verneinende Antwort gegeben, davon 20 Krankenkassen (41,7 %), dass dies eher nicht zutrifft und 8 Krankenkassen (16,7 %), dass dies nicht zutrifft (siehe Abb. 19). 20 Krankenkassen (41,7 %) haben auf die Frage eine positive Antwort gegeben, und zwar 17 Krankenkassen (35,4 %), dass dies eher zutrifft und 3 Krankenkassen (6,3 %), dass dies zutrifft. Alle Krankenkassen haben diese Frage beantwortet.

4.3.7 Hinweise und Verbesserungsvorschläge

In Frage 12 des Fragebogens des GKV-SV (siehe Anhang B1) wurde nach Verbesserungsvorschlägen im Zusammenhang mit den Regelungen der HeilM-RL gefragt und unter Frage 13 explizit nach Hinweisen oder Anregungen.

Die Antworten zur Frage 12 (Verbesserungsvorschläge) und zur Frage 13 (Hinweise) enthielten zum Teil sowohl Hinweise als auch Verbesserungsvorschläge. Daher wurden alle Antworten zu den beiden Fragen zusammenhängend betrachtet und mittels qualitativer Inhaltsanalyse in zwei Themenkomplexe (Problemanzeigen [P] und Lösungsvorschläge [L]) unterteilt sowie jeweils Haupt- und Subkategorien zur Differenzierung gebildet (siehe Tab. 8). Im Anschluss wurden die Antworten zu Haupt- und Subkategorien geclustert. Dabei wurden Antworten vereinzelt auch zwei Kategorien zugeordnet.

Tab. 8: Hauptkategorie und Subkategorien der Themenkomplexe Problemanzeigen und Lösungsvorschläge

Hauptkategorie [Häufigkeit]		Subkategorien [Häufigkeit]	
Problemanzeigen (P)	P1 Ausgaben und Mengensteuerung [n=20]	Wirtschaftlichkeit	[n=3]
		Regressangst	[n=1]
		OBM/LHB/BVB	[n=15]
		Blankoverordnung nach § 13a HeilM-RL	[n=1]
	P2 Versorgungsverbesserung/ Versorgungssicherheit [n=8]	Allgemeine Hinweise	[n=2]
		Behandlungsbeginn	[n=2]
		Entlassmanagement	[n=2]
		Intensivtherapie SSSS-Therapie	[n=1]
		Erfahrungszeit Ernährungstherapie	[n=1]
	P3 Informationsdefizit [n=22]	Ärzte	[n=13]
Lösungsvorschläge (L)		Ärzte (LHB)	[n=7]
		Leistungserbringer (-verbände)	[n=2]
	P4 Bürokratie [n=9]	LHB	[n=4]
		Allgemeine Hinweise	[n=5]
	P5 Evidenz [n=3]	Mehr aktivierende Therapie in der Physiotherapie	[n=1]
		Begrenzung Massage	[n=2]
	L1 Corona [n=1]	Corona-Sonderregelungen § 2a HeilM-RL	[n=1]
	L2 Vereinheitlichung Heilmittel-RL Ärzte /Zahnärzte [n=1]	Allgemeine Hinweise zur HeilM-RL	[n=1]
	L3 Leistungsabgrenzungen in der HeilM-RL [n=3]	Verordnungsausschlüsse	[n=1]
		Ort der Leistungserbringung	[n=1]
Lösungsvorschläge (L)		Auswahl der Heilmittel	[n=1]
	L4 Parallelbehandlung (VO-Fall-Definition) [n=11]	Verordnungsfall	[n=11]
	L5 Regelungsklarheit [n=9]	Auswahl von Heilmittel/ Wärmetherapie im Hausbesuch	[n=1]
		Langfristiger Heilmittelbedarf	[n=1]
		Diagnoseliste Podologie	[n=2]
		Eingangsdiagnostik Ergotherapie	[n=1]
		Anlage 2 HeilM-RL (LHB)/ BVB-Liste	[n=1]
		Ort der Leistungserbringung	[n=1]
		Verordnungsvordruck	[n=1]
	L6 Hausbesuchsverpflichtung [n=3]	Hausbesuchsverpflichtung	[n=3]
Lösungsvorschläge (L)	L7 Komplexitätsverringern [n=6]	Physiotherapie	[n=1]
		Podologie	[n=1]
		Anlage 2 HeilM-RL (LHB)/ BVB-Liste	[n=3]
		Vertragsregelungen	[n=1]

4.4 Ergebnisse der Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und medizinischen Fachangestellten

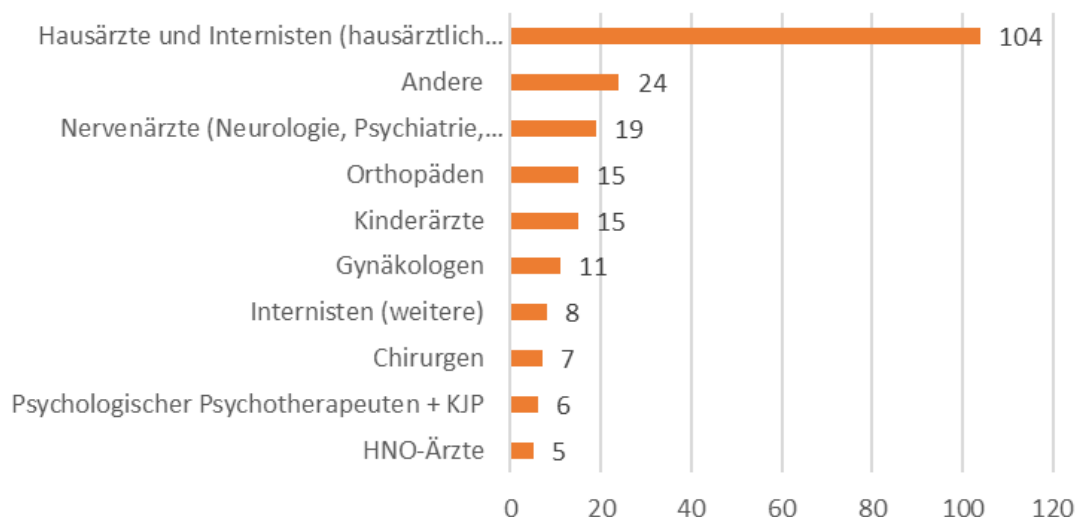
4.4.1 Beschreibung der Stichprobe

Zum 31. Dezember 2023 nahmen 187.441 Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Davon waren 153.726 Ärztinnen und Ärzte und 33.715 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten¹⁴.

Im Rahmen der Onlinebefragung haben insgesamt 386 Personen den Fragebogen aufgerufen. Von diesen konnten 238 Rückmeldungen erfasst werden, was einer Rücklaufquote von 61,7 % entspricht. Ausgehend von der absoluten Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten nahmen somit 0,1 % (n=238) an der Onlinebefragung der KBV teil. Von 238 Rückmeldungen konnten 236 in der Auswertung berücksichtigt werden.

An der Befragung nahmen zu 84,3 % (n=199) Ärztinnen und Ärzte teil, außerdem medizinische Fachangestellte und „andere Personen“, wie Praxismanager oder Geschäftsleiter (n=9) sowie Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (n=6). 21 Teilnehmende machten keine Angaben zu ihrer beruflichen Tätigkeit und in einem Fall wurde die Option „keine Antwort“ ausgewählt.

Am häufigsten waren die Fachgruppe der „Hausärzte und Internisten (hausärztlich tätig)“ (n=104) und „andere Fachgruppen“ (n=24) vertreten, die mittels Freitexteingabe erfragt wurden, wie z. B. „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ (n=7), „Spezielle Schmerztherapie/Anästhesie“ (n=4) oder „Urologie“ (n=2). Dem folgten „Nervenärzte (Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie)“ (n=19), „Orthopäden“ (n=15), „Kinderärzte“ (n=15) und „Gynäkologen“ (n=11). Alle erfassten Berufsgruppen werden in der folgenden Abbildung in ihrer Anzahl dargestellt.



[KJP– Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten]

Abb. 20: Beschreibung der Stichprobe – Abfrage zur Fachgruppe (n=236; davon n=1 „Keine Antwort“, n=27 nicht geantwortet) – die Abfrage der Fachgruppen erfolgte vereinfacht in der männlichen Form

¹⁴ Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/2023-12-31_BAR_Statistik.pdf (Zugriff: 25.04.2025)

Dabei waren Personen aus allen 17 KV-Regionen vertreten (siehe Abb. 21). Am häufigsten kamen Rückmeldungen aus der KV Bayern (n=38), gefolgt von der KV Nordrhein, KV Niedersachsen und KV Baden-Württemberg (jeweils n=21). Im Bereich der KV Bremen nahmen 2 Personen teil.

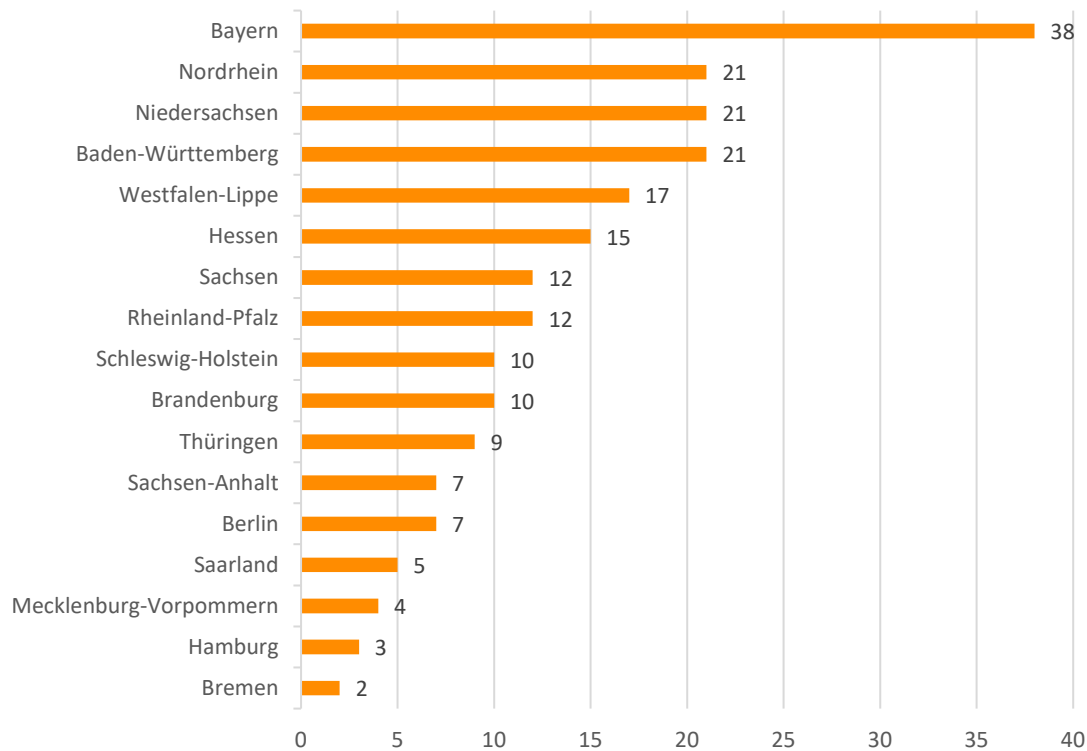


Abb. 21: Beschreibung der Stichprobe – Abfrage der KV-Zugehörigkeit (n=236) davon n=1 „Keine Antwort“, n=21 nicht geantwortet)

4.4.2 Ergebnisse nach Themenschwerpunkten

Die Umfrage der KBV fokussierte sich auf mehrere zentrale Aspekte der Heilmittelversorgung, die in direktem Zusammenhang mit der Reform der Heilm-RL des G-BA stehen. Dabei wurde untersucht, wie sicher sich die Befragten bei der Verordnung von Heilmitteln fühlen und wie gut sie über die neuen Regelungen informiert sind. Zusätzlich wurde die praktische Umsetzung der Reform hinsichtlich bürokratischer Entlastung und Softwareanpassungen bewertet. Gleichzeitig wurde erhoben, welche Informations- und Fortbildungsangebote genutzt werden und wie hoch der Schulungsbedarf eingeschätzt wird. Abschließend wurden die Häufigkeit von Rückfragen und Änderungsanlässen im Praxisalltag der Befragten erfasst (siehe Anhang B2, Fragebogen der KBV).

4.4.3 Verordnungssicherheit und Auswirkungen

Die erste Frage erfolgte dazu, ob sich die Praxen ausreichend sicher und gut informiert fühlen, um Heilmittel zu verordnen. Dabei gaben 61,0 % (n=144) der Befragten an, sie fühlen sich ausreichend sicher und gut informiert für die Verordnung von Heilmitteln. Dem gegenüber stehen 35,6 % (n=84) der Befragten, die diese Aussage abgelehnt haben (siehe Abb. 22).

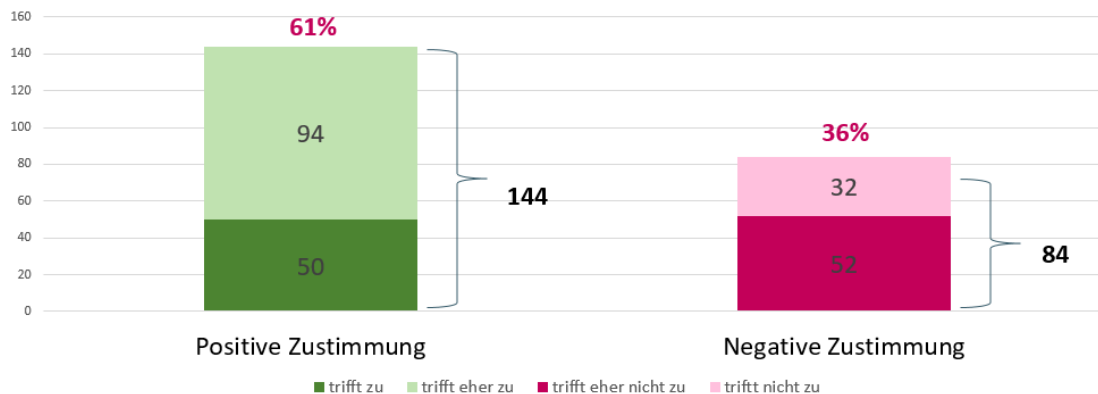


Abb. 22: Abfrage zur Verordnungssicherheit (n=236, davon n=2 „Keine Antwort“, n=6 nicht geantwortet)

Im Fall einer negativen Zustimmung wurde mit Hilfe einer Freitexteingabe abgefragt, was genau zur Verunsicherung beiträgt. Von 84 Personen mit negativer Zustimmung wurden 71 Freitextangaben zu dieser erweiterten Frage abgegeben. Aus den Antworten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse drei Hauptkategorien gebildet, die die Schwerpunkte der genannten Problembereiche darstellen sollen. Davon wurden 30 Antworten dem Problembereich „Regressgefahr und -angst“ zugeordnet, 28 Antworten dem Problembereich „Unklare und komplizierte Regelungen“ und 13 Antworten dem Problembereich „Mangelnde Übersicht und Informationsdefizite“.

Auswirkungen durch die Änderungen der HeilM-RL

In einem nächsten Schritt der Befragung wurde die Zustimmung oder Ablehnung von Aussagen zu bestimmten Auswirkungen durch die Änderungen der HeilM-RL abgefragt.

Aussage „Schnellere Ausstellung einer Heilmittelverordnung“

Die Aussage: „Ich bin schneller bei der Bearbeitung und Ausstellung einer Heilmittelverordnung.“ wurde zu einem Anteil von 55,5 % (n=131) abgelehnt. Die Zustimmung zu dieser Aussage lag bei einem Anteil von 36,9 % (n=87).

Aussage „Leichtere Bedienung der Verordnungssoftware“

Die Aussage: „Die Bedienung der Verordnungssoftware fällt mir nach der Umstellung leichter.“ wurde zu einem Anteil von 55,1 % (n=130) abgelehnt. Die Zustimmung zu dieser Aussage lag bei einem Anteil von 35,6 % (n=84).

Aussage „Weniger Anfragen zu Änderungen von Heilmittelverordnungen“

Die Aussage: „Ich habe seit der Umstellung 2021 weniger Anfragen zu Änderungen von Heilmittelverordnungen.“ wurde zu einem Anteil von 59,7 % (n=141) abgelehnt. Die Zustimmung zu dieser Aussage lag bei einem Anteil von 30,1 % (n=71).

Andere Erfahrungen mittels Freitexteingaben

Zusätzlich wurde mittels Freitexteingaben abgefragt, welche anderen Erfahrungen die Befragten im Zusammenhang mit der geänderten HeilM-RL mitteilen möchten. Von 236 Befragten lagen insgesamt 83 Antworten vor. Aus diesen Antworten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse fünf Hauptkategorien gebildet und die dazu erfassten Antworten ausgezählt (siehe Tab. 9).

Tab. 9: Abfrage zu weiteren Erfahrungen im Zusammenhang mit der geänderten HeilM-RL (n=83)

Hauptkategorie [Häufigkeit]	Beispiele für Einzelantworten
1. Komplexität und Bürokratie [n=26]	„Das Ganze ist so kompliziert, dass man irgendwann Fehler machen MUSS.“ „Das gesamte System ist dringend reformbedürftig. Es ist vollkommen undurchsichtig und nicht verständlich.“ „Es ist kaum denkbar, dass ein Vorgang noch bürokratischer gestaltet werden könnte.“ „Eine solche irrwitzige Regelungsdichte ist einfach nur Wahnsinn.“
2. Budgetdruck und Regressgefahr [n=20]	„Regressgefahr macht es schwierig, die notwendigen Verordnungen zu treffen.“ „Ich setze mich keinem Regressrisiko aus.“ „Gefahr der Überschreitung und ständige Diskussion mit Patienten.“ „Physiotherapeuten und Ergotherapeuten fordern häufig teurere Verordnungen, die mein Budget belasten.“
3. Kommunikationsprobleme und Koordination [n=15]	„Häufig kommen Änderungswünsche der Therapeuten.“ „Die Therapeuten kennen die neuen Regeln eher schlechter, die Rückfragen haben deutlich zugenommen.“ „Die Krankenkassen informieren Patienten oft nicht korrekt, sodass die Verantwortung beim Arzt bleibt.“ „Die Umstellung war an vielen Stellen sinnvoll, der Arbeitsaufwand bleibt jedoch hoch.“
4. Technische Einschränkungen und Flexibilität [n=12]	„Die Verordnungslogistik ist oft schwer zu handhaben.“ „Technische Umsetzung der Verordnung macht die Handhabung schwieriger.“ „Es wäre eine Erleichterung, wenn Blankoverordnungen im System besser verankert wären.“ „Softwareprobleme führen zu zusätzlichem Aufwand.“
5. Verbesserungen und Änderungswünsche [n=10]	„Längere Gültigkeit der Verordnungen ist ein positiver Aspekt.“ „Die Möglichkeit von Blankoverordnungen sollte ausgeweitet werden.“ „Ein bisschen besser, aber immer noch sehr aufwändig.“ „Die Verordnung müsste flexibler und weniger eingeschränkt sein.“

Die Auszählung der Antworten aus den jeweiligen Hauptkategorien zeigt, dass die häufigsten anderen Erfahrungen im Zusammenhang mit der geänderten HeilM-RL negative Erfahrungen sind (siehe Tab. 9). Die häufigsten Antworten wurden den Kategorien „Komplexität und Bürokratie“ (n=26) und „Budgetdruck und Regressgefahr“ (n=20) zugeordnet, während „Kommunikationsprobleme und Koordination“ und „Technische Einschränkungen“ ebenfalls bedeutende Anteile ausmachen. Anhand der Antworten tragen auch Patientenerwartungen und Therapeutenanfragen zu zusätzlicher Belastung bei. In 10 Antworten wurden Verbesserungen und Änderungswünsche eingegeben. Dabei wurde vor allem die sogenannte Blankoverordnung thematisiert, die es mehr geben oder ausgeweitet werden sollte. Zudem sollte die Verordnung weniger eingeschränkt und flexibler sein und bürokratische Hürden sollten abgebaut werden, hieß es in einzelnen Antworten.

4.4.4 Informationsquellen und Kenntnisstand

Ein weiterer Schwerpunkt der Umfrage durch die KBV lag darin zu erfahren, wo genau Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Medizinische Fachangestellte Informationen zur Verordnung von Heilmitteln beziehen, ob und welche Fortbildungsangebote sie nutzen und welchen Kenntnisstand sie in Bezug auf ausgewählte Regelungen der HeilM-RL haben.

Zu der Aussage: „Ich habe in den letzten drei Jahren folgende Angebote genutzt, um mich über die Verordnung von Heilmitteln zu informieren“ wurden vier Auswahlmöglichkeiten gegeben (Mehrfachantworten waren möglich).

Auswahl 1: „Informationsangebote meiner regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (z. B. KV-Zeitschrift, Broschüren oder Websites)“

Danach nutzen 75,8 % (n=179) der 236 Befragten Informationsangebote, wie KV-Zeitschriften, Broschüren oder Websites ihrer regionalen Kassenärztlichen Vereinigung, 23,3% (n=55) haben die Nutzung der genannten Angebote nicht bestätigt.

Auswahl 2 und 3: „(Online-) Fortbildungsangebote/Schulungen meiner regionalen Kassenärztlichen Vereinigung“ und „Online Fortbildungsangebote der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – KBV“

Ein Anteil von 49,2 % (n=116) hat die Nutzung von Fortbildungsangeboten und Schulungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt.

Auswahl 4: „Ich nutze Fortbildungsangebote sonstiger Anbieter (z. B. auch über Videoplattformen wie YouTube oder Vimeo)“

Ein Anteil von 20,3 % (n=48) hat Freitexteingaben zur Nutzung von Fortbildungsangeboten sonstiger Anbieter gemacht. Darunter wurden von 11 Personen Berufsverbände und Fachgesellschaften benannt, wie Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie oder die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. Manche Befragte gaben an Fachliteratur oder Zeitschriften zu nutzen (n=4) oder auch Schulungen von Softwareherstellern (n=4).

Abfrage zum Kenntnisstand

Der Kenntnisstand wurde zu sechs zentralen Regelungen der HeilM-RL abgefragt, z. B. „Mir ist bekannt, dass ich die orientierende Behandlungsmenge überschreiten kann.“ oder „Mir ist bekannt, dass ich kein behandlungsfreies Intervall von 6 Monaten einhalten muss, wenn ich die orientierende Behandlungsmenge erreicht habe.“

Auf diese Frage antworteten 227 (96,2 %) der 236 Befragten. Insgesamt ergibt sich über alle sechs abgefragten Regelungen (siehe Anhang B2 – Fragebogen der KBV), dass durchschnittlich 58,7 % der 236 Befragten die Kenntnis dieser veränderten Regelungen in der HeilM-RL bestätigen. Demgegenüber stehen die Ergebnisse zur Frage nach Informations- und Schulungsbedarfen anhand der folgenden acht verschiedenen Themenkomplexe, die zur Auswahl standen (siehe Tab. 10).

Zu den in Tab. 10 aufgeführten Themenkomplexen bestätigen 54,7 % der Befragten einen Informations- oder Schulungsbedarf. Am häufigsten wurden Informations- oder Schulungsbedarfe für die Themen „Wirtschaftlichkeitsprüfung“ (69,5 %, n=164), „Blankoverordnung“ (63,1 %, n=149) und „Änderung und Korrektur von Verordnungen“ (63,1 %, n=149) bestätigt.

Tab. 10: Übersicht der Themenkomplexe zur Abfrage von Informations- und Schulungsbedarfen

Informations- und Schulungsbedarfe
1. Voraussetzungen für die Verordnung von Heilmitteln
2. Auswahl und Menge der Heilmittel
3. Ort der Leistung
4. Blankoverordnung
5. Änderung oder Korrektur von Verordnungen
6. Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Heilmittel
7. Besonderer Ordnungsbedarf (BVB)
8. Langfristiger Heilmittelbedarf (LHB)

In der ergänzenden Freitextabfrage, zu weiteren Themen bei denen Informations- oder Schulungsbedarfe bestehen, wurden 22 Antworten eingegeben. Darunter waren spezifische Themen oder auch detaillierte Fragestellungen, die eingebracht wurden, z. B. zu Hausbesuchen im Altenheim oder zur Auswahl der Behandlungszeit bei der Verordnung von manueller Lymphdrainage oder Sprechtherapie. Diese konnten überwiegend den oben genannten Themenfeldern zugeordnet werden. Auch gab es weitere Eingaben, die nicht der eigentlichen Frage zugeordnet werden konnten. Diese waren z. B. „Wegen Regressen bin ich sehr vorsichtig in den Verordnungen“, „Kein Bedarf“ oder „Eigentlich ist das Thema zu komplex“ und „Ich habe gar keine Zeit mehr für Schulungen“. Neue Aspekte, die aus den Antworten isoliert werden konnten, waren vor allem Wünsche nach praxisorientierten, bürokratieärmeren Informationen und Regelungen, z. B. in Form von indikationsspezifischen Handlungsanweisungen oder Behandlungspfaden.

Ansprechpartner bei Fragen zu Heilmittelverordnungen

Im Rahmen der Erfassung wurde zusätzlich abgefragt, wer im Team einer Arzt- oder Psychotherapiepraxis oder Organisationseinheit Hauptansprechpartnerin oder -ansprechpartner bei administrativen Fragen zu Heilmittelverordnungen ist. Danach gaben 152 (64,4 %) der Befragten (n= 236) an, dass Ärztinnen oder Ärzte, Psychotherapeutinnen oder -therapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten Hauptansprechpartner bei Fragen sind. Medizinische Fachangestellte wurden zu einem Anteil von 25,0 % (n=59) als Hauptansprechpartner ausgewählt und in vier Fällen (1,7 %) andere Personen in der Praxis (bspw. Praxismanagerinnen oder Praxismanager).

Bei der Frage nach institutionellen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern wurden am häufigsten die KV (72,0 %, n=170) und Leistungserbringende, wie z. B. Physiotherapie- oder Ergotherapiepraxis benannt (33,9 %, n=80). Darauf folgen als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner mit beinahe gleichwertigen Anteilen zwischen 12,0 % und 9,0 % Krankenkassen, Berufsverbände und die Kassenärzte Bundesvereinigung und „Andere“. Auf die Kategorie „Ich kontaktiere keine andere Institution bei Fragen“ fielen 15 (6,4 %) der Antworten.

4.4.5 Rückfragen und Änderungen

Ein weiterer und zentraler Schwerpunkt der Befragung durch die KBV lag darin, zu objektivieren, wie häufig Rückfragen zu Heilmittelverordnungen im Praxisalltag gestellt werden, die im Zusammenhang mit einer Änderung der Heilmittelverordnung stehen. In einem ersten Schritt wurde unabhängig vom Anlass gefragt, wie häufig Rückfragen zu Heilmittelverordnungen

auftreten, die eine Änderung der Verordnung erfordern. Die Kategorien zur Bewertung der Häufigkeit waren:

- „keine Rückfragen“
- „weniger als 5 % der ausgestellten Verordnungen (20. Verordnung)“
- „5-10 % der ausgestellten Verordnungen (19. bis 10. Verordnung)“
- „10-20 % der ausgestellten Verordnungen (9. bis 5. Verordnung)“
- „mehr als 20 % der ausgestellten Verordnungen (mehr als jede 5. Verordnung)“.

Dabei gaben 4,2 % (n=10) der Befragten (n=236) an, keine Rückfragen zu erhalten. Die am häufigsten ausgewählte Kategorie zur Häufigkeit von Rückfragen war mit 32,6 % (n=77) „weniger als 5,0 % der ausgestellten Verordnungen (jede 20. Verordnung)“, gefolgt von „5-10 % der ausgestellten Verordnungen (jede 19. bis jede 10. Verordnung)“ mit 30,5 % (n=72) und „10-20 % der ausgestellten Verordnungen (jede 9. bis jede 5. Verordnung)“ mit 18,2 % (n=43).

In einem weiteren Schritt der Befragung wurde die Häufigkeit zu zehn verschiedenen Änderungsanlässen abgefragt. 207 (87,7 %) der Befragten machten hierzu Angaben. Die Ergebnisse zu den dabei am häufigsten und am zweithäufigsten genannten Kategorien werden in Tabelle 11 dargestellt.

Am häufigsten wurde von den 207 Antwortenden die Kategorie „keine Rückfragen“ vergeben für die Änderungsanlässe „Personalienfeld (Änderung von z. B. Name, Vorname des Versicherten oder Versicherten-Nummer)“ (81,6 %, n=169), „Behandlung von Kindern und Jugendlichen in tagesstrukturierenden Einrichtungen“ (47,8 %, n=99) und „Leitsymptomatik (buchstabenkodiert und Freitextangaben)“ (43,0%, n=89).

Die meistgenannte Kategorie mit der höchsten Häufigkeit von Rückfragen und Änderungsbedarfen wurde zum Punkt „Neuausstellung der Verordnung, weil die Gültigkeit von 28 Tagen seit Ausstellungsdatum abgelaufen ist“ mit einem Anteil von 45,4 % (n=94) ausgewählt. Alle weiteren Anlässe wurden mehrheitlich mit „weniger als 5,0 % der ausgestellten Verordnungen (20. Verordnung)“ bewertet (siehe Tab. 11).

Tab. 11: Ergebnisse der Abfrage zur Häufigkeit von Rückfragen und Änderungen von Heilmittelverordnungen nach Änderungsanlässen in Anteilen der abgegebenen Antworten in Prozent (n=207)

Änderungsanlass	Häufigste Kategorie	Anteil	Zweithäufigste Kategorie	Anteil
Personalienfeld	keine Rückfragen	81,6 %	< 5 % 20. VO	16 %
Behandlung Kinder/Jugendliche Einrichtungen	keine Rückfragen	47,8 %	< 5 % 20. VO	21 %
Leitsymptomatik	keine Rückfragen	43,4 %	< 5 % 20. VO	41 %
verordnete Heilmittel	< 5 % 20. VO	47,8 %	5-10 % 19-10. VO	24 %
Diagnosegruppe	< 5 % 20. VO	46,5 %	10-20 % 9.-5. VO	23 %
Zusätzliche Angaben zum Heilmittel	< 5 % 20. VO	46,7 %	keine Rückfragen	27 %
ICD-10-Kodes oder Diagnose	< 5 % 20. VO	44,7 %	keine Rückfragen	33 %
Behandlungseinheiten	< 5 % 20. VO	43,2 %	5-10 % 19-10. VO	26 %

– Fortsetzung Tab. 11 –

Änderungsanlass	Häufigste Kategorie	Anteil	Zweithäufigste Kategorie	Anteil
Therapiefrequenz	< 5 % 20. VO	42,2 %	5-10 % 19-10. VO	29 %
Neuausstellung der Verordnung	10-20 % 9.-5. VO	45,4 %	< 5 % 20. VO	27 %

Auch zu dem Fragenkomplex „Rückfragen und Änderungen“ wurde abschließend eine Freitextabfrage vorgenommen, um weitere Anlässe für Änderungen von Verordnungen zu erfassen. Dabei wurden vor allem Hinweise gegeben, die Kapazitäts- und Terminprobleme in den Therapiepraxen artikulieren und Probleme mit dem Verordnungsdatum betreffen. Diese können eindeutig dem Anlass „Neuausstellung der Verordnung“ zugeordnet werden, der in der statistischen Auswertung den häufigsten Änderungsanlass darstellt. Weitere im Freitext angegebene Gründe waren „fehlende Qualifikation oder Spezialisierung der Therapeuten“ oder „Änderungen von Gruppen- in Einzelbehandlung“.

4.5 Ergebnisse der Befragung von Patientinnen und Patienten

Im Zeitraum vom 1. September 2024 bis 14. Oktober 2024 wurde eine Online-Umfrage über die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V durchgeführt. Insgesamt haben 1.042 Personen, davon 968 gesetzlich Versicherte, an der Befragung teilgenommen. Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die 968 gesetzlich versicherten Befragten. Teilweise wurden in den Fragebögen einzelne Fragen nicht beantwortet bzw. übersprungen. Deshalb ist die Anzahl der einbezogenen Antworten gegebenenfalls kleiner als die Gesamtheit (n=968) und differiert zudem je nach Frage. In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse aus der Befragung deskriptiv dargestellt.

4.5.1 Personenbezogene Informationen

Im ersten Teil der Befragung wurden personenbezogene Daten erfasst, darunter Angaben dazu, für wen der Fragebogen ausgefüllt wurde, Alter, Geschlecht, Art der Krankenversicherung sowie das Bundesland, in dem die befragte Person wohnt (vgl. Frage 1 bis 5 Fragebogen der PatV, Anhang B3).

Insgesamt nahmen 968 Personen an der Befragung teil. Eine Person hat die Frage übersprungen, sodass 967 Antworten in die Auswertung der Frage 1, für wen der Fragebogen ausgefüllt wurde, eingingen. Von 967 Antwortenden gaben 873 Personen (90,3 %) an, den Fragebogen für sich selbst ausgefüllt zu haben, während 94 Personen (9,7 %) dies für eine Angehörige oder einen Angehörigen taten. Die Altersverteilung der Befragten ist in Tabelle 12 dargestellt. Die Geschlechterverteilung (n=968) zeigt, dass 762 Personen (78,7 %) weiblich waren, 205 Personen (21,2 %) männlich und eine Person (0,1 %) divers.

Tab. 12: Ergebnisse zur Frage 2: Altersverteilung der befragten Person (n=964)

Altersgruppe	Anzahl Personen	Anteil in %
0 bis 18 Jahre	29	3,0
19 bis 64 Jahre	709	73,6
65 Jahre und älter	226	23,4

Es zeigte sich zudem, dass Personen aus allen 16 Bundesländern an der Umfrage teilgenommen haben (siehe Abb. 24) und der Fragebogen zu allen Heilmittelbereichen beantwortet wurde (siehe Abb. 23). Die überwiegende Mehrzahl der 965 Personen, die angegeben haben, für den jeweiligen Heilmittelbereich den Fragebogen auszufüllen (aktuell oder in der Vergangenheit Heilmittelverordnungen zu erhalten/erhalten zu haben), taten dies für den Bereich Physiotherapie (n=782; 81,0 %). Die verbleibenden 19,0 % (n=183) verteilen sich auf Ergotherapie (9,5 %), SSSS-Therapie (5,9 %), Podologie (3,1 %) sowie Ernährungstherapie (0,4 %). Die Altersverteilung für die einzelnen Heilmittelbereiche ist in Tabelle 13 dargestellt.

Tab. 13: Ergebnisse zur Frage 2: Altersverteilung je Heilmittelbereich (n=965)

Heilmittelbereich	0-18 Jahre	19-64 Jahre	65 und älter
Physiotherapie	9	602	171
Ergotherapie	5	63	24
SSSS-Therapie	15	23	19
Podologie	0	17	13
Ernährungstherapie	0	3	1

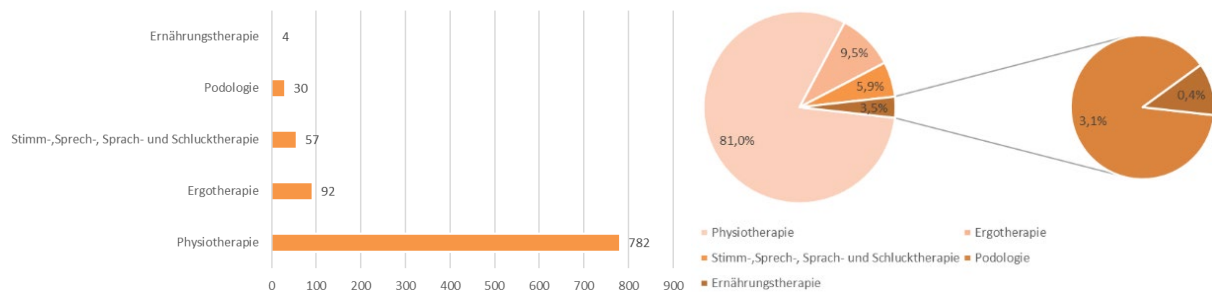


Abb. 23: Ergebnisse zur Frage 1: „Anzahl“ der Personen, die angegeben haben, für den jeweiligen Heilmittelbereich den Fragebogen auszufüllen (aktuell oder in der Vergangenheit Heilmittelverordnungen zu erhalten/erhalten zu haben) (n=965)

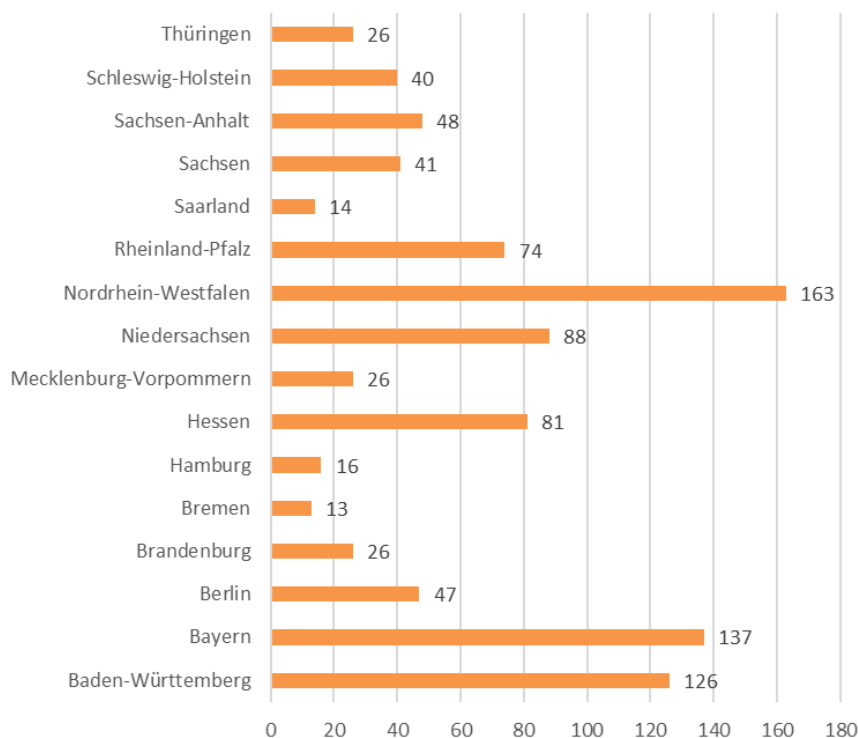


Abb. 24: Ergebnisse zur Frage 4: Verteilung befragter Personen nach Bundesland (n=966)

In Frage 7 wurde nach der auf der Verordnung vermerkten Diagnose gefragt (vgl. Fragebogen der PatV, Anhang B3). Zur Auswertung der Antworten wurden insgesamt 966 Fragebögen herangezogen.

Von diesen enthielten 850 Fragebögen (88 %) verwertbare Aussagen zur Diagnose. In 116 Fällen (12,0%) fehlten entsprechende Informationen: In 94 Fragebögen wurden im Feld „Diagnose“ keine Angaben gemacht, bei weiteren 22 Fragebögen fanden sich zwar Texteinträge, diese bezogen sich jedoch nicht auf eine medizinische Diagnose (z. B. „habe kein Rezept bekommen“).

Die Qualität der Angaben war jedoch sehr unterschiedlich: Etwa ein Drittel der Befragten nannte eine nach ICD-10-GM kodierte Diagnose. Rund zwei Drittel der Angaben erfolgten im Klartext, wobei häufig Krankheitsgruppen wie Rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose oder

Bandscheibenvorfall genannt wurden. Seltener wurden spezifische Diagnosen wie Ehlers-Danlos-Syndrom oder systemische Sklerose genannt. In einigen wenigen Fällen wurden unspezifische Beschreibungen wie „Schmerzsyndrom“ verwendet.

Alle 850 Fragebögen mit Diagnoseangaben konnten zumindest einem Krankheitscluster zugeordnet werden. Teilweise wurden ICD-10-Codes genannt, überwiegend jedoch Freitextangaben. In einigen Fällen wurden mehrere Diagnosen aufgeführt; für die Clusterung wurde jeweils die erste Diagnoseangabe berücksichtigt.

Abbildung 25 zeigt die Verteilung der Diagnosen nach Krankheitsobergruppen (n=850). Die Häufigkeit der einzelnen Krankheitscluster variiert deutlich: Mit Abstand am häufigsten wurden entzündliche rheumatische Erkrankungen einschließlich Kollagenosen und entzündlichen Systemerkrankungen des Bindegewebes genannt (321 Nennungen; 37,8 %), gefolgt von Erkrankungen des Nervensystems (202 Nennungen; 23,8 %), zu denen häufig Multiple Sklerose gezählt wurde (siehe Abb. 25). Weitere relevante Kategorien umfassen Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen sowie Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen einschließlich Stottern und Laryngektomie.

Aufgrund der Heterogenität der Angaben und der teils unpräzisen Diagnosen bzw. Krankheitsbeschreibungen war eine standardisierte Kodierung aller Diagnosen nach ICD-10 nicht zielführend. Stattdessen wurde eine Clusterung der Diagnosen nach Krankheitsobergruppen vorgenommen, um die Vielfalt der Daten zu strukturieren und eine aussagekräftige Analyse zu ermöglichen.

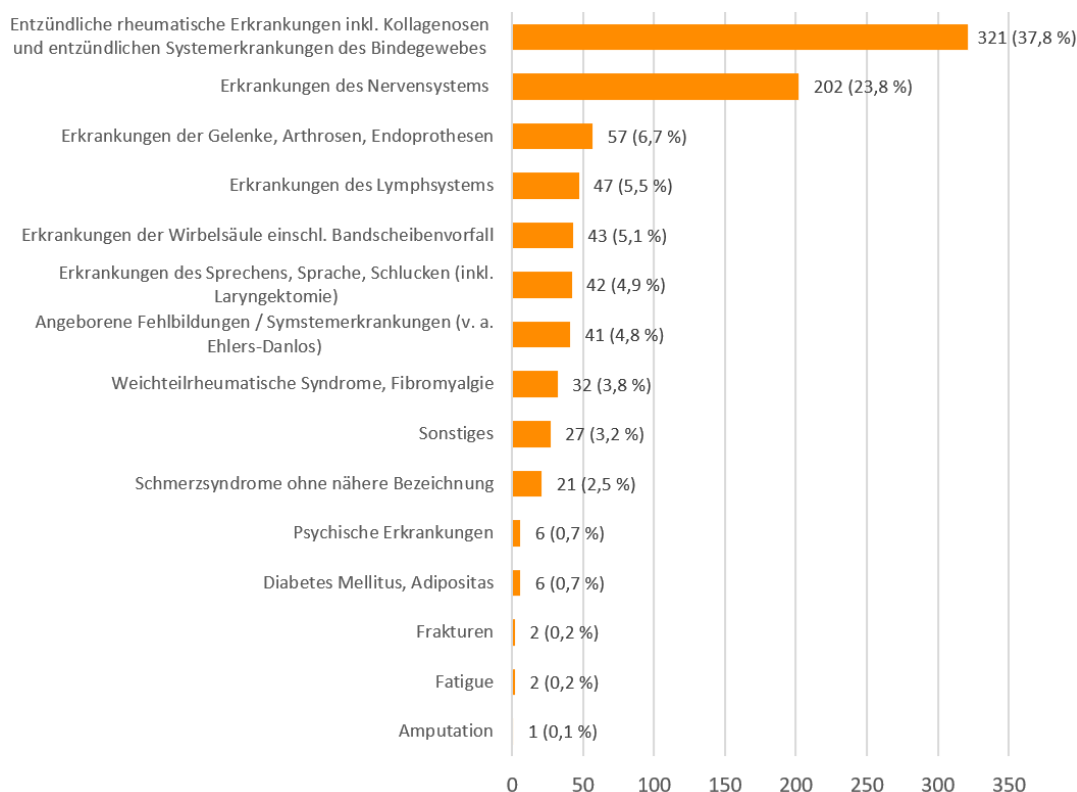


Abb. 25: Ergebnisse zur Frage 7: Verteilung der Diagnosen nach Krankheitsobergruppen (n=850)

4.5.2 Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

In diesem Teil der Befragung wurden Informationen zu den verordneten Heilmitteln erhoben (vgl. Frage 8 bis 17 Fragebogen der PatV, Anhang B3).

Auf Frage 8 antworteten 964 Personen, 4 Personen haben die Frage übersprungen. Die Auswertung der Antworten auf Frage 8 zeigt, dass von den 964 Antwortenden 675 Personen (70,0 %) angeben, Heilmittel für den jeweiligen Heilmittelbereich durchgängig und ohne Unterbrechungen verordnet zu bekommen (Zahl der Antworten mit „trifft zu“ und „trifft eher zu“). Unterbrechungen aufgrund von Urlaub, Krankheit oder kurzzeitigen Ausfällen der Therapeutin oder des Therapeuten sollten bei der Antwort auf die Frage nicht berücksichtigt werden. Im Gegensatz dazu stimmten 272 (28,2 %) Personen dieser Aussage nicht zu (Antworten „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“). 17 Personen haben „keine Antwort“ ausgewählt (vgl. Frage 8 Fragebogen der PatV, Anhang B3; siehe Abb. 26).

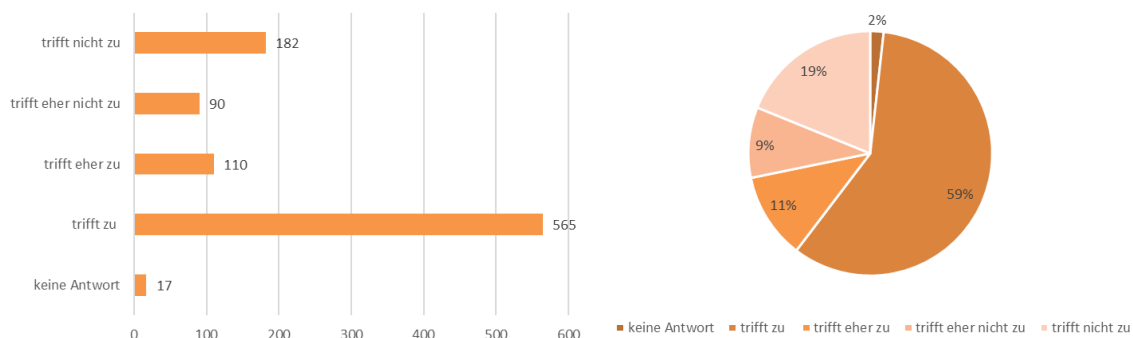


Abb. 26: Ergebnisse zur Frage 8: Angaben, ob das angegebene Heilmittel durchgängig und ohne Pausen verordnet wurde (n=964)

Heilmittel werden nach Angaben der hier Befragten überwiegend von Fachärztinnen oder Fachärzten verordnet (51,0 %), gefolgt von Hausärztinnen oder Hausärzten (34,9 %, siehe Abb. 27). Unter der Rubrik „Andere“ wurden klartextlich verschiedene Fachrichtungen wie Neurologie, Orthopädie und Rheumatologie sowie Kliniken und Zahnärztinnen oder Zahnärzte genannt. 71 Befragte (7,4 %) erhielten die Verordnungen durch Spezialambulanzen bzw. -einrichtungen. Dies ist ein Hinweis auf die Bedeutung solcher Einrichtungen für die Patientenversorgung.

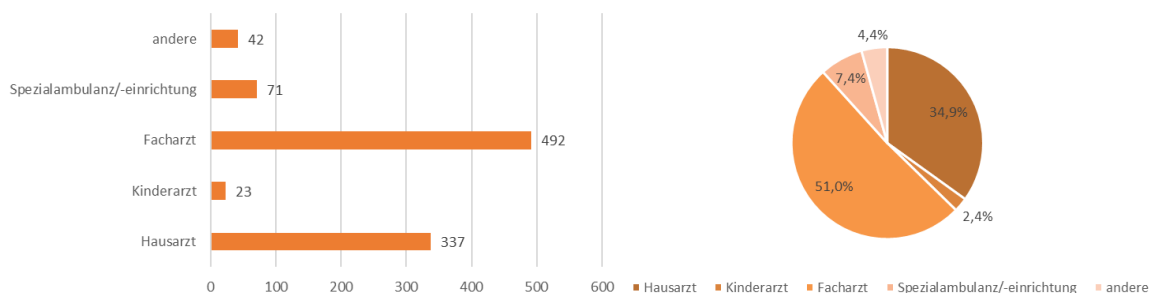


Abb. 27: Ergebnisse zur Frage 9: Angaben von Patientinnen und Patienten zu verordnenden Berufsgruppe (n=965)

Mit Blick auf die Frage 10 (vgl. Fragebogen der PatV, Anhang B3), ob die Diagnose auf der Liste für den langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) oder der Liste für besondere Verordnungsbedarfe (BVB) steht, gaben 538 Personen (55,6 %) von 968 Befragten an, dass ihre Diagnose auf einer der beiden Listen geführt wird. 71 Personen (7,3 %) verneinten dies, während 352 Personen

(36,4 %) angaben, nicht zu wissen, ob ihre Diagnose auf einer der Listen steht. Fünf der Befragten haben diese Frage übersprungen, und zwei haben keine Angabe gemacht.

In den Fragen 11 und 12 (vgl. Fragebogen der PatV, Anhang B3) wurden die Begründungen von Ärztinnen und Ärzten für eine Unterbrechung oder Beendigung der Verordnung von Heilmitteln thematisiert.

Insgesamt stimmten 320 Personen (33,2 %) von 965 Antwortenden der Aussage zu, dass eine Unterbrechung oder Beendigung der Heilmittelverordnung von Ärztinnen und Ärzten damit begründet wurde, dass keine weiteren Einheiten (z. B. nach 6, 12 oder 18 Einheiten) verordnet werden dürften (siehe Abb. 28, Antworten „trifft zu“ und „trifft eher zu“). Insgesamt verneinten 543 der Befragten (60,0 %; Angaben „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“) die Aussage, dass die Heilmittelverordnung aufgrund solcher Begrenzungen beendet oder unterbrochen wurde, während 95 Personen (9,8 %) keine Antwort ausgewählt haben.

Aufgeschlüsselt nach Altersgruppen zeigt Tabelle 14, dass vor allem Personen im Alter von 19 bis 64 Jahren (235 von 320 Personen; 73,4 %) von einer Unterbrechung/Beendigung der Heilmittelverordnung aufgrund limitierter Verordnungsmengen betroffen sind, während Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (10 von 320 Personen; 3,1 %) sowie ältere Menschen über 65 Jahre (75 von 320 Personen; 23,4 %) seltener diese Begründung erfahren haben.

Tab. 14: Ergebnis zur Frage 11 – Auswertung nach Altersgruppen: Begründung der Unterbrechung/Beendigung der Heilmittelverordnung mit limitierter Verordnungsmengen von 6, 12 oder 18 Einheiten durch die Verordnenden, aufgeschlüsselt nach Zustimmung und Alter

Antwortoption	0-18 Jahre	19-64 Jahre	65 und älter	Insgesamt
Trifft zu	8	173	52	233
Trifft eher zu	2	62	23	87
Insgesamt	10	235	75	320

Zudem gaben 291 Personen (30,2 %) an, dass als Begründung für die Behandlungsunterbrechung weitere Faktoren wie Regress, Überschreitung des Budgets sowie die Haftung für die Wirtschaftlichkeit genannt wurden (siehe Abb. 29, Antworten „trifft zu“ und „trifft eher zu“).

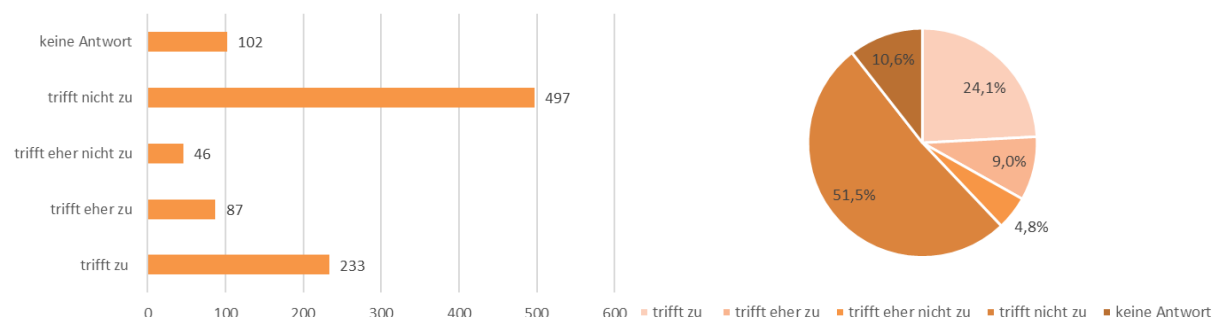


Abb. 28: Ergebnis zur Frage 11: Begründung der Unterbrechung/Beendigung der Heilmittelverordnung mit limitierten Verordnungsmengen von 6, 12 oder 18 Einheiten durch die Verordnenden (n= 965)

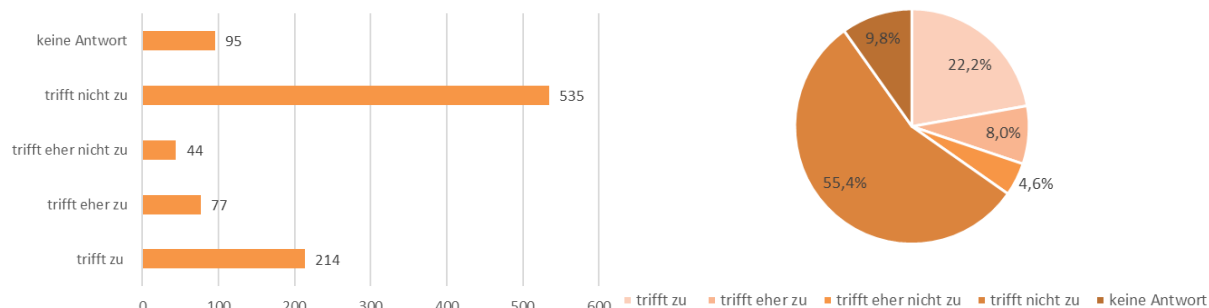


Abb. 29: Ergebnis zur Frage 12: Begründung der Unterbrechung/Beendigung der Heilmittelverordnung mit Regress, Budget oder Wirtschaftlichkeit durch die Verordnenden (n= 965)

Für Frage 13 (vgl. Fragebogen der PatV, Anhang B3), die nach der Dauer der Unterbrechung bis eine neue Verordnung ausgestellt wird, fragt, wurden folgende Zeitspannen angegeben: keine Pause, vier Wochen, ein Quartal (drei Monate), ein halbes Jahr (sechs Monate) oder ein Jahr. Eine quantitative Aussage dazu ist nicht möglich.

Hinsichtlich der Ausstellung einer Verordnung für einen Zeitraum von zwölf Wochen gaben 432 Personen (44,9 %) von 961 Antwortenden an, diese auf einer einzigen Verordnung erhalten zu haben (Angaben: „trifft zu“ und „trifft eher zu“). Im Gegensatz dazu berichteten 467 der Befragten (48,6 %), dass sie zwei oder mehr Verordnungen für diesen Zeitraum erhielten (siehe Abb. 30).

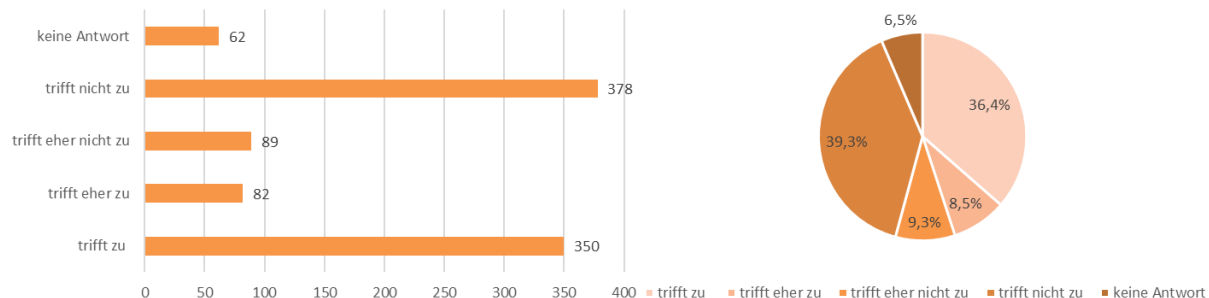


Abb. 30: Ergebnis zur Frage 14: Ausstellung des Heilmittels auf einer einzigen Verordnung für einen Zeitraum von 12 Wochen (n=961)

In Tabelle 15 ist die durchschnittliche Anzahl der Verordnungen für einen Heilmittelbereich je Quartal dargestellt, wenn nicht für 12 Wochen verordnet wurde (vgl. Fragebogen der PatV, Frage 15 Anhang B3).

Tab. 15: Ergebnis zur Frage 15: Durchschnittliche Anzahl der Verordnungen pro Quartal

Anzahl der VO pro Quartal	Anzahl der Befragten	Anteil der Befragten
1-2	475	54,1 %
3-4	109	12,4 %
Mehr als 4	49	5,6 %
Keine Angabe	245	27,9 %
Gesamt	878	100 %

In Frage 16 (vgl. Fragebogen der PatV, Anhang B3) wurde die Verschreibung von Doppelbehandlungen erfragt. 959 Personen haben diese Frage beantwortet. 9 Personen haben die Frage übersprungen. 219 Personen (22,8 %, Angaben: „trifft zu“ und „trifft eher zu“) gaben an, dass sie Doppelbehandlungen verordnet bekämen, während 690 Personen (71,9 %, Angaben: „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“) dies verneinten. 50 Personen haben hierzu „keine Antwort“ ausgewählt (siehe Abb. 31).

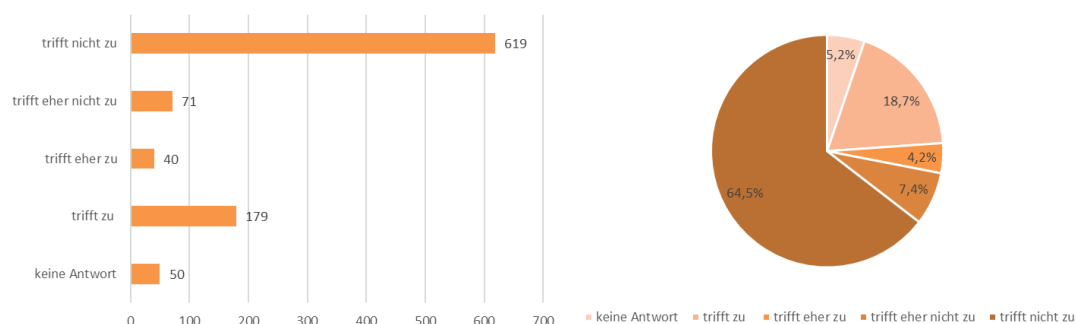


Abb. 31: Ergebnis zur Frage 16: Anzahl der Befragten mit verordneten Doppelbehandlungen (n=959)

Die Frage, ob Heilmittelverordnungen für Ergotherapie mit 20 Therapieeinheiten ausgestellt wurden, richtete sich ausschließlich an Versicherte mit psychischen Erkrankungen, welche Ergotherapie erhalten (siehe Tab. 16, vgl. Frage 17 Fragebogen der PatV, Anhang B3). Personen, für die dies nicht zutreffend war, waren gehalten, „keine Antwort“ auszuwählen. 162 Personen haben die Frage übersprungen. 727 der Personen (90,2 %), die diese Frage beantworteten, wählten hierzu „keine Antwort“. 20 Personen (2,5 %) gaben an, dass Heilmittelverordnungen für Ergotherapie mit 20 Therapieeinheiten ausgestellt wurden („trifft zu“ und „trifft eher zu“). 59 Personen (7,4 %) verneinten diese Aussage („trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“).

Tab. 16: Ergebnis zur Frage 17: Anzahl der Befragten mit Verordnungen für Ergotherapie mit 20 Therapieeinheiten

Antwortoption	Anzahl der Befragten	Anteil der Befragten
Trifft zu	14	1,7 %
Trifft eher zu	6	0,7 %
Trifft eher nicht zu	7	0,9 %
Trifft nicht zu	52	6,5 %
Keine Antwort	727	90,2 %
Gesamt	806	100 %

4.5.3 Langfristiger Heilmittelbedarf – patientenindividueller Antrag

Abbildung 32 bildet die Ergebnisse zu Frage 18 (vgl. Fragebogen der PatV, Anhang B3) ab, in der erfragt wurde, ob die Befragten einen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) bei ihrer Krankenkasse gestellt haben.

Insgesamt beantworteten 963 Personen die Frage, fünf Personen übersprangen sie. Von 963 Befragten gaben 181 Personen (18,8 %) an, einen solchen Antrag gestellt zu haben (vgl. Frage 18 bis 21 Fragebogen der PatV, Anhang B3; Angaben: „trifft zu“ und „trifft eher zu“).

710 Personen (73,7%) verneinten dies (Angaben: „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“) und 72 Personen (7,5 %) wählten „keine Antwort“ aus.

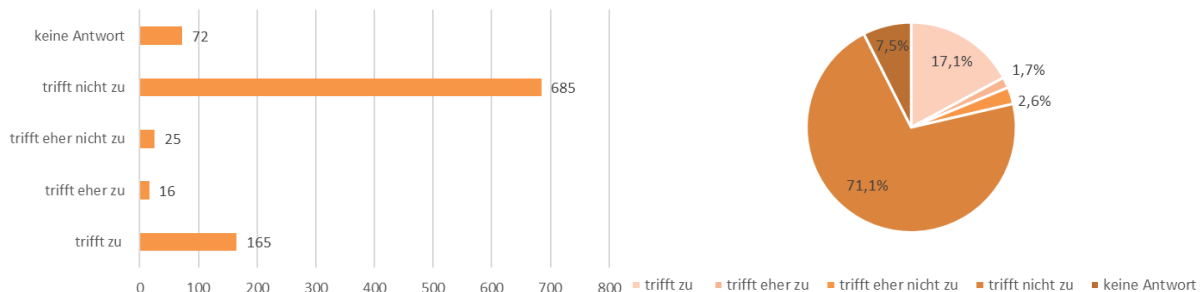


Abb. 32: Ergebnisse zur Frage 18: Antragstellung auf einen LHB bei der Krankenkasse (n=963)

In Frage 19 wurde erfasst, ob der Antrag auf LHB von der Krankenkasse genehmigt wurde (vgl. Frage F19 Fragebogen PatV, Anhang B3); 892 Personen beantworteten die Frage. 119 Personen (13,3 %) berichteten, dass ihr Antrag genehmigt wurde. 79 Personen (8,9 %) gaben an, dass der Antrag abgelehnt wurde, während 694 Personen (77,8 %) „keine Antwort“ auswählten und 76 Personen die Frage übersprangen.

Frage 20 thematisierte das Widerspruchsverhalten für den Fall, dass der Antrag nicht genehmigt wurde (vgl. Frage 20 Fragebogen PatV, Anhang B3). 880 Personen beantworteten diese Frage. Hiervon gaben 37 Personen (4,2 %) an, Widerspruch eingelegt zu haben, während 52 Personen (5,9 %) dies verneinten. 791 Personen (89,9 %) wählten hierzu „keine Antwort“ aus und 88 Personen übersprangen die Frage.

Frage 21 befasste sich mit der Frage, ob die Befragten bei der Antragstellung Unterstützung durch ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte erhielten (vgl. Frage 21 Fragebogen PatV, Anhang B3). Von 968 Personen beantworteten 900 die Frage, 68 Personen übersprangen sie. Insgesamt haben 184 Personen (20,4 %) mit „trifft nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“ geantwortet, während 120 Personen angaben, ärztliche Unterstützung bekommen zu haben (13,3 %, Angaben: „trifft zu“ und „trifft eher zu“). Der Großteil der Befragten (596 Personen; 66,2 %) wählte „keine Antwort“ aus (siehe Abb. 33).

Bei der Ergebnisinterpretation ist zu beachten, dass die Fragen 18 bis 21 inhaltlich nicht in Abhängigkeit zueinanderstanden und keine Filterfragen darstellen, sodass sich je nach Frage unterschiedliche Grundgesamtheiten ergeben.

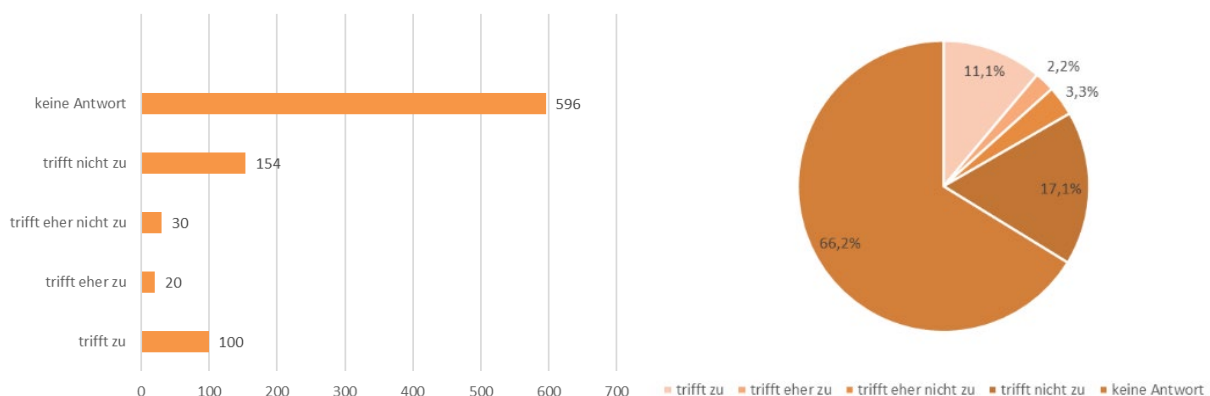


Abb. 33: Ergebnisse zur Frage 21: Unterstützung bei Antragsstellung durch Ärztin/Arzt (n=900)

4.5.4 Ort der Leistungserbringung – Einzel- und Gruppenbehandlung

Die Frage zum Ort der Leistungserbringung (vgl. Frage 22 Fragebogen der PatV, Anhang B3) wurde von 964 Personen beantwortet, wobei durch Mehrfachangaben insgesamt 996 Antworten in die Auswertung eingingen. Vier Personen übersprangen die Frage. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass Heilmittelbehandlungen überwiegend in der Praxis als Einzelbehandlung stattfinden (n=859). Ein kleinerer Anteil der Behandlungen erfolgt in der Praxis als Gruppenbehandlung (n=45) oder im Rahmen eines Hausbesuchs (n=54). In 38 Fällen wurde „keine Antwort“ gewählt (siehe Abb. 34).

Die anschließende Frage 23 richtete sich ausschließlich an Kinder und Jugendliche mit einem behördlich festgestellten Förderstatus, die ganztägig eine auf ihre Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen. Nur 11 Personen machten Angaben dazu, in welcher auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung sie eine Heilmittelbehandlung erhalten. Von diesen gaben 6 Personen an, dass die Heilmittelbehandlung nicht in den genannten Einrichtungen (Kindertagesstätte, Schule, Werkstatt oder Tagesförderstätte) erfolgt, sondern in einer Praxis oder im Rahmen eines Hausbesuchs stattfindet. Drei Personen erhielten gemäß der Antworten die Behandlung in der Schule, jeweils eine Person in einer Kindertagesstätte bzw. in einer Werkstatt oder Tagesförderstätte (siehe Abb. 35).

Insgesamt gaben 743 Personen „keine Antwort“ auf diese Frage und 214 Personen übersprangen sie vollständig. Es bleibt unklar, wie viele der Befragten tatsächlich zur Zielgruppe der Frage gehörten, also über einen behördlich festgestellten Förderstatus verfügen und ganztägig eine entsprechende Einrichtung besuchen.

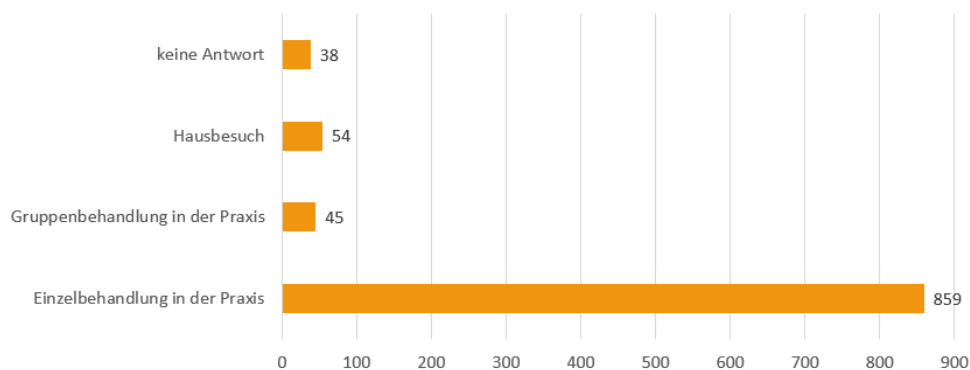


Abb. 34: Ergebnisse zur Frage 22: Ort der Heilmittelerbringung (n = 964 bei 996 Antworten, Mehrfachnennungen möglich)

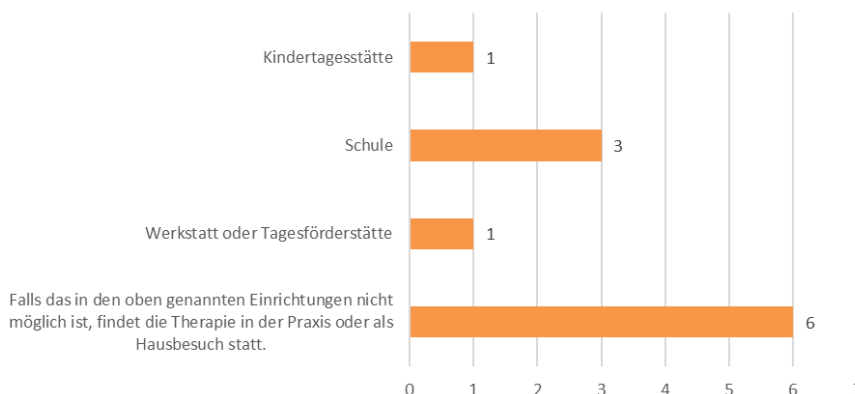


Abb. 35: Ergebnisse zur Frage 23: Heilmittelerbringung sortiert nach Einrichtung (n=11)

4.5.5 Beginn der Heilmittelbehandlung

Die Heilmittelbehandlung hat gemäß Richtlinie innerhalb von 28 Tagen zu beginnen. Frage 24 des Fragebogens thematisierte die Situation, dass die Frist überschritten wurde und deshalb eine neue Verordnung erforderlich war (vgl. Frage 24 Fragebogen der PatV, Anhang B3; siehe Abb. 36). Die Frage wurde von 958 Personen beantwortet, 10 Personen übersprangen sie. Die Auswertung zeigt, dass bei 363 (37,9 %) von 958 Personen ein solcher Fall bereits eingetreten ist (Angaben: „trifft zu“ und „trifft eher zu“, vgl. Abb. 36). 538 Personen (56,2 %) verneinten dies („trifft eher nicht zu“ bzw. „trifft nicht zu“), 57 Personen (5,9 %) wählten „keine Antwort“ aus.

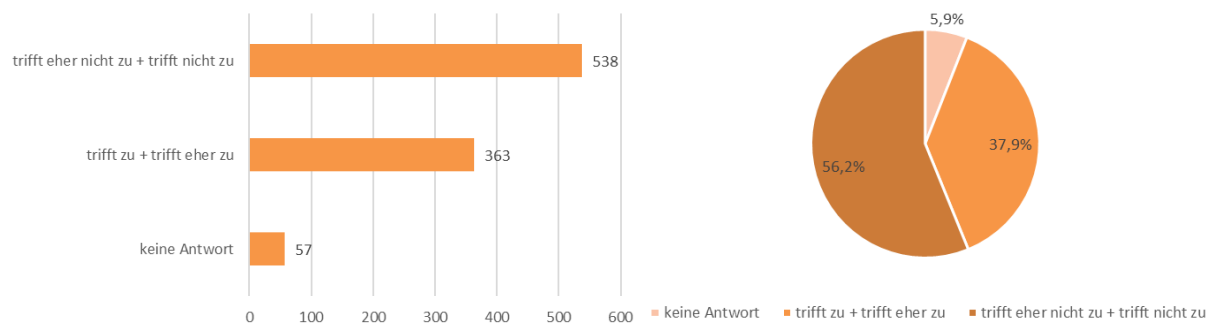


Abb. 36: Ergebnisse zur Frage 24: Ausstellung einer neuen Verordnung aufgrund von Gültigkeitsverlust (28 Tage für den Behandlungsbeginn wurden überschritten) (n= 958)

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Gültigkeit einer Verordnung von 14 Tagen im Falle eines dringlichen Behandlungsbedarfs. Diese Frage beantworteten 957 Personen, 11 übersprangen sie. 243 Personen (25,4 %) gaben an, dass auch in diesem Fall die Frist für den Behandlungsbeginn bereits einmal überschritten wurde („trifft zu“ oder „trifft eher zu“). Für 603 antwortende Personen (63,0 %) traf dies eher nicht oder nicht zu (vgl. Frage 25 Fragebogen der PatV, Anhang B3; siehe Abb. 37).

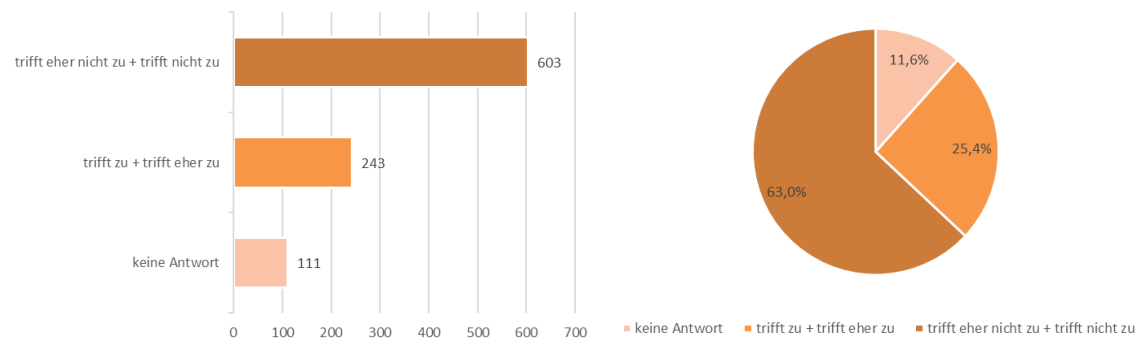


Abb. 37: Ergebnis zur Frage 25: Notwendigkeit der Ausstellung einer neuen Verordnung aufgrund von Gültigkeitsverlust (14 Tage für den Behandlungsbeginn wurden überschritten) (n=957)

Frage 26 des Fragebogens (vgl. PatV, Anhang B3) befasste sich mit den Gründen für den Verlust der Gültigkeit einer Verordnung. Diese Frage stand nicht in inhaltlicher Abhängigkeit zu den Fragen 24 und 25, sodass sie unabhängig beantwortet werden konnte (keine Filterfrage). Dadurch ergeben sich abweichende Grundgesamtheiten, da voraussichtlich nicht nur Personen antworteten, die bereits einen Gültigkeitsverlust erlebt hatten. Insgesamt lagen 611 Antworten von 566 Befragten vor, da Mehrfachangaben möglich waren. 402 Personen übersprangen diese Frage. Als primäre Ursache für die Notwendigkeit einer neuen Verordnung (vgl. Frage 26 Fragebogen der PatV, Anhang B3), wurde von den Befragten angegeben, dass die

Praxis keinen Termin zur Verfügung hatte (n=351). Weitere genannte Gründe waren Krankheit (n = 115) und das persönliche Versäumnis einer Terminvereinbarung (n = 16). Unter der Antwortoption „Anderes“ wurden zusätzliche Gründe genannt wie Dienstreise, Reha-Aufenthalt oder Urlaub (siehe Abb. 38).

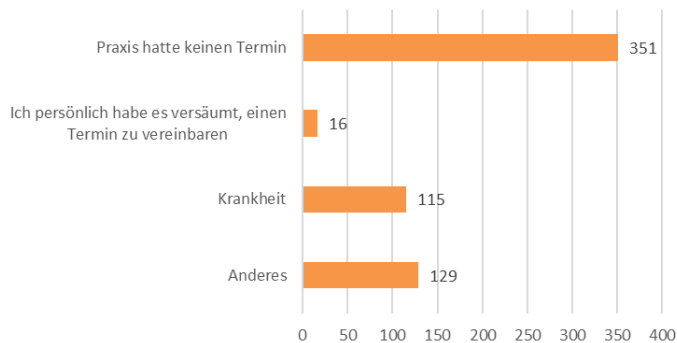


Abb. 38: Ergebnis zur Frage 26: Ursache des Verlusts der Gültigkeit (n=606 bei 611 Antworten, Mehrfachantworten möglich)

4.5.6 Ausstellung der Verordnung

Die Fragen 27 bis 29 befassen sich mit dem Anpassungsbedarf bei ausgestellten Verordnungen (vgl. Fragebogen der PatV, Anhang B3).

Frage 27 bezog sich darauf, ob Verordnungen korrigiert oder ergänzt werden mussten, weil sie unvollständig oder fehlerhaft ausgestellt worden waren. 955 Personen beantworteten diese Frage, 13 Personen übersprangen sie. 373 Personen (39,1 %) bestätigten, dass Änderungen vorgenommen wurden (Antwortoptionen: „trifft zu“ und „trifft eher zu“). 524 Personen (54,9 %) verneinten dies (Antwortoptionen: „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“). 58 Personen (6,1 %) wählten die Option „keine Antwort“ (siehe Abb. 39).

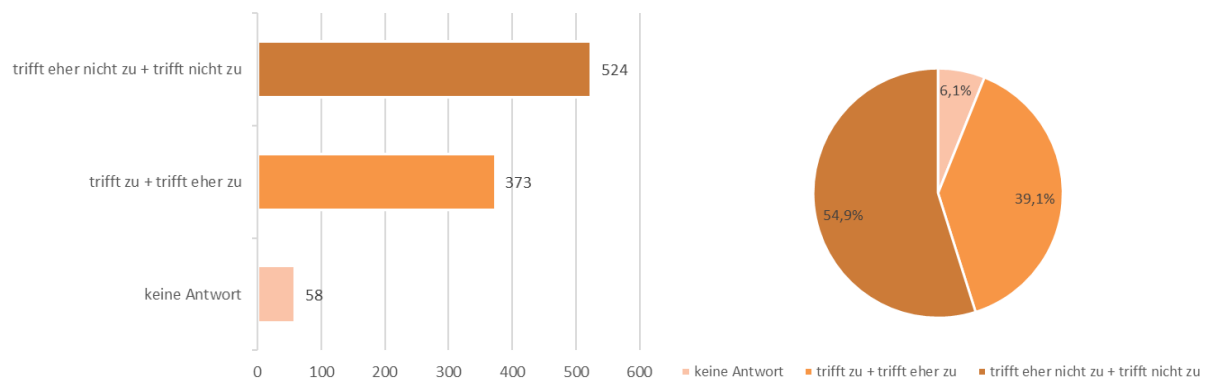


Abb. 39: Ergebnisse zur Frage 27: Änderung der Verordnung aufgrund von Fehlern oder Unvollständigkeit (n=955)

In Frage 28 wurde erfasst, ob bei notwendigen Korrekturen die betroffene Person oder eine angehörige Person erneut die verordnende Praxis aufsuchen musste. Diese Frage beantworteten 942 Personen, 26 Personen übersprangen sie. 476 Personen (50,5 %) bejahten dies (Antwortoptionen: „trifft zu“ und „trifft eher zu“), 255 Personen (27,1 %) verneinten dies (Antwortoptionen: „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“), 211 Personen (22,4 %) machten keine Angabe (siehe Abb. 40).

Die Ergebnisse zeigen, dass Frage 27 und Frage 28 von den Befragten offenbar nicht auf denselben Sachverhalt bezogen wurden, etwa im Sinne eines konkreten Ereignisses im gleichen

Quartal. Die in Frage 28 vorgesehene Filterfunktion hat nicht korrekt gegriffen, weshalb die Angaben möglicherweise nicht ausschließlich von Personen stammen, bei denen tatsächlich eine Korrektur der Verordnung stattgefunden hat.

Aus diesem Grund beschränkt sich die Darstellung der Ergebnisse zu den Fragen 28 und 29 auf absolute Zahlen.

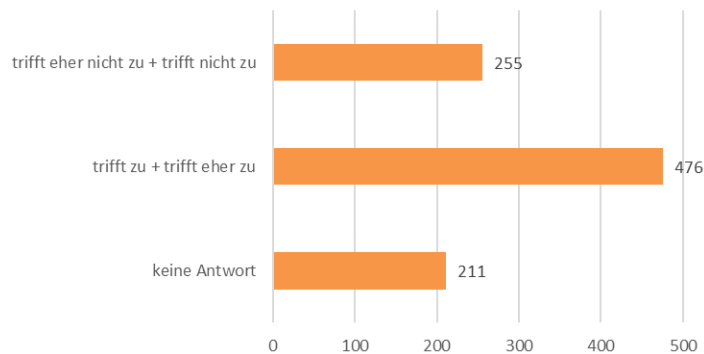


Abb. 40: Ergebnisse zur Frage 28: Besuch der Arztpraxis zur Korrektur der Verordnung erforderlich (n= 942)

Frage 29 erfasste, ob die Heilmittelpraxis die Korrektur der Verordnung eigenständig übernommen hat (vgl. Fragebogen der PatV, Anhang B3). Von 941 antwortenden Personen berichteten 189 Personen (20,1 %), dass die Praxis die Klärung und Durchführung der Korrektur übernommen habe (Antwortoptionen: „trifft zu“ und „trifft eher zu“). 519 Personen (55,2 %) verneinten dies (Antwortoptionen: „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“). 58 Personen (6,2 %) machten keine Angabe, 27 Personen übersprangen die Frage (siehe Abb. 41).

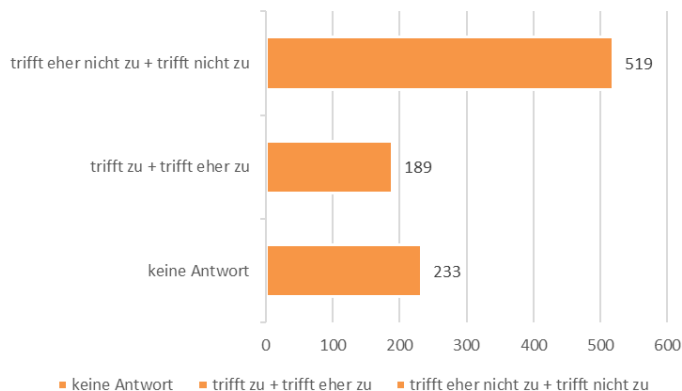


Abb. 41: Ergebnisse zur Frage 29: Korrektur der Verordnung durch Heilmittelpraxis (n=941)

5 Diskussion

Die nachfolgenden Diskussionen wurden jeweils von GKV-SV, KBV und PatV erarbeitet und spiegeln die institutionellen Perspektiven sowie Interpretationen der Ergebnisse wider und stellen eine gemeinsame Sichtweise auf die Ergebnisse dar.

5.1 Diskussion der Ergebnisse der Routinedaten des GKV-SV

Die Auswertung der Routinedaten aus dem GKV-HIS zeigt, dass sich die geänderte HeilM-RL verschiedentlich auf die Versorgung der gesetzlich Versicherten mit Heilmitteln ausgewirkt hat. Aus der vergleichenden Betrachtung der Kennzahlen des Jahres 2019 einerseits und der Jahre 2022 und 2023 andererseits ist ersichtlich, dass die Erwartungen an die Richtlinienüberarbeitung in einzelnen Auswertungsebenen (siehe Kapitel 4.1) u. a. in Bezug auf weniger komplexe und bürokratische Regelungen sowie eine bessere Versorgungssteuerung nicht überall erfüllt werden konnten.

Zunahme der Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt

Die Entwicklung der Anzahl der abgerechneten Behandlungseinheiten je Verordnung (siehe Kapitel 4.1.1) zeigt, dass die Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt im Zusammenhang mit der Reform der HeilM-RL zugenommen haben. In allen vier dargestellten Heilmittelbereichen war im Vergleich zwischen dem Jahr 2019 und den Jahren 2022 und 2023 eine Steigerung der Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt zu beobachten. In der Physiotherapie betrug der Anstieg zwischen dem Jahr 2019 und dem Jahr 2023 insgesamt 3,8 %, in der Ergotherapie 3,0 % und in der SSSS-Therapie 2,1 %. Der in der Podologie beobachtete Anstieg bei den Behandlungseinheiten je Verordnung von 12,8 % zwischen den Jahren 2019 und 2023 ist durch die Einführung neuer Leistungen zur Nagelspangenbehandlung beeinflusst.

Einfluss auf die Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung haben auch die Regelungen in § 7 Absatz 6 HeilM-RL für Versicherte mit einem langfristigen Heilmittelbedarf und nach § 7 Absatz 7 HeilM-RL für Versicherte mit einem besonderen Verordnungsbedarf. Auf Basis dieser Ergebnisse kann darauf geschlossen werden, dass der Wegfall der Regelfallsystematik und die Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL in den Heilmittelbereichen Physiotherapie, Ergotherapie und SSSS-Therapie dazu geführt hat, dass Versicherte nun mehr Heilmittel je Verordnung erhalten.

Langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf

Die Aufnahme weiterer Indikationen in die Diagnoselisten des langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V (LHB) sowie der besonderen Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 SGB V (BVB) in den vergangenen Jahren dürfte – unter Berücksichtigung ihrer Stellung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und des Regelungszusammenhangs zur 12-Wochen-Verordnung – dazu beigetragen haben, dass der Anteil dieser besonders geregelten Versorgungen inzwischen einen vergleichbaren oder sogar höheren Umfang erreicht hat als der der Versorgung ohne entsprechende Sonderregelungen (siehe Abb. 2). Die Daten lassen keine Erkenntnisse darüber zu, inwieweit der mittlerweile hohe Anteil dieser Versorgungen an der Gesamtversorgung allein durch die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungsmechanismen bedingt ist oder auch auf eine veränderte Morbiditätsstruktur, die zunehmende Chronifizierung bestimmter Krankheitsbilder sowie eine verbesserte diagnostische Erfassung zurückgeführt werden kann.

Die Analyse der Umsatzanteile der verschiedenen Verordnungsmöglichkeiten (siehe Kapitel 4.1.2) zeigt, dass die Versorgung von Versicherten mit einem LHB und einem BVB zusammen

mittlerweile knapp die Hälfte des Gesamtumsatzes für Heilmittel in der GKV ausmachen. In der Physiotherapie liegt der Anteil dieser Versorgungsmöglichkeiten bei 50,7 % im Jahr 2022 und bei 53,1 % im Jahr 2023 sogar über 50 % der Gesamtversorgung. Daraus lässt sich vermuten, dass der Zugang zur Versorgung für Versicherte, die nicht einer solchen Besonderheit unterliegen (z. B. Akutpatienten mit einem kurzzeitigen Behandlungsbedarf), zunehmend schwieriger werden könnte. Auffällig hoch ist dabei insbesondere der Anteil des BVB, dessen Diagnoseliste in den vergangenen Jahren eine stetige Erweiterung erfahren hat, währenddessen der Anteil an LHB nahezu konstant geblieben ist.

Hausbesuche: kein einheitliches Bild in den einzelnen Heilmittelbereichen

Der Anteil der Verordnungen mit einem verordneten Hausbesuch liegt insgesamt auf einem stabilen Niveau, ist jedoch zwischen den einzelnen Heilmittelbereichen unterschiedlich ausgeprägt (siehe Kapitel 4.1.3). In der Physiotherapie liegt der Anteil von Hausbesuchsverordnungen bei ca. 14,3 % und ist im Vergleich der Jahre 2019 und 2022/2023 weitgehend stabil geblieben. Jede siebte Verordnung wird hier als Hausbesuch erbracht. In der Ergotherapie ist der Anteil mit 33,2 % am höchsten, wobei im Vergleich der Jahre 2019 und 2023 ein Rückgang um knapp 2,8 % zu beobachten ist. Damit wird für jede dritte Ergotherapie-Verordnung ein Hausbesuch verordnet. In der SSSS-Therapie und der Podologie ist der Anteil der Hausbesuchsverordnungen ebenfalls leicht rückläufig; hier wird bei jeder fünften bzw. sechsten Verordnung von der Hausbesuchsregelung der HeilM-RL Gebrauch gemacht. Vor dem Hintergrund des Ausnahmecharakters der Verordnung einer Behandlung im Hausbesuch scheint der Anteil von Hausbesuchen in den vier Heilmittelbereichen – besonders in der Ergotherapie – durchaus hoch. Die in drei von vier Heilmittelbereichen (Ausnahme Physiotherapie) zu beobachtende rückläufige Tendenz könnte ein Indiz dafür sein, dass Hausbesuche von den zugelassenen Heilmittelpraxen dort zunehmend weniger durchgeführt werden, was auch in einer gezielteren Verordnung und Anwendung von Hausbesuchen begründet sein kann.

Möglichkeiten der flexiblen Versorgungsgestaltung werden kaum genutzt

Die mit der geänderten HeilM-RL neu geschaffene Möglichkeit zur Aufteilung der Verordnungsmenge auf maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel wird in den drei Heilmittelbereichen, in denen eine solche Aufteilung möglich ist, so gut wie nicht genutzt (siehe Kapitel 4.1.4).

In der Physiotherapie liegt der Anteil der Verordnungen mit mehr als einem vorrangigen Heilmittel stabil bei 1,6 % bzw. 1,7 % auf insgesamt niedrigem Niveau. In der Ergotherapie, in der eine Aufteilung schon vor Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL möglich war, wird die Aufteilungsmöglichkeit ebenfalls nur sehr wenig genutzt; allerdings ist zwischen 2019 und 2023 hier eine Verdopplung des Anteils von Verordnungen mit mehr als einem vorrangigen Heilmittel auf insgesamt niedrigem Niveau von 0,7 % auf 1,3 % zu verzeichnen. In der SSSS-Therapie, in der mit der geänderten HeilM-RL die Aufteilung der Verordnungsmenge auf unterschiedliche Behandlungszeiten möglich gemacht wurde, ist der Anteil von Verordnungen mit mehr als einem Heilmittel von 1,2 % im Jahr 2019 auf 0,5 % im Jahr 2023 deutlich gesunken.

Gruppentherapien bleiben deutlich hinter den Erwartungen zurück

Gruppentherapien, die gemäß HeilM-RL aufgrund gruppenspezifischer gewünschter Effekte und des Wirtschaftlichkeitsgebotes grundsätzlich Vorrang vor einer Einzelbehandlung haben, finden entgegen der Regelung in § 10 der HeilM-RL in der Praxis kaum statt (siehe Kapitel 4.1.5). Die Zahlen zeigen stattdessen, dass die Heilmittelversorgung nahezu ausschließlich als Einzelbehandlung stattfindet, die gemäß Richtlinie aber nur dann zu verordnen ist, wenn sie

zwingend medizinisch geboten ist. Es scheint ein eklatantes Missverhältnis zwischen Richtlinienvorgabe und der Versorgungswirklichkeit zu bestehen. In der Physiotherapie beträgt der Anteil von Verordnungen mit zumindest einer abgerechneten Einheit mit Gruppentherapie gerade einmal 0,1% und ist im Vergleich der Jahre 2019 und 2022/2023 sogar noch leicht gesunken. Auch in der SSSS-Therapie liegt der Anteil deutlich unter 1,0 %, allerdings war hier zwischen 2019 und 2023 ein geringer Anstieg von 0,6 % auf 0,8 % zu verzeichnen. In der Ergotherapie liegt der Anteil der Gruppentherapien mit knapp 2,7 % am höchsten. Hier war die Entwicklung zwischen 2019 und 2023 allerdings leicht rückläufig.

Mehr Behandlungseinheiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Analyse der Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung bei den ergotherapeutischen Diagnosegruppen PS2 „*Neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen*“ und PS3 „*Wahnhaft und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen; Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen; Affektive Störungen; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*“ (siehe Kapitel 4.1.6), bei denen die Höchstmenge je Verordnung von bis zu 10 auf bis zu 20 Behandlungseinheiten angehoben wurde, zeigt, dass diese erweiterten Verordnungsmöglichkeiten in der Praxis genutzt werden. In beiden Diagnosegruppen ist die Behandlungsmenge je Verordnung zwischen 2019 und 2023 angestiegen: in der Diagnosegruppe PS2 von 9,7 auf 11,3 Behandlungseinheiten je Verordnung und in der Diagnosegruppe PS3 von 10,1 auf 11,3 Behandlungseinheiten je Verordnung.

5.2 Diskussion der Ergebnisse der Routinedaten des MD Bund

Seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) am 11. Mai 2019 bedürfen Heilmittelverordnungen, wenn sie über die orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, keiner Genehmigung durch die Krankenkasse. Zuvor waren Verordnungen, die über die Gesamtverordnungsmenge im Regelfall hinausgingen, grundsätzlich genehmigungspflichtig. Aufgrund dieser gesetzlichen Änderungen und entsprechender Anpassung der HeilM-RL des G-BA wurden die Medizinische Dienste (nahezu) ausschließlich mit Begutachtungen zu Fragen des individuellen LHB gemäß § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL beauftragt.

Die Zahl der versichertenbezogenen Stellungnahmen durch die Medizinischen Dienste ist aufgrund dieser Änderungen deutlich rückläufig und hat sich im Zeitraum von 2019 bis 2023 mehr als halbiert. Der Anteil der sozialmedizinischen Empfehlungen der Medizinischen Dienste zu Heilmitteln betrug gemessen an der Anzahl aller Heilmittel-Verordnungen 0,2 % im Jahr 2019 und 0,1 % im Jahr 2023. Somit wird der Medizinische Dienst nur in sehr geringem Umfang einbezogen und auch bei Einzelfallanträgen auf LHB entscheiden die Krankenkassen bei eindeutigen Fällen ohne die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes.

Bei der Begutachtung eines Antrages auf Genehmigung eines LHB haben die Gutachterinnen und Gutachter (sozial)-medizinisch zu bewerten, ob bei einer Versicherten/einem Versicherten Schwere und Dauerhaftigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen oder die Summe der Schädigungen vergleichbar mit einer Diagnose (und daraus resultierenden Schädigungen) aus der Anlage 2 der HeilM-RL sind. Darüber hinaus sind Therapiebedarf, Therapiefähigkeit und eine positive Therapieprognose unter Berücksichtigung des verordneten Heilmittels und ein Behandlungsbedarf von mindestens einem Jahr zu prüfen.

Im Jahr 2019 waren in 35,9 % der Fälle die medizinischen Voraussetzungen erfüllt, in 52,1 % nicht erfüllt und im Jahr 2023 in 38,9 % erfüllt und in 55,9 % nicht erfüllt. Unter der Annahme, dass es sich überwiegend um Anträge auf LHB gehandelt hat, konnte somit die Vergleichbarkeit der Schwere und Dauer der Schädigungen in Bezug auf eine Diagnose auf Anlage 2 der

HeilM-RL nicht hergestellt werden. Somit ist davon auszugehen, dass die medizinischen Voraussetzungen nicht vorlagen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass genehmigte Anträge auf LHB nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen und damit Einfluss auf das Antragsverhalten haben können.

Die Gutachterinnen und Gutachter haben auch die Möglichkeit „medizinische Voraussetzungen zum Teil erfüllt“ zu verschlüsseln. Das kann beispielsweise bei Verordnung mehrerer Heilmittel der Fall sein und wenn aus medizinischer Sicht nicht für alle Heilmittel ein LHB besteht.

5.3 Diskussion der Ergebnisse der Befragung der Krankenkassen

Die Befragung bei den zum Zeitpunkt der Erhebung bestehenden 95 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland liefert ein gemischtes Bild hinsichtlich der mit der geänderten HeilM-RL verfolgten Zielsetzung einer einfacheren, bürokratieärmeren und weniger komplexen Verordnung von Heilmitteln. Von den 48 Krankenkassen (50,5 % aller Krankenkassen), die an der Befragung teilnahmen und für knapp 68,4 Millionen der gesetzlich krankenversicherten Menschen in Deutschland (91,8%) stehen (vgl. Kapitel 4.3.1), wurden verschiedene Problemfelder adressiert, die teilweise durch Regelungen der HeilM-RL selbst, häufig aber auch durch die Umsetzung von Folgeregulungen, wie beispielsweise der zertifizierten Praxisverwaltungssoftware der Ärzteschaft, den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V oder im unmittelbaren Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer begründet sind.

Positiv hervorzuheben ist, dass trotz der rückgemeldeten Probleme zu einzelnen Themenbereichen eine Mehrheit von 32 Krankenkassen (66,7 %) die zum 1. Januar 2021 in Kraft getretene geänderte HeilM-RL als Fortschritt gegenüber der vorherigen Fassung bewertet und mit der Neuregelung weitgehend zufrieden ist. Im Vergleich dazu haben 13 Krankenkassen (27,1 %) angegeben, mit der geänderten HeilM-RL tendenziell nicht zufrieden zu sein (vgl. Kapitel 4.3.6).

Ein gemischtes Bild ergibt sich bei der Frage, ob sich der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit Heilmittelverordnungen seit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zum 1. Januar 2021 bei den Krankenkassen reduziert hat. Hierzu hat eine knappe Mehrheit von 28 Krankenkassen (58,3 %) zurückgemeldet, dass sich der bürokratische Aufwand mit der neuen HeilM-RL tendenziell nicht verringert hat. 20 Krankenkassen (41,7 %) haben mitgeteilt, dass der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit Heilmittelverordnungen bei ihnen geringer geworden ist (vgl. Kapitel 4.3.6). Ein bürokratischer Aufwand bei den Krankenkassen bedeutet in der Regel auch einen entsprechenden Aufwand bei den Leistungserbringenden. Aus den Einzelrückmeldungen der Krankenkassen zu den Hinweisen und Verbesserungsvorschlägen (Kapitel 4.3.7) sowie den Angaben zu den häufigsten Abrechnungsfehlern (Kapitel 4.3.5) ist erkennbar, dass der überwiegende Teil der Abrechnungskorrekturen nicht oder nicht allein in Regelungen der HeilM-RL begründet ist.

Die sich aus den Rückmeldungen der Krankenkassen ergebenden Problemfelder werden nachfolgend anhand von Themenschwerpunkten dargestellt.

Parallelbehandlungen durch geänderte Definition des Verordnungsfalles

Mit der Änderung der HeilM-RL zum 1. Januar 2021 wurde geregelt, dass sich der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge (OBM) auf die jeweilige Verordnerin oder den jeweiligen Verordner beziehen (vgl. § 7 Absatz 3 HeilM-RL); jedoch Verordnungen anderer Ärztinnen und Ärzte sowie bereits laufende Heilmittelbehandlungen bei der Verordnungsentcheidung weiterhin zu berücksichtigen sind und bei der oder dem Versicherten zu erfragen sind. Ziel dieser Vereinfachung war es, die bis dato verbindliche Anrechnung von

Vorverordnungen und Einbeziehung von Behandlungseinheiten anderer Ärztinnen und Ärzte bei der Berechnung der OBM aus Gründen der Bürokratieerleichterung zu vermeiden.

Eine knappe Mehrheit von 27 Krankenkassen (56,3 %) hat angegeben, dass die Regelung in § 7 Absatz 3 der HeilM-RL tendenziell nicht dazu geführt hat, dass vermehrt parallele Verordnungen für eine Versicherte oder einen Versicherten auf Grund derselben Diagnose ausgestellt wurden (siehe Kapitel 4.3.2). In den Rückmeldungen der Krankenkassen zu den Problemhinweisen wurde jedoch von 11 Krankenkassen angegeben, dass die Definition des Verordnungsfalles in der Praxis vermehrt dazu führt, dass Versicherte entgegen der Richtlinienintention zu ein und derselben Diagnose parallele Behandlungen mit mehreren Verordnungen von unterschiedlichen Ärztinnen oder Ärzten in Anspruch nahmen (siehe Kapitel 4.3.7, Tab. 7, n=11). Hinweisen der Krankenkassen zufolge werden Parallelverordnungen dabei auch von Ärztinnen und Ärzten, die derselben Berufsausübungsgemeinschaft (z. B. einer Gemeinschaftspraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum – MVZ) angehören, ausgestellt. Solche Parallelverordnungen führen im Verhältnis zwischen Leistungserbringenden und Krankenkassen zu Abrechnungsfehlern und einem erhöhten bürokratischen Aufwand.

Einzelantragsverfahren zum langfristigen Heilmittelbedarf verursacht hohen Aufwand

Die HeilM-RL sieht in § 8 Absatz 3 vor, dass bei Versicherten mit schweren dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigungen, die mit denen der Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) (Anlage 2 der HeilM-RL) vergleichbar und nicht auf dieser gelistet sind, die Krankenkasse auf Antrag der oder des Versicherten entscheidet, ob ein LHB im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig, d. h. für mindestens 1 Jahr, genehmigt werden können. Mit der Festlegung eines LHB auf Anlage 2 der HeilM-RL oder der Feststellung desselbigen in einem Einzelantragsverfahren geht in Folge einher, dass die notwendigen Heilmittel für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen verordnet werden können und die Verordnungen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen (vgl. § 106b Absatz 4 Nummer 1 SGB V). Um den mit dem Antragsverfahren einhergehenden bürokratischen Aufwand für die Versicherten und Verordnenden zu reduzieren, wurde zum 1. Januar 2021 eine Regelung in die Richtlinie aufgenommen, dass abweichend von den geltenden Höchstmengen je Verordnung im HMK ein Bedarf für 12 Wochen auch für Verordnungen möglich ist, die aufgrund von ICD-10-Codes in Verbindung mit der entsprechenden Diagnosegruppe einen BVB nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V begründen.

Den Rückmeldungen einer Mehrheit von 34 Krankenkassen (70,8 %) zufolge hat die Anzahl der Anträge auf Genehmigung eines LHB seit Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zum 1. Januar 2021 bei ihnen nicht abgenommen (siehe Kapitel 4.3.3, Abb. 10), was sich auch in der Anzahl der gestellten Anträge (siehe Kapitel 4.3.3, Tab. 5) und der durchschnittlichen Antragsquote von 0,2 % bei den betreffenden Krankenkassen (siehe Kapitel 4.3.3, Abb. 15) widerspiegelt.

Die inhaltliche Qualität der gestellten Anträge scheint nach Auffassung einer Mehrheit von 33 Krankenkassen (68,8 %) mit Blick auf die Kriterien für einen langfristigen Heilmittelbedarf nicht gegeben zu sein (siehe Kapitel 4.3.3, Abb. 12), was vermuten lässt, dass eine Vielzahl von Anträgen offenbar nicht allein nur aus medizinischen Erwägungen gestellt wird. Dies spiegelt sich auch in dem Anstieg der Ablehnungsquote bei Einzelanträgen von 41,8 % im Jahr 2019 auf 53,5 % im Jahr 2023 (siehe Kapitel 4.3.3, Abb. 15) sowie einer Vielzahl von Hinweisen der Krankenkassen zu Problemen im Zusammenhang mit dem LHB (siehe Kapitel 4.3.7, Tab. 8) wider. Der Eindruck, dass vermehrt nicht aussichtsreiche Anträge gestellt werden, wird durch eine sinkende Widerspruchsquote von 17,8 % im Jahr 2019 auf 12,7 % im Jahr 2023 bei relativ stabiler Klagequote durchaus erhärtet (siehe Kapitel 4.3.3, Abb. 15). Auch der Anstieg des

Anteils von Heilmittelbegutachtungen aus den Daten des MD Bund von 52,1 % im Jahr 2019 auf 55,9 % im Jahr 2023, bei denen die medizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, lässt diesen Schluss zu (siehe Kapitel 4.2). Eine Zielsetzung der Richtlinienänderung, das Antragsaufkommen im Zusammenhang mit dem LHB mit Blick auch auf die bürokratische Vereinfachung zu reduzieren und die Qualität der Einzelanträge zu verbessern, wurde demnach nicht erreicht.

Erweiterung des Behandlungsbeginns innerhalb von 28 Tagen hat sich bewährt

Eine Mehrheit von 31 Krankenkassen (64,6 %) gibt an, dass die Erweiterung des spätesten Beginns einer Heilmittelbehandlung von 14 auf 28 Kalendertage dazu geführt hat, dass Rückfragen zur Gültigkeit einer Heilmittelverordnung seit dem Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL zurück gegangen sind (siehe Kapitel 4.3.4, Abb. 16). Gleichwohl wurde die Überschreitung des spätesten Behandlungsbeginns als vierthäufigster Grund für Abrechnungskorrekturen im Verhältnis zwischen Leistungserbringenden und Krankenkassen (n=27) genannt (siehe Kapitel 4.3.5, Tab. 7). Dies lässt darauf schließen, dass einer Mehrheit der Leistungserbringenden eine Terminvergabe innerhalb von 28 Tagen möglich ist und der verlängerte Behandlungsbeginn für Versicherte zu einer gewissen Entspannung bei der Terminvergabe durch die Leistungserbringenden geführt hat. Erkennbar ist aber auch, dass Terminvergaben innerhalb des von der HeilM-RL intendierten Behandlungsbeginns innerhalb von 28 Kalendertagen bzw. bei einem dringlichen Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Kalendertagen nicht durchgängig erreicht wurde. Unklar bleibt, ob und in welchen Fällen sich ein verspäteter Behandlungsbeginn negativ auf den Erfolg einer Heilmitteltherapie auswirkt und ob eine längere Beginnfrist zu einer Verlagerung der Terminvergabe führen würde.

Bürokratieabbau durch Anlage 3 nur bedingt gelungen

Die mit der zum 1. Januar 2021 in Kraft getretene HeilM-RL neu eingeführte Anlage 3 „Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen“ hat nach Rückmeldung von 20 Krankenkassen (41,7 %) nicht zu einem reduzierten Korrekturbedarf von Heilmittelverordnungen geführt. 17 Krankenkassen (35,4 %) gaben an, dass sich der Korrekturbedarf tendenziell reduziert hat. Ein relativ großer Anteil von 11 Krankenkassen (22,9 %) konnte hierzu keine Aussage treffen, was insgesamt darauf schließen lässt, dass kein einheitliches Meinungsbild bei den Krankenkassen bzgl. der Wirksamkeit dieses Instrumentes mit Blick auf bürokratische Erleichterungen und einer größeren Regelungsklarheit besteht (siehe Kapitel 4.3.5, Abb. 17).

Heilmittel-Richtlinie nicht allein ursächlich für Abrechnungsfehler

Die in der Befragung von den Krankenkassen am häufigsten genannten Gründe für Abrechnungskorrekturen zeigen, dass die HeilM-RL in der Gesamtschau nicht oder nur im geringen Umfang ursächlich für Abrechnungsfehler und -korrekturen bei den Leistungserbringenden ist. Kausal sind Regelungen der HeilM-RL im Zusammenhang mit der Überschreitung des spätesten Behandlungsbeginns (Rang 4 der häufigsten Abrechnungsfehler n=27) sowie bei der Überschreitung der Höchstmenge je Verordnung gemäß HMK (Rang 14 der häufigsten Abrechnungsfehler, n=4). Alle übrigen 18 von 20 am häufigsten von den Krankenkassen genannten Gründe für Abrechnungskorrekturen entstehen im Zusammenhang mit der Umsetzung gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen, die nur mittelbar in der HeilM-RL adressiert sind (siehe Kapitel 4.3.5, Tab. 6).

Weitere Problemfelder und Lösungsvorschläge

In der Befragung der Krankenkassen wurden verschiedene Problemfelder sowie Lösungsvorschläge zur Heilmittelversorgung adressiert (vgl. Kapitel 4.3.7, Tab. 7). Als Problemfelder mit der häufigsten Nennung konnten in den Hauptkategorien Informationsdefizite auf Seiten der Verordnenden und Leistungserbringenden (vgl. P3, n=22) sowie eine unzureichende Ausgaben- und Mengensteuerung durch die HeilM-RL (vgl. P1, n=20) identifiziert werden. Die in Subkategorien zusammengefassten Einzelantworten haben ihre Schwerpunkte in geäußerten Befürchtungen einer zunehmend unwirtschaftlichen Heilmittelversorgung aufgrund der bestehenden Regelungen zu OBM und den spezifischen Regelungen und Zunahme der Versorgungen mit LHB und BVB (n=15) sowie Problemen aufgrund von geäußerten Regressängsten und Verweisen auf die (angeblich) fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkassen seitens der Verordnenden (n=4). Als weitere Problemfelder wurden die bürokratische Belastung (vgl. P4, n=9) sowie notwendige Versorgungsverbesserungen und eine größere Verordnungssicherheit (vgl. P2, n=8) sowie eine bessere Berücksichtigung der verfügbaren Evidenz (vgl. P5, n=3) von den Krankenkassen genannt. Zur Lösung wurden eine Anpassung der Verordnungsfalldefinition zur Vermeidung von Parallelbehandlungen (vgl. L4, n=11, siehe auch Themenschwerpunkt oben), eine höhere Regelungsklarheit bei einzelnen Bestimmungen (vgl. L5, n=9) sowie eine Verringerung der Komplexität einzelner Bestimmungen (vgl. L7, n=6) angemahnt. Weiterhin wurden eine bessere Leistungsabgrenzung in der HeilM-RL (vgl. L3, n=3) sowie die Umsetzung einer Hausbesuchsverpflichtung (vgl. L6, n=3) als mögliche Lösungsansätze vorgeschlagen. Die Ergebnisse der Krankenkassenbefragung lassen den Schluss zu, dass zumindest einzelne Regelungen der HeilM-RL vor dem Hintergrund der Auswirkungen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit, den bürokratischen Aufwand und die Komplexität der Heilmittelversorgung überprüft und ggf. angepasst werden sollten.

5.4 Diskussion der Ergebnisse der Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten und medizinischen Fachangestellten

Die vorliegende Diskussion setzt sich mit den Ergebnissen der Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten und medizinischen Fachangestellten auseinander und untersucht, inwiefern die mit der Reform der HeilM-RL angestrebten Ziele der Vereinfachung, Eindeutigkeit und Entlastung ihrer Anwenderin oder Anwender erreicht wurden.

Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen ein gemischtes Bild in Bezug auf die Umsetzung und Wahrnehmung der Reform der HeilM-RL. An der Umfrage der KBV haben, neben Psychotherapeutinnen und -therapeuten und medizinischen Fachangestellten, mit 84,3 % größtenteils Ärztinnen und Ärzte, teilgenommen. Darunter waren vor allem Ärztinnen und Ärzte, die hausärztlich tätig sind.

Die praktischen Auswirkungen der Richtlinien-Reform wurden kritisch bewertet. Der überwiegende Anteil der Befragten (61,0 %) fühlte sich dabei über die aktuellen Regelungen ausreichend sicher und gut informiert. Demgegenüber stehen 35,6 % der Befragten, die eher Verunsicherungen äußerten und diese beispielweise durch Regressangst, komplexe Regelungen oder Informationsdefizite begründeten. Bei genauerer Betrachtung hat sich für mindestens ein Drittel der Antwortenden der Verordnungsprozess beschleunigt (36,9 %), die Bedienung der Software erleichtert (35,6 %) und Korrekturanfragen reduziert (30,1 %). Allerdings haben etwa zwei Drittel diese genannten positiven Veränderungen abgelehnt und durch Komplexität

und Bürokratie, Budgetdruck und Regressgefahr, Kommunikationsprobleme sowie technische Herausforderungen begründet.

Zentrales Thema der Umfrage waren Häufigkeiten von Rückfragen und Änderungen in der Verordnungspraxis. Die meisten Rückfragen und Änderungsbedarfe ergeben sich demnach aus dem Ablauf der Gültigkeit der Verordnung. Rückfragen und Änderungen von Verordnungen bleiben damit ein belastender Faktor.

Ein weiteres zentrales Thema der Befragung durch die KBV war der Informations- und Schulungsbedarf in Arzt- und Psychotherapiepraxen. Am häufigsten nutzen die Befragten dazu Angebote ihrer regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen. Informations- und Schulungsbedarfe wurden vor allem bei den Themen Wirtschaftlichkeitsprüfung, Blankoverordnung und Änderung von Verordnungen angegeben. Ergänzend wurden Wünsche nach praxisnahen, bürokratieärmeren Informationen und konkreten Handlungsanweisungen geäußert.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass wesentliche Ziele der Reform, wie die Vereinfachung und die Verbesserung der Verordnungssicherheit, nur für einen Teil der Befragten erreicht wurde. Die identifizierten Herausforderungen – von Unsicherheiten über bürokratische Belastungen bis hin zu technischen Problemen – unterstreichen die Notwendigkeit einer tiefergehenden Analyse und ggf. weiterer Anpassungen und Unterstützungsmaßnahmen, um die bestehenden Aufwände weiter zu reduzieren.

Interpretation der Ergebnisse

Obwohl die Reform die Verordnungssicherheit stärken und Bürokratie abbauen sollte, zeigt die Befragung von Arzt- und Psychotherapiepraxen, dass Unsicherheiten in der Verordnungspraxis bestehen und diese durch die „Regelungsdichte“ der HeilM-RL oder „unklare Regelungen“ verursacht werden.

An erster Stelle bei der Frage, was denn genau verunsichere, wird sogar das Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung benannt, welches aber nicht in direktem Bezug zur Reform der HeilM-RL steht. Diese zum Teil negativen Bewertungen der Auswirkungen zeigen eine deutliche Abweichung von den Zielen und Erwartungen, die der G-BA mit der Reform intendierte. Trotz unterschiedlicher Maßnahmen zur Vereinfachung, z. B. durch die Abschaffung der Regelfallsystematik, einem weniger komplexen HMK durch Zusammenfassen von Diagnosegruppen und einheitlichen Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen, wird die Heilmittelverordnung immer noch als bürokratisch und komplex wahrgenommen. Demgegenüber wird die Möglichkeit der Blankoverordnung sehr positiv hervorgehoben. Die Zielsetzung der Reform, Bürokratie abzubauen und Prozesse zu vereinfachen, wurde daher offenbar noch nicht vollständig erreicht.

Verordnungssicherheit

Die Verordnungssicherheit ist ein zentraler Aspekt, der in direktem Zusammenhang mit der Fähigkeit, bestehende Regelungen zu kennen, zu verstehen und anwenden zu können steht. Wenn diese Regelungen aber weiterhin als komplex bewertet werden und dies zur Verunsicherung in der Anwendung führt, sollte weiterhin geprüft werden, an welchen Stellen die Komplexität weiter abgebaut werden kann.

Trotz der Bemühungen im G-BA, die Verordnungssicherheit durch eindeutiger Formulierungen in der HeilM-RL zu erhöhen, fühlt sich rund ein Drittel der Befragten unsicher oder nicht ausreichend informiert, um Heilmittel zu verordnen oder die Verordnung von Heilmitteln zu administrieren. Diese Unsicherheiten werden vor allem auf die wahrgenommene Komplexität

der Regelungen, auf unklare Vorschriften und die Angst vor Regressen zurückgeführt beziehungsweise damit begründet.

Demgegenüber stehen viele Maßnahmen, die genau die Verordnungssicherheit zum Ziel hatten. So wurde z. B. das Verordnungsdatum ein fester und eindeutiger Bezugspunkt für die neue Verordnungsfallssystematik und die Unterscheidung von Erst- und Folgeverordnung. Die Verordnung außerhalb des Regelfalls wurde aufgehoben. Damit wurde an vielen Stellen die Fehleranfälligkeit von Verordnungen erheblich reduziert. Hinzu kam die bereits 2017 ausgerollte Standardisierung der Praxisverwaltungssysteme bzw. der darin enthaltenen Softwaremodule zur Verordnung von Heilmitteln. Seit 2017 waren nur noch zugelassene Systeme in Verwendung, die dafür einheitliche Anforderungen auf Basis der HeilM-RL erfüllen mussten. Die Reform der HeilM-RL wurde auch dafür genutzt, um eindeutige technische Bezüge für die Software herzustellen. Zentral von Bedeutung war hier das Verordnungsdatum statt des Tages der letzten Behandlung, welches von den Verordnenden mitunter nicht sicher zu ermitteln war.

Komplexität und Bürokratie

Die Reform wollte den Prozess der Heilmittelverordnung an vielen Stellen vereinfachen, doch die Rückmeldungen deuten darauf hin, dass dies auch gegenteilig wahrgenommen wird. Dabei sind die Kategorien „Komplexität und Bürokratie“ sowie „Regressangst“ am häufigsten als Auswirkungen genannt. Aussagen wie „Die Regelungsdichte ist einfach nur Wahnsinn“ oder „Es ist kaum denkbar, dass ein Vorgang noch bürokratischer gestaltet werden könnte“ verdeutlichen die Dringlichkeit weiterer Vereinfachungen. Gezielte Maßnahmen, um die Komplexität des HMK zu reduzieren, wie die Zusammenfassung von Diagnosegruppen oder die Einführung des Verordnungsfalls und damit auch der Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls, scheinen nicht ausgereicht zu haben, um die Praxen deutlich zu entlasten und so mehr Zeit für andere ärztliche und psychotherapeutische Aufgaben zu ermöglichen.

Technische Herausforderungen

Im Rückblick kamen zeitgleich zum Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL am 1. Januar 2021 umfangreiche Änderungen in den Verordnungssystemen zum Einsatz. Denn auch die technische Eindeutigkeit war eine Intention für eine Vielzahl von Änderungen in der Richtlinie. So z. B. das Verordnungsdatum als fester Bezug oder der Arztbezug anhand der lebenslangen Arztnummer, kurz LANR. Diese Änderungen wurden von über einem Drittel der Teilnehmenden positiv bewertet.

Die sogenannten Praxisverwaltungssysteme müssen unterschiedliche und komplexe Anforderungen erfüllen und werden beispielsweise für Patientenverwaltung, Terminmanagement, Abrechnung oder das Ausstellen von Verordnungen genutzt. Stetig kommen Anforderungen hinzu und die Systeme werden zunehmend komplexer. Es ist daher anzunehmen, dass nicht alle Teilnehmenden ausschließlich die leichtere Bedienung der Heilmittel-Verordnungssoftware bewertet haben. Vielmehr könnten auch weitere technische Herausforderungen oder allgemeine Aspekte der Nutzerfreundlichkeit und Bedienbarkeit in die Bewertung eingeflossen sein. Die aktuell 74 zugelassenen Systeme weisen teils erhebliche Unterschiede im Design auf, was sich entsprechend auch auf die Usability (Bedienbarkeit und Nutzerfreundlichkeit) auswirken kann. Diese Aspekte der Bedienung und Nutzerfreundlichkeit von Software sind weder Bestandteil der Reform der HeilM-RL noch können die einheitlichen Anforderungen an Verordnungssoftware nach § 73 Absatz 10 SGB V hier Vorgaben oder Standards definieren. Zudem wurden Erfahrungen geäußert, die allgemein bei der Benutzung von Software gemacht

werden – die Bedienung von komplexen Systemen kann dabei vermutlich nur bedingt als leicht empfunden werden.

Eine Verbesserung, z. B. des Workflows oder bei der Anzahl von Abfragen im Eingabedialog, ist meist direkt an die Vorgaben der Richtlinie und des HMK gekoppelt. Daher besteht nur bedingt Spielraum für Veränderungen und Verbesserungen, um das Erleben der Verordnenden diesbezüglich positiv zu verändern.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Angst vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen und deren Konsequenzen, z. B. in Form von Regressen oder anderen Maßnahmen, spielt eine entscheidende Rolle bei der Verordnung von Heilmitteln durch Arzt- und Psychotherapiepraxen. Viele der Befragten gaben an, sich bei der Auswahl und Menge der zu verordnenden Heilmittel durch die Gefahr eines Regresses eingeschränkt oder verunsichert zu fühlen. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies direkte Auswirkungen auf das Ordnungsverhalten von einzelnen Verordnenden hat.

Die Vereinbarungen zur Ausgestaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung werden allerdings nicht durch den G-BA in der HeilM-RL festgelegt. Sie erfolgen – neben den Rahmenvorgaben zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Absatz 2 SGB V, die von GKV-SV und KBV vereinbart werden – auf Landesebene durch Absprachen zwischen den Krankenkassenverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Es könnte vermutet werden, dass die Vorgaben aus der HeilM-RL allein als Vorgaben für eine wirtschaftliche Verordnung missverstanden werden. Vielleicht werden „Budgetdruck und Regressgefahr“ daher als Auswirkung der Reform der HeilM-RL benannt. Auch ist ein Zusammenhang zu fehlenden Informationen in Bezug auf die bestehenden Vorgaben zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zu vermuten.

Klarzustellen ist daher, dass die Reform der Richtlinie nicht das Ziel hatte, unmittelbar Einfluss auf die Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung von verordneten Heilmitteln zu nehmen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass die regional geltenden Maßstäbe zur Wirtschaftlichkeit einen großen Einfluss auf Ordnungsentscheidungen haben.

Informations- und Schulungsbedarf

Grundsätzlich wird von über der Hälfte der Befragten (58,7 %) die Kenntnis der veränderten Regelungen bestätigt. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass Informations- und Schulungsbedarf besteht, insbesondere bei zentralen Themen wie Wirtschaftlichkeitsprüfung, Blankoverordnung und Änderungen oder Korrekturen von Ordnungen. Dies weist darauf hin, dass die bereitgestellten Informationsangebote zwar genutzt werden, aber offenbar nicht ausreichen, um die Anwenderinnen und Anwender vollständig zu unterstützen. Auch wurde ein zentraler Aspekt als Voraussetzung für Informationen und Schulungen benannt, es fehle einzelnen Befragten an Zeit, sich intensiv mit den komplexen Regelungen vertraut zu machen. Somit stellt sich die Frage, was nötig ist, um eine umfassende Informiertheit sicher zu stellen und welche Maßnahmen dafür von den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV ergriffen werden sollten.

5.5 Diskussion der Ergebnisse der Befragung von Patientinnen und Patienten

Die vorliegenden Ergebnisse der Befragung der Patientinnen und Patienten zeigen sowohl Fortschritte als auch weiterhin Herausforderungen in der Heilmittelversorgung. Es wird deutlich, dass nicht nur medizinische, sondern vor allem auch organisatorische und administrative

Faktoren die Versorgung maßgeblich beeinflussen. Im Folgenden werden die zentralen Befunde aus Kapitel 4.5 eingeordnet und diskutiert.

Heterogene Versorgungsrealität und hohe Bedeutung der Physiotherapie

Die Befragung zeigt eine hohe Beteiligung von Personen mit physiotherapeutischer Versorgung (81,0 % der 965 gültigen Angaben, Abb. 23). Dies verdeutlicht die Relevanz dieses Heilmittelbereichs. Gleichzeitig offenbart die Altersverteilung eine starke Konzentration in der Altersgruppe 19 bis 64 Jahre (73,6 %, Tab. 12), was auf eine erhebliche Anzahl arbeitsfähiger Menschen mit chronischem oder anhaltendem Behandlungsbedarf hinweist, die an der Befragung teilgenommen haben.

Breites Diagnosespektrum bei gleichzeitiger Unschärfe in der Angabe

Die Diagnoseangaben (n = 850 von 966) weisen ein breites Spektrum an Krankheitsbildern aus, wobei entzündlich-rheumatische Erkrankungen (37,8 %) und Erkrankungen des Nervensystems (23,8 %) besonders häufig genannt wurden (Abb. 25). Diese Diagnosen sind oft mit einem kontinuierlichen und LHB verbunden. Umso wichtiger ist eine verlässliche, unterbrechungsfreie Versorgung, die dem tatsächlichen Bedarf Rechnung trägt. Die Mehrheit der Angaben erfolgte im Klartext statt über ICD-10-Codes, was auf Informationsdefizite oder fehlende Transparenz im Verordnungsprozess hinweisen könnte. Eine standardisierte Auswertung war daher nicht möglich, was wiederum den Bedarf an besser strukturierter Dokumentation von Diagnosen unterstreicht.

Möglichkeiten und Missverständnisse in der Anwendung der Heilmittel-Richtlinie

Die Reform der HeilM-RL und des HMK zielte darauf ab, die Versorgung zu vereinfachen, den bürokratischen Aufwand zu reduzieren und die Qualität der Heilmittelversorgung zu verbessern. Insbesondere die Abschaffung der Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb oder außerhalb des Regelfalls sowie der Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls wurden von vielen Patientinnen und Patienten als Erleichterung wahrgenommen.

Die Einführung der OBM und die Möglichkeit der „Blankoverordnung“ haben das Potenzial, die Versorgung flexibler zu gestalten und an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen.

Allerdings zeigen die Antworten auf die Frage nach der Begründung für einen Abbruch der Behandlung, dass die OBM offenbar auch weiterhin als verbindliche Höchstgrenze aufgefasst wird (320 Personen von 965 Antwortenden; 33,2 %) – entgegen ihrer eigentlichen Funktion als Orientierungshilfe. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Regelung in der Praxis nicht klar genug kommuniziert oder nicht vollumfänglich verstanden wird (siehe Abb. 29) und unterstreicht den Bedarf an gezielter Aufklärung über die Ausgestaltung und Anwendung dieser Regelung.

Auch die Angaben zur Dauer der Unterbrechung – von wenigen Wochen bis hin zu einem Jahr – machen deutlich, wie uneinheitlich die Versorgungspraxis ist. Gerade für Patientinnen und Patienten mit kontinuierlichem Therapiebedarf könnten Pausen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben.

Potenziale bei der 12-Wochen-Verordnung

Ein weiteres Beispiel für mögliche Entlastung liegt in der Option gemäß § 7 Absatz 6 und 7 HeilM-RL, eine 12-Wochen-Verordnung für Heilmittel auszustellen. 44,9 % der Befragten

gaben an, eine Verordnung für einen Zeitraum von zwölf Wochen auf einer einzigen Verordnung erhalten zu haben. Die Mehrheit der Befragten (48,6 %) berichtete, dass mehrere Verordnungen für denselben Zeitraum notwendig waren (siehe Abb. 30).

Auch wenn unklar bleibt, ob bei diesen Personen eine 12-Wochen-Verordnung medizinisch angezeigt gewesen wäre, könnte eine verstärkte Nutzung der 12-Wochen-Verordnung im Rahmen der bestehenden Regelungen den bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten reduzieren.

Ergotherapie bei psychischen Erkrankungen

Positiv ist zu werten, dass die Verordnungsmöglichkeit von 20 Einheiten Ergotherapie bei psychischen Erkrankungen genutzt wird. Nach der vorliegenden Auswertung würden 79 von 806 Personen (9,8 %), die die Frage beantwortet haben, eine Diagnose aus dem psychischen Bereich aufweisen. Ein Viertel der 79 Betroffenen (25,3 %; n=20) erhielt nach eigenen Angaben Verordnungen für Ergotherapie mit 20 Therapieeinheiten (siehe Tab. 16). Hier besteht weiterer Untersuchungsbedarf, um die Gründe zu finden, warum 59 von 70 Betroffenen, die Ergotherapie erhielten und eine Diagnose aus dem psychischen Bereich aufwiesen, keine Verordnung mit 20 Therapieeinheiten bekamen. Es ist möglich, dass in der Regel als Hauptdiagnose eine somatische Erkrankung genannt wurde. Dafür spricht, dass bei den Diagnosen nur selten psychische Diagnosen als Hauptdiagnosen genannt werden (0,7%, siehe Abb. 25).

Es bleiben eine Reihe weiterer Herausforderungen bestehen, wie sich aus den nachfolgenden Ergebnissen ableiten lässt.

Verordnungsfehler und organisatorische Belastungen

Ein zentrales Problem sind nicht korrekte oder unvollständige Verordnungen. 39,1 % der Befragten (n=373 von 955) gaben an, dass Verordnungen aufgrund von Fehlern oder Unvollständigkeiten korrigiert werden mussten (siehe Abb. 39). In 50,5 % der Fälle (n=476 von 942) war dafür ein erneuter Arztbesuch erforderlich (siehe Abb. 40). Nur 20,1 % der Befragten berichteten, dass die Heilmittelpraxis die Korrektur übernahm (siehe Abb. 41). Dies deutet auf hohe administrative Belastungen und Koordinationsprobleme zwischen Arzt- und Therapiepraxis hin.

Für Patientinnen und Patienten bedeutet dies nicht nur zusätzlichen organisatorischen Aufwand, sondern auch potenzielle Verzögerungen bei der Behandlung. Besonders chronisch kranke oder mobilitätseingeschränkte Personen sind von diesen Hürden betroffen.

Die Leistungserbringenden, z. B. Physiotherapie- oder Ergotherapiepraxen, fordern diese Korrekturen ein. Ungeklärt ist die Frage, ob es sich dabei tatsächlich um Fehler handelt, die einer "Korrektur" durch die Arztpraxis bedürfen. Eine nähere Analyse der Ursachen für solche Rückläufer scheint erforderlich zu sein. Möglicherweise gibt es hier Optimierungspotentiale in der Anlage 3 HeilM-RL, den Verträgen nach § 125 SGB V oder den Anforderungen an Softwareprodukte zur Verordnung von Heilmitteln.

Überschreitung der Fristen für den Behandlungsbeginn

Die Einhaltung der Fristen für den Behandlungsbeginn stellt weiterhin eine Herausforderung dar. Bei 363 Patientinnen und Patienten (37,9 %) von 958 Befragten wurde die 28-Tage-Frist für den Behandlungsbeginn überschritten, was eine neue Verordnung erforderlich machte (siehe Abb. 36).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei dringlichem Behandlungsbedarf: 243 Patientinnen und Patienten (25,4 %) der 957 Befragten gaben an, dass die 14-Tage-Frist nicht eingehalten wurde

(siehe Abb. 37). Es zeigt sich, dass die erhoffte Wirkung, bei einer Frist von 14 Tagen eine dringliche Behandlung zu kennzeichnen und in dieser Frist die Behandlung zu beginnen, bei circa einem Viertel der Befragten ausbleibt. Insgesamt ist die Situation, dass Behandlungen nicht fristgerecht beginnen können, kritisch zu bewerten, da dies mit einem zusätzlichen Aufwand für die Betroffenen und Vertragsärztinnen und -ärzte verbunden ist.

Als häufigste Ursache für diese Verzögerungen wurde die fehlende Terminverfügbarkeit in den Heilmittelpraxen angegeben, was von 57,9 % der 606 Befragten (n=351) als Hauptursache genannt wurde (siehe Abb. 38). Damit ist der Terminmangel der mit Abstand häufigste Grund für den Verlust der Verordnungsgültigkeit – ein klarer Hinweis auf strukturelle und personelle Engpässe in der ambulanten Versorgung mit Heilmitteln.

Begrenzte Verfügbarkeit von Hausbesuchen und Gruppenbehandlungen

Die Ergebnisse zeigen, dass Heilmittelbehandlungen überwiegend als Einzelbehandlungen in der Praxis stattfinden (n=859; 89,1 %). Hausbesuche (n=54; 5,6 %) und Gruppenbehandlungen (n=45; 4,7 %) spielen hingegen eine untergeordnete Rolle (siehe Abb. 34).

Für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität oder komplexen Erkrankungen, die eine Betreuung im häuslichen Umfeld benötigen, stellt eine insgesamt geringe Zahl von Hausbesuchen möglicherweise eine Versorgungslücke dar. Allerdings liegen zum Bedarf und zur Bedarfsgerechtigkeit des Angebotes keine Aussagen vor. Aus der Befragung selbst lässt sich eine Unterversorgung nicht ableiten. Demgegenüber stehen Hinweise aus den Betroffenenorganisationen.

Angesichts der Diagnosen ist die Häufigkeit von Doppelbehandlungen nicht erstaunlich (siehe Abb. 31). Offenbar wird von der Möglichkeit Gebrauch gemacht.

Unterstützung bei der Antragstellung für einen langfristigen Heilmittelbedarf

18,8 % (n=181 von 963) der Personen, die die Frage nach einer Antragstellung für einen LHB beantwortet haben, gaben an, einen solchen Antrag gestellt zu haben (siehe Abb. 32). 13,3 % (n=119 von 892) der Personen beantworteten die Frage nach der Genehmigung des Antrags mit „Ja“. Nur ein scheinbar geringer Anteil (4,2 %), 27 von 880 Personen, die die Frage nach eingelegtem Widerspruch bei Ablehnung des Antrags für einen LHB beantworteten, haben dies nach eigenen Angaben getan.

Angesichts der im Fragebogen angegebenen Diagnosen wäre zu erwarten, dass nur wenige Anträge gestellt werden müssen, da die Diagnosen zu einem erheblichen Teil in Anlage 2 der HeilM-RL oder BVB-Liste enthalten sind. Hier wäre zu klären, ob dieser Eindruck sich anhand der Anträge stützen lässt und worin die Gründe für die Ablehnung des Antrages von Patientinnen und Patienten bestehen.

Die Unterstützung bei der Antragstellung für LHB bleibt auf Grundlage der vorliegenden Befragungsergebnisse ebenfalls unklar. Nur 13,3% der Personen (n=120 von 900 Personen), die die Frage nach Unterstützung beantwortet haben, gaben an, durch die Verordnenden bei der Antragstellung unterstützt worden zu sein (siehe Abb. 33).

Dies deutet darauf hin, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten bei der Antragstellung für einen LHB auf sich allein gestellt sind. Insbesondere für weniger digital versierte oder ältere Menschen kann die fehlende Unterstützung bei der Antragstellung eine Barriere darstellen. Verbesserte Informations- und Unterstützungsangebote könnten hier Abhilfe schaffen.

6 Perspektive der Organisationen der Leistungserbringenden

Die Evaluation der Änderungen der HeilM-RL und des Heilmittelkatalogs (HMK) umfasste, neben der Erhebung und Auswertung von Routinedaten sowie den Befragungen der Krankenkassen, der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Versicherten auch die Einholung von Stellungnahmen der Organisationen der Leistungserbringenden für den Bereich der Heilmittel.

Vor dem Hintergrund der Fragestellungen zur Evaluation (Tab. 2) waren die für die HeilM-RL zur Stellungnahme berechtigten Organisationen der Leistungserbringenden aufgefordert, ihre Erfahrungen zum Umsetzungsstand und den Auswirkungen aus ihrer Sicht darzulegen. Grundlage hierfür bildete der vorläufige Bericht des G-BA zur Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der HeilM-RL und der Neufassung des HMK zum Beschluss vom 19. September 2019. Der zur Verfügung gestellte Stand des Evaluationsberichtes enthielt die Ergebnisse der quantitativen Datenerhebung und strukturierten Befragung sowie deren Diskussion und Limitationen. Die Einschätzungen der Organisationen der Leistungserbringenden wurden in der Zeit vom 3. Juni 2025 bis 15. Juli 2025 eingeholt (siehe Anlage D).

Insgesamt haben sieben der vierzehn einbezogenen Organisationen ihre Stellungnahme zum Vorbericht abgegeben. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Perspektive der Leistungserbringenden dargestellt.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass innerhalb der Leistungserbringerverbände und den Heilmittelbereichen kein einheitliches Meinungsbild zur Reform der HeilM-RL besteht und die Bewertung positiver und negativer Wirkungen einzelner Regelungen unterschiedlich ausfällt. Die nachfolgende Darstellung greift daher wesentliche Rückmeldungen exemplarisch heraus (Volltexte siehe Anhang E1 bis E7).

6.1 Ergebnisse zur Perspektive der Leistungserbringenden

6.1.1 Verordnungsfall, OBM und Höchstmenge je Verordnung (§ 7 HeilM-RL)

Aus Sicht der Organisationen der Leistungserbringenden wurde die Ablösung der Regelfallssystematik positiv wahrgenommen und als deutliche Entlastung gesehen. In diesem Zusammenhang wurden eine Vereinfachung und eine damit verbundene bürokratische Entlastung geäußert. Als Beispiele für Entlastungen wurden die Abschaffung der Unterscheidung von Erst- und Folgeverordnung und auch die Genehmigungspflicht für Verordnungen außerhalb des Regelfalls genannt. Auch wurde die Reduktion formaler Fehlerquellen mit den Änderungen der HeilM-RL in Zusammenhang gebracht.

Als problematisch hingegen wurden von einzelnen Leistungserbringerverbänden die orientierende Behandlungsmenge sowie die Höchstmenge je Verordnung bewertet. Hier wurde angeführt, dass auf Seiten der Verordnenden die Vorgaben im HMK oftmals als absolute Verordnungsmengen verstanden werden und tendenziell weniger Behandlungseinheiten verordnet werden, als nach dem HMK möglich wären.

Hinweise und Spezifikationen in der Liste besonderer Verordnungsbedarfe (BVB), insbesondere die zeitlichen Begrenzungen, zum Beispiel ein Jahr nach Akutereignis, werden teilweise als Begrenzung der Verordnungsmöglichkeit missverstanden, sodass anschließend keine Verordnungen mehr ausgestellt werden.

In einer Stellungnahme wurde auf ein Problem mit der Definition des Verordnungsfalls hingewiesen. Kritisch diskutiert wurde dabei, dass diese Definition zu Unterversorgung führen könne, etwa wenn beidseitige Frakturen an den Extremitäten vorliegen, die jeweils eine eigenständige Therapie erfordern. Da die HeilM-RL jedoch zwei Verordnungen bei identischem

ICD-10-Code nicht vorsieht, bleibt in solchen Fällen nur eine Behandlung auf Grundlage einer Verordnung möglich, so der SHV.

Für den Bereich der Ernährungstherapie spielt die Abkehr von der Regelfallsystematik keine Rolle in der Versorgungspraxis, da die Versorgung für diesen Bereich grundsätzlich symptomorientiert und nach individuellem Bedarf erfolgt.

Im Bereich der Podologie scheinen die Regelungen von § 7 HeilM-RL keine Probleme in der Versorgung hervorzurufen. Lediglich die fehlende feste Zuordnung von ICD-10-Diagnosen zu den Diagnosegruppen führte nach Aussagen des VDP bei podologischen Verordnungen zu Änderungen der Heilmittelverordnung.

6.1.2 Langfristiger Heilmittelbedarf (§ 8 HeilM-RL)

Die Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) wurden als positiv, mit besonderer Bedeutung für die Versorgung, wahrgenommen. Es wird darauf hingewiesen, dass der Wegfall der Antragspflicht bei gelisteten Erkrankungen die Verfahren für die Patientinnen und Patienten und Praxen erheblich erleichtert hat.

Kritisch angemerkt wurde, dass die Regelungen zum LHB und die Antragsstellung auf einen LHB gemäß § 8 Absatz 3 HeilM-RL allgemein nicht hinreichend bekannt zu sein scheinen. Ein weiterer Kritikpunkt war, dass es an klar definierten Kriterien einer schweren dauerhaften funktionellen oder strukturellen Schädigung für das Vorliegen eines LHB in der HeilM-RL fehle.

6.1.3 Ort der Leistungserbringung (§ 11 HeilM-RL)

Durch die Reform der HeilM-RL ergaben sich nach Auffassung der Leistungserbringerverbände keine wesentlichen Änderungen für die Versorgung im Rahmen der Behandlung in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten, der Behandlung in der häuslichen Umgebung als Hausbesuch oder der Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in einer Tageseinrichtung.

Hausbesuch

Angesichts des demografischen Wandels und einer älter werdenden Bevölkerung wäre aus Sicht eines Stellungnehmers mit einem steigenden Bedarf an Hausbesuchen zu rechnen. Es wird ausgeführt, dass Hausbesuche in der Physiotherapie jedoch nur in begrenztem Umfang verordnet und in anderen Heilmittelbereichen ihre Zahl sogar zurückgehe. Gründe dafür seien vor allem die unzureichende Vergütung, der bestehende Fachkräftemangel sowie die begrenzten Kapazitäten in den ambulanten Praxen.

Hausbesuche wurden von den Leistungserbringerverbänden als wichtiger Bestandteil in der Versorgung von Patientinnen und Patienten gesehen, gerade auch vor dem Hintergrund einer zielführenden Therapie, wie beispielsweise im häuslichen Umfeld. Eine eher untergeordnete Rolle für Hausbesuche zeigte sich im Bereich des Heilmittels Ernährungstherapie, da die Behandlung hauptsächlich in den Stoffwechselzentren erfolgt.

Behandlung in Einrichtungen

Die Regelung in § 11 Absatz 2 HeilM-RL zur Therapie in Einrichtungen wurde grundsätzlich als sinnvolle Klarstellung bewertet.

Nach Auffassung des SHV sei die Definition des Begriffs „Einrichtung“ in der Regelung unklar und führe dazu, dass Hausbesuche in sozialen Einrichtungen wie Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) häufig nicht als zulässige Orte für Hausbesuche anerkannt und zudem

unzureichend vergütet werden. Hier wird die Einschätzung vertreten, dass dies die Versorgung dieser Patientengruppen gefährde und eine klare, praxisnahe Auslegung sowie angemessene Vergütung dringend erforderlich sei.

Kritisch wird angeführt, dass der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz¹⁵ aus dem Jahre 2018 für eine Prüfbittte an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), wonach der Therapieort „tagesstrukturierende Fördereinrichtung“ bei Ganztagsbetreuung auch für die Kinder, die nicht dem in § 11 Absatz 2 HeilM-RL umfassten Personenkreis angehören (Kinder mit Behinderung, zum Beispiel mit festgestelltem Förderstatus) möglich sein soll, nicht berücksichtigt wurde. Vor dem Hintergrund der weiter zunehmenden Ganztagsbetreuung und dem Anspruch auf integrative Gleichberechtigung sei eine Umsetzung des Beschlusses aus Sicht eines Stellungnehmenden dringend geboten. In diesem Zusammenhang wird auf die verringerte Aufnahmefähigkeit der Kinder nach einem langen Schultag, ein geringeres Angebot durch das kurze Zeitfenster für die Therapie sowie die Notwendigkeit der freien Therapeutenwahl und die Einbeziehung der Erziehungsberechtigten hingewiesen.

6.1.4 Auswahl der Heilmittel (§ 12 HeilM-RL)

Die Anpassungen der neuen Regelungen zu § 12 HeilM-RL wurden differenziert betrachtet. Dabei wurde insbesondere die Versorgung als Doppelbehandlung und die Verordnung von maximal drei unterschiedlichen vorrangigen Heilmitteln thematisiert.

So wurde einerseits eine flexiblere Versorgung durch die erfolgte Neuregelung sowie eine Entlastung bei den Dokumentationspflichten angeführt. Aus fachlicher Sicht wurden die Änderungen zur Aufteilung der Verordnungsmenge auf verschiedene Heilmittel für den Bereich der Physio- und Ergotherapie positiv bewertet, da sie es ermöglichen, neuere oder weiterentwickelte Therapieansätze schneller in die Praxis umzusetzen.

Die Regelung des § 12 Absatz 1 HeilM-RL, wonach die Therapie grundsätzlich nur „einmal pro Tag“ erfolgen soll, führt nach Ansicht eines Stellungnehmenden aus dem Bereich der SSSS-Therapie im Versorgungsalltag zu Problemen bei „Intensivtherapien“ und ebenso bei Schlucktherapien/Essensbegleitungen. Es wird angeführt, dass in Einzelfällen Therapien zu unterschiedlichen Zeiten und damit mehrmals am Tag erforderlich sein können.

In den Stellungnahmen zu Maßnahmen der Ergotherapie sowie der SSSS-Therapie wurden Verbesserungen zur derzeitigen Regelung zu Doppelbehandlungen nach § 12 Absatz 8 HeilM-RL angeregt. LOGO Deutschland betont, dass die Vorgaben eine medizinisch und organisatorisch sinnvolle Therapieplanung – insbesondere bei komplexen logopädischen Indikationen – erschweren. Bei Störungsbildern wie Schluck- oder Stimmstörungen könne eine Aufteilung der Behandlungseinheiten über den Tag hinweg therapeutisch geboten sein, was durch eine Ausnahmeregelung analog zu § 12 Absatz 8 Satz 7 (Ernährungstherapie) ermöglicht werden sollte. Auch aus ergotherapeutischer Sicht wird eine größere Flexibilität gefordert. Dem BED zufolge solle die Kombination unterschiedlicher Heilmittel als Doppelbehandlung möglich sein, da Doppelbehandlungen bislang nur bei identischem Heilmittel zulässig sind und dadurch praxisgerechte Versorgungskonzepte behindert werden. Der dba weist zudem darauf hin, dass die derzeitige Regelung auch hinsichtlich der Behandlungsmenge aus seiner Sicht unzureichend sei: Bei Verordnungen mit höherer Frequenz müsse zeitnah eine Anschlussverordnung erfolgen, was eine kontinuierliche und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung erschwere.

¹⁵ Beschlüsse der GMK 20.06.2018 - 21.06.2018, verfügbar unter: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=720&jahr=2018> (Zugriff: 03.11.2025)

Für das Heilmittel Ergotherapie wurde angeführt, dass eine Ausnahmeregelung wie sie in § 12 Absatz 8 Satz 7 für die Ernährungstherapie vorgesehen ist, auch hier wünschenswert sei, so dass auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden können, sofern dies therapeutisch notwendig ist. Für die SSSS-Therapie wurde angemerkt, dass die Regelungen grundsätzlich intensiver genutzt werden könnten.

6.1.5 Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL)

Die Ausweitung der Frist für den spätesten Beginn der Heilmittelbehandlung von 14 Tage auf 28 Tage wurde durchweg als positiv gewertet. So sei es in der Praxis möglich, flexibel zu terminieren, was eine Entlastung darstelle. In bestimmten Fällen scheint es dennoch zu einer Überschreitung der Frist zu kommen, was in der Folge zu einem bürokratischen Aufwand hinsichtlich der Abänderung des Verordnungsdatums führt. Eine weitere Ausweitung des spätesten Behandlungsbeginns sei nach Ansicht von zwei Stellungnehmenden wünschenswert.

Kritisch bewertet wird die Verknüpfung des dringlichen Behandlungsbedarfs mit der Gültigkeit der Verordnung, da der vorgeschriebene Behandlungsbeginn innerhalb von 14 Tagen trotz intensiver Bemühungen der Leistungserbringenden nicht in allen Fällen realisierbar ist.

6.1.6 Durchführung der Heilmittelbehandlung (Gruppentherapie und Entlassmanagement) (§ 16 Absatz 6 und § 16a HeilM-RL)

Für das Entlassmanagement wurde ausgeführt, dass es hinsichtlich der gesetzlich vorgegebenen Fristen zu Schwierigkeiten in der Versorgung komme. Dementsprechend wurde eine Verlängerung der Fristen angeregt.

Ein homogenes Bild zeigte sich bei der Umsetzung von verordneten Gruppentherapien. Neben dem Hinweis, dass für bestimmte Heilmittelbereiche kaum Gruppentherapie verordnet werde, wurde auch angemerkt, dass eine Zusammenstellung von homogenen Therapiegruppen sowie deren Terminierung stark in Abhängigkeit der Praxisstruktur stehe. In einzelnen Heilmittelbereichen sei aus Sicht der Leistungserbringerverbände eine Gruppentherapie für bestimmte Patientinnen und Patienten aufgrund der Komplexität der Krankheitsbilder, Multimorbidität von Patientinnen und Patienten oder sozialen Interaktionsstörungen häufig nicht möglich.

Der Eindruck aus den Routinedaten der Krankenkassen, dass Gruppentherapien kaum eine Bedeutung in der Heilmittelbehandlung und -versorgung einnehmen, wurde von den Leistungserbringerverbänden bestätigt.

6.1.7 Bürokratieabbau

Im Praxisalltag werden von den stellungnehmenden Organisationen in den verschiedenen Regelungen in der HeilM-RL sowie in den darauf aufbauenden Regelungen außerhalb der HeilM-RL umfangreiche bürokratische Mehraufwände gesehen. Als wesentliche bürokratische Hürden werden von den Leistungserbringerverbänden die Anlage 3 zur HeilM-RL „Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen“ sowie der Verordnungsvordruck Muster 13 in Verbindung mit der Praxissoftware angeführt. Insgesamt wird der administrative Aufwand sowie die Überregulierung in der Versorgungspraxis als nicht praktikabel wahrgenommen.

6.2 Änderungsvorschläge aus Sicht der Leistungserbringenden

Im Rahmen der Evaluation der HeilM-RL wurden umfangreiche Rückmeldungen eingereicht. Die dabei eingegangenen Anregungen betreffen sowohl Regelungen in der HeilM-RL selbst als auch angrenzende Verordnungs-, Leistungserbringungs- und Abrechnungsfragen. Teilweise

wurden konkrete Anforderungsvorschläge zum Richtlinienentwurf eingebracht, aber auch Hinweise zum Verordnungsvordruck Muster 13 oder zur Umsetzung in den Verordnungssystemen. In diesem Kapitel sollen die im Rahmen der Einbindung der Organisationen der Heilmittel-Leistungserbringenden gemachten Eingaben zusammenfassend dargestellt werden (Volltexte siehe Anhang E1 bis E7).

6.2.1 Hinweise auf bürokratische Herausforderungen und Informationsdefizite

Ein zentrales Thema in vielen Rückmeldungen ist der Wunsch nach weniger administrativem Aufwand. Dabei wurde häufig auf die orientierende Behandlungsmenge (OBM) Bezug genommen, die als verbindliche Höchstgrenze wahrgenommen werde. Es wird deshalb angeregt, klarzustellen, dass die OBM keine absolute Höchstgrenze darstellt und dass bei bestimmungsgemäßer Anwendung (inkl. Dokumentation der Begründung in der Patientenakte) aus deren Überschreitung allein kein Regress folgen dürfe.¹⁶

In diesem Zusammenhang wurde auch eine Anpassung oder das Entfallen der im Heilmittelkatalog definierten orientierenden Behandlungsmengen vorgeschlagen (bspw. SHV, dba). Dies würde nach Einschätzung der Stellungnehmenden die therapeutische Planung, Kontinuität oder auch die Entbürokratisierung fördern.

Ferner sollte nach Ansicht der Stellungnehmenden über die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Heilmittelversorgung im Rahmen des LHB sowie des BVB informiert werden, indem die Informations- und Kommunikationsstrukturen zwischen den beteiligten Berufsgruppen weiter gestärkt und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz und Klarheit der bestehenden Regelungen ergriffen werden.

Es wird angeregt, die Informationspflicht nach § 1 Absatz 9 HeilM-RL dahingehend zu erweitern, dass Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten aktiv über das Antragsverfahren nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL informieren.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Heilmittelversorgung in einigen KV-Bereichen durch Prüf- und Heilmittelvereinbarungen, etwa durch Quoten für 30-Minuten-Verordnungen für SSSS-Therapie reglementiert wird, was aus Sicht der Stellungnehmenden faktisch zu einer geringeren Therapie für Patientinnen und Patienten führe. Es wird vom BED angemerkt, dass die Vorgaben der HeilM-RL, des HMK und der regionalen Heilmittelvereinbarungen als komplex und als eine Überregulierung wahrgenommen werden, den Regelungen eine Misstrauenskultur zugrunde liege und allen Beteiligten potenziellen Missbrauch unterstelle.

Ebenso wurde die Pflicht zur Angabe von Frequenzen und Leitsymptomatik auf dem Verordnungsvordruck als mögliche Fehlerquelle und zusätzlicher Aufwand genannt. Vorschläge beinhalten u. a. den Wegfall dieser Angaben, insbesondere dort, wo sie aus Sicht der Leistungserbringenden therapeutisch nicht erforderlich sind oder bereits anderweitig geregelt werden, z. B. durch Frequenzempfehlungen im HMK.

Auch Einzelverordnungen mit geringen Behandlungsmengen wurden als zusätzliche Belastung benannt, da sie häufiger Arztkontakte erforderlich machen und sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Praxen mit Mehraufwand verbunden sind. Angeregt wurde, die Höchstmengen je Verordnung – z. B. von 6 auf 10 im Bereich Physiotherapie bzw. auf grundsätzlich

¹⁶ **Anmerkung zur Klarstellung:** Nach den gemäß § 106b Absatz 1 SGB V zu treffenden Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Heilmittel, die regional durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam mit den örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden, besteht nach vorliegenden Informationen des G-BA keine Regelung, nach der die Überschreitung der orientierenden Behandlungsmenge gemäß HeilM-RL ein Aufgreifkriterium für eine statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung darstellt oder in der Folge zu Nachforderungen führt.

20 Einheiten in der SSSS-Therapie auszuweiten, bis hin zur einheitlichen Möglichkeit, für einen Zeitraum von 12 Wochen versorgen zu können.

6.2.2 Vorschläge zur Frist zum Beginn der Heilmittelbehandlung

Zahlreiche Anregungen bezogen sich auf bestehende Fristregelungen zum Beginn der Heilmittelbehandlung und zum dringlichen Behandlungsbedarf. Mehrere Organisationen regen an, zu prüfen, ob eine Verlängerung der Frist zum spätesten Behandlungsbeginn, bspw. auf 42 Tage erfolgen kann.

Zur Regelung zum dringlichen Behandlungsbedarf wurde vorgeschlagen, z.B. die 14-tägige Frist zum Beginn der Heilmittelbehandlung als Kann-Regelung zu formulieren und die Gültigkeit der Verordnung auch in dringenden Fällen an die Frist von 28 Tagen zu binden. Auch wurde vorgeschlagen, Alters- und Fristgrenzen in den Diagnoselisten (z. B. „längstens ein Jahr nach Akutereignis“) zu streichen, da diese missverständlich seien und oft als Begrenzung der Verordnungsmöglichkeit interpretiert würden. Ebenso wurde angemerkt, die Fristen im Entlassmanagement zu überdenken.

Genannt wurde auch der Wunsch, bewährte Corona-Sonderregelungen dauerhaft zu integrieren. Hierzu zählen flexiblere Fristen, pragmatische Lösungen bei Ordnungsänderungen oder erleichterte Videobehandlungsoptionen.

6.2.3 Vorschläge zu technischen und formalen Anpassungen

Zahlreiche Hinweise betreffen das Ordnungsverfahren und dessen Umsetzung in der ärztlichen Praxisverwaltungssoftware. Auch wurde der Vorschlag eingebracht, dass bei der Änderung des Ordnungsdatums eine erneute Unterschrift der oder des Ordnenden ausreichend sein sollte und das zusätzliche Datum der Korrektur nur notwendig sei, wenn es vom neuen Ausstellungsdatum abweicht.

Es wurde angeregt, die Doppelbehandlung durch ein Ankreuzfeld auf der Verordnung abzubilden.

Weitere Hinweise beziehen sich auf die Gültigkeit von Ordnungen, die mit Unterschriften „im Auftrag (i.A.)“ oder „in Vertretung (i.V.)“ ausgestellt werden, was laut Rückmeldung des SHV gelegentlich zu Absetzungen führe. Hier wurden zur besseren Rechtssicherheit klarstellende Regelungen oder Erläuterungen im Richtlinientext angeregt.

Der Wunsch nach einheitlichen Anforderungen an verwendete Ordnungs-systeme wurde ebenfalls von mehreren Verbänden adressiert. Rückmeldungen betonen, dass fehlerhafte oder unvollständige Ordnungen teils durch unzureichende Prüfmechanismen in der ärztlichen Praxisverwaltungssoftware verursacht würden. Angeregt wurde eine Prüfung, inwiefern Softwarelösungen systematisch Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfungen vornehmen können – z. B. bei Frequenzen, Diagnosegruppe oder Mengenangaben. Es wurde darauf hingewiesen, dass durch die Möglichkeit, Hinweise der Software ignorieren zu können, der Fehleranteil der Ordnungen weiter sehr hoch sei. Eine Einschränkung dieser Änderungsmöglichkeiten könnte z. B. verhindern, dass Ordnungsmengen überschritten werden. Zusätzlich erschweren technische Probleme, etwa fehlende Updates der Praxissoftware, die korrekte Umsetzung notwendiger Anpassungen in den Ordnungen. Es wurde eine Öffnung analog zur Ernährungstherapie vorgeschlagen, wonach in medizinisch begründeten Einzelfällen mehrere Behandlungseinheiten pro Tag erbracht werden können. Auch wurde angeregt, die Pflicht zur Frequenzangabe auf Ordnungen zu streichen, um Fehlerquellen zu reduzieren und die Entscheidungskompetenz der Therapeutinnen und Therapeuten zu stärken. Ferner besteht der Wunsch, die Dokumentationspflicht bei Behandlungsunterbrechungen zu reduzieren.

6.2.4 Unterschiede in zahnärztlicher und ärztlicher Richtlinie

Im Rahmen der Rückmeldungen wurde die Idee der Vereinheitlichung von zahnärztlicher und ärztlicher Richtlinie und Vordrucke adressiert. Aus Sicht der rückmeldenden Organisation gäbe es Unterschiede – z. B. bei den Begrifflichkeiten „Diagnosegruppe“ versus „Diagnoseschlüssel“. Außerdem sei es therapeutisch gesehen förderlich, wenn Gruppentherapien auch für Therapien der HeilM-RL Zahnärzte genannt würden.

6.2.5 Weitere Aspekte aus dem Versorgungsalltag

Es wurden weitere Hinweise eingebracht, unter anderem, die Möglichkeit, einzelne Diagnosegruppen mit vergleichbaren Diagnosegruppen zusammenzulegen, eine Anpassung am Verordnungsmuster 13, zum Beispiel eine Änderung des Papierformates vorzunehmen, die Videobehandlung bei weiteren Verordnungen ohne erneuten Präsenzkontakt auszugestalten sowie palliativmedizinische Anforderungen durch neue Leistungspositionen zu berücksichtigen.

6.3 Diskussion der Rückmeldungen der Leistungserbringenden

Die Stellungnahmen der Organisationen der Heilmittel-Leistungserbringenden liefern Einblicke in die Umsetzung und Wirkung der Änderungen der HeilM-RL sowie des HMK aus praktischer Perspektive der Therapierenden. Die vorliegenden Rückmeldungen zeigen ein facettenreiches Bild: Neben positiven Aspekten und Fortschritten bei der Entbürokratisierung wurden auch zahlreiche Herausforderungen und Verbesserungspotenziale benannt.

Wahrgenommene Verbesserungen und praktische Erleichterungen

Die Abschaffung der Regelfallsystematik wurde von den meisten Organisationen als ein Schritt in Richtung Verwaltungsvereinfachung gewertet. Die Entlastung durch den Wegfall der Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung sowie der Genehmigungspflicht bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls wurde insbesondere als förderlich für eine effizientere Versorgung hervorgehoben. Auch die Verlängerung der Frist zum Behandlungsbeginn auf 28 Tage wurde überwiegend positiv aufgenommen, da sie eine flexiblere Terminierung erlaubt und somit dem Versorgungsalltag besser gerecht wird.

Ebenso wird der Zugang zu einem LHB und BVB als sinnvoll und relevant für eine kontinuierliche Patientenversorgung angesehen – wenngleich die konkrete Umsetzung mit Informationsdefiziten und unscharfen Definitionen behaftet sei.

Kritische Aspekte in der praktischen Umsetzung

Trotz der als sinnvoll erachteten Neuregelungen zeigen die Stellungnahmen, dass viele Regelungen nicht ausreichend in der Versorgungspraxis ankommen oder mit hohem administrativem Aufwand verbunden seien. Insbesondere die orientierende Behandlungsmenge sowie Höchstmenge je Verordnung führen offenbar zu Unsicherheiten bei den Verordnenden. Diese scheinen die Vorgaben des HMK teils als fixe Obergrenzen zu interpretieren, was aus Sicht der Leistungserbringerverbände tendenziell zu einer Unterversorgung führen könne.

Auch beim Ort der Leistungserbringung werden von den Leistungserbringerverbände praktische Hürden aufgezeigt: Zwar wird die Regelung grundsätzlich begrüßt, ihre Anwendbarkeit scheitert jedoch häufig an Personalengpässen, unklaren Definitionen (z. B. Behandlung in Regelschulen oder Werkstätten für behinderte Menschen) oder einer inadäquaten Vergütung, insbesondere für Hausbesuche.

Ein weiteres strukturelles Problem ergibt sich aus den bürokratischen Anforderungen, beispielsweise durch Anlage 3 der HeilM-RL oder das Verordnungsvordruck Muster 13. Diese verursachen nach Ansicht vieler Organisationen übermäßigen Dokumentationsaufwand und sind mit hohen Fehleranfälligkeiten verbunden, insbesondere im Zusammenspiel mit der verwendeten Praxissoftware. Deutlich werde auch, dass Probleme und bürokratische Aufwände zu einem großen Teil durch Regelungen gesehen werden, die nicht unmittelbar in der HeilM-RL getroffen werden, wie beispielsweise die Rahmenverträge nach § 125 SGB V und die im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vereinbarten Anforderungen an die Softwareprodukte der Ärztinnen und Ärzte.

Widersprüchliche Bewertungen einzelner Regelungen

Ein heterogenes Bild zeigt sich bei der Bewertung der Änderungen zu § 12 HeilM-RL (Auswahl der Heilmittel): Einerseits wird eine höhere Flexibilität begrüßt, andererseits aber auch ein gesteigerter Dokumentationsaufwand kritisiert, ohne dass ein therapeutischer Mehrwert erkennbar sei. Die Organisationen fordern hier teilweise veränderte Regelungen und praxistauglichere Umsetzungsvorgaben, etwa analog zur Ernährungstherapie oder durch eine gezieltere Nutzung bestehender Flexibilisierungsoptionen.

Im Bereich des Entlassmanagements (§ 16a HeilM-RL) wird eine Überprüfung der derzeit sehr engen Fristen angeregt, die sich aus § 39 Absatz 1a SGB V ergeben. Empfohlen wird, die während der Corona-Pandemie geltenden erweiterten Fristen (14 Kalendertage für den Verordnungszeitraum und 21 Kalendertage für den Behandlungsabschluss) dauerhaft zu übernehmen. Zudem bestehen weiterhin Auslegungsspielräume hinsichtlich der zulässigen Verordnungsmenge und des Eintrags des Entlassdatums auf dem Verordnungsblatt. Eine Konkretisierung dieser Punkte in § 16a HeilM-RL wird vorgeschlagen, um mehr Klarheit und Einheitlichkeit in der Anwendung zu schaffen.

Auch bei der Umsetzung von Gruppentherapien bestehen nach Ansicht der Leistungserbringerverbände strukturelle Schwierigkeiten. Gruppentherapien scheitern aus ihrer Sicht vielfach an fehlenden homogenen Gruppen, komplexen Terminplanungen oder am geringen Verordnungsvolumen – mit der Folge, dass sie in der Praxis kaum Relevanz entfalten.

6.4 Zusammenfassung aus der Sicht der Leistungserbringenden

Insgesamt zeigt sich, dass die Reform der HeilM-RL aus Sicht der Organisationen der Leistungserbringenden grundsätzlich positiv gesehen und als notwendiger und richtiger Schritt wahrgenommen wird. So konnte mit Blick auf die Ziele der Reform der Versorgungsalltag positiv beeinflusst werden.

Dennoch sei der Reformprozess aus Sicht der stellungnehmenden Organisationen nicht abgeschlossen. Aus ihrer Sicht bedarf es einer systematischen Weiterentwicklung – insbesondere durch eine stärkere Orientierung an den praktischen Anforderungen im Therapiealltag, eine konsequente Entbürokratisierung sowie eine technische und strukturelle Optimierung der Umsetzungsvorgaben, um den Versorgungsalltag praktikabler und flexibler zu gestalten.

7 Gesamtbetrachtung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Routinedatenauswertung und der durchgeführten Befragungen, einschließlich der Perspektive der Organisationen der Leistungserbringenden (siehe Kapitel 4, 5 und 6) sollen nun gemeinsam betrachtet werden.

In dieser Gesamtbetrachtung wird insbesondere die positive Wirkung der Abschaffung der Regelfallsystematik sowie eine insgesamt verbesserte Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln, insbesondere für Personen mit einem langfristigen Heilmittelbedarf (LHB), deutlich. Zugleich zeigt sich, dass von allen Seiten spezifische Problembereiche identifiziert wurden, bei denen jeweils unterschiedliche Aspekte im Fokus stehen, die nachfolgend näher beleuchtet werden.

Abschaffung der Regelfallsystematik

Die Ablösung der Regelfallsystematik wurde von Krankenkassen, Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringenden übereinstimmend als Fortschritt bewertet, da sie zu einer bürokratischen Entlastung und einer Reduktion formaler Fehlerquellen geführt hat. Zugleich wurde von Leistungserbringenden sowie den Patientinnen und Patienten die Abschaffung der Genehmigungspflicht durch eine gesetzliche Änderung als Erleichterung und Beitrag zum Bürokratieabbau begrüßt.

Orientierende Behandlungsmenge

Unterschiede zeigten sich jedoch in der Bewertung der Regelungen zur orientierenden Behandlungsmenge (OBM) und deren praktischen Umsetzung. Es wurde berichtet, dass diese häufig fälschlicherweise als verbindliche Höchstmenge interpretiert werde, was zu restriktiven Verordnungen und Versorgungsproblemen führe, wenn Behandlungen nicht im erforderlichen Umfang fortgesetzt werden können.

Zudem wurde von Seiten der Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringenden auf den erhöhten organisatorischen Aufwand verwiesen, der insbesondere durch die geltenden Höchstmengen je Verordnung sowie den Wegfall der Möglichkeit, Verordnungen über einen Zeitraum von bis zu zwölf Wochen (vormals Verordnung außerhalb des Regelfalles) auszustellen, entsteht. Dies betreffe vorrangig Patientinnen und Patienten, die die Kriterien eines besonderen Verordnungsbedarfes (BVB) oder LHB nicht erfüllen und führe damit zu häufigeren Arztkontakten.

Die Befragung der Patientinnen und Patienten als auch der Leistungserbringenden zeigte, dass die Möglichkeit der 12-Wochen-Verordnung in der Praxis nur eingeschränkt genutzt wird, da Unsicherheiten bei Verordnenden und restriktive Auslegungen durch Krankenkassen befürchtet werden. Ebenso werden die Hinweise „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ und „längstens 6 Monate nach Akutereignis“ zu besonderen Versorgungsbedarfen als bürokratische Hürde bewertet.

Gleichzeitig wurde auf die weiterhin notwendige Steuerungsfunktion der OBM mit Blick auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Heilmittelversorgung hingewiesen.

Langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf

Bei der Betrachtung der Entwicklung der Anzahl der Verordnungen zum LHB und zum BVB ergibt sich folgendes Bild: Der Anteil der Verordnungen nach Anlage 2 bzw. der BVB-Liste liegt insgesamt auf einem hohen Niveau, hat sich im Zeitverlauf 2019, 2022 und 2023 jedoch nur wenig verändert. Angemerkt wurde dazu, dass Informationsdefizite bei der Anwendung der

Regelungen zu LHB und BVB bestehen würden. Dies gelte auch für die Möglichkeit, im Einzelfall einen Antrag auf Anerkennung eines LHB stellen zu können. Auf der Seite der Kostenträger hat sich die Erwartung, dass die Zahl der Anträge auf Genehmigung eines LHB zurückgehen würde, nicht bestätigt. Auch ist die Anzahl und der Anteil der Anträge, die genehmigt wurden, im Vergleich zwischen 2019 und 2022/2023 gesunken, was darauf deutet, dass noch immer in erheblichem Umfang Anträge gestellt werden, die die Kriterien für einen LHB nicht erfüllen. So konnte das Ziel des Bürokratieabbaus aus der Perspektive der Krankenkassen in diesem Punkt nicht erreicht werden.

Insgesamt konnte durch die Änderung in § 7 der HeilM-RL die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten erleichtert sowie Therapieunterbrechungen reduziert werden.

Ort der Leistungserbringung und Hausbesuche

Hausbesuche wurden von allen Befragten als wichtiger Bestandteil der Versorgung hervorgehoben. Es wird von einem stabilen, insgesamt hohen Niveau bei gleichzeitig leicht rückläufiger Tendenz bei medizinisch notwendigen Hausbesuchen berichtet.

In den Befragungen der Ärztinnen und Ärzte sowie einiger Leistungserbringerverbände (SHV, dba, LOGO Deutschland) werden Unsicherheiten hinsichtlich der Möglichkeit einer Behandlung außerhalb der Praxis oder in häuslicher Umgebung geschildert. Diese betreffen insbesondere die Behandlung von Erwachsenen in „Werkstätten für behinderte Menschen“ (WfbM) und Tagesförderstätten sowie von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr mit Förderstatus bzw. mit Behinderung in Regeleinrichtungen (Kitas und Schulen). Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist, dass die Versorgung und Betreuung einzelner Personengruppen in spezifischen Einrichtungen in einem Spannungsfeld zwischen pädagogischen Maßnahmen und therapeutischem Versorgungsauftrag stehen können.

Von Seiten der Leistungserbringenden wurde gefordert, für die Behandlung in Einrichtungen die Verordnung eines Hausbesuches zu ermöglichen (SHV und dba). Es wurde dazu ferner berichtet, dass die Erbringung von Hausbesuchen auf Grund von Personalengpässen erschwert sei.

Einige Leistungserbringende (SHV, dba) wiesen ebenso darauf hin, dass der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz¹⁷ aus dem Jahre 2018 für eine Prüfbite an das BMG, wonach auch Kinder, die nicht dem in § 11 Absatz 2 HeilM-RL definierten Personenkreis angehören, Heilmittel in Ganztagschulen erhalten können sollen, bislang nicht umgesetzt sei.

Flexibilität und Dokumentation

Die mit der Reform eingeführte Flexibilität, zum Beispiel die Möglichkeit, auf Verordnungsvordruck Muster 13 mehrere vorrangige Heilmittel zu verordnen, wurde unterschiedlich bewertet. Die gewonnene Gestaltungsfreiheit wurde begrüßt, da sie eine patientenindividuellere Versorgung ermögliche. Aus der Routinedatenanalyse ist abzulesen, dass die Möglichkeit zur Verordnung mehrerer vorrangiger Heilmittel nur wenig genutzt wird.

Von Leistungserbringerseite wurde angemerkt, dass eine Vereinfachung der Dokumentationspflichten – etwa bei Frequenzangaben oder bei der Dokumentation von Unterbrechungen – das Ziel des Bürokratieabbaus unterstützen könnte. Aus den Rückmeldungen wurde zudem deutlich, dass digitale und softwaregestützte Verfahren als zentraler Erfolgsfaktor für einen reibungslosen Verordnungs- und Abrechnungsprozess gesehen werden.

¹⁷ Beschlüsse der GMK 20.06.2018 - 21.06.2018, verfügbar unter: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=720&jahr=2018> (Zugriff: 03.11.2025)

Gültigkeitsfristen und Terminvergabe

Die Verlängerung der Gültigkeitsfrist einer Verordnung auf 28 Tage wurde von allen Akteuren als Verbesserung wahrgenommen. Auf Seiten der Leistungserbringenden hat dies zu einer Entspannung bei der Terminvergabe geführt. Zugleich wird berichtet, dass die Fristeinhaltung des Behandlungsbeginns, unter anderem aufgrund fehlender Terminverfügbarkeiten, nicht immer gelinge. Ein gekennzeichnete dringlicher Behandlungsbedarf sei in der Praxis oft schwer umzusetzen, sodass nach 14 Tagen die Verordnung häufig ihre Gültigkeit verliere und eine neue Verordnung auszustellen sei, wenn der Beginn der Behandlung nicht möglich war. Dies erzeuge insgesamt bürokratische Mehraufwände auf allen Seiten, bei Patientinnen und Patienten sowie in Arzt- und Therapiepraxen.

Entlassmanagement

Die Regelungen zum Entlassmanagement wurden begrüßt, da sie zu mehr Einheitlichkeit führen würden, gleichzeitig wurden aber die engen gesetzlichen Fristen kritisiert, die in der Praxis häufig nicht eingehalten werden könnten. Zudem bestehen weiterhin Auslegungsspielräume hinsichtlich der zulässigen Verordnungsmenge.

Gruppenbehandlung

Gruppentherapien wurden von allen Akteuren als grundsätzlich sinnvolles Behandlungsinstrument gesehen. Aus der Routinedatenanalyse der GKV ist der sehr geringe Anteil von Gruppenbehandlungen abzulesen. Aus der Praxis kam der Hinweis, dass sie als kaum praktikabel bewertet werden, u. a. da „homogene Gruppen“ selten gebildet werden könnten, und die Terminplanung mit mehreren Patientinnen und Patienten einen hohen organisatorischen Aufwand verursacht. Auch die Befragung von Patientinnen und Patienten bestätigte die derzeit geringe Relevanz in der Versorgung.

Bürokratieabbau und technische Unterstützung

Alle Akteursgruppen sahen beim Bürokratieabbau einen unverändert zentralen Handlungsbedarf und sprachen sich für die Weiterentwicklung der HeilM-RL und des HMK aus. Die Beteiligten verweisen auf eine weiterhin hohe Fehlerhäufigkeit bei der Verordnung, der Leistungsbestätigung auf der Rückseite der Verordnung und der Abrechnung. Damit verbunden sind vielfach vermeidbare Aufwände. Auch wenn durch die Abschaffung der spezifischen Muster für Ergotherapie und SSSS-Therapie und die Einführung von Anlage 3 zu den Anforderungen bei Änderung von Heilmittelverordnungen Regelungen verändert oder erstmals definiert wurden, beklagen Beteiligte häufige Korrekturen. Die technische Umsetzung der HeilM-RL in den ärztlichen Praxisverwaltungssystemen wurde gewürdigt. Dennoch gab es Hinweise von Leistungserbringerverbänden auf eine mögliche unzureichende Unterstützung durch diese Software.

8 Limitationen der Evaluation

8.1 Limitationen zur Auswertung der Routinedaten GKV-HIS

Die Auswertung der Routinedaten aus dem GKV-HIS unterliegt zu den einzelnen Kennzahlen und Auswertungsebenen bestimmten Limitationen.

Bei der Auswertung der Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung (siehe Kapitel 4.1.1) handelt es sich um einen Gesamtschnitt, der mögliche Mengenveränderungen bei Versicherten mit einer Höchstmenge je Verordnung gemäß Heilmittelkatalog (§ 7 Absatz 5 HeilM-RL) aufgrund von Mengenveränderungen bei Versicherten mit einer 12-Wochenverordnung nach § 7 Absatz 6 und 7 HeilM-RL gemeinsam betrachtet.

Bei der Auswertung zum Anteil des langfristigen Heilmittelbedarfs (LHB) und der besonderen Verordnungsbedarfe (BVB) (siehe Kapitel 4.1.2) ist anzumerken, dass die Auswertung – mit Ausnahme von Altersbeschränkungen – keine Nebenbedingungen, wie z. B. Akutereignisse bei BVB, berücksichtigt. Da diese bei 12-Wochenverordnungen nicht anzuwenden sind, lässt die Auswertung gleichwohl Rückschlüsse auf den Anteil von 12-Wochenverordnungen zu. Ferner liegt keine Auswertung für Zeiträume vor Inkrafttreten der geänderten HeilM-RL vor, so dass hier keine vergleichenden Analysen angestellt werden können.

Die Auswertung zum Anteil der Verordnungen mit einem abgerechneten Hausbesuch (siehe Kapitel 4.1.3) lässt lediglich Rückschluss auf die abgerechneten nicht jedoch auf die Anzahl der von Ärztinnen und Ärzten verordneten Hausbesuche zu. Sofern Verordnungen mit einem verordneten Hausbesuch als Therapie in der Praxis durchgeführt werden, ist dies in den Daten nicht erkennbar. Sofern Verordnungen mit einem verordneten Hausbesuch gänzlich von der Heilmittelpraxis nicht angenommen werden, ist dies ebenfalls in den Daten nicht erkennbar. Einfluss auf die Durchführung und Abrechnung von Hausbesuchen haben zudem auch die Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V.

Bei der Auswertung zur Aufteilung der Verordnungsmenge auf bis zu drei unterschiedlichen vorrangigen Heilmitteln (siehe Kapitel 4.1.4) können sich in den Zahlen auch Einzel- und Gruppentherapien oder ein Wechsel des abgerechneten Heilmittels nach ärztlicher Rücksprache verbergen. Gleichwohl lässt die Auswertung den Rückschluss zu, dass von der Regelung zur Aufteilung der Verordnungsmenge auf maximal drei unterschiedliche vorrangige Heilmittel in der Physio- und Ergotherapie oder auf bis zu drei verschiedene Behandlungszeiten in der SSSS-Therapie in der Praxis kaum Gebrauch gemacht wird.

Die Auswertung zum Anteil der Verordnungen mit Gruppenbehandlung (siehe Kapitel 4.1.5) lässt lediglich Rückschluss auf die abgerechneten nicht jedoch auf die Anzahl der von Ärztinnen und Ärzten verordneten Gruppentherapien zu. Die HeilM-RL sieht aktuell vor, dass Therapeuten und Therapeutinnen nach Information der Verordnenden von Gruppentherapie auf Einzeltherapie (oder umgekehrt) wechseln können, bspw. wenn keine Gruppe zustande kommt.

Die Auswertung zur Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung in den Diagnosegruppen PS2 und PS3 (siehe Kapitel 4.1.6) lässt lediglich Rückschluss auf die abgerechneten nicht jedoch auf die Anzahl der von Ärztinnen und Ärzten verordnete Anzahl der Behandlungseinheiten zu. Ferner sind vorzeitig beendete oder abgebrochene Verordnungen mit in die Zahlen eingeflossen. Die durchschnittliche Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung wird zudem auch dadurch beeinflusst, dass bei einzelnen Versicherten Verordnungen nach § 7 Absatz 6 oder 7 HeilM-RL für einen Zeitraum von 12 Wochen bspw. aufgrund eines genehmigten Einzelantrags oder aufgrund vorliegender Komorbiditäten ausgestellt wurden.

8.2 Limitationen zu den Routinedaten des MD Bund

Das Handbuch „Berichtswesen - Übergreifendes Berichtswesen der Medizinischen Dienste“ in der jeweils für die Berichtsjahre gültigen Fassung sieht eine Verschlüsselung für die einzelnen Maßnahmen der Heilmittel-Therapie vor, jedoch nicht eine Verschlüsselung für einen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf. Somit kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, wie hoch der tatsächliche Anteil zu dieser Fragestellung war. Fragen zu nicht nach der HeilM-RL zugelassenen Heilmitteln (z. B. Hippotherapie) sind dagegen extra zu verschlüsseln. Ebenso lässt sich aus den Daten nicht erkennen, ob es eine Erstvorlage beim Medizinischen Dienst war oder es sich um einen Widerspruch einer/eines Versicherten handelt.

8.3 Limitationen zur Befragung der Krankenkassen

Bei der Befragung konnte – mit Ausnahme quantitativer Erhebungen zu zwei Teilbereichen – lediglich ein Stimmungsbild der Krankenkassen zu den Auswirkungen der zum 1. Januar 2021 in Kraft getretenen HeilM-RL, das teilweise auch die subjektive Einschätzung einzelner Mitarbeitenden in der Krankenkasse widerspiegelt, eingeholt werden. Ein Selektionsbias kann sich daraus ergeben, dass sich insbesondere solche Kassen bzw. Kassenvertreterinnen und -vertreter an der Befragung beteiligt haben, die tendenziell eher negative Erfahrungen gemacht haben und ihre Unzufriedenheit mitteilen wollten.

8.4 Limitationen der Ergebnisse der Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Die geringe Teilnehmerzahl im Verhältnis zur Grundgesamtheit von 187.441 Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten der vertragsärztlichen Versorgung, mit einer Teilnahmequote von 0,1 % der Zielgruppe, schränkt die Repräsentativität der Befragung stark ein. Zudem ist davon auszugehen, dass Verzerrungen die Ergebnisse beeinflussen, da die Teilnehmenden möglicherweise nicht die Meinungen und Merkmale der Gesamtgruppe widerspiegeln. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Personen aus dem „KBV-Ärztepanel“ eher interessiert sind an Themen der vertragsärztlichen Versorgung – hier der Verordnung von Heilmitteln – und auch eher bereit sind ihre Meinung zu äußern (Selbstselektionsbias). Gegebenenfalls sind sie auch eher bereit sich kritisch zu äußern. Im Sinne eines Selektionsbias ist in diesem Zusammenhang auch nicht auszuschließen, dass diejenigen Ärztinnen und Ärzte aus dem E-Mail-Verteiler der KBV, die sich nicht an der Befragung beteiligt haben, möglicherweise deutlich weniger oder keine Probleme mit der Verordnung von Heilmitteln zu berichten haben.

8.5 Befragung von Patientinnen und Patienten

Die Durchführung der Befragung unterlag verschiedenen Limitationen, die bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Die Befragung basierte auf freiwilliger Teilnahme, Selbstauskünften und war frei zugänglich, wodurch die Repräsentativität der Stichprobe eingeschränkt sein kann und Verzerrungen z. B. durch wiederholte Teilnahme nicht ausgeschlossen werden können. Zudem ist die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen scheinbar überrepräsentiert, während Menschen mit mehrfachen Behinderungen, Kinder, Jugendliche oder Akutfälle unterrepräsentiert sind.

Jede Frage war von den Teilnehmenden unabhängig voneinander zu beantworten oder konnte übersprungen werden, was zu unterschiedlichen Grundgesamtheiten führt, die bei der

Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Die Gründe für das Nichtbeantworten oder Überspringen von Fragen sind nicht bekannt.

Trotz dieser Limitationen bieten die Ergebnisse wertvolle Einblicke in die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten. Um die Aussagekraft zukünftiger Befragungen zu erhöhen, sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Repräsentativität und der Fragegestaltung sowie zur Validierung der Selbstauskünfte mit Routinedaten in Betracht gezogen werden.

9 Fazit und Ausblick

Die Reform der HeilM-RL sowie des Heilmittelkatalogs erfolgte mit der Zielsetzung, die Versorgungsqualität zu steigern, die Praktikabilität der Regelungen zu erhöhen, die Regelungskomplexität zu reduzieren und bürokratische Hürden im Versorgungsalltag abzubauen. Mit dieser Evaluation wurden insbesondere der Stand vor Inkrafttreten der Änderungen zum 1. Januar 2021 und deren Auswirkung und Umsetzungsstand in der Zeit nach Inkrafttreten vergleichend betrachtet. Hierzu wurden Themenschwerpunkte wie die Abschaffung der Regelfallsystematik, die Einführung der orientierenden Behandlungsmengen (OBM), die Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf und zum Ort der Leistungserbringung sowie die bürokratischen Aufwände bei der Anwendung der HeilM-RL näher betrachtet.

Die Reform der Heilmittelversorgung hat im Ergebnis der vorliegenden Evaluation spürbare Verbesserungen gebracht. Besonders die Abschaffung der Regelfallsystematik und der Genehmigungspflicht von Verordnungen außerhalb des Regelfalles wird überwiegend als wesentlicher Fortschritt gewertet. Die Ablösung der vorherigen Regelfallsystematik durch eine Verordnungsfallsystematik führte insgesamt zu einer deutlichen bürokratischen Entlastung und ermöglicht Verbesserungen insbesondere für chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Dennoch zeigen die Ergebnisse auch, dass weiterhin Herausforderungen bestehen.

Insgesamt zeigt sich, dass Probleme vor allem durch Informationsdefizite entstehen. Die Regelungen zur OBM werden einerseits von den Verordnenden als verbindliche Höchstgrenze verstanden, was zu restriktiveren Verordnungen führen kann. In der Folge könnte es dazu kommen, dass Heilmittelbehandlungen über die OBM hinaus nicht fortgeführt werden. Andererseits haben die OBM und die Höchstmengen je Verordnung auch eine steuernde Funktion.

Seitens der verordnenden Ärztinnen und Ärzte wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass regional vereinbarte Grundsätze zur Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Heilmittel vielfach nicht ausreichend bekannt sind und Unsicherheiten bestehen. Dieses Informationsdefizit wird in engem Zusammenhang mit bestehenden Unsicherheiten sowie Befürchtungen vor Prüfverfahren und möglichen Regressen gesehen. Die daraus resultierenden Ängste könnten wiederum zu einer eher zurückhaltenden und möglicherweise nicht bedarfsgerechten Verordnungspraxis beitragen. Eine bessere Kommunikation der aktuellen Regelungen könnte Missverständnisse vermeiden, die wirtschaftliche Entscheidung der Verordnenden fördern, die Befürchtung, Regressen unterzogen zu werden vermindern und damit die Versorgungssicherheit stärken.

Auch im Zusammenhang mit den Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) und zum besonderen Verordnungsbedarf (BVB) gab es Hinweise auf bestehende Informationsdefizite. Als Beispiel dient die Antragstellung eines individuellen LHB. Nach vorliegenden Hinweisen sind Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten häufig unsicher in der Anwendung der Regelungen, was auf Seiten der Krankenkassen zu einer hohen Zahl von Anträgen führt, die die in der Richtlinie definierten Kriterien nicht erfüllen. Die Genehmigungsquote ist rückläufig, sodass das Ziel des Bürokratieabbaus aus Sicht der Krankenkassen nicht erreicht wurde. Nach Hinweisen, insbesondere von chronisch kranken Patientinnen und Patienten, sind die Regelungen in § 7 Absatz 6 und 7 der HeilM-RL zur Abweichung von der Höchstmenge je Verordnung (Möglichkeit einer Verordnung für Behandlungsdauer von 12-Wochen) ebenfalls nicht hinreichend bekannt. Gleichzeitig wurde betont, dass diese Regelungen die Versorgung von chronisch kranken Menschen erleichtert und Therapieunterbrechungen reduzieren.

Eine gezielte Information aller Akteure könnte dazu beitragen, Patientinnen und Patienten umfassender zu informieren und zu beraten, um damit Unsicherheiten auf Patientenseite zu verringern und nicht hinreichend begründete Anträge auf einen LHB zu vermeiden.

Die bisherigen Weiterentwicklungen der HeilM-RL in Bezug auf den LHB, aber auch die Diagnosen mit einem BVB in den Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, haben den Zugang zu Heilmitteln für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten vereinfacht und hier zu einer kontinuierlichen Heilmittelbehandlung beigetragen. Die Definition von rund 500 Einzeldiagnosen auf den beiden Diagnoselisten zu LHB und BVB führte in der Folge dazu, dass ein großer Teil der Heilmittelversorgung auf diese Patientengruppen entfällt, ein Ergebnis, welches insbesondere aus Sicht der Betroffenen und Verordnenden als Erfolg der Regelung gewertet werden kann.

Es stellt sich die Frage, ob die damit verbundene hohe Zahl langfristiger Behandlungsserien zu Kapazitätsengpässen in der nicht unter diese Regelungen fallenden Versorgung beiträgt. Dieser Aspekt sollte bei einer inhaltlichen Weiterentwicklung der Regelungen berücksichtigt werden, um den Zugang zur medizinisch notwendigen Heilmittelversorgung für alle Patientengruppen sicher zu stellen.

Positiv bewertet wurde die Verlängerung der Frist für den spätesten Behandlungsbeginn von 14 auf 28 Tage. Es gab jedoch Hinweise, dass die 28-tägige Frist und die verkürzte Gültigkeit von 14 Tagen bei dringlichem Behandlungsbedarf zu bürokratischen Mehraufwänden führen kann, wenn Termine nicht fristgerecht vergeben werden können, so dass Verordnungen ungültig werden.

Als zentrale Herausforderung für die Einhaltung der Beginnfrist wurden fehlende Terminverfügbarkeiten benannt. Ärztinnen und Ärzte berichten, dass Terminprobleme den häufigsten Anlass für notwendige Änderungen von Verordnungen darstellen. Zu bewerten ist, ob eine Erweiterung der Beginnfrist oder die Entkopplung der Dringlichkeitskennzeichnung von der verkürzten Gültigkeitsdauer die Umsetzbarkeit in der Praxis erleichtern und administrative Aufwände reduzieren kann. Im Gegenzug bedarf es hierzu wirkungsvoller Regelungen, damit Patientinnen und Patienten Terminangebote entsprechend ihres realen Therapiebedarfs erhalten.

Die Regelungen zum Entlassmanagement werden grundsätzlich begrüßt, doch die engen gesetzlichen Fristen zum Versorgungszeitraum und zur Gültigkeit sind in der Praxis schwer einzuhalten und führen dadurch zu einem erhöhten Aufwand. Eine Erweiterung der Fristen könnte die Umsetzbarkeit der Regelungen erleichtern und den administrativen Aufwand verringern, wobei hierbei auch die engen gesetzlichen Vorgaben und die therapeutische Notwendigkeit einer zeitnahen Anschluss- bzw. Fortbehandlung zu berücksichtigen sind.

Die größere Flexibilität bei der Verordnung – etwa durch die Kombination verschiedener Heilmittel sowie die Nutzung von Einzel- und Gruppentherapien – werden überwiegend positiv bewertet. Offen bleibt, warum die Möglichkeit zur Verordnung mehrerer vorrangiger Heilmittel auf einer Verordnung offenbar kaum genutzt wird.

Gruppenbehandlungen werden von allen Akteuren als sinnvoll angesehen, kommen aber im Ergebnis nur selten zur Anwendung und spielen damit kaum eine praktische Rolle, da offenbar organisatorische Gründe ihre Umsetzung erschweren. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie der in der HeilM-RL verankerte Grundsatz, wonach Gruppentherapien sowohl aus gruppendynamischen Gründen als auch im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei gegebener Indikation Vorrang vor Einzeltherapien haben, weiter gestärkt werden kann. Eine verstärkte Nutzung von Gruppentherapien könnte perspektivisch dazu beitragen, zusätzliche Behandlungskapazitäten und Ressourcen zu erschließen. Ansatzpunkte können möglicherweise hierbei auch die Innovationsfondsprojekte des G-BA zur Versorgungsforschung zu Gruppensettings im Heilmittelbereich bieten.

Hausbesuche sind ein wichtiger Bestandteil der Versorgung, aber durch Personalengpässe erschwert. Außerdem gab es Hinweise auf Unsicherheiten bei der Anwendung der Regelungen zu der Behandlung in Einrichtungen, wie Kindertagesstätten, Schulen oder Werkstätten für Menschen mit Behinderungen.

Schließlich bleibt der Bürokratieabbau ein zentrales Thema: Trotz Reformen sei der Fehleranteil beim Ausstellen von Verordnungen weiterhin hoch, mit der Folge häufiger Rücksprachebedarfe zu Verordnungen auch in Vorbereitung der Abrechnung. Mit dem gesetzlichen Vorhaben der elektronischen Verordnung und einer künftig digitalen Datenübertragung können sich neue Möglichkeiten eröffnen, Plausibilitäten automatisiert zu prüfen und damit Fehlerquoten sowie Rücksprachebedarfe deutlich zu reduzieren. Eine Reduktion der verpflichtenden Angaben zur Verordnung von Heilmitteln könnte möglicherweise zum Bürokratieabbau beitragen. So wurde unter anderem die Streichung der Frequenzangabe auf der Verordnung als eine Maßnahme vorgeschlagen, wie dies bereits in der Blankoversorgung vorgesehen ist. Zusätzlich wird der verstärkte Einsatz digitaler und softwaregestützter Verfahren zur Entlastung beitragen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Reform wichtige Fortschritte gebracht hat, in verschiedenen Bereichen dennoch Nachsteuerungsbedarf gesehen wird. Eine Weiterentwicklung der Regelungen sollte mit der Zielsetzung erfolgen, eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten und die Versorgungsqualität zu steigern, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu stärken sowie die Regelungskomplexität weiter zu reduzieren, um die Praktikabilität der Regelungen zu erhöhen und bürokratische Hürden im Versorgungsalltag abzubauen.

Anhang

Anhang A – Zeitplan der Evaluation

	Wer	Was	2023	2024					2025			
			Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
Vorbereitungen	AG	Erarbeitung relevanter Fragestellungen										
	AG	Prüfung möglicher Datenquellen										
	AG	Erstellung Evaluationskonzept										
	AG	Abnahme Evaluationskonzept im UA VL										
Datenerhebung	Quantitative Erhebung (GKV-HIS)											
	GKV-SV	Erhebung quantitativer Daten										
	GKV-SV	Aufbereitung der Ergebnisse										
	Qualitative Erhebung: Befragung mittels Fragebögen											
	GKV-SV KBV PatV	Erstellung Fragebögen und Prätest										
		Datenerhebung										
		Aufbereitung der Ergebnisse										
Abschluss	Gesamtergebnisse											
	AG	Auswertung und Diskussion der Ergebnisse zur Befragung										
		Erstellen des Berichtsentwurfs										
		Einbindung der Organisationen der Leistungserbringer										
		Auswertung und Diskussion der Ergebnisse im Gesamtkontext										
		Finalisierung des Berichtes										
UA VL	Abnahme des Berichtes											

Anhang B1 – Fragebogen des GKV-SV

Fragebogen zur Evaluation der Heilmittel-Richtlinie Ärzte an die Krankenkassen

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens: Der vorliegende Fragebogen richtet sich an die Mitarbeitenden in Ihrer Krankenkasse, die eine Einschätzung zu den Auswirkungen der zum 01.01.2021 geänderten Heilmittel-Richtlinie Ärzte (HeilM-RL) abgeben können. Je Krankenkasse ist der Fragebogen einmal auszufüllen. Die Heilmittel-Richtlinie Ärzte, die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu dieser Richtlinie sowie die Tragenden Gründe zu den Beschlüssen sind auf der Internetseite des G-BA unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> einsehbar. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 15.10.2024 mit dem Betreff „Fragebogen Evaluation Heilmittel-Richtlinie“ im Word- oder PDF-Format oder als Scan ausschließlich per E-Mail an heilmittel@gkv-spitzenverband.de zurück.

Erklärung zum Datenschutz: Die Angaben in diesem Fragebogen werden so verarbeitet und dargestellt, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder Organisation gezogen werden können. Sämtliche Daten werden vollständig anonymisiert an den G-BA weitergegeben und in den Evaluationsbericht einfließen.

Angaben zur Krankenkasse

[Liste der Krankenkassen]

Kontaktdaten für Rückfragen

[Name, E-Mail-Adresse, Rufnummer]

Fragen zum Verordnungsfall und zum langfristigen Heilmittelbedarf

Frage 1 In § 7 Absatz 3 der HeilM-RL wurde neu geregelt, dass sich der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge auf die jeweiligen ärztlich Verordnenden beziehen. Hat diese Regelung dazu geführt, dass vermehrt parallele Verordnungen auf Grund derselben Diagnose (d. h. die ersten drei Stellen des ICD-10-GM-Codes sind identisch) ausgestellt wurden?

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Frage 2 Hat nach Ihrer Einschätzung die Anzahl der Einzelfallanträge auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL seit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie Ärzte zum 01.01.2021 abgenommen?

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Frage 3 Erfüllen nach Ihrer Einschätzung die gestellten Anträge die geforderten Kriterien eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL?

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Frage 4 Sind nach Ihrer Einschätzung Widersprüche der Versicherten im Zusammenhang mit Einzelfallanträgen auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL seit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie Ärzte zum 01.01.2021 zurückgegangen?

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Frage 5 Sind nach Ihrer Einschätzung Klageverfahren der Versicherten im Zusammenhang mit Einzelfallanträgen auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL seit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie Ärzte zum 01.01.2021 zurückgegangen?

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Frage 6 Gegebenenfalls Angaben zu Genehmigungen, Ablehnungen, Widersprüchen und Klagen:

	2019	2022	2023
Anzahl der gestellten Anträge			
Anzahl der genehmigten Anträge			
Anzahl der abgelehnten Anträge			
Anzahl eingegangener Widersprüche			
Anzahl erhobener Sozialgerichtsklagen			

Fragen zu Korrekturen

Frage 7 Sind Rückfragen zur Gültigkeit der Verordnung aufgrund der verlängerten Beginnfrist von 28 Kalendertagen seit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie Ärzte zum 01.01.2021 zurückgegangen?

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Frage 8 Haben sich Fehler und der Korrekturbedarf von Heilmittelverordnungen durch die „neue“ Anlage 3 der geänderten Heilmittel-Richtlinie Ärzte reduziert?

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Frage 9 Was sind die häufigsten Gründe für Abrechnungskorrekturen?

[Auswahlfelder für Antwortoption: Fehler bei der Erhebung der Zuzahlung, Fehler bei der Abrechnung von Hausbesuchen, Mehrfachabrechnung bereits abgerechneter Leistungen, Überschreitung der vertraglichen Abrechnungsfristen, Abrechnung nicht verordneter Leistungen, Abrechnung eines nicht gültigen Vertragspreises, Überschneidung alte/neue Verordnung bei der Abrechnung, Überschreitung des spätesten Behandlungsbeginns, Fehler bei der Abrechnung der Position X1907 (pauschale Abgeltung für den erhöhten Hygienebedarf bei Hausbesuchen in sozialen Einrichtungen)]

[Eingabefeld für Freitext]

Fragen zur Gesamteinschätzung der Reform der Heilmittel-Richtlinie Ärzte

Frage 10 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den zum 01.01.2021 in Kraft getretenen Neuregelungen der Heilmittel-Richtlinie Ärzte?

Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher nicht zufrieden	Gar nicht zufrieden	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Frage 11 Hat sich der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit Heilmittelverordnungen seit Inkrafttreten der geänderten Heilmittel-Richtlinie Ärzte zum 01.01.2021 bei Ihrer Krankenkasse reduziert?

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Frage 12 Sehen Sie Verbesserungspotentiale bei den Regelungen in der Heilmittel-Richtlinie Ärzte; wenn ja in welchen Bereichen?

[Eingabefelder für Freitext]

Frage 13 Haben Sie weitere Hinweise oder Anregungen?

[Eingabefeld für Freitext]

Anhang B2 – Fragebogen der KBV

Befragt werden Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie medizinische Fachangestellte die Heilmittel-Verordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen administrieren, erstellen oder ausstellen. Für die Teilnahme an der Umfrage benötigen Sie ca. 10 Minuten. Die Befragung erfolgt anonymisiert.

Mit der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkataloges sind zum 1. Januar 2021 maßgebliche Änderungen der Heilmittelversorgung in Kraft getreten. So hat die Verordnungsfall-Systematik mit orientierenden Behandlungsmengen die seit 2001 geltende Regelfall-Systematik abgelöst. Damit hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Vorgabe aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz von 2019 umgesetzt.

Die KBV führt nun eine Befragung von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie medizinischen Fachangestellten zu ihren Erfahrungen mit den veränderten Vorgaben durch. Dies soll dabei helfen, die Auswirkungen der Änderungen bewerten zu können und möglichen weiteren Anpassungsbedarf zu identifizieren. Die Ergebnisse der Befragung fließen in die Evaluation der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkataloges des G-BA ein.

Verordnungssicherheit & Auswirkungen

Ich fühle mich aktuell ausreichend sicher und gut informiert, um Heilmittel zu verordnen.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Was genau verunsichert Sie, wenn Sie Heilmittelverordnen?

[Eingabefeld für Freitext]

Die Änderungen haben sich, nach der Umstellungsphase, wie folgt auf meinen Praxisalltag ausgewirkt. Beispiele für Änderungen in der Heilmittel-Richtlinie:

- Abschaffung der Regelfallsystematik - NEU Verordnungsfall und orientierende Behandlungsmenge
- Verordnungsdatum als fester Bezug statt Behandlungsdatum beim Therapeuten
- Verordnungsfall ist immer arztbezogen
- längere Frist für Beginn der Heilmitteltherapie - 28 statt 14 Tage Gültigkeit
- nur noch ein Verordnungsformular - Muster 13
- weniger Diagnosegruppen (z. B. Physiotherapie von 22 auf 13 Diagnosegruppen)
- klare Vorgaben zu Änderungen und Korrekturen von Verordnungen

Ich bin schneller bei der Bearbeitung und Ausstellung einer Heilmittelverordnung.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Die Bedienung der Verordnungssoftware fällt mir nach der Umstellung leichter.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Ich habe seit der Umstellung 2021 weniger Anfragen zu Änderungen von Heilmittelverordnungen.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Ich möchte andere Erfahrungen im Zusammenhang der geänderter Heilmittel-Richtlinie mitteilen.
[Eingabefeld für Freitext]

Informationsquellen & Kenntnisstand

Ich habe in den letzten drei Jahren folgende Angebote genutzt, um mich über die Verordnung von Heilmitteln zu informieren:

Mehrfachauswahl möglich

- ☐ Informationsangebote meiner regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (z. B. KV-Zeitschrift, Broschüren oder Websites)
- ☐ (Online-) Fortbildungsangebote/Schulungen meiner regionalen Kassenärztlichen Vereinigung
- ☐ Online Fortbildungsangebote der Kassenärztlichen Bundesvereinigung - KBV

Ich nutze Fortbildungsangebote sonstiger Anbieter (zum Beispiel auch über Videoplattformen wie YouTube oder Vimeo)

[Eingabefeld für Freitext]

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem aktuellen Kenntnisstand

Ihre Antworten werden vollständig anonym erfasst. Aus den Ergebnissen leiten wir Informationsbedarfe ab.

Mir ist bekannt, dass ich die orientierende Behandlungsmenge überschreiten kann. ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

Mir ist bekannt, dass ich kein behandlungsfreies Intervall von 6 Monaten einhalten muss, wenn ich die orientierende Behandlungsmenge erreicht habe. ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

Mir ist bekannt, dass eine Abweichung von der Höchstmenge je Verordnung möglich ist, wenn Verordnungen den Kriterien eines langfristigen Heilmittelbedarfes oder eines besonderen Verordnungsbedarfes entsprechen. ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

Mir ist die Bedeutung des Begriffes „Akutereignis“ im Zusammenhang mit einem besonderen Verordnungsbedarf bekannt. ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

Mir ist bekannt, wann ich einen Hausbesuch verordnen kann und wann nicht. ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

Mir ist bekannt, dass in medizinisch begründeten Ausnahmefällen Doppelbehandlungen verordnet werden können. ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

Ich habe Informations- und Schulungsbedarf bei folgenden Themen:

Voraussetzungen für die Verordnung von Heilmitteln
z. B. Vorgaben zur Eingangsdiagnostik ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

Auswahl und Menge der Heilmittel ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

- Definition des sogenannten Verordnungsfalls
- orientierende Behandlungsmenge und Höchstmenge je Verordnung
- Auswahl der Heilmittel nach Heilmittelkatalog
- Verordnung von Einzel- und Gruppenbehandlung

Ort der Leistung ☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

- Verordnung von Hausbesuchen
- Behandlung in Tageseinrichtung für Kinder und Jugendliche



Blankverordnung

☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

Blankverordnung (Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung)

- Ergotherapie seit 1. April
- Physiotherapie ab 1. November

Änderung oder Korrektur von Verordnungen

☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

- Regeln zur Änderung oder Korrektur von Verordnungen
- Neuausstellung nach Ablauf der Gültigkeit
- Ausstellen von Duplikaten

Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Heilmittel

☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

Maßstäbe zur wirtschaftlichen Verordnungsweise wie z. B. Auffälligkeitsgrenzen für Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder Wirtschaftlichkeitsziele die regional vereinbart werden

Besonderer Verordnungsbedarf (BVB)

☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

- Besonderer Verordnungsbedarf im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen verordneter Heilmittel
- Informationen zum Umgang mit dem sogenannten Akutereignis als zusätzliches Kriterium für einen besonderen Verordnungsbedarf (z. B. „längstens 6 Monate nach Akutereignis“)

Langfristiger Heilmittelbedarf (LHM)

☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Antwort

- langfristiger Heilmittelbedarf nach Diagnoseliste
- Antrag auf individuellen langfristigen Heilmittelbedarf durch die Versicherte /den Versicherten

Ich habe Schulungsbedarf bei folgenden Themen, die zuvor nicht zur Auswahl standen.

[Eingabefeld für Freitext]

Rückfragen & Änderungen

Wie häufig erhalten Sie Rückfragen zu Heilmittelverordnungen in Ihrem Praxisalltag, die eine Änderung der Verordnung erfordern?

- ☐ keine Rückfragen zu ausgestellten Verordnungen
- ☐ weniger als 5% der ausgestellten Verordnungen (jede 20. Verordnung)
- ☐ 5-10% der ausgestellten Verordnungen (jede 19. bis jede 10. Verordnung)
- ☐ 10-20 % der ausgestellten Verordnungen (jede 9. bis jede 5. Verordnung)
- ☐ mehr als 20 % der ausgestellten Verordnungen (mehr als jede 5. Verordnung)

Bitte bewerten Sie die Gründe für Änderungen von Verordnungen nach deren Häufigkeit.

Neuausstellung der Verordnung

Neuausstellung der Verordnung, weil die Gültigkeit von 28 Tagen seit Ausstellungsdatum abgelaufen ist

Besonders
häufig

Kommt nie
vor

**Keine
Antwort**

☐☐☐☐☐

Personalienfeld

Änderung von zum Beispiel Name, Vorname des Versicherten oder Versicherten-Nr.

Besonders
häufig

Kommt nie
vor

**Keine
Antwort**

☐☐☐☐☐

ICD-10-Kodes oder Angabe der Diagnose im Freitextfeld

Änderung des/der ICD-10-Kodes oder der weiteren Angaben zur Diagnose

Besonders häufig			Kommt nie vor	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Diagnosegruppe

Beispiele für Diagnosegruppen: EX, ZN, ST1, DF oder SB1

Besonders häufig			Kommt nie vor	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Leitsymptomatik

Angabe der Leitsymptomatik "a, b oder c" oder in Form einer "patientenindividuellen Leitsymptomatik"

Besonders häufig			Kommt nie vor	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Behandlungseinheiten

Änderungen der Behandlungseinheiten

Besonders häufig			Kommt nie vor	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Therapiefrequenz

Änderungen der Therapiefrequenz

Besonders häufig			Kommt nie vor	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

verordnete Heilmittel

Änderung der verordneten vorrangigen oder ergänzenden Heilmittel

Besonders häufig			Kommt nie vor	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

zusätzlichen Angaben zum verordneten Heilmittel

Ergänzungen wie zum Beispiel "Doppelbehandlung" oder "nach Bobath" hinter dem Heilmittel

Besonders häufig			Kommt nie vor	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Behandlung von Kindern und Jugendlichen in sozialen Einrichtungen

Änderung im Zusammenhang mit einer Behandlung in sozialen Einrichtungen

Besonders häufig			Kommt nie vor	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Hier können Sie weitere Gründe nennen, die häufig eine Änderung von Verordnungen erfordern, wenn diese zuvor nicht aufgelistet wurden.

[1. Grund für eine Änderung]

[2. Grund für eine Änderung]

[3. Grund für eine Änderung]

Administration & Ansprechpartner

Über die medizinischen Inhalte der Verordnung wird ärztlich/psychotherapeutisch entschieden.

Wer ist Hauptansprechpartner bei administrativen Fragen zu Heilmittelverordnungen in Ihrem Team?

- ☐ Ärztin /Arzt, Psychotherapeut/Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
- ☐ medizinische Fachangestellte / medizinischer Fachangestellter
- ☐ andere Personen in der Praxis

Ich kontaktiere folgende Institutionen bei Fragen zu Heilmittel-Verordnungen:

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Kassenärztliche Vereinigung
- ☐ Kassenärztliche Bundesvereinigung
- ☐ Berufsverband
- ☐ medizinische Fachgesellschaft
- ☐ Ärztekammer
- ☐ Krankenkasse
- ☐ Leistungserbringer, wie zum Beispiel Physiotherapie- oder Ergotherapiepraxis
- ☐ Andere
- ☐ Ich kontaktiere keine andere Institution bei Fragen.

Angaben zu Ihrer Person

Ich bin in der Praxis tätig als:

Treffen Sie Ihre Auswahl

[Auswahl Tätigkeitsbereich]

Ich gehöre folgender Fachgruppe an:

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die männliche Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

[Auswahl verschiedener Fachgruppen]

Bitte wählen Sie die KV-Region in der Sie tätig sind.

Bezug ist die Hauptbetriebsstättennummer

[Auswahl KV-Regionen]

Anhang B3 – Fragebogen der Patientenvertretung

Personenbezogene Informationen

1. Für wen füllen Sie diesen Fragebogen aus?

☐ Für sich selbst ☐ Für eine Angehörige/einen Angehörigen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Person, für die die Heilmittelverordnung ausgestellt wurde.

2. Alter

☐ 0-18 Jahre ☐ 19-64 Jahre ☐ 65 Jahre und älter

3. Geschlecht

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers

4. Bundesland: *[Bundesländer auflisten]*

5. Krankenversicherung

☐ Privat ☐ Gesetzlich

6. Für welches Heilmittel füllen Sie diesen Fragebogen aus? (nur eine Antwort möglich)

☐ Physiotherapie
☐ Ergotherapie
☐ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
☐ Podologie
☐ Ernährungstherapie

7. Diagnose weswegen Sie das eben angegebene Heilmittel bekommen. Wenn möglich geben Sie hier auch den ICD-10-Code an, dieser sollte auf der Verordnung stehen: *[Eingabefeld für Freitext]*

Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

8. Das eben angegebene Heilmittel wird durchgängig und ohne Pausen verordnet. (Hinweis: vom Arzt festgelegt, also nicht Urlaub, Krankheit oder kurzzeitiger Ausfall des Therapeuten)

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

9. Wer verordnet das Heilmittel vorrangig?

☐ Hausarzt ☐ Kinderarzt ☐ Facharzt
☐ Spezialambulanz/-einrichtung ☐ Andere: *[Eingabefeld für Freitext]*

10. Meine Diagnose steht auf der Liste für langfristigen Heilmittelbedarf oder der Liste für besondere Verordnungsbedarfe.

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Angabe

11. Meine Ärztin/mein Arzt begründet eine Unterbrechung oder Beendigung der Heilmittelverordnung damit, dass sie/er nicht mehr Einheiten verordnen dürfte (z.B. nach 6, 12 oder 18 Einheiten).

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

12. Meine Ärztin/mein Arzt begründet eine Unterbrechung oder Beendigung der Verordnung damit, dass sie/er „einen Regress bekommen könnte“ oder „das „Budget“ überschreitet“ oder er/sie dafür „wirtschaftlich haftet“.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

13. Wie lange dauert in der Regel die Pause, bis Sie wieder eine Verordnung ausgestellt bekommen?

[Eingabefeld für Freitext]

14. Ich bekomme mein Heilmittel auf einer einzigen Verordnung (nicht aufgeteilt auf mehrere Verordnungen) für einen Zeitraum für 12 Wochen ausgestellt.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

15. Wenn dies nicht zutrifft: Wie viele Verordnungen bekommen Sie dann durchschnittlich im Quartal?

☐ 1–2 ☐ 3–4 ☐ mehr als 4

16. Mir werden auf der Heilmittelverordnung Doppelbehandlungen verschrieben.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

17. Diese Frage richtet sich nur an Versicherte mit psychischen Erkrankungen, welche Ergotherapie verordnet bekommen: Ich erhalte Heilmittelverordnungen für Ergotherapie mit 20 Therapieeinheiten.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Langfristiger Heilmittelbedarf

18. Ich habe einen individuellen Antrag auf einen langfristigen Heilmittelbedarf bei meiner Krankenkasse gestellt.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

19. Wenn ja, wurde dieser genehmigt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Angabe

20. Falls der Antrag nicht genehmigt wurde, haben Sie Widerspruch eingelegt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ keine Angabe

21. Meine Ärztin/mein Arzt hat mich bei der Antragstellung unterstützt.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Ort der Heilmittelerbringung

22. Ich erhalte meine Heilmittelbehandlung

☐ in der Praxis als Einzelbehandlung
☐ in der Praxis als Gruppenbehandlung
☐ als Hausbesuch
☐ keine Angabe

23. Die folgende Frage richtet sich nur an Kinder und Jugendliche mit einem behördlich festgestellten Förderstatus (die Versicherten besuchen ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung). Ich erhalte die Heilmittelbehandlung in einer der folgenden Einrichtungen

☐ Kindertagesstätte
☐ Schule
☐ Werkstatt oder Tagesförderstätte
☐ Falls das in den oben genannten Einrichtungen nicht möglich ist, findet die Therapie in der Praxis oder als Hausbesuch statt.

Kommentarfeld zu dieser Frage: Wie sind Ihre Erfahrungen damit? *[Eingabefeld für Freitext]*

Beginn der Heilmittelbehandlung

24. Es gab schon die Situation, dass eine neue Verordnung erforderlich war, da die Gültigkeit von 28 Tagen für den Behandlungsbeginn überschritten wurde.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

25. Es gab schon die Situation, dass eine neue Verordnung erforderlich war, da die Gültigkeit von 14 Tagen (dringlicher Behandlungsbedarf) für den Behandlungsbeginn überschritten wurde

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

26. Wenn eine der beiden vorherigen Fragen mit „trifft zu“ beantwortet wurde: Was war der Grund dafür?

- ☐ Eine neue Verordnung war erforderlich, weil die Praxis keinen Termin hatte.
- ☐ Ich persönlich habe es versäumt, einen Termin zu vereinbaren.
- ☐ Krankheit
- ☐ Anderes: *[Eingabefeld für Freitext]*

Ausstellung der Verordnungen

27. Es mussten Änderungen an der Verordnung vorgenommen werden, da sie nicht korrekt oder unvollständig ausgefüllt war.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

28. Wenn ich eine Verordnung korrigieren lassen musste, musste ich selbst oder meine Angehörigen erneut in die Arztpraxis.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

29. Wenn ich eine Verordnung korrigieren lassen musste, hat sich die Heilmittelpraxis darum gekümmert.

Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu	Keine Antwort
☐	☐	☐	☐	☐

Anhang C – Nach Versichertenzahlen gewichtete Ergebnisse zur Befragung des GKV-SV

Antwort	Antwortwert	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 7	Frage 8	Frage 10	Frage 11
Trifft zu	4	0	4	0	4	2	10	3	1	3
Trifft eher zu	3	9	7	14	9	11	21	14	31	17
Trifft eher nicht zu	2	21	17	19	19	12	6	14	11	20
Trifft nicht zu	1	6	17	13	14	7	4	6	2	8
keine Antwort	0	12	3	2	2	16	7	11	3	0
Kontrolle: Anzahl Kassenrückmeldungen	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Antwort	Antwortwert	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 7	Frage 8	Frage 10	Frage 11
Trifft zu	4	0,0%	8,3%	0,0%	8,3%	4,2%	20,8%	6,3%	2,1%	6,3%
Trifft eher zu	3	18,8%	14,6%	29,2%	18,8%	22,9%	43,8%	29,2%	64,6%	35,4%
Trifft eher nicht zu	2	43,8%	35,4%	39,6%	39,6%	25,0%	12,5%	29,2%	22,9%	41,7%
Trifft nicht zu	1	12,5%	35,4%	27,1%	29,2%	14,6%	8,3%	12,5%	4,2%	16,7%
keine Antwort	0	25,0%	6,3%	4,2%	4,2%	33,3%	14,6%	22,9%	6,3%	0,0%
Kontrolle: Anzahl Kassenrückmeldungen		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Antwort	Antwortwert	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 7	Frage 8	Frage 10	Frage 11
Trifft zu	4	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%	1,0%	10,4%	5,7%	0,3%	3,6%
Trifft eher zu	3	27,0%	12,0%	18,6%	25,2%	11,2%	37,2%	21,8%	83,2%	35,6%
Trifft eher nicht zu	2	22,0%	49,7%	53,3%	54,0%	34,8%	9,9%	33,7%	9,5%	42,6%
Trifft nicht zu	1	24,1%	25,9%	27,8%	15,6%	21,9%	35,7%	26,3%	1,8%	18,2%
keine Antwort	0	27,0%	9,0%	0,3%	1,9%	31,1%	6,7%	12,5%	5,1%	0,0%
Kontrolle: gewichtete Rückmeldequote		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Gewichtung nach Versichertenzahlen der Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben

Anhang D – Anschreiben an die Organisationen der Leistungserbringenden



Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

An die
Organisationen der Leistungserbringer
für die Heilmittel-Richtlinie

– gemäß Verteiler –

per E-Mail am 3. Juni 2025 an

**gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss
Veranlasste Leistungen**

Besuchsadresse:
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Ansprechpartner/in:
Mario Hellbardt
Abteilung Methodenbewertung
und veranlasste Leistungen

Telefon:
030 275838436

Telefax:
030 275838405

E-Mail:
mario.hellbardt@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
MHe/MRI

Datum:
3. Juni 2025

Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkatalogs zum Beschluss vom 19. September 2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vom 19. September 2019 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/3973/>) wurden Änderungen der Heilmittel-Richtlinie, die umfassende Umstrukturierung des Heilmittelkataloges sowie die gesetzlichen Vorgaben durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz zur HeilM-RL umgesetzt. Diese Änderungen traten zum 1. Januar 2021 in Kraft.

Wegen der umfangreichen Änderungen der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkatalogs hatte sich der G-BA verpflichtet, deren Auswirkungen auf Basis von Routinedaten und Rückmeldungen aus der Versorgung zu überprüfen. Ziel der Evaluation ist es, insbesondere die Entwicklungen der Verordnungen nach § 7 der HeilM-RL vor und nach Inkrafttreten der Änderungen zu vergleichen.

Die Mitglieder der zuständigen Arbeitsgruppe im Unterausschuss Veranlasste Leistungen haben sich dafür ausgesprochen, im Rahmen der Evaluation neben der quantitativen Auswertung von Daten sowie einer Befragung der Krankenkassen, der Vertragsärztinnen und -ärzte, der Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie der Patientinnen und Patienten, die Perspektive der Leistungserbringenden mit einzubeziehen.

Als Anlage übersenden wir Ihnen den vorläufigen *Bericht des G-BA zur Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkatalogs zum Beschluss vom 19. September 2019* mit den bereits erhobenen und ausgewerteten Daten vom GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Patientenvertretung im G-BA zur Kenntnisnahme.

Wir möchten Sie bitten, uns orientiert an den Fragestellungen (siehe Kapitel 2, Seite 12 des vorläufigen Berichtes) Ihre Erfahrungen zum Umsetzungsstand und den Auswirkungen aus Sicht der Leistungserbringendenverbände darzulegen.

Ihre Rückmeldungen werden im Rahmen der Evaluation ausgewertet und zusammenfassend in einem eigenen Kapitel abgebildet sowie in die Gesamtbetrachtung mit einfließen.

Wir bitten Sie, uns Ihre Antwort **bis zum 15. Juli 2025** per E-Mail an heilmittel@g-ba.de zu übermitteln.

Zudem weisen wir Sie darauf hin, dass die Beratungen des G-BA einschließlich der Inhalte **vertraulich** behandelt werden müssen. Somit ist auch der Ihnen übermittelte *Bericht des G-BA zur Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkatalogs zum Beschluss vom 19. September 2019* bis zu seiner Veröffentlichung durch den G-BA vertraulich zu behandeln. Bis zu diesem Zeitpunkt sind eine Veröffentlichung und Wiedergabe des Berichtes oder einzelner Inhalte daraus nicht erlaubt.

Darüber hinaus möchten wir Sie informieren, dass Ihre schriftliche Beantwortung im Rahmen der Evaluation ausgewertet wird und veröffentlicht werden kann.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. gez. Mario Hellbardt
Referent

Anlagen

- Vorläufiger Bericht des G-BA zur Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel-RL und der Neufassung des HMK zum Beschluss vom 19. September 2019
- Verteiler, Stand: 10.12.2024

Anhang E1 – Rückmeldung SHV e.V.



SPITZENVERBAND DER HEILMITTELVERBÄNDE E.V. |
Bonner Str. 143, 50968 Köln

Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Per E-Mail: heilmittel@g-ba.de

Unser Zeichen:

Köln, 15.07.2025

Fragestellungen der Evaluation des G-BA zu den Änderungen der Heilmittel-Richtlinie 2021

Grundsätzliches

Die vorgenommenen Anpassungen der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) und des Heilmittelkatalogs wurden und werden grundsätzlich begrüßt und haben den Versorgungsalltag gemäß den Zielen der Reform positiv beeinflusst. Die Evaluation der Reform der HeilM-RL 2021 begrüßen wir ebenfalls, da es stets Spielraum für Optimierungen gibt. Auch für den Einbezug der wesentlichen Heilmittelverbände in diesen Prozess bedanken wir uns. Allerdings hätten wir uns hier eine frühere Einbindung gewünscht. In der bisherigen Evaluation wurden über mehrere Monate hinweg umfangreiche Befragungen von Ärzten, Patienten und Krankenkassen durchgeführt. Die Heilmittelerbringer sind aber von den Regelungen der HeilM-RL in mindestens genauso großem Ausmaß betroffen, sodass sie gleichberechtigt zu den anderen Parteien behandelt werden müssen.

Mit Blick auf den zu bewertenden Evaluationsbericht ist darauf hinzuweisen, dass die öffentlich verfügbaren Daten sowie die von den an der Evaluation Beteiligten verwendeten Daten, vor allem des GKV-Heilmittel-Informationen-System (GKV-HIS), ein sehr hohes Aggregationsniveau aufweisen und daher oft lediglich eine undifferenzierte Entwicklung der Mengen der abgegebenen Heilmittel bewertet wird. Angesichts der vielfältigen weiteren Einflussfaktoren auf die Entwicklung der therapeutischen Versorgung wäre eine Analyse mit einer höheren Detailtiefe und einer Kontrolle anderer Faktoren wie beispielsweise die demografische Entwicklung, die Zunahme komplexer Krankheitsbilder, Morbiditätsentwicklung, der Fachkräftemangel sowie die damit verbundene späte Heilmittelabgabe und die Regionalität notwendig. Ob z. B. die veränderten Verordnungszahlen allein aus der Neufassung der HeilM-RL resultieren oder ob Zielvereinbarungen zur Steuerung der Heilmittelversorgung einiger Bundesländer eine weitaus größere Rolle spielen, lässt sich nicht mit Gewissheit ableiten. Die zahlenbasierten Analyseergebnisse sind daher in der Aussagekraft begrenzt.

GESCHÄFTSSTELLE
Bonner Str. 143
50968 Köln

TELEFON (02 21) 98 10 27 28
E-Mail info@shv-heilmittelverbaende.de
INTERNET www.shv-heilmittelverbaende.de

BANKVERBINDUNG
Sparkasse KölnBonn
IBAN DE57 3705 0198 1931 9206 47
BIC COLSDE33



Im Folgenden werden wir die Fragestellungen der Evaluation gemäß Kapitel 2 auf Basis unserer praktischen Erfahrungen beantworten und dabei auf den bisherigen Stand der Evaluation des G-BA eingehen.

Bei der Lektüre der Evaluation der Heilmittelrichtlinie durch die Heilmittelerbringer, für die die Heilmittelrichtlinie teilweise unterschiedliche Regelungen vorhält, muss berücksichtigt werden, dass hier vier verschiedene Berufsfelder eine gemeinsame Stellungnahme abgeben, so dass die Möglichkeit besteht, dass teilweise heterogene Erfahrungswerte zu den einzelnen Punkten geteilt werden.

Zu § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung):

1. Wie hat sich die Heilmittelversorgung mit Wegfall der Regelfallsystematik und der Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung) entwickelt?

Wir schließen uns der Einschätzung der Patienten an, dass die Abschaffung der Regelfallsystematik und des Genehmigungsverfahrens eine Erleichterung für alle Beteiligten (Patienten, Ärzte, Therapeuten und Krankenkassen) darstellt und entsprechend der Zielstellung der Änderung der HeilM-RL zur Entbürokratisierung beigetragen hat. Auswirkungen auf die Quantität und Qualität der Therapie sind nicht feststellbar. Der Wegfall der Regelfallsystematik ist daher insgesamt als sehr positiv zu bewerten.

Wir bewerten es aber ebenso wie der G-BA kritisch, dass die orientierende Behandlungsmenge weiterhin vielfach als verbindliche Höchstgrenze aufgefasst wird. Dies führt dazu, dass Patienten mit einem über die orientierende Behandlungsmenge hinausgehenden, dringenden Therapiebedarf keine weiteren Verordnungen erhalten. Hier begrüßen wir den Ansatz des G-BA, den Ärzten gegenüber stärker kommunizieren zu wollen, dass dies lediglich als Orientierungshilfe gedacht ist und dass bei medizinischer Notwendigkeit auch höhere Verordnungsmengen möglich sein müssen, da sich die Behandlungsplanung und Durchführung anhand der therapeutischen Erstdiagnostik und Bedarfsdiagnostik und dem Erreichen der individuellen Therapiezielen orientiert. Zur weiteren Entbürokratisierung könnte die orientierende Behandlungsmenge entfallen, damit sie nicht weiter die Wirkung des früheren Regelfalls entfaltet.

Ferner sind wir weiterhin davon überzeugt, dass die Höchstmengen je Verordnung regelhaft für alle Diagnosegruppen der Physiotherapie auf 10 Einheiten festgelegt werden sollten (mit Ausnahme von BVB und LHM). Dies würde das System weiter vereinfachen und zudem helfen, Arztkontakte zu reduzieren. Für den Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ist es durch den Wegfall der 20er Folgeverordnungen (z. B. bei SP1) zu Reduzierungen der Verordnungsmengen je Verordnung gekommen, die

aufgrund einer größeren Anzahl an Einzelverordnungen zu mehr Aufwand aller am Prozess Betroffenen führen. Hier sehen wir weitere Optimierungsmöglichkeiten.

Jegliche Änderungen dürfen gleichermaßen aber keine zusätzlichen Regressängste bei den Ärzten auslösen: Es sollte klar- und sichergestellt werden, dass eine Verordnung von medizinisch notwendigen Heilmitteln in keinem Fall zu einer Beanstandung durch die Prüfstellen führen darf, wodurch eine therapeutisch notwendige Versorgung der Versicherten nicht immer gewährleistet werden kann. Wir empfehlen daher, die Kommunikation und transparente Aufklärung hinsichtlich der Bedeutung der orientierenden Behandlungsmenge zu intensivieren und bestehende Missverständnisse klarzustellen. Nur so kann eine bedarfsgerechte Versorgung aller Patientengruppen sichergestellt werden. Auch wenn dies nicht in der HeilM-RL selbst festzuhalten sein wird, sollte der G-BA auf die zuständigen Stellen entsprechenden Einfluss nehmen.

Die Klarstellung, dass sich ein Verordnungsfall immer auf den jeweiligen Verordner bezieht, hat sich nach unserem Ermessen bewährt. Dennoch führt dies in der Praxis zu Absetzungen von einzelnen Krankenkassen aufgrund unterschiedlicher Interpretationen, wer der jeweilige Verordner bspw. in einer Gemeinschaftspraxis ist. Problematisch ist hier zudem der Verweis der HeilM-RL auf die einzelne Erkrankung, der per dreistelligem ICD-10-Code definiert wird (mehr unter Punkt 8). Die Tatsache, dass der absolute Großteil der befragten Krankenkassen trotz dieser Neuerung keine Ausweitung der Menge an Parallelverordnungen wahrgenommen hat, spricht für die erfolgreiche Umsetzung dieser Regelung. Eine Änderung halten wir daher nicht für erforderlich. Eine zusätzliche Aufklärung der Ärzte wäre aber zu begrüßen.

Die Schlussfolgerungen des G-BA in Kapitel 5.1 aus den Daten von Kapitel 4.1.1 sehen wir dagegen kritisch. Die Aussage, die Umstellung von der Regelfall- zur Verordnungsfallssystematik habe dazu geführt, dass Versicherte mehr Behandlungseinheiten je Verordnung erhalten, wird aus unserer Sicht durch das bestehende Datenmaterial nicht belegt.

Grundsätzlich lässt sich nicht erkennen bzw. ableiten, ob der Wegfall der Regelfallssystematik, die Einführung des Verordnungsfalls sowie die orientierende Behandlungsmenge/Höchstmenge pro Verordnung einen Einfluss auf die tatsächlichen Verordnungsmengen hatte bzw. hat. Die Höchstmengen pro Verordnung haben sich mit der Neufassung nicht geändert, vielmehr wurden zum Teil die orientierenden Behandlungsmengen herabgesetzt. So lag diese im Indikationsschlüssel „EX3“ seinerzeit bei 30 Einheiten bzw. 50 Einheiten längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach Neufassung der HeilM-RL lagen diese nur noch bei 18, bzw. 50 Einheiten. Vergleicht man die Entwicklung der Behandlungseinheiten je Heilmittel pro Verordnung in den

Jahren vor Neufassung der HeilM-RL, zeichnet sich folgendes Bild ab (Quelle GKV-HIS):

Jahr	Behandlungseinheiten je Heilmittel	Behandlungseinheiten pro Verordnung (bei konstant 1,2 Heilmitteln pro Verordnung)
2014	6,8	8,16
2015	6,8	8,16
2016	6,9	8,28
2017	6,9	8,28
2018	6,9	8,28

Nach Neufassung der HeilM-RL gingen die Behandlungseinheiten pro Verordnung im Jahre 2019 zunächst auf 7,9 Behandlungseinheiten zurück. Erst im Jahre 2023 haben die Behandlungseinheiten pro Verordnung wieder ein ähnliches Niveau von 2018 erreicht.

Von daher bietet diese Betrachtung aktuell keinen Anhaltspunkt, dass sich die Versorgung verschlechtert oder verbessert hätte.

Es gibt andere Faktoren, wie insbesondere die Aufnahme weiterer Indikationen, den demografischen Wandel, oder Zielvereinbarungen zur Steuerung der Heilmittelversorgung einzelner Bundesländer, die ebenfalls starken Einfluss auf das Ergebnis haben.

Auch der Fachkräftemangel kann sich auf die Zahl der abgerechneten Behandlungseinheiten auswirken: Vielen Praxen fehlen die Kapazitäten für weitere Behandlungen. Dies könnte zum Teil erklären, warum z. B. die Erhöhung der Behandlungseinheiten je Verordnung in der Physiotherapie mit 0,5 % von 2019 bis 2023 relativ schwach ausfällt.

Als Vergleichsparameter sollte mindestens noch eine Betrachtung stattfinden, wie sich die Behandlungseinheiten in der Vergangenheit (vor der Änderung der HeilML) verändert haben. Allein im Jahr 2019 ist laut GKV-HIS die Zahl der Behandlungseinheiten bei Heilmitteln um 5,5 % und die Zahl der Verordnungen um 5,8 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Von daher ist es höchst fraglich, ob sich die moderate Steigerung der Behandlungseinheiten um 2,3 % von 2019 bis 2023 (allein) den Änderungen der HeilM-RL im Jahr 2021 zuordnen lässt. Vielmehr halten wir es für wahrscheinlich, dass der medizinisch notwendige Bedarf an Heilmitteln, der durch den demografischen Wandel stetig zunimmt, aufgrund von Kapazitätsengpässen in vielen Praxen (Stichwort Fachkräftemangel) nicht ausreichend bedient werden kann. Hier halten wir weitere Maßnahmen für notwendig, um die Attraktivität des Berufsstands zu verbessern (u. a. bessere Vergütung, flächendeckende Schulgeldfreiheit, Vollakademisierung, Direktzugang). Auch eine Entbürokratisierung und Vereinfachung der Regelungen in der HeilM-RL bzw. Reduzierung der Rezeptprüfpflichten (vgl. Frage 8.) könnte hier einen Beitrag leisten, da viele

Leistungserbringer durch das komplexe Regelwerk in der GKV abgeschreckt werden.

2. Wie hat sich die Heilmittelversorgung aufgrund eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V (LHM) und eines besonderen Verordnungsbedarfs nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V (BVB) entwickelt?

Nach unserer Erfahrung haben sich die Regelungen zu LHM und BVB bewährt. Diese Regelungen tragen maßgeblich zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und kontinuierlichen Versorgung der Patienten bei. Durch die Abbildung bspw. von chronischen Erkrankungen in der BVB bzw. LHB-Systematik entfällt unnötige Bürokratie und es kann eine passgenaue, patientenindividuelle Versorgung sichergestellt werden. In der Summe hat die Richtlinienänderung zu stärkerer Entbürokratisierung, mehr Planungssicherheit für Praxen und Patienten inklusive der Vorteile einer bundesweit einheitlichen und kassenübergreifenden Regelung sowie zielgerichteteren Therapiezyklen geführt, besonders bei komplexen oder langfristigen Heilmittelbedarfssituationen. Deshalb plädieren wir für eine verstärkte Nutzung, z. B. über eine Ausweitung der Diagnoseliste Langfristiger Heilmittelbedarf / Besonderer Verordnungsbedarf. Wir stimmen mit dem G-BA in der Einschätzung überein, dass das vorhandene Datenmaterial aus Kapitel 4.1.2 keine Erkenntnisse darüber zulässt, ob der hohe Anteil der Versorgung mit LHM- bzw. BVB-Verordnungen durch die (Neu-) Regelungen der HeiM-RL bedingt ist. In der Gesamtbetrachtung ist die veränderte Morbiditätsstruktur, die zunehmende Chronifizierung bestimmter Krankheitsbilder sowie eine verbesserte Diagnostik zu berücksichtigen. Die Entwicklung der Zahlen des GKV-HIS von 2022 bis 2023 ist wenig hilfreich, um Veränderungen aus dem Jahr 2021 zu evaluieren.

Durch die Etablierung bundesweit einheitlicher Listen vs. Wegfall der Verordnungen außerhalb des Regelfalls sollten sich hier keine signifikanten Änderungen ergeben haben. Vielmehr verweisen wir hier auf den entsprechenden Punkt „orientierende Behandlungsmengen“ im Teil „Bürokratieabbau“ (Frage 8).

Problematisch wird die Prüfung der zulässigen Höchstmenge je Verordnung bei BVB, LHM, da die zertifizierte Arztsoftware Überschreitungen zulässt und die therapeutischen Praxen mittels eigener Software oder anhand der Diagnoselisten die Zulässigkeit der Verordnungsmengen im Einzelfall prüfen müssen.

Dieser bürokratische Aufwand könnte weiter optimiert werden. z. B. mit Festlegungen, dass die zertifizierte Arztsoftware in diesen Fällen keine individuellen Anpassungen bei der Verordnungsmenge zulässt. Gleichzeitig möchten wir darauf hinweisen, dass nach Rückmeldungen unserer Mitglieder weiterhin ein erheblicher Informations- und Aufklärungsbedarf besteht.



Therapeuten berichten regelmäßig, dass sie im Austausch mit den verordnenden Ärzten wiederholt über die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Heilmittelversorgung im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs sowie des besonderen Versorgungsbedarfs aufklären müssen. Wir regen daher an, die Informations- und Kommunikationsstrukturen zwischen den beteiligten Berufsgruppen weiter zu stärken und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz und Klarheit der bestehenden Regelungen zu ergreifen.

Problematisch im Versorgungsalltag sind jedoch die zeitlichen Eingrenzungen „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ in der Diagnoseliste, sowie die Altersgrenzen. Diese führen zu erheblichen Verordnungsschwierigkeiten, denn die Grenze wird oft als Begrenzung der Verordnungsmöglichkeit missverstanden. Hier möchten wir einen Entfall dieser Spezifikationen anregen.

An dieser Stelle möchten wir auch darauf hinweisen, dass die Heilmittelversorgung durch andere Regelungen jedoch wieder eingegrenzt wird. So sehen die Prüfvereinbarungen und Heilmittelvereinbarungen einiger Kassenärztlicher Vereinigungen z. B. einen Anteil an 30-Minuten-Verordnungen in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie vor, bei deren Einhaltung, keine/weniger Wirtschaftlichkeitsprüfungen stattfinden. Das führt faktisch zu Verordnungseinschränkungen und einer geringeren Versorgung der Patienten mit notwendiger Therapie.

Versorgungserleichterungen, die durch die HeilM-RL, durch LHM und BVB und durch die Verträge nach § 125 SGB V geschaffen werden, werden dadurch unterwandert.

Fazit zu den Änderungen des § 7 HeilM-RL (Fragen 1. und 2.):

Die Verordnungszahlen spielen bei den Leistungserbringern derzeit eine eher untergeordnete Rolle (Stichwort: Fachkräftemangel). Eine weitaus größere Rolle spielt hier der Bürokratieabbau (siehe Frage 8.).

Zu § 8 HeilM-RL (Langfristiger Heilmittelbedarf)

3. Wie haben sich die Anträge auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL entwickelt?

Hier liegen den maßgeblichen Berufsverbänden keine belastbaren Zahlenwerte vor, da diese nicht in das Prozedere des Genehmigungsverfahrens involviert sind. Insofern können die Krankenkassen diese Frage sicherlich besser beantworten als wir. Aus dem Praxisalltag lässt sich berichten, dass der Wegfall der Antragspflicht die Verfahren vor allem für die Patienten aber auch die Praxen erheblich erleichtert hat. Dass die Zahl der Einzelfallanträge seit 2021 nach Angaben der Krankenkassen nicht zurückgegangen ist, könnte sich u. a. durch den demografischen Wandel erklären: Es gibt zunehmend ältere und kränkere Menschen, die einen längerfristigen Heilmittelbedarf haben, und deren Diagnosen sich nicht in den Listen der BVBs und LHBs wiederfinden. Durch die



Etablierung der beiden bundesweiten Listen – die stetig an die aktuellen Bedürfnisse angepasst werden – dürften die Anträge auf individuellen langfristigen Heilmittelbedarf sich nicht signifikant verändert haben.

Eine verbesserte Aufklärung und Hilfestellung der Patienten durch Ärzte bei der Antragsstellung würden wir aber begrüßen. So könnte die HeilM-RL in § 1 Abs. 9 um einen zweiten Satz ergänzt werden: „*Insbesondere informieren sie über das Antragsverfahren nach § 8 Abs. 3 und 5 HeilM-RL.*“

Anträge werden oftmals von Verordnern eingefordert, damit Verordnungen nicht den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen. Das dürfte nach unserer Einschätzung auch Grund für die erhöhte Ablehnungsquote sein. Hier sind gezielte Informationen an Ärzte wünschenswert. Darüber hinaus ist feststellbar, dass von einigen Kostenträgern nur noch Anträge nach § 8 HeilM-RL berücksichtigt werden, jedoch keine Anträge auf individuelle Versorgung, wie z. B. Anträge für Sonderformen oder Intensivtherapien. Wünschenswert wäre außerdem, dass schwerbetroffene Patienten, deren Diagnose nicht in der Liste für den LHB aufgeführt ist, häufiger eine entsprechende Genehmigung erhalten.

Aus Sicht unserer Mitglieder besteht derzeit ein erheblicher Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Transparenz und Zugänglichkeit der Kriterien für die Antragstellung. Es fehlen klar definierte und leicht zugängliche Kriterien, anhand derer insbesondere auch Patientengruppen mit niedrighem Zugang einen begründeten Antrag stellen können.

Nach Rückmeldungen aus unserem Mitgliederkreis werden Anträge selbst dann abgelehnt, wenn eine schwere und langfristige Schädigung vorliegt, die mit den in Anlage 2 gelisteten Diagnosen vergleichbar ist und ein entsprechender Therapiebedarf besteht. Die Ablehnungsbescheide sind für die Antragstellenden häufig nicht nachvollziehbar, da die zugrunde liegenden Kriterien weder transparent kommuniziert noch ausreichend erläutert werden.

Wir regen daher an, die Kriterien für die Antragstellung und deren Ablehnung klarer zu definieren, öffentlich zugänglich zu machen und die Entscheidungsprozesse nachvollziehbar zu gestalten. Dies würde die Antragstellung erleichtern, die Akzeptanz der Entscheidungen erhöhen und die Versorgung der betroffenen Patientengruppen verbessern.

Zu § 11 HeilM-RL (Ort der Leistungserbringung)

4. Wie haben sich die Änderungen in § 11 HeilM-RL zum Ort der Leistungserbringung ausgewirkt?

Es ist uns nicht ersichtlich, inwieweit die erhobenen Daten mit der Änderung der HeilM-RL 2021 in Verbindung stehen sollen. Die Regelung, dass Kinder bis 18 Jahren auch ohne Verordnung eines Hausbesuchs in tagesstrukturierenden



Einrichtungen behandelt werden dürfen, ist grundsätzlich schon seit 2011 in § 11 Abs. 2 HeilM-RL verankert. Die neue Formulierung ab dem 01.01.2021 hat zwar den Einbezug von Regelschulen und Regelkindergärten klargestellt, im Ergebnis, aber nichts Wesentliches geändert, was sich an den erhobenen Zahlen ablesen lassen könnte.

Wir halten das Thema Hausbesuche aber ebenfalls für wichtig und optimierungsbedürftig. In einer aufgrund der Demografie alternden Bevölkerung sollte grundsätzlich eine Zunahme von Hausbesuchen zu erwarten sein. Dass diese insgesamt eher selten verordnet werden (Physiotherapie) bzw. rückläufig sind (andere Heilmittelbereiche) ist nicht zuletzt der relativ schlechten Vergütung, dem Fachkräftemangel und der fehlenden Kapazitäten der ambulanten Praxen zuzurechnen.

Die aktuelle Ausgestaltung von § 11 der HeilM-RL und die unklare Definition des Begriffs „Einrichtung“ führt dazu, dass soziale Einrichtungen wie Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) von den Krankenkassen häufig nicht als zulässige Orte für Hausbesuche anerkannt werden. In Einrichtungen wie WfbM sollte ein medizinisch verordneter Hausbesuch ermöglicht werden.

Dies gefährdet die Versorgung dieser Patientengruppen erheblich. Wir regen daher eine eindeutige und praxisnahe Auslegung von § 11 HeilM-RL sowie eine verbindliche Vergütung von Hausbesuchen in sozialen und schulischen Umfeldern an, um eine bedarfsgerechte und inklusive Versorgung sicherzustellen. Für den Bereich der Ergotherapie ist ein ärztlich verordneter Hausbesuch im Einklang mit § 35 HeilM-RL bei Beratungen zur Schul-, Arbeits-, Wohnraum- und Umfeldanpassung zu ermöglichen.

Ansonsten gibt es in den Verträgen nach § 125 SGB V bereits jetzt Regelungen, dass Hausbesuche „im üblichen Praxisbereich“ bzw. in einem bestimmten Radius um die Praxis nicht abgelehnt werden dürfen. Angesichts i. d. R. voller Terminpläne in den Praxen kann es aber trotzdem dazu kommen, dass Patienten Schwierigkeiten haben, einen Termin für einen Hausbesuch zu erhalten. Anstatt hier die Vorschriften weiter zu verschärfen wäre es zielführender, wenn auf die Gesetzlichen Krankenkassen eingewirkt wird, Hausbesuche besser zu vergüten. Die GKV sollte darauf hingewiesen werden, dass sie mit der bisherigen Vergütung und ihrer teils restriktiven Auslegung (z. B. bei Hausbesuchen am gleichen Ort einer sozialen Einrichtung) Fehlanreize setzen und damit zur Problematik beitragen.

In diesem Zusammenhang könnte durch den G-BA klargestellt werden, dass auch bei einem nicht verordneten Hausbesuch gemäß § 11 Abs. 2 HeilM-RL eine Vergütung der entstandenen Kosten für den Leistungserbringer und zur Abbildung des höheren Haftungsrisikos vorgenommen werden sollte. Für Kinder und Jugendliche sieht § 11 Abs. 2 zwar vor, dass eine Behandlung ausnahmsweise auch ohne Verordnung eines Hausbesuchs außerhalb der



Praxis möglich ist, etwa in Schulen oder anderen fördernden Einrichtungen. Die fehlende Vergütung für diese Leistungen führt dazu, dass entweder die Leistungserbringer die Kosten selbst tragen müssen oder die Betroffenen keinen Zugang zu notwendigen Therapien erhalten.

Dieser Vergütung der erbrachten Hausbesuchsleistung verweigert sich die GKV bislang. Dies ist auch unter Versorgungsgesichtspunkten zu hinterfragen: Mit Blick auf Aufnahmefähigkeit, Aufmerksamkeit und Belastung sind Kinder vormittags besser und intensiver zu therapieren als nachmittags im Rahmen von Hausbesuchen im häuslichen Umfeld. Zudem bedürfen die Kinder häufig einer multiprofessionellen Behandlung (Physio, Ergo, Logo, Haus-/Facharzt), so dass die hohe Termindichte/-konkurrenz mit ganztägigen Versorgungsmöglichkeiten in der Einrichtung bei gleichzeitiger Gegenfinanzierung der entstandenen Personal- und Sachkosten berücksichtigt werden muss.

Problematisch wird dies tatsächlich, wenn der verordnende Arzt auf die Verordnung eines zwingend notwendigen Hausbesuches verzichtet – mit Verweis auf die Möglichkeit der HeilM-RL. Dies führt im schlimmsten Falle zu einer Unterversorgung, da dem Leistungserbringer zwar diese Möglichkeit eingeräumt wird, aber aus (insbesondere) o. g. wirtschaftlichen Gründen, diesen nicht durchführen kann. Aus den genannten Gründen sollte in § 11 II HeilM-RL folgende Klarstellung erfolgen (Änderungen fett markiert):

*Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, gegebenenfalls darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. Dies können auch Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder Regelschulen sein. **Voraussetzung für die Kostenübernahme des Hausbesuches durch die Krankenkasse** ist, dass sich aus der Verordnung der Heilmittelbehandlung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. Dies soll in der Regel bei einem behördlich festgestellten Förderstatus angenommen werden. § 6 Absatz 2 darf dem nicht entgegenstehen.*

Weiterhin nicht berücksichtigt wurde jedoch der Beschluss der GMK 2018, dass der Therapieort „tagesstrukturierende Fördereinrichtung“ bei Ganztagsbetreuung auch für die sog. Regelkinder möglich sein soll. Vor dem Hintergrund der weiter zunehmenden Ganztagsbetreuung und dem Anspruch auf integrative Gleichberechtigung ist hier eine Umsetzung des Beschlusses weiter dringend geboten.

Darüber hinaus möchten wir folgenden Vorschlag zur Ergänzung unterbreiten:



„Im Bereich der Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie kann es zum Erreichen des Therapieziels, insbesondere in den Behandlungsbereichen Stottern und Laryngektomie, erforderlich sein, Teile der Behandlung in geeigneten Alltagssituationen des Patienten (außerhalb der Praxisräume) durchzuführen.“

Insbesondere bei der Therapie im Bereich Stottern und Laryngektomie kann eine Behandlung in geeigneten Alltagssituationen außerhalb der zugelassenen Praxisräume und außerhalb des persönlichen Wohnumfeldes erforderlich sein, um die Therapieziele zu erreichen. Dies wird in der HeilM-RL bislang nicht hinreichend abgebildet.

Zu § 12 HeilM-RL (Auswahl der Heilmittel)

5. Werden die geänderten Regelungen zu § 12 (Auswahl der Heilmittel) genutzt?

Wir können in diesem Punkt ebenfalls keine signifikante Änderung im Ordnungsverhalten der Ärzte seit 2021 beobachten. Die Höchstverordnungsmengen pro Verordnung haben sich durch diese neu geschaffene Möglichkeit ebenfalls nicht erhöht, sodass auch die Mengenbetrachtung hier keinen Anhaltspunkt schafft. Eine gezielte Information der Ärzte über Verordnungsmöglichkeiten wäre allgemein zu befürworten.

Aber: Die Leistungserbringerverbände begrüßen diese neugeschaffene Möglichkeit da sich die Patientenversorgung mit dieser Neuregelung flexibler gestalten lässt. Aus fachlicher Sicht sind die Änderungen für den Bereich der Physio- und Ergotherapie eindeutig positiv zu bewerten, da sie es ermöglichen, neuere oder weiterentwickelte Therapieansätze schneller in die Praxis umzusetzen. Dies kann besonders in der Rehabilitation und beispielsweise der orthopädischen Versorgung von Vorteil sein: In Fällen, in denen eine alleinige Therapie nicht ausreicht, können Ärzte nun mehr multimodale Therapieansätze wählen, die mehrere Heilmittel miteinander kombinieren. Auch ist eine vermehrte Nutzung von interprofessionellen Ansätzen zu erkennen.

Die Auswahl des spezifischen Heilmittels innerhalb der jeweiligen Leistungsart sollte den Therapeuten übertragen werden. In der Praxis nutzen Ärzte die Möglichkeit, die Auswahl des konkreten Heilmittels zu differenzieren, nicht ausreichend. Daher erscheint es sinnvoll, die Entscheidungskompetenz den Heilmittelerbringenden zuzuweisen, um eine patientenorientierte und effektive Versorgung der Patienten sicherzustellen.

Die patientenindividuellere Behandlung mit der erhöhten Flexibilität bietet das Potenzial für Effizienzsteigerungen, Bürokratievermeidung und Steigerung der Behandlungsqualität mit positiven Auswirkungen auf Heilung und Genesung der Patienten.



Gleichzeitig sollten die Ärzte und Heilmittelerbringer von Dokumentationspflichten entlastet werden, damit die zusätzlichen Verordnungsmöglichkeiten besser genutzt werden und damit eine zielgerichtete Patientenversorgung erfolgen kann. Besonders bei komplexen Krankheitsbildern und interprofessionellen Ansätzen profitieren viele Patienten von dieser erweiterten Handlungsfreiheit. Deshalb gilt es administrative Hürden abzubauen.

Im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gibt es keine vorrangigen Heilmittel, so dass allein eine Kombination von Behandlungseinheiten oder eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie relevant wäre. Eine solche Kombination wäre insbesondere im Bereich der Intensivtherapie von Bedeutung. Hier stoßen die durchführenden Praxen häufig auf das Problem, dass verordnenden Ärzten die Möglichkeiten der Kombinationen und die Möglichkeiten der Verordnung von Doppelbehandlungen nicht (ausreichend) bekannt sind.

Die Regelung des § 12 Abs. 1 HeilM-RL „einmal pro Tag“ führt im Versorgungsalltag zu Problemen bei Intensivtherapien und ebenso bei Schlucktherapien/Essensbegleitungen. In Einzelfällen können Therapien zu unterschiedlichen Zeiten und damit mehrmals am Tag erforderlich sein. Mit der Formulierung „einmal pro Tag“ sehen Kostenträger oft keine Möglichkeit der individuellen Genehmigung.

Die Überführung der Therapieziele in den Heilmittelkatalog hat erfolgreich zur Entbürokratisierung beigetragen, da dadurch keine Fehler auf den Verordnungen in diesem Bereich mehr möglich sind. Gleiches könnte mit der Frequenzspanne erfolgen. Der Hinweis in § 12 Abs. 1 Satz 4 auf eine abweichende Frequenzangabe ohne zusätzliche Dokumentation ist bereits ein Schritt in die richtige Richtung. Insbesondere im Bereich der Podologie hat dies zu einer bürokratischen Entlastung in Fällen mit einem höheren Versorgungsbedarf geführt. Weiter wäre es denkbar, die Frequenz als Pflichtangabe auf der Verordnung vollständig entfallen zu lassen (siehe Frage 8 Punkt g) oder dass grundsätzlich die Frequenzspanne als Empfehlung des HMK gilt und nur dann Angaben auf der Verordnung erforderlich sind, wenn Verordner eine abweichende Frequenz verordnen wollen. Dies würde die Verordnung weiter verschlanken und teils bereits vertraglich bestehende Regelungen aufgreifen.

Zu § 15 HeilM-RL (Beginn der Heilmittelbehandlung)

6. Wie haben sich die geänderten Regelungen zum Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL) auf die Versorgung ausgewirkt?

Vorab: Die Regelungen zum Behandlungsbeginn der vorherigen Fassung der HeilM-RL bis 2020 waren – insbesondere aufgrund des Fachkräftemangels – zu knapp bemessen. Grundsätzlich gab es in diesen Fällen seinerzeit aber die Möglichkeit, einen entsprechend späteren Behandlungsbeginn mit dem verordnenden Arzt abzustimmen. Faktisch hat sich für die Leistungserbringer



daher – gerade in Bezug auf das Ordnungsverhalten – nicht sehr viel geändert. Eine weitaus größere Rolle spielt bei diesem Punkt aber der Bürokratieabbau für alle Beteiligten (siehe Punkt 8.).

Die Erweiterung des (regelmäßigen) Behandlungsbeginns auf 28 Tage hat sich aus unserer Sicht dennoch bewährt. Wie der G-BA korrekt urteilt, hat dies zu einer gewissen Entspannung bei der Terminvergabe geführt. Allerdings hat der G-BA ebenfalls recht, dass es weiterhin Terminmängel gibt, was ein klarer Hinweis auf strukturelle und personelle Engpässe in der ambulanten Heilmittelversorgung ist.

Eine weitere Flexibilisierung bei der Terminvergabe wäre daher zu begrüßen. Sofern medizinisch nichts dagegenspricht, sollte die derzeitige 28-Tage-Regelung beispielhaft auf 42 Tage ausgeweitet oder analog obengenannte Möglichkeit eines ausnahmsweise späteren Behandlungsbeginns in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt geschaffen werden. Dies könnte den bürokratischen Aufwand für Ärzte, Leistungserbringende sowie Patienten deutlich reduzieren. Durch eine Verlängerung entfällt die Notwendigkeit einer neu ausgestellten Verordnung, was insbesondere angesichts der in der Versorgungspraxis üblichen Wartezeiten und des Mangels an Therapieplätzen eine erhebliche Entlastung darstellt. Besonders bei Verordnung mit dringlichem Behandlungsbedarf mit einer 14-tägigen Frist zeigt sich, dass der dringliche Versorgungsbedarf aufgrund fehlender Therapieplätze häufig nicht innerhalb der vorgesehenen Zeit gedeckt werden kann. Es wäre daher sinnvoll, auch hier in Ausnahmefällen die Gültigkeit der Anträge mit einer kurzen, nachvollziehbaren Begründung verlängern zu können. Hier wäre es zielführend, wenn die Verordner die Dringlichkeit lediglich vermerken, ohne dass dies Auswirkungen auf die Beginnfrist hat. Eine solche Anpassung würde die Versorgungssituation realistisch abbilden und unnötige Bürokratie vermeiden.

Die Notwendigkeit der rechtzeitigen therapeutischen Behandlung darf dabei nicht in Frage gestellt werden. Insbesondere akute Leiden, bei denen ein dringlicher Handlungsbedarf besteht, bedürfen weiterhin einer zeitnahen Behandlung und können daher vom Arzt weiter mit einem entsprechend dringlichen Bedarf verordnet werden. Bei einem medizinisch unbedenklichen Überschreiten der regulären Beginnfristen sollte aber ein unbürokratisches Vorgehen möglich sein (s. o.).

Darüber hinaus wäre es wünschenswert, wenn die restriktiven Fristen im Entlassmanagement (§ 16a HeilM-RL) überdacht würden. Hier sollten mindestens die Regelungen dauerhaft umgesetzt werden, die sich schon während der Corona-Pandemie bewährt haben (Ausweitung der Fristen von sieben auf 14 Kalendertage für den Ordnungszeitraum sowie von 12 auf 21 Kalendertagen für den Abschluss der Behandlung).



Zu § 16 HeilM-RL (Durchführung der Heilmittelbehandlung)

7. Wie hat sich die geänderte Regelung in § 16 Abs. 6 HeilM-RL auf die Inanspruchnahme von Gruppentherapien ausgewirkt?

Vorab: Die (zusätzliche) Möglichkeit der Änderung von Einzel- in Gruppentherapie und umgekehrt begrüßen wir sehr. Zur Auswertung der Inanspruchnahmen von Gruppentherapien im Betrachtungszeitraum 2019 vs. 2022/2023 möchten wir anmerken, dass auch in 2022/2023 Kontakte mehrerer Personen und Gruppenangebote unter dem Einfluss der Covid-Pandemie standen. Die Entwicklungszahlen in den Jahren 2022/2023 erscheinen daher nur eingeschränkt als Trend nutzbar zu sein.

Die Einschätzung, dass Gruppentherapien insbesondere in der Physiotherapie bislang keine wesentliche Rolle spielen, können wir bestätigen. Grundsätzlich bietet die Gruppentherapie einige Vorteile (z. B. Gruppendynamiken, soziale Interaktion und gegenseitige Motivation, effiziente Nutzung von Therapeuten und Räumlichkeiten). Es sollte aber nicht unterschlagen werden, dass Gruppenbehandlungen in der Praxis auch einige Nachteile mit sich bringen können. Gerade kleinere Praxen haben oftmals nicht genügend Patienten mit derselben Indikation und können so keine Gruppen bilden. Bei kurzfristigen Ausfällen einzelner Teilnehmer kann es zudem dazu kommen, dass Gruppen nicht mehr zustande kommen, weil nur noch ein Teilnehmer in der „Gruppe“ verbleibt. Die gruppendynamischen Effekte entfallen dann.

Die rückläufige Entwicklung im Bereich der Gruppentherapien in der Physiotherapie ist zudem auf Veränderungen im Patientenkollektiv zurückzuführen. Zum einen wurde früher bei Indikationen wie Haltungsasymmetrien häufig eine Gruppentherapie verordnet, während heute oftmals lediglich Empfehlungen zu allgemeiner sportlicher Betätigung ausgesprochen werden. Dies führt dazu, dass bei weniger ausgeprägten Beschwerdebildern die Verordnungswahrscheinlichkeit insgesamt abnimmt. Gruppentherapien sind jedoch insbesondere für Patientengruppen mit geringerer Symptomatik geeignet. Zum anderen ist eine Zunahme multimorbider Patienten zu verzeichnen, bei denen eine Durchführung von Gruppentherapien aufgrund der Komplexität der Krankheitsbilder häufig nicht möglich sind.

Bei der Bewertung und Ausgestaltung von Gruppentherapien sollte der Fokus nicht ausschließlich auf ökonomischen Gesichtspunkten liegen. Vielmehr ist es essenziell, dass Gruppentherapien auf die individuellen diagnostischen Erfordernisse und die spezifischen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Zusammensetzung der Gruppen einen therapeutisch sinnvollen und wirksamen Rahmen bietet.

Zudem kommt es wiederholt zu Absetzungen durch Kostenträger, indem beispielsweise bei Gruppenbehandlungen lediglich eine Behandlungseinheit als Einzeltherapie anerkannt wird. Diese Vorgehensweise basiert häufig auf einer sehr engen oder abweichenden Auslegung der HeilM-RL oder wird an einzelnen



Begrifflichkeiten festgemacht, um eine Absetzung zu begründen. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass die therapeutische Diagnostik – je nach Komplexität und Zielsetzung des Gruppensettings – mehrere Einzelsitzungen erfordern kann, etwa wenn verschiedene Betätigungsbereiche geprüft, spezifische Beobachtungssituationen notwendig oder die Interaktionsfähigkeit der Patienten im Einzelsetting über einen längeren Zeitraum eingeschätzt werden muss. Besonders bei komplexen Fällen, wie Mehrfachdiagnosen, sozialen Interaktionsstörungen, sehr jungen Patienten oder stark heterogenen Gruppen, sind mehrere Einzelbehandlungen oft notwendig und fachlich gerechtfertigt, um eine sichere und qualitätsgesicherte Gruppenzuordnung zu gewährleisten.

Bürokratieabbau

8. Wie haben sich die Änderungen der Richtlinie im Versorgungsalltag (bürokratischer Aufwand) ausgewirkt?

Grundsätzlich sind die bürokratischen Erleichterungen zu begrüßen, die durch die Änderungen der HeilM-RL im Jahr 2021 erzielt wurden (z. B. Wegfall der Regelfallsystematik und des Genehmigungsverfahrens). Ebenfalls positiv zu bewerten ist die Behebung der regionalen Unterschiede durch die parallele Umsetzung der neuen HeilM-RL in Verbindung mit den Bundesrahmenverträgen nach § 125 SGB V, da bundesweite Regelungen Einheitlichkeit und Verbindlichkeit für Krankenkassen, Ärzte, Patienten und Therapeuten schaffen. Wir stimmen dem G-BA darin zu, dass einige wichtige Punkte nicht durch den G-BA geregelt werden können. So ist z. B. die Zuzahlungsregelung weiterhin ein wesentliches Problemfeld. Hier wäre eine gesetzliche Regelung sinnvoll, die Zuzahlung direkt durch die Krankenkassen einziehen zu lassen, um Probleme zu vermeiden.

Für etwas fragwürdig halten wir die Formulierung des G-BA in Kapitel 5.5 (S. 65), dass „nur“ 20,1 % der Patienten angeben, die Heilmittelpraxis habe die Einreichung der Korrektur beim Arzt für sie übernommen. Dies ist keine originäre Aufgabe des Heilmittelerbringers, sodass eher positiv herausgestrichen werden sollte, dass die Therapeuten immerhin bei jeder fünften Verordnung freiwillig eine Arbeit übernehmen, für die sie nicht vergütet werden.

Dass lediglich zwei Krankenkassen ein Informationsdefizit bei den Heilmittelerbringern ausgemacht haben, freut uns. Wir sehen dies als Bestätigung unserer guten Informationspolitik, die wir auch in Zukunft fortsetzen werden.

Wir stimmen mit den Ärzten darin überein, dass das System der HeilM-RL noch immer zu bürokratisch und komplex ist. Vereinfachungen und Optimierungen der HeilM-RL sind daher zu begrüßen, nicht zuletzt um die hohen administrativen Belastungen und Koordinationsprobleme zwischen Arzt- und Therapiepraxis zu reduzieren, die auch der G-BA zurecht beklagt. Wir sehen hier ebenso wie der



G-BA in Kapitel 5.5 Optimierungspotentiale in Anlage 3, den Rahmenverträgen und den Anforderungen an die Softwareprodukte der Ärzte.

Die Anlage 3 HeilM-RL hat sich in der aktuellen Form nur als bedingt hilfreich gezeigt, da sie zu einschränkend ist und die Möglichkeiten der Verträge nach § 125 SGB V zu sehr bindet. Insbesondere der Bereich der Verordnungsvorgaben, Verordnungskontrollen, Verordnungskorrekturen, Abrechnungskontrollen und Abrechnungskorrekturen führt bei allen Beteiligten zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand.

Im Bereich der Abrechnungskorrekturen besteht weiter ein enormer bürokratischer Aufwand. Hier bestand die Erwartung, dass die auf der HeilM-RL fußende zertifizierte Arztsoftware zu weniger Abweichungen (Fehlern) von der HeilM-RL führen würde. Durch die Möglichkeit der individuellen Abänderbarkeit und Möglichkeit, Hinweise der Software ignorieren zu können, ist der Fehleranteil weiter sehr hoch. Durch weniger Möglichkeiten der Abänderbarkeiten in der Software, könnte z. B. verhindert werden, dass Verordnungsmengen nicht überschritten werden. Darüber hinaus führen technische Probleme, wie nicht eingespielte Updates der Praxissoftware auf Ebene der Ärzte, dazu, dass notwendige Änderungen in den Verordnungen nicht aktualisiert umgesetzt werden können.

Auch würde eine Nichtabänderbarkeit Sicherheit – auch für Verordner – geben, so dass Verordnungen die Voraussetzungen der HeilM-RL erfüllen und individuelle Überprüfungen entfallen könnten.

Ein großer bürokratischer Aufwand besteht zudem durch die Regelung in § 16 Abs. 4 HeilM-RL, dass „begründete Unterbrechungen auf der Verordnung zu dokumentieren sind“, die Verordnung sonst ihre Gültigkeit verliert. Im Bereich der sich oft über viele Wochen/Monate erstreckenden Versorgung aller Therapiebereiche sind Unterbrechungen durch Krankheit, Urlaub/Ferien nicht unüblich. Eine jeweilige Kennzeichnung und Begründung stellt einen erheblichen Aufwand dar und ein Risiko von Absetzungen durch Kostenträger.

Das Erfordernis der Begründung und Dokumentation sollte zur Bürokratieerleichterung entfallen. Dass das Therapieziel dabei nicht gefährdet sein darf, ist selbstverständlich und würde als klarstellende Regelung in der HeilM-RL ausreichend sein.

Da Leistungserbringer der Prüfpflicht für die ärztliche Verordnung unterliegen, werden Absetzungen, die auf Fehlern in der Verordnung beruhen, den Leistungserbringern finanziell angelastet. Dies führt zu einem deutlichen Missverhältnis zwischen Ursache und Wirkung, da die Verantwortung für die korrekte Ausstellung der Verordnung beim Arzt liegen sollte, insbesondere wenn zertifizierte Software verwendet wird. In solchen Fällen ist eine zusätzliche Prüfpflicht durch Therapeuten nicht zielführend.

Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, die Prüfpflicht klar dem verordnenden Arzt zuzuweisen, Leistungserbringer von der Haftung für formale Fehler in der Verordnung zu entlasten und eine einheitliche, transparente Abrechnungspraxis der Kostenträger sicherzustellen.

Mit Bezug auf die HeilM-RL würden wir folgende Entbürokratisierungen als besonders wichtig erachten:

a) Wiedereinführung der vom 18.02.2020 bis zum 31.12.2020 geltenden Corona-Sonderregel: Alle Änderungen auf der Verordnung (außer Art des Heilmittels, Hausbesuch und Verordnungsmenge) können direkt durch den Therapeuten vorgenommen werden. Diese Regelung hat sich nach unserem Ermessen in der Corona-Zeit bewährt und kann viele der Probleme lösen, die vom G-BA in der bisherigen Evaluation herausgearbeitet wurden. Dies könnte in Anlage 3 der HeilM-RL analog umgesetzt werden:

Bei nicht richtlinienkonform ausgestellten Heilmittelverordnungen ... können die Leistungserbringer notwendige Änderungen bzw. Ergänzungen an den von der Vertrags(zahn)ärztin oder vom Vertrags(zahn)arzt auf dem Verordnungsblatt gemachten Angaben selbst vornehmen. Einer Änderung bzw. Ergänzung der Verordnung durch die Vertrags(zahn)ärztin oder den Vertrags(zahn)arzt bzw. einer Rücksprache mit der Vertrags(zahn)ärztin oder dem Vertrags(zahn)arzt bedarf es hierzu nicht. Die Änderung bzw. Ergänzung ist auf der Rückseite des Verordnungsblattes unten links kurz zu begründen und mit Datum und Handzeichen des Leistungserbringers zu versehen... Die Ausnahmeregelung gilt nicht für die Angaben „Art des Heilmittels“, Hausbesuch und „Verordnungsmenge“.

b) Vereinfachung bei Diagnosegruppen: Durch die Zusammenfassung von Diagnosegruppen (seinerzeit: Indikationsschlüsseln) wurde dem gewünschten Bürokratieabbau zum Teil Rechnung getragen. So wurde u. a. der Korrekturaufwand für alle Beteiligten verringert. Dieses System gestaltete sich in der Vergangenheit als sehr schwierig in der Umsetzung. So mussten die Ärzte untereinander bereits ausgestellte Vor-Verordnungen bei der Wahl des richtigen Indikationsschlüssels berücksichtigen – insbesondere bei den Indikationsschlüsseln WS1 und 2 sowie EX 1,2 und 3. Der Leistungserbringer war derjenige, der letztlich prüfen musste, ob der jeweilige Arzt die korrekte Einteilung vorgenommen hat. Durch erforderliche Rücksprachen bedeutete dies zum einen enormen bürokratischen Aufwand für Ärzte, Patienten und Leistungserbringer. Zum anderen verzögerte sich durch dieses Prozedere der Behandlungsbeginn weiter unnötig – im schlimmsten Fall konnte der Patient (im Falle einer Verweigerung des Arztes einer Änderung) nicht versorgt werden. Durch die Zusammenlegung der Schlüssel fiel ein Teil dieses bürokratischen Aufwands weg.



Durch die Aufnahme der Anlage 3 in die HeilM-RL wurde der entsprechende Korrekturaufwand bei fehlerhafter Diagnosegruppe seitens der Leistungserbringer jedoch wieder erschwert. Regelte beispielsweise der Rahmenvertrag des vdek bis dato, dass erforderliche Änderungen des Indikationsschlüssels durch den Leistungserbringer selbst vorgenommen werden durften – nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt –, wurde dies mit Inkrafttreten der neuen HeilM-RL wieder obsolet. Auch während der Corona-Pandemie zeigte sich, dass eine entsprechende Ausnahmeregelung großen bürokratischen Aufwand verringern kann – für alle Beteiligten. So war es in dieser Zeit den Therapeuten u. a. möglich, die Diagnosegruppe selbstständig zu ändern – ohne dass diese Änderung einer Arztgespräche bzw. Arztunterschrift bedurfte (siehe a).

Der Gesetzgeber sah bzw. sieht vor, dass die Verträge nach § 125 und § 125 a SGB V u. a. Regelungen enthalten müssen, die die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung durch den Leistungserbringer reglementieren. Diesen Auftrag haben der GKV-Spitzenverband sowie die maßgeblichen Berufsverbände im Rahmen der Vertragsverhandlungen umgesetzt. Strittige Punkte wurden im darauffolgenden Schiedsverfahren festgesetzt. Auch hier blieb der Schiedsstelle nur wenig Spielraum – mit Verweis auf die Regelungen der HeilM-RL.

Aus diesem Grund sehen die Leistungserbringerverbände es als sehr sinnvoll an, wenn eine Entbürokratisierung im Sinne der Corona-Sonderregelung aus 2020 (siehe a) erfolgen würde. Zudem könnte die Anlage 3 der HeilM-RL eine Öffnungsklausel vorhalten, die es den jeweiligen Vertragsparteien ermöglicht, die Regelungen der Anlage 3 im Einzelfall zu präzisieren. Es bieten sich die nachfolgenden Formulierungen an:

1.) In Anlehnung an die Formulierung, die auch bei Unterbrechungen der Durchführung der Heilmittelbehandlung seitens des GBA gewählt wurde (vgl. § 16 Abs. 4 HeilM-RL):

„Das Nähere regeln die Vertragspartner. Abweichungen sind zulässig.“
oder

2.) Anlage 3 der HeilM-RL könnte am Ende des zweiten Absatzes wie folgt ergänzt werden: *„Die Vertragspartner nach § 125 und § 125a SGB V können ein abweichendes Vorgehen zum Korrekturverfahren der einzelnen Angaben auf der Verordnung vereinbaren.“*

Hierfür spricht auch der Wille des Gesetzgebers, der in § 125 Abs. 2 Nr. 7 SGB die notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung durch den Leistungserbringer in der Zuständigkeit der Vertragsparteien sieht. Darüber hinaus stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die Angabe einer Diagnosegruppe eine Pflichtangabe auf der Verordnung sein muss. So gibt es auch keine offizielle Zuordnung von therapierelevanten Diagnosen zu entsprechenden



Diagnosegruppen. Hier bedarf es in jedem Einzelfall einer individuellen Prüfung, ob das verordnete Heilmittel geeignet ist, um das Therapieziel zu erreichen. Aus diesem Grund könnte aus Leistungserbringersicht auf diese Angabe verzichtet werden. Für eine bessere Übersicht/Gliederung des Heilmittel-Kataloges selbst, kann diese allerdings weiterhin Bestandteil der HeilM-RL bleiben. Für die Behandlung bzw. den Behandlungsauftrag spielt diese Angabe keine relevante Rolle.

Alternativ hielten wir es für sinnvoll, weitere Diagnosegruppen für die Physiotherapie (z. B. WS und EX) zusammenzulegen, um die Fehlerpotenziale zu reduzieren. Bei Diagnosegruppen, die laut Heilmittelkatalog die gleichen vorrangigen Heilmittel und Verordnungsmengen (Höchst- und orientierende Mengen) vorsehen, könnten so die oben beschriebenen positiven Wirkungen verstärkt werden, die sich durch die Änderung der HeilM-RL 2021 ergeben haben.

c) Ausnahmeregel bei der Änderung des Verordnungsdatums: Durch die Verlängerung der Frist des Behandlungsbeginns können Patienten häufiger als zuvor - noch während der Gültigkeit einer Verordnung – in die therapeutische Versorgung gelangen. Dies ist aufgrund des Fachkräftemangels allerdings weiterhin nur eingeschränkt der Fall. Wenn die vorgegebene Frist für den Behandlungsbeginn nicht eingehalten werden kann, so muss der Verordner – um die Gültigkeit einer Verordnung zu erhalten – das Ausstellungsdatum entsprechend ändern. Änderungen und Ergänzungen des Arztes bedürfen gemäß § 13 Abs. 1 HeilM-RL einer Datumsangabe sowie einer Arztunterschrift. Bei einer notwendigen Änderung des Ausstellungsdatums ist es dann häufig der Fall, dass zwei identische Datumsangaben auf der Verordnung erfolgen müssen (neues Ausstellungsdatum zzgl. des Änderungsdatums der Angabe). Dies bedeutet unnötige Bürokratie für alle Beteiligten. Oftmals wird in diesen Fällen das Datum nur einmal vermerkt, sodass die Änderung noch einmal korrigiert werden muss oder es zu Rechnungskürzungen führt. Diesen Missverständnissen – und damit auch weiteren Verzögerungen des Behandlungsbeginns – könnte entgegengewirkt werden, wenn § 13 Abs. 1 um einen fünften Satz ergänzt würde, der wie folgt formuliert ist: *„Bei einer Änderung des Ausstellungsdatums ist die erneute Unterschrift der Verordnerin oder des Verordners ausreichend. Eine Angabe des Datums der Korrektur ist nur erforderlich, sofern dieses vom neuen Ausstellungsdatum abweicht.“* Sofern Punkt a (Wiedereinführung der Corona-Sonderregelung von 2020) umgesetzt wird, wäre diese Ausnahmeregelung auf den Heilmittelerbringer, statt auf den Verordner zu beziehen.

Zudem könnte die HeilM-RL z. B. in Anlage 3 – im Sinne einer allgemeinen Flexibilisierung und Entbürokratisierung – um eine Öffnungsklausel ergänzt werden (siehe b).

d) Klarstellung, dass jede Änderung durch einen Arzt statthaft ist: In der Praxis haben sich zuletzt Probleme in der Rechnungsstellung ergeben, wenn



Verordnungen oder Änderungen durch einen Arzt unter Verwendung von „i. A.“ oder „i. V.“ unterzeichnet werden. Hier würden wir uns Rechtssicherheit wünschen, dass diese Verordnungen anerkannt werden, sofern die Unterschrift durch einen Arzt erfolgt. Eine Klarstellung in der HeilM-RL oder in den Tragenden Gründen wäre sinnvoll, die z. B. wie folgt formuliert werden könnte: *„Änderungen und Ergänzungen können ebenso wie die Verordnungen selbst ausnahmsweise von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt mit „i. V.“ oder „i. A.“ unterschrieben werden.“*

e) Verordnungsfall: Ein Verordnungsfall wird seit der Neufassung der HeilM-RL nicht mehr nur allein durch eine Erkrankung definiert, sondern bezieht sich immer auf eine Erkrankung eines Patienten in Verbindung mit dem verordnenden Arzt. Die HeilM-RL definiert darüber hinaus, dass ein Verordnungsfall alle Heilmittelbehandlungen für einen Patienten auf Grund derselben Diagnose (d. h. die ersten drei Stellen des ICD-10-GM-Codes) und derselben Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog umfasst. Hier zeichnete sich schnell ab, dass es durch diese Definition zu einer Unterversorgung im Bereich Physiotherapie kam. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn es eine Fraktur der rechten und linken Hand (S62.8) gibt, die jeweils einer eigenen Behandlung bedürfen. Folgt man der aktuellen Regelung der HeilM-RL, so dürfen in diesem Fall keine zwei Verordnungen ausgestellt werden, mit der Folge, dass nur eine der beiden Frakturen versorgt werden kann. Es bietet sich an, hier auf den vollständig identischen ICD-10-Code (ggf. inkl. der Zusatzkennzeichnung der Lokalisation) abzustellen.

Diese Konkretisierung bietet dem Arzt die Möglichkeit, entsprechende Erkrankungen zeitgleich zu versorgen. Von daher sehen die maßgeblichen Berufsverbände hier dringenden Handlungsbedarf zur Nachbesserung.

f) Orientierende Behandlungsmenge/Höchstmenge je Verordnung: Der Heilmittelkatalog definiert die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung – ebenso die orientierenden Behandlungsmengen. Im Heilmittelkatalog selbst findet sich kein Hinweis darauf, dass auch darüberhinausgehende Behandlungseinheiten nach § 7 Abs. 4 HeilM-RL verordnet werden können, sofern das Therapieziel nicht erreicht werden konnte und die weitere Behandlung dringend indiziert ist. Insbesondere in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie reichen die orientierenden Behandlungsmengen des Heilmittelkatalogs in den meisten Fällen nicht aus. Ohne entsprechende Klarstellung besteht die Gefahr einer Unterversorgung, die vermieden werden könnte, wenn der Heilmittelkatalog einen entsprechenden Hinweis auf den Text der HeilM-RL enthalten würde. Hierzu bietet sich im Heilmittelkatalog eine Markierung („“) an, die auf eine Fußnote mit folgendem Inhalt verweist: *„Die Möglichkeit einer weiteren Verordnung nach § 7 Abs. 4 HeilM-RL bleibt hiervon unberührt.“*

Insbesondere in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie reichen die orientierenden Behandlungsmengen des Heilmittelkatalogs in den meisten Fällen nicht aus. Im Sinne der Entbürokratisierung wäre zu überlegen, statt die HMR mit neuen Hinweisen zu versehen, die orientierende Behandlungsmenge einfach abzuschaffen.

In der alten Regelfallsystematik war es dem Arzt darüber hinaus möglich – nach Ausschöpfung des Regelfalls – bei Bedarf weitere Verordnungen auszustellen. Diese Verordnungen (Verordnungen außerhalb des Regelfalls) konnten dann – bei Bedarf – pauschal einen Zeitraum von 12 Behandlungswochen umfassen. Einzige Voraussetzung hierfür: Die Durchführung bedurfte einer Genehmigung der zuständigen Krankenkasse. Im weiteren Verlauf haben allerdings die meisten Krankenkassen auf dieses Genehmigungsverfahren verzichtet.

Die grundsätzliche Verordnungsdauer für 12 Behandlungswochen ist mit der neuen Systematik der HeilM-RL nunmehr nur noch den Verordnungen vorbehalten, die einen Besonderen Verordnungsbedarf (BVB) oder einen Langfristigen Heilmittelbedarf (LHB) begründen. Das bedeutet im Umkehrschluss, für alle anderen längerfristigen Erkrankungen besteht keine pauschale Möglichkeit mehr für eine längere Behandlungsdauer. In diesen Fällen hat der Patient zwar die Möglichkeit, einen individuellen Antrag auf Genehmigung bei seiner zuständigen Krankenkasse zu stellen – allerdings kann der Arzt erst nach erteilter Genehmigung Verordnungen für einen entsprechend längeren Behandlungszeitraum ausstellen.

Auch hieran lässt sich erkennen, dass zwar das Verfahren vereinfacht wurde, allerdings sind nunmehr – nach Ausschöpfung der orientierenden Behandlungsmenge – nur noch weitere Verordnungen mit der jeweiligen Höchstmenge pro Verordnung gemäß Heilmittelkatalog möglich (Ausnahme BVB/LHB). Dies führt in der Folge dazu, dass Patienten, Ärzte und Leistungserbringer einen Mehraufwand zu bewältigen haben. So muss der Patient den verordnenden Arzt häufiger aufsuchen und zusätzlich pro Verordnung eine Pauschale in Höhe von 10,00 Euro zahlen, die der Leistungserbringer dann mit einem erhöhten bürokratischen Aufwand wiederum einziehen muss.

Darüber hinaus ist es dringend notwendig, innerhalb der HeilM-RL in § 12 Abs. 8 klarzustellen, dass bei der Verordnung von Doppelbehandlungen ebenfalls der 12 Wochenzeitraum (BVB/LHB) Berücksichtigung findet – in Bezug auf die Höchstmenge pro Verordnung. Dies führt in der Vergangenheit immer wieder zu unterschiedlichen Interpretationen von Ärzten, Leistungserbringern und Krankenkassen. Im folgenden Formulierungsvorschlag wird die vorzunehmende Ergänzung fett markiert:

§ 12 (8) Je Tag soll nur eine Behandlung erbracht werden. Eine Behandlung umfasst in der Regel ein vorrangiges Heilmittel und sofern verordnet ein



*ergänzendes Heilmittel. Ausnahmen regelt der Heilmittelkatalog. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden. Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel, standardisierte Heilmittelkombinationen und Podologie. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die gemäß HeilM-RL zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge nicht. **Die zulässige Höchstmenge bei Verordnungen des langfristigen Heilmittelbedarfs sowie der besonderen Verordnungsbedarfe richtet sich nach der verordneten Frequenz in Zusammenhang mit dem Verordnungszeitraum von 12 Wochen.** Abweichend von den Regelungen dieses Absatzes gilt im Bereich der Ernährungstherapie gemäß § 42 Absatz 2 Satz 6, dass auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden können, sofern dies therapeutisch notwendig ist.*

g) Wegfall Frequenz auf Verordnung: Auf der Verordnung könnte die Frequenz als Pflichtangabe entfallen, da die Frequenzempfehlung bereits im HMK vorgegeben ist. Im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie wird z. B. überwiegend die Frequenzspanne des HMK aufgedruckt/verordnet. Nur Frequenzangaben, die von der Spanne abweichen, müssten noch aufgeführt werden.

h) Verordnungsvordruck: Der auf der HeilM-RL fußende Verordnungsvordruck könnte weiter verschlankt werden; darüber hinaus:

- a. Verordnungsvordruck wieder im Format DIN A4, da die erforderlichen 20 und mehr Bestätigungszeilen in allen Therapiebereichen eine Größe haben, in der eine Unterschrift, insbesondere von Patienten mit neurologischen und geriatrischen Erkrankungen, kaum möglich ist. Die angebliche Papierersparnis durch DIN A5 ist durch die häufig zweiblättrigen Verordnungsdrucke auch kein Argument.
- b. Möglichkeit der Doppelbehandlung als Ankreuzbereich, nicht als Freitext, damit diese Verordnungsmöglichkeit auch über den Vordruck abgebildet wird,
- c. Die Angabe des kompletten Heilmittels ist im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie überflüssig; Eine Minutenangabe würden reichen. Die Verbindung Heilmittel mit Minuten war in Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie nicht förderlich (siehe dazu bereits oben).
- d. Die Angabe einer Leitsymptomatik kann entfallen.
- e. Das Feld „Leistungserbringer“ kann auf der Rückseite der Verordnung entfallen.

i) Verordnungshöchstmengen vereinheitlichen: Die Verordnungshöchstmenge pro Verordnung könnte einheitlich auf 12 Wochen (in Abhängigkeit zur Frequenz) – ausgenommen in der Podologie – geändert



werden. Das würde eine aufwändige Kontrolle, ob ein BVB/LHM vorliegt oder nicht, für Verordner und Leistungserbringer entfallen lassen. Ob ein BVB/LHM vorliegt, ist für Leistungserbringer ansonsten ohne Relevanz. Für eine Vereinheitlichung der Verordnungsmengen spricht, dass der BVB/LHM-Anteil bereits bei über 50 % liegt

j) Einheitliche HeilM-RL Ärzte / Zahnärzte einschließlich VO-Vordruck: Einheitliche Regelungen in den HeilM-RL Ärzte und Zahnärzte einschließlich des Vordrucks würden erheblich zur Vereinfachung im therapeutischen Versorgungsalltag führen. Beispielsweise könnten die Begriffe Diagnosegruppe versus Diagnoseschlüssel vereinheitlicht werden.

Außerdem wäre es therapeutisch gesehen förderlich, wenn die Gruppentherapie auch für Therapien der HeilM-RL ZÄ genannt würde.

k) Entlassmanagement: Durch die geschaffene Möglichkeit der HeilM-RL im Bereich Entlassmanagement – welche wir grundsätzlich sehr begrüßen – kommt es mit derzeitigem Wortlaut des Richtlinien textes zum Teil zu unterschiedlichen Auslegungen, was den Verordnungszeitraum bzw. die Höchstmenge pro Verordnung betrifft. Eindeutig ist, dass die Verordnung innerhalb von 12 Kalendertagen beendet sein muss. Auch klar geregelt ist, dass der Behandlungsbeginn innerhalb von 7 Kalendertagen erfolgen muss. Interpretationsspielraum bietet hier die Frage, wie viele Einheiten verordnet bzw. vom Leistungserbringer innerhalb der 7 Tage durchgeführt und abgerechnet werden dürfen, vgl. § 16a Abs. 1 S. 4 HeilM-RL: „Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass der nach Satz 1 erforderliche Versorgungszeitraum nicht überschritten wird.“ Weiteren Interpretationsspielraum bietet der Ort, wo das geforderte Entlassdatum einzutragen ist bzw. ob dies komplett entfallen kann und das Ausstellungsdatum ausreicht. Hier möchten wir eine Konkretisierung des Ortes auf dem Verordnungsblatt in § 16a (2) anregen.

Regelmäßig wird die Behandlungsmenge gerade nicht an den Versorgungszeitraum angepasst. Insofern sehen wir hier zukünftig dringenden Klarstellungsbedarf, dass alle, vom Krankenhausarzt verordneten Behandlungseinheiten im Gültigkeitszeitraum der 12 Kalendertage auch durchgeführt (und abgerechnet) werden dürfen. Die aktuelle Regelung führt zu Missverständnissen, da die verordnete Behandlungsmenge (regelmäßig 6 Einheiten im Heilmittelbereich der Physiotherapie) durch die verordnete Frequenz als Beschränkung verstanden wird, mit der Folge, dass erbrachte Leistungen des Leistungserbringers häufig nicht vergütet werden. Insofern bietet es sich an, hier klarstellend tätig zu werden, so dass die Frequenzmenge nicht als Mengenbeschränkung zu verstehen ist. So wird auch die Verordnungsmenge von Arzneimitteln auf 7 Tage beschränkt, unabhängig von der Frequenz der einzunehmenden Arzneimittel, vgl. § 9 Abs. 2 Nr. 3 S. 5 Arzneimittel-RL: „Die sonstigen in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogenen



Produkte können für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu 7 Tagen verordnet werden.“

Darüber hinaus würden wir es begrüßen, wenn bzgl. der Fristen im Entlassmanagement eine dauerhafte Einführung der Regelungen erwogen würde, die während der Corona-Pandemie galten (siehe Frage 6).

l) Manuelle Lymphdrainage: Die Neuregelung in der HeilM-RL vom 01.10.2024 begrüßen wir ausdrücklich. In der Praxisumsetzung hat sich jedoch gezeigt, dass auch hier ein gewisser Auslegungsspielraum besteht. Dies gilt in Fällen, in denen der Verordner von der Möglichkeit Gebrauch macht, auf die Zeitangabe zu verzichten. So enthalten einige ICD-10-Codes keine Angabe des jeweiligen Stadiums der Erkrankung. Zu nennen sind hier beispielsweise die C-Diagnosen. In diesen Fällen kann es vorkommen, dass der verordnende Arzt das entsprechende Stadium der Erkrankung per Freitext auf der Verordnung ergänzt. Der Richtlinien text bezieht sich in diesen Fällen allerdings auf den ICD-10-Code. Es ist somit Auslegungssache des zuständigen Kostenträgers, ob die durchgeführten Behandlungen dem Leistungsbringer letztlich vergütet werden. Andersherum können viele Ärzte nicht nachvollziehen, dass sie Ergänzungen auf Verordnungen vornehmen müssen, die zwar die Angabe des Stadiums enthalten, aber keinen entsprechenden ICD-10-Code. Darüber hinaus besteht hier ein Widerspruch in der HeilM-RL: § 13 II k) sieht vor, den ICD-10-Code mit Klartext zu ergänzen oder durch einen Freitext zu ersetzen – in § 18 Abs. 2 S. 7. wird wiederum auf das Erfordernis eines entsprechenden ICD-10-Codes hingewiesen. Hier sehen die Leistungserbringerverbände einen dringenden Ergänzungsbedarf mit Hinweis auf die Möglichkeiten des § 13 II k).

Darüber hinaus hat sich in der Praxisumsetzung gezeigt, dass die Ausnahmeregelung unter § 18 Abs. 2 Nr. 7. lit. b. lit. cc) in der Praxis nur schwer umsetzbar ist. Zwar kann die Möglichkeit bei Verordnungen ohne Therapiezeit ohne Weiteres durch den Leistungserbringer genutzt werden – bei Verordnungen mit Therapiezeit ist allerdings eine Änderung des Heilmittels durch den Arzt erforderlich. Sobald der Ausnahmefall vorüber ist, muss wiederum eine Änderung des Heilmittels vom Verordner vorgenommen werden. Alternativ muss die ausgestellte Verordnung abgebrochen werden, eine neue Verordnung für Dauer des Ausnahmefalls ausgestellt werden, und anschließend wieder eine neue Verordnung ausgestellt werden. Da die Regelung u. a. dem Bürokratieabbau Rechnung tragen sollte, sehen wir hier zwingend weiteren Anpassungsbedarf. Auch bei diesem Punkt verweisen wir auf die Notwendigkeit einer Öffnungsklausel, die ein abweichendes Vorgehen zwischen den Vertragspartnern ermöglicht (siehe b).

m) Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittelkatalog: Bestandteil der HeilM-RL ist ferner ein Abkürzungsverzeichnis, welches die gebräuchlichen Abkürzungen im Heilmittel-Katalog enthalten soll. Dieses folgt allerdings keiner konsequenten Systematik: So werden im Heilmittel-Katalog zum



Teil Abkürzungen verwendet und zum Teil der Wortlaut. Dies führt regelmäßig zu Unstimmigkeiten zwischen allen Beteiligten. Daher würden die Leistungserbringerverbände es begrüßen, wenn für alle verordnungsfähigen Heilmittel sowie den Hausbesuch zukünftig eine entsprechende Abkürzung verwendet werden dürfte. Hier würden wir uns eine Öffnungsklausel wünschen, dass ein erweitertes Abkürzungsverzeichnis in den Verträgen nach § 125 bzw. 125a SGB V aufgenommen werden kann. Eine solche Öffnungsklausel könnte z. B. wie folgt formuliert sein:

„Die Vertragspartner nach § 125 und § 125a SGB V können zusätzliche oder abweichende Abkürzungen in einem gesonderten Abkürzungsverzeichnis vereinbaren.“



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**



SPITZENVERBAND DER HEILMITTELVERBÄNDE E.V.

SPITZENVERBAND DER HEILMITTELVERBÄNDE E.V. |
Bonner Str. 143, 50968 Köln

Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Per E-Mail: heilmittel@g-ba.de

Unser Zeichen:

Köln, 15.07.2025

Fragestellungen der Evaluation des G-BA zu den Änderungen der Heilmittel-Richtlinie 2021 – Therapiespezifische Änderungsvorschläge von IFK, VPT und Physio Deutschland für den Bereich der Physiotherapie

In Ergänzung zum SHV-Schriftsatz möchten die Berufsverbände der Physiotherapie weitere Änderungsvorschläge zur Entbürokratisierung der Heilmittel-Richtlinie vorbringen, die nur den Bereich der Physiotherapie betreffen. Diese Vorschläge werden nicht vom gesamten SHV, sondern von den Berufsverbänden IFK, VPT und Physio Deutschland vertreten:

a) **Öffnung für neue Ansätze in der KG-ZNS-Therapie:** Die Verbände der Physiotherapie streben eine kompetenzorientierte Neuausrichtung der KG-ZNS Weiterbildung Kinder bzw. Erwachsene an. Dazu wird seitens der Vertragspartner (GKV, maßgebliche Verbände der Physiotherapie) ein allgemeinverbindlicher Rahmen für die ZNS Weiterbildung definiert. Dieser Rahmen definiert den Weiterbildungsumfang inkl. der kompetenzbasierten Weiterbildungsinhalte, die Anforderungen an Teilnehmende und Ausbildungsträger und Fachlehrer sowie die Weiterbildungsinhalte für eine KG-ZNS Erwachsene bzw. Kinder. Bestehende Therapiekonzepte (PNF, Vojta, Bobath) erfüllen zukünftig die in diesem neuen Rahmen festgelegten Standards und werden unter den neuen Rahmenbedingungen fortgeführt. Gleichzeitig wird mittelfristig und nachgelagert eine Öffnung der Weiterbildungsinhalte angestrebt - um die KG-ZNS Weiterbildung für neue, evidenzbasierte Konzepte / Therapieansätze zu öffnen. Hierfür ist die Änderung der Heilm-RL angezeigt, da diese sich ausschließlich auf die bestehenden Konzepte Bobath, PNF und Vojta bezieht und damit eine Integration neuer innovativer Weiterbildungsformen determiniert. Wir sehen die Regelungskompetenz hinsichtlich der Ausgestaltung der Weiterbildung bei den Vertragspartnern Anforderungen neu zu definieren und an den aktuellen Stand der Ausbildungs-/Weiterbildungsinhalte anzupassen. Deshalb steht eine ausschließliche Beschränkung auf bestehende Konzepte einer qualitativen, zukunftsgerichteten Ausrichtung entgegen. Wir würden daher eine Öffnung für neue Ansätze befürworten, bei der die Altkonzepte unter den neuen Rahmenbedingungen rechtssicher fortgeführt werden können. Hierzu würden wir uns folgende Änderungen in § 19 Heilm-RL wünschen:

5. KG-ZNS-Kinder*)

1 Zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen, insbesondere angeborener oder frühkindlich erworbener Schädigungen der Bewegungsfunktionen oder der Muskelfunktionen (Paresen) längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. 2 Sie dient zur Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Ausnutzung komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen insbesondere unter Einsatz der Techniken nach Bobath oder Vojta. 3 Die Behandlung wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet.

GESCHÄFTSSTELLE
Bonner Str. 143
50968 Köln

TELEFON (02 21) 98 10 27 28
E-Mail info@shv-heilmittelverbaende.de
INTERNET www.shv-heilmittelverbaende.de

BANKVERBINDUNG
Sparkasse KölnBonn
IBAN DE57 3705 0198 1931 9206 47
BIC COLSDE33



6. KG-ZNS*)

Zur Behandlung von ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks und neuromuskulärer Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, zur Förderung und Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Einsatz komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen unter Einsatz der Techniken insbesondere nach Bobath, Vojta oder PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation). 2 Die Behandlung wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet.

b) Vereinheitlichung der Fristen zur Blankoverordnung: Bislang ist in § 13a Abs. 2 Heilm-RL geregelt, dass der Tag des Ausstellungsdatums bei der Frist zum Behandlungsbeginn (gemäß § 15 Abs. 1) nicht mitgezählt wird, bei der Frist des Gültigkeitszeitraums dagegen schon. Dies führt bei Therapeuten, Ärzten und Patienten gelegentlich zu Verwirrung, weshalb wir hier eine Vereinheitlichung vorschlagen. Wir empfehlen daher, § 13a Abs. 2 Satz 2 wie folgt zu ändern:

„Verordnungen nach Absatz 1 sind bei Maßnahmen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie der Ernährungstherapie maximal 16 Wochen, bei Maßnahmen der Podologischen Therapie maximal 40 Wochen, nach Verordnung gültig.“

c) Physiotherapeutische Diagnostik: Die Neuregelung zur Durchführung von Manueller Lymphdrainage zeigt, dass die Notwendigkeit der Einführung einer Physiotherapeutischen Diagnostik zukünftig einen immer höheren Stellenwert einnehmen wird. So wird in § 18 Abs. 2 Nr. Heilm-RL explizit Bezug auf die Physiotherapeutische Diagnostik bzw. Befundung genommen, um über die erforderliche Therapiezeit entscheiden zu können. Auch im Rahmen der Blankoverordnung ist die Physiotherapeutische Diagnostik zwingender Bestandteil vor der ersten Behandlung.

Grundsätzlich ist die physiotherapeutische Diagnostik immer Bestandteil der ersten Behandlung einer Behandlungsserie. Diese ist unabdingbar für die Therapieplanung des Leistungserbringers. In der Praxis führt dies in der Regel immer zu unterschiedlichen Auslegungen. So erwartet der Patient beispielsweise bei einer verordneten MLD-30 eine Behandlungsdauer von 30 Minuten. Zur Regelleistungszeit gehören allerdings auch die Vor- und Nachbereitung der einzelnen Behandlungseinheit. Diese erhöht sich in der ersten Behandlungseinheit bedingt durch die physiotherapeutische Diagnostik zusätzlich. Eine Förderung der Diagnostik durch eine eigene Leistungsposition auch in der konventionellen Versorgung nach § 125 SGB V, wie sie in anderen Heilmittelbereichen bereits seit längerem existiert, wäre in der Physiotherapie dringend geboten. Aus diesem Grund – und auch zur Klarstellung bei allen Beteiligten – sehen die Leistungserbringerverbände die offizielle Aufnahme dieser Leistung in die Heilm-RL als dringend geboten an. So könnte § 17 Heilm-RL dahingehend ergänzt werden, dass bei jeder Verordnung zum Zwecke der Therapieplanung eine physiotherapeutische Diagnostik erfolgen muss.

d) Krankengymnastische Behandlung in der Palliativversorgung: Ebenso wäre es sinnvoll, dem zunehmenden Bedarf in der Palliativversorgung durch die Schaffung einer neuen Leistungsposition Rechnung zu tragen. Besonders vor dem Hintergrund der Zunahme von nichtheilbaren, progredienten Erkrankungen spielt die palliative Physiotherapie mit weiteren Heilmitteln eine immer größere Rolle. Deshalb haben bereits seit 2019 die Private Krankenversicherung (PKV) und die Bundesbeihilfeverordnung (BbhV) die Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativmedizin eingeführt. Es besteht dort die Möglichkeit einer therapeutisch individuellen Therapieanpassung, entsprechend den Bedürfnissen des Patienten. Dabei kann eine Kombination verschiedener Heilmittel in einer Therapieeinheit von 60 Minuten durchgeführt werden.

Verwiesen sei hier auf unser Schreiben an Herrn Prof. Hecken vom 12.07.2022, in der die Umsetzungsmöglichkeiten einer Implementierung dieser Leistungsposition in der Heilm-RL beschrieben werden. Dies könnte zu einer wesentlichen Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

Therapiespezifische Änderungsvorschläge von dbI und dbS für den Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie:



a) **Intensivtherapie:** Oftmals reichen die neuen Kombinationsmöglichkeiten von Einzel- und Gruppentherapie im Bereich der Intensivtherapie nicht aus oder werden nicht ausreichend genutzt. Zur Verbesserung und individuellen Anpassung einer Intensivtherapie an den konkreten Einzelfall wäre es hilfreich, wenn z. B. mit einem Kreuzchen / einer Kennzeichnung als Intensivtherapie andere Regelungen (z.B. zu Frequenz/Dauer/Häufigkeit pro Tag) durch Verordner außer Kraft gesetzt werden könnten.

b) **Benennung Heilmittel im HMK für den Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie überflüssig:** Mit der HeilM-RL 2021 wurde die Bezeichnung des Heilmittels im Katalog und dadurch auch auf dem Verordnungsvordruck neu gefasst, z.B. bei SP6 „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie-Gruppe-45.“

Diese Zusammenlegung der Auswahl zwischen Einzel- und Gruppentherapie und des Heilmittels mit inkludierter Minutenangabe führt im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie zu unnötigem bürokratischem Aufwand und zu einem erhöhten Fehlerpotenzial.

Die Angabe des Heilmittels (Stimmtherapie/ Sprechtherapie/Sprachtherapie/ Schlucktherapie oder einer Mischform) kann im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gänzlich entfallen, da die Zuordnung zur Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schluck bereits durch die Wahl der Diagnosegruppe/des Indikationsschlüssels getroffen ist.

Die zusätzliche Angabe liefert keinen inhaltlichen Mehrwert, ist aber eine erhebliche Fehlerquelle und kann entfallen, um eine tatsächliche Entbürokratisierung zu erreichen und keine neue zu schaffen.

Es wäre ausreichend, wenn allein die Therapiedauer wahlweise 30/45/60 Minuten oder als Gruppentherapie (45/90) im Heilmittelkatalog und entsprechend auf der Verordnung angegeben wird.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**



SPITZENVERBAND DER HEILMITTELVERBÄNDE E.V.

SPITZENVERBAND DER HEILMITTELVERBÄNDE E.V. |
Bonner Str. 143, 50968 Köln

Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Per E-Mail: heilmittel@g-ba.de

Unser Zeichen:

Köln, 15.07.2025

Fragestellungen der Evaluation des G-BA zu den Änderungen der Heilmittel-Richtlinie 2021 – Therapiespezifische Änderungsvorschläge von dbI und dbS für den Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

In Ergänzung zum SHV-Schriftsatz möchten die Berufsverbände der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie weitere Änderungsvorschläge zur Entbürokratisierung der Heilmittel-Richtlinie vorbringen, die nur den Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie betreffen. Diese Vorschläge werden nicht vom gesamten SHV, sondern von den Berufsverbänden dbI und dbS vertreten:

a) **Intensivtherapie:** Oftmals reichen die neuen Kombinationsmöglichkeiten von Einzel- und Gruppentherapie im Bereich der Intensivtherapie nicht aus oder werden nicht ausreichend genutzt. Zur Verbesserung und individuellen Anpassung einer Intensivtherapie an den konkreten Einzelfall wäre es hilfreich, wenn z. B. mit einem Kreuzchen / einer Kennzeichnung als Intensivtherapie andere Regelungen (z.B. zu Frequenz/Dauer/Häufigkeit pro Tag) durch Verordner außer Kraft gesetzt werden könnten.

b) **Benennung Heilmittel im HMK für den Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie überflüssig:** Mit der HeilM-RL 2021 wurde die Bezeichnung des Heilmittels im Katalog und dadurch auch auf dem Verordnungsvordruck neu gefasst, z.B. bei SP6 „Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie-Gruppe-45.“

Diese Zusammenlegung der Auswahl zwischen Einzel- und Gruppentherapie und des Heilmittels mit inkludierter Minutenangabe führt im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie zu unnötigem bürokratischem Aufwand und zu einem erhöhten Fehlerpotenzial.

Die Angabe des Heilmittels (Stimmtherapie/ Sprechtherapie/Sprachtherapie/ Schlucktherapie oder einer Mischform) kann im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie gänzlich entfallen, da die Zuordnung zur Stimm-, Sprech-, Sprach- oder Schluck bereits durch die Wahl der Diagnosegruppe/des Indikationsschlüssels getroffen ist.

Die zusätzliche Angabe liefert keinen inhaltlichen Mehrwert, ist aber eine erhebliche Fehlerquelle und kann entfallen, um eine tatsächliche Entbürokratisierung zu erreichen und keine neue zu schaffen.

Es wäre ausreichend, wenn allein die Therapiedauer wahlweise 30/45/60 Minuten oder als Gruppentherapie (45/90) im Heilmittelkatalog und entsprechend auf der Verordnung angegeben wird.

GESCHÄFTSSTELLE
Bonner Str. 143
50968 Köln

TELEFON (02 21) 98 10 27 28
E-Mail info@shv-heilmittelverbaende.de
INTERNET www.shv-heilmittelverbaende.de

BANKVERBINDUNG
Sparkasse KölnBonn
IBAN DE57 3705 0198 1931 9206 47
BIC COLSDE33

Anhang E2 – Rückmeldung VDP e.V.

Von: [Verband Deutscher Podologen \(VDP\) e.V. / Bundesverband](#)
An: [AG Heilmittel-Richtlinie; "info@verband-deutscher-podologen.de"](#)
Betreff: Re: Organisation der Leistungserbringer | Evaluation zur Umsetzung der Überarbeitung der Heilm-RL und der Neufassung des HMK zum Beschluss vom 19.09.2019
Datum: Dienstag, 15. Juli 2025 12:27:59

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
 Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Damen und Herren,

zwar ist die Podologie von den Fragen in Kapitel 2 Seite 12 nicht direkt betroffen, gleichwohl weisen wir zum Umsetzungsstand und zu den Auswirkungen der HMR-Änderung auf Folgendes hin:

In den letzten Jahren wurde im Vertrag nach §125 Absatz 1 SGB V bei den Verhandlungen auf eine zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung und auf eine Entbürokratisierung für die Heilmittelerbringer geachtet und gut umgesetzt.

Schwierig im Praxisalltag ist allerdings immer noch das Fehlen einer einheitlichen Liste von ICD-10-Codes für die Diagnosegruppen DF, NF und QF. Oftmals müssen die Heilmittelverordnungen deshalb nochmals geändert werden. Wir hoffen, diese Problematik in den Verhandlungen über die Blankverordnung, lösen zu können.

Freundliche Grüße
 Tatjana Pfersich



Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V.
 Tatjana Pfersich B.Sc.
 2. Bundesvorstand
 Tulpenweg 3, 06571 Roßleben-Wiehe
 Tel.: 015224919187
info@verband-deutscher-podologen.de
 Webseite: www.verband-deutscher-podologen.de
 Facebook: [VerbandDeutscherPodologeVDP](#)
 Instagram: [verbanddeutscherpodologen](#)

Diese E-Mail enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind, oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte den Absender und löschen Sie diese Mail. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieser E-Mail und der darin enthaltenen Informationen sind nicht gestattet.

Anhang E3 – Rückmeldung VDD e.V.

**Stellungnahme des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)
zur Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung
des Heilmittelkatalogs gemäß Beschluss vom 19. September 2019
Stand: 15.07.2025**

Mit dem Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Unterausschuss Veranlasste Leistungen, wurde der VDD gebeten, die Erfahrungen seiner Mitglieder hinsichtlich der Umsetzung und Auswirkungen der überarbeiteten Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) und des neuen Heilmittelkatalogs aus Sicht eines Leistungserbringerverbandes einzubringen.

Der VDD bedankt sich für die Möglichkeit, die Perspektive und Erfahrungen der Diätassistent*innen darlegen zu dürfen. Die folgenden Ausführungen orientieren sich an den Fragestellungen aus Kapitel 2 (S. 12) des vorläufigen Berichtes.

Vorabbemerkung

Das Heilmittel „Ernährungstherapie“ ist ein junges Heilmittel: Erst 2017 wurde es in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen und ab 2018 implementiert. Aufgrund der spezifischen Zielgruppe und des individuellen Betreuungsbedarfs lagen Parameter wie Therapiefrequenz, Wahl von Einzel- oder Gruppentherapie sowie Auswahl der Maßnahmen von Beginn an in der Verantwortung der Leistungserbringenden.

Stellungnahme zu einzelnen Paragraphen der Heilmittel-Richtlinie

§ 7 HeilM-RL – Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

Die Einführung des „Verordnungsfalls“ und die Aufhebung der Regelfallsystematik war für das Heilmittel Ernährungstherapie nicht relevant, da eine Regelfallsystematik nie bestand.

Zitat aus der HeilM-RL, Anlage:

„Ernährungstherapie richtet sich an die Patientin oder den Patienten oder die relevanten Bezugspersonen. Frequenz und Dauer erfolgen symptomorientiert und müssen individuell angepasst werden. [...] In der Regel als Einzeltherapie verordnet, auch Gruppentherapie ist möglich. Eine Einheit entspricht 30 Minuten. Mehrere Einheiten pro Tag sind möglich, wenn therapeutisch notwendig.“
→ [Quelle: G-BA, Anlage zur HeilM-RL vom 16.03.2017](#)

Eine Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung war ebenfalls nicht gegeben. Die Frequenzempfehlung lautet im Heilmittelkatalog: „nach Bedarf“. Behandlungsfreie Intervalle gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 sind nicht vorgesehen.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) zur Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkatalogs zum Beschluss vom 19. September 2019

§ 32 Abs. 1a SGB V und § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V – Langfristiger Heilmittel- und besonderer Versorgungsbedarf

Diese Regelungen haben keine Relevanz für das Heilmittel Ernährungstherapie, da bei bestimmten Indikationen wie Mukoviszidose oder seltenen Stoffwechselerkrankungen durchgängig eine individuelle Neuverordnung möglich ist.

Zitat aus den tragenden Gründen zur HeiM-RL:

„Die Verordnungsmenge sowie Frequenz richten sich nach dem medizinisch notwendigen Bedarf. Die maximale Verordnungsdauer beträgt 12 Wochen. Weitere notwendige Einheiten können erneut verordnet werden. §§ 7 Abs. 5 und 8 finden keine Anwendung.“

→ [Quelle: G-BA, tragende Gründe vom 16.03.2017](#)

§ 8 HeiM-RL – Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs

Auch diese Regelung hat aufgrund der genannten Formulierung keine Änderungen für die Leistungserbringenden in der Ernährungstherapie bewirkt.

§ 11 HeiM-RL – Ort der Leistungserbringung

Die Änderungen hatten keine Auswirkungen, da schon vorher eine flexible Abstimmung über den Leistungsort möglich war – z. B. als Hausbesuch oder (formuliert in der Vereinbarung vom 01.01.2018, Anlage 3 zur Versorgung mit ET-Leistungen)

→ Quelle: [vdek, Vereinbarung zur Ernährungstherapie – Anlage 3 \(PDF\)](#)

§ 12 HeiM-RL – Auswahl der Heilmittel

Der Heilmittelkatalog sieht ausschließlich Ernährungstherapie als Heilmittel vor. § 43 HeiM-RL eröffnet in „Kann-Formulierung“ die bedarfsgerechte Auswahl individueller Maßnahmen durch die Leistungserbringenden. Auch diese Möglichkeit bestand bereits zuvor.

§ 15 HeiM-RL – Beginn der Heilmittelbehandlung

Keine Änderung für Ernährungstherapie. Der späteste Behandlungsbeginn war und ist auf 28 Tage festgelegt, mit Möglichkeit zur individuellen Verlängerung durch den Verordnenden.

→ Quelle: [vdek, Vereinbarung zur Ernährungstherapie – Anlage 3 \(PDF\)](#)

§ 16 Abs. 6 HeiM-RL – Gruppentherapien

Gruppentherapie war auch vorher schon möglich, wurde aber in der Praxis selten angewendet, da aufgrund der heterogenen Krankheitsbilder eine Einzeltherapie meist sinnvoller ist. Die Einführung der Videotherapie hat dagegen einen echten Mehrwert gebracht – sie wird inzwischen bei ca. 15–25 % der Therapiezeit eingesetzt.

Stellungnahme Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) zur Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkatalogs zum Beschluss vom 19. September 2019



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**



**Verband der
Diätassistenten**
Deutscher Bundesverband e.V.

Bürokratieabbau

Die bestehenden Regelungen seit 2018 führten nicht zu einer Reduktion des bürokratischen Aufwands für Ernährungstherapie.

gez.

Uta Köpcke

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)

Susannastraße 13 · 45135 Essen

Datum: 15. Juli 2025

Quellenangaben

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):
HeilM-RL, Anlage – Ernährungstherapie bei Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose,
16.03.2017
https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4414/2017-03-16_HeilM-RL_Ernaehrungsberatung-Stoffwechselerkrank-Mukoviszidose_Anlage_BAnz.pdf
2. G-BA: Tragende Gründe zur Änderung der HeilM-RL, 16.03.2017
https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4297/2017-03-16_HeilM-RL_Ernaehrungsberatung-Stoffwechselerkrank-Mukoviszidose_TrG.pdf
3. Vereinbarung über die Versorgung mit ernährungstherapeutischen Leistungen und deren Vergütung (01.01.2018), Anlage 3
https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag/_jcr_content/par/download_0/file.res/RV_UF_2018.pdf

Stellungnahme Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) zur Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkatalogs zum Beschluss vom 19. September 2019

Anhang E4 – Rückmeldung QUETHEB



Stellungnahme zur Evaluation der überarbeiteten Heilmittel-Richtlinie und des aktualisierten Heilmittelkatalogs (Beschluss vom 19. September 2019)

Stand: 15.07.2025

Im Rahmen der vom Gemeinsamen Bundesausschuss initiierten Evaluation zur Umsetzung der überarbeiteten Heilmittel-Richtlinie sowie der Neufassung des Heilmittelkatalogs wurden die Leistungserbringerverbände gebeten, ihre Einschätzungen und Erfahrungen zur praktischen Anwendung der Regelungen beizutragen. QUETHEB e. V. bedankt sich für die Möglichkeit, im Namen der Berufsgruppe Stellung zu nehmen und die Versorgungsperspektive der Ernährungstherapie in die Bewertung einzubringen.

Die folgende Rückmeldung orientiert sich an den im vorläufigen Bericht (Kapitel 2, Seite 12) formulierten Fragestellungen und beleuchtet die spezifischen Rahmenbedingungen und Entwicklungen rund um das Heilmittel Ernährungstherapie, das 2017 in die Heilmittelversorgung aufgenommen und ab 2018 implementiert wurde. Aufgrund der besonderen Zielgruppe sowie des hohen Individualisierungsgrades obliegen zentrale Aspekte wie Frequenz, Therapieform (Einzel- oder Gruppenangebot) und Auswahl der Maßnahmen seit jeher den fachlichen Entscheidungsspielräumen der durchführenden Leistungserbringer.

Zu § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung)

Frage 1: Welche Auswirkungen hatte der Wegfall der Regelfallsystematik und die Einführung der Regelungen nach § 7 HeilM-RL?

Für das Heilmittel Ernährungstherapie hatte diese Änderung keine Relevanz, da eine Regelfallsystematik für diesen Bereich nie bestand. Die Versorgung folgt stattdessen einer symptomorientierten, individuellen Planung gemäß HeilM-RL:

„Ernährungstherapie richtet sich an die Patientin oder den Patienten oder die relevanten Bezugspersonen. Frequenz und Dauer der Ernährungstherapie erfolgen symptomorientiert und müssen individuell an den sich eventuell rasch ändernden Krankheitszustand und die Stoffwechselsituation angepasst werden [...]“ (vgl. [HeilM-RL vom 16.03.2017 – Anlage](#))

Zudem weist der Heilmittelkatalog ausdrücklich darauf hin, dass für Ernährungstherapie keine therapiefreien Intervalle gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 HeilM-RL zu berücksichtigen sind. Eine Differenzierung zwischen Erst- und Folgeverordnung war nicht vorgesehen.

I.



Gemeinsamer
Bundesausschuss



Deutsche Gesellschaft der
qualifizierten Ernährungstherapeuten
und Ernährungsberater e.V.

Frage 2: Welche Entwicklungen ergaben sich durch den langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V und den besonderen Versorgungsbedarf nach § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V?

Auch hier ergaben sich keine praktischen Änderungen für die Ernährungstherapie: Bei Mukoviszidose oder seltenen angeborenen Stoffwechselstörungen können neue Verordnungen jederzeit erfolgen, insbesondere in sensiblen Phasen wie Schwangerschaften. Eine kontinuierlich angepasste Therapie ist hier alternativlos. Bereits in den tragenden Gründen zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie vom 16.03.2017 wurde dies so festgehalten:

„Die Verordnungsmenge sowie auch die Frequenz der Ernährungstherapie richten sich nach dem individuellen medizinisch notwendigen Bedarf [...]. Sofern vor oder nach Ablauf von 12 Wochen weitere Behandlungseinheiten notwendig sind, können diese erneut im Regelfall verordnet werden. § 7 Abs. 5 sowie § 8 finden keine Anwendung.“
(vgl. [Tragende Gründe vom 16.03.2017](#))

Zu § 8 HeilM-RL (Langfristiger Heilmittelbedarf)

Frage 3: Welche Erfahrungen bestehen mit der Genehmigung langfristiger Heilmittelbedarfe gemäß § 8 Abs. 3 und 5 HeilM-RL?

Da die Ernährungstherapie bereits zuvor unabhängig von § 8 regelhaft fortgeführt werden konnte, insbesondere bei komplexen und seltenen Krankheitsbildern, hatte die Neuregelung in der Praxis keine Auswirkungen auf die Versorgung oder Genehmigungspraxis.

Zu § 11 HeilM-RL (Ort der Leistungserbringung)

Frage 4: Welche Veränderungen ergaben sich durch die überarbeitete Regelung zum Ort der Leistungserbringung?

Für die Ernährungstherapie ergaben sich keine Änderungen: Der Ort der Leistungserbringung konnte bereits zuvor flexibel in Absprache mit dem verordnenden Arzt festgelegt werden – auch Hausbesuche waren Bestandteil der Regelungen (vgl. Vereinbarung zur Versorgung mit Ernährungstherapie, Anlage 3, gültig seit 01.01.2018). In der Praxis findet die Therapie jedoch meist in spezialisierten Stoffwechselzentren statt.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**



Deutsche Gesellschaft der
qualifizierten Ernährungstherapeuten
und Ernährungsberater e.V.

Zu § 12 HeilM-RL (Auswahl der Heilmittel)

Frage 5: Wird § 12 HeilM-RL hinsichtlich der Auswahl der Heilmittel in der Praxis genutzt?

Im Heilmittelkatalog ist ausschließlich das Heilmittel Ernährungstherapie enthalten. Ergänzend ermöglicht § 43 HeilM-RL über eine „Kann“-Formulierung, individuelle therapeutische Maßnahmen durchzuführen. Diese Flexibilität wurde bereits vor der Richtlinienänderung von den Leistungserbringenden bedarfsgerecht genutzt.

Zu § 15 HeilM-RL (Beginn der Heilmittelbehandlung)

Frage 5: Wird § 12 HeilM-RL hinsichtlich der Auswahl der Heilmittel in der Praxis genutzt?

Im Heilmittelkatalog ist ausschließlich das Heilmittel Ernährungstherapie enthalten. Ergänzend ermöglicht § 43 HeilM-RL über eine „Kann“-Formulierung, individuelle therapeutische Maßnahmen durchzuführen. Diese Flexibilität wurde bereits vor der Richtlinienänderung von den Leistungserbringenden bedarfsgerecht genutzt.

Zu § 16 HeilM-RL (Durchführung der Heilmittelbehandlung)

Frage 7: Welche Veränderungen ergaben sich durch § 16 Abs. 6 HeilM-RL bezüglich Gruppentherapien?

Die Möglichkeit, zwischen Gruppen- und Einzeltherapie zu wählen, bestand bereits zuvor. In der Realität bleibt die Gruppentherapie in der Ernährungstherapie jedoch die Ausnahme – etwa wegen heterogener Diagnosen oder geringer Patientenzahlen. Auch bei ursprünglich verordneter Gruppentherapie konnte nach ärztlicher Rücksprache eine Einzelbehandlung dokumentiert werden (vgl. Vereinbarung Anlage 3). Einen tatsächlichen Mehrwert brachte hingegen die Einführung der Videotherapie: Sie wird mittlerweile in rund 15–25 % der Therapiezeit eingesetzt.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**



Deutsche Gesellschaft der
qualifizierten Ernährungstherapeuten
und Ernährungsberater e.V.

Bürokratieabbau

Frage 8: Haben sich durch die Richtlinienanpassungen Erleichterungen im bürokratischen Ablauf ergeben?

Nein – da für das Heilmittel Ernährungstherapie bereits seit 2018 viele der heute geltenden Regelungen galten, führten die neuen Vorgaben zu keiner spürbaren Reduktion des administrativen Aufwands im Versorgungsalltag.

Gerstetten, den 15. Juli 2025

Sandra Strehle

-Geschäftsführung-

QUETHEB e.V.

An der Schießmauer 8 | 89547 Gerstetten

QUETHEB - Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V.

Anhang E5 – Rückmeldung dba e.V.



Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkatalogs zum Beschluss vom 19. September 2019

Stellungnahme 15.07.2025
zum vorläufigen Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 03.06.2025

Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen,
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.

dba
Rothenbaumchaussee 17
20148 Hamburg
Telefon +49(0)40 / 3571380 - 0
info@dba-ev.de
www.dba-ev.de

Zu 6 Perspektive der Organisationen der Leistungserbringenden

Erfahrungen zum Umsetzungsstand und Auswirkungen aus Sicht des Leistungserbringendenverbands der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen (dba)

Inhalt

1 Zu § 7 HeilM-RL.....	2
2 Zu § 7 HeilM-RL.....	4
4 Zu § 11 HeilM-RL.....	4
5 Zu § 12 HeilM-RL.....	6
6 Zu § 15 HeilM-RL.....	8
7 Zu § 16 HeilM-RL.....	9
8 Bürokratieabbau	9
Zusammenfassung	13

Zu § 7 HeilM-RL

Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

1. Wie hat sich die Heilmittelversorgung mit Wegfall der Regelfallsystematik und der Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung) entwickelt?

Regelfallsystematik

Der Wegfall von Erst- und Folgeverordnung hat keine Auswirkungen auf Qualität resp. Quantität der Therapien, wirkt sich aber mit deutlich entlastender Wirkung auf den bürokratischen Aufwand aus.

Das gilt auch für die Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Auf ein Genehmigungsverfahren hatten zwar bereits vor Inkrafttreten der HeilM-RL zahlreiche Krankenkassen verzichtet, aber eben nicht alle mit der Folge, dass Kontrollen und Überwachungen der Verordnungen noch akribischer sein mussten. Da in dieser Hinsicht jetzt alle Verordnungen unterschiedslos zu behandeln sind, hat diese Neuregelung zu einer erheblichen bürokratischen Entlastung geführt.

Mengenausweitung

Der Wegfall der Regelfallsystematik hat auf die Inanspruchnahme verordneter Leistungen der Versicherten keine Auswirkungen gehabt. Therapien werden davon unabhängig nur so lange in Anspruch genommen, wie sie medizinisch sinnvoll sind.

Zu beobachten ist in der Praxis die generelle Zunahme der Nachfrage von Therapien mit der Folge langer Wartelisten. Ursachen siehe zum Beispiel:

KKH Kaufmännische Krankenkasse, Sprachdefizite bei Heranwachsenden 2008 auf 2023, Untersuchung von Versichertendaten, PM 11.06.2025

<https://www.kkh.de/presse/pressemitteilungen/sprachdefizite0>

<https://www.kkh.de/content/dam/kkh/presse/bilder-grafiken/infografiken/Sprachentwicklungsst%C3%B6rungen%20bei%20Heranwachsenden%202008%20auf%202023.pdf>

Mit der im GKV-HIS-Bericht dokumentierten Zunahme der durchschnittlichen Anzahl der abgerechneten Behandlungseinheiten um 2,1 % je Verordnungsblatt in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) wird einerseits der in den letzten Jahren zugenommene Behandlungsbedarf deutlich. Andererseits zeigt diese niedrige Zunahme, dass nicht alle Therapiebedarfe bearbeitet werden können. Außerdem spiegelt die Anzahl 9,9 der abgerechneten Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt die Rückmeldungen aus der Praxis wider, dass teilweise nur 6 Behandlungseinheiten verordnet werden, auch bei fortlaufenden Behandlungen, obwohl der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel (Heilmittelkatalog, HMK) die Höchstmenge je VO z.B. bis zu 20x/VO zulässt.

Das bedeutet für die Sprachtherapie von Kindern, dass die Erziehungsberechtigten viel zeitlichen Aufwand betreiben müssen, immer wieder erneute Termine beim Arzt zu vereinbaren und wahrzunehmen, was bei mehreren Geschwisterkindern oder Berufstätigen schwierig umzusetzen ist. Im Ergebnis verhindern dann lange Wartezeiten die medizinisch sinnvolle Kontinuität der Therapie und wird dadurch unwirtschaftlich.

Genauso eklatant ist das Problem der 6er-Verordnung für die Stimmtherapie: Der GKV-HIS-Bericht weist dafür nur 8,8 abgerechnete Behandlungseinheiten je Verordnungsblatt aus. Eine 6-er Verordnung verhindert bei diesem komplexen Störungsbild die sinnvolle



Therapieplanung und beim Patienten erschwert es unnötig das sich Einlassen auf die Therapie. Das ist medizinisch und wirtschaftlich unsinnig. Kaum begonnen steht schon wieder der nächste Arztbesuch an, um auch nur annähernd die Chance auf eine therapeutische Perspektive zu haben. Das ist nicht die Intention des HeilM-Katalogs. Hier bedarf es dringend einer deutlichen Information der Verordnenden.

Verordnungsfall **Orientierende Behandlungsmenge**

Die orientierende Behandlungsmenge wird in der Verordnungspraxis häufig nicht als eine Annahme interpretiert, sondern als Vorgabe für die begrenzte Höchstmenge, unabhängig vom Therapieverlauf. Das hat dann medizinisch nicht begründete und letztlich auch unwirtschaftliche Verordnungspausen zur Folge oder mangels einer weiteren Verordnung den medizinisch nicht begründeten und ebenso unwirtschaftlichen Abbruch der laufenden Therapie:

Entweder ist eine Therapie erfolgreich abgeschlossen oder sie muss fortgesetzt werden. Therapiepausen müssen sich sinnvollerweise aus dem Therapieverlauf ergeben. Die Beurteilung liegt im Kompetenzbereich desjenigen, der die Therapie durchführt.

Therapiepausen sollten immer aus medizinischen Erwägungen eingelegt werden. Erfahrungsgemäß ist das im Ergebnis wirtschaftlicher. Voraussetzungen, unter denen Heilmittel verordnet werden können, sind in § 3 (2) hinreichend und umfänglich formuliert.

Patienten stehen häufig unter dem Eindruck, dass ihre gesetzliche Krankenkasse *leider keine weiteren Therapien mehr zulässt* und die Behandlung damit abgeschlossen sein muss. Diesem Eindruck folgend liegt es nahe, dass sie ihre Therapie als „durchgängig und ohne Pausen verordnet“ beschreiben und die Monate später infolge von Rückfällen erneut verordnete Therapie als neue Behandlung einstufen – vergleichbar wie bei einer erneuten Influenza.

Zum Leistungsspektrum der SSSST gehören Erst- und Bedarfsdiagnostik als unabdingbare Voraussetzung für die Therapieplanung, den Behandlungsverlauf und die Beurteilung des Behandlungsergebnisses. Der individuelle Therapieplan wird auf Grundlage der ärztlichen Verordnung, der ärztlichen Eingangsdiagnostik und der stimm-, sprech-, sprach- und/oder schlucktherapeutischen Diagnostik entwickelt.

Auch bei gleichem Indikationsschlüssel ist die Behandlungsdauer individuell sehr unterschiedlich, denn sie hängt von etlichen Faktoren wie z.B. Alter und Compliance des Patienten, Ausprägung und Schweregrad der Störung, Frequenz usw. ab. Auf dieser Grundlage ist für die SSSST die Festlegung einer orientierenden Behandlungsmenge nicht zielführend und verzichtbar:

Pausen und Ende der Behandlung können sich aus dem Therapieverlauf ergeben und medizinisch begründet, wirtschaftlich wie zweckmäßig sein und vom Verordnenden über den Verordnungsbericht parallel begleitet und kontrollierbar sein.

Höchstmenge je Verordnung

Für die SSSST wurde die Verordnungsmenge pro Verordnung nur für die Diagnosegruppe ST3 von 5 auf 10 angehoben und für SP4, SP5, SP6 ist nur die Vorgabe für die erste Verordnung mit 10 entfallen.

Das Verordnungsverhalten wandelt sich immer mehr dahingehend, dass dort, wo die Verordnung von 20 Behandlungseinheiten möglich ist, nur 10 verordnet werden und wo 10 möglich sind, nur noch 6. Das führt bei allen Beteiligten (Verordnende, Patienten, Leistungserbringende, Abrechnungszentren) zu einem erheblichen, von der HeilM-RL offensichtlich nicht beabsichtigtem, unnötigen bürokratischen Mehraufwand. Hier bedarf es dringend einer entsprechenden Information der Verordnenden.



In diesem Zusammenhang ist auch auf Probleme bei der Ausstellung von Verordnungen für Langfristigen Heilmittelbedarf (LHM) und Besonderen Versorgungsbedarf (BVB) hinzuweisen: Die Höchstverordnungsmenge, die immer abhängig von der Frequenz ist, wird von der ärztlichen Praxissoftware bei der Ausstellung der Verordnung nicht errechnet, und in den meisten Fällen in der Praxis des Verordnenden auch nicht noch einmal manuell überprüft. Das hat dann zur Folge, dass die Leistungserbringenden mit der Überprüfung jeden Einzelfalls wiederum einen erhöhten und unnötigen bürokratischen Aufwand haben. Hier bedarf es dringend der Überarbeitung und Anpassung der PVS-Zertifizierung.

Zu § 7 HeilM-RL

Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung

2. Wie hat sich die Heilmittelversorgung aufgrund eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V und eines besonderen Versorgungsbedarfs nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V entwickelt?

Die Hinweise „längstens 1 Jahr nach Akutereignis“ und „längstens 6 Monate nach Akutereignis“ werden in der Verordnungspraxis häufig nicht als Obergrenze des besonderen Versorgungsbedarfs, sondern als Begrenzung jeglicher weiterer Verordnung, unabhängig vom Therapieverlauf, verstanden. Dasselbe gilt für die Altersbegrenzungen. Das hat dann den medizinisch nicht begründeten und letztlich auch unwirtschaftlichen Abbruch der laufenden Therapie zur Folge. Hier bedarf es der Information der Verordnenden.

Zu § 11 HeilM-RL

Ort der Leistungserbringung

4. Wie haben sich die Änderungen in § 11 HeilM-RL zum Ort der Leistungserbringung ausgewirkt?

§ 11 Absatz 1 HeilM-RL

Therapieort häusliche Umgebung

Die Verordnung von Hausbesuchen und die Beurteilung, ob die Voraussetzungen nach § 11 Absatz 1 Satz 2 HeilM-RL dafür gegeben sind, liegt beim Verordnenden. Der Rückgang von abgerechneten Hausbesuchen kann am Rückgang von verordneten Hausbesuchen und/oder an mangelnden personellen (Fachkräftemangel) und damit zeitlichen Ressourcen der Leistungserbringenden liegen. Die Leistungserbringenden arbeiten alle Anfragen im Rahmen ihrer personellen Möglichkeiten ab.

§ 11 Absatz 2 HeilM-RL

Therapieort Tageseinrichtung

Die Möglichkeit, dass Kinder und Jugendliche gemäß § 11 Absatz 2 HeilM-RL mit einem behördlich festgestellten Förderstatus, die ganztägig eine auf ihre Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen, in dieser Tageseinrichtung ohne Verordnung eines Hausbesuches behandelt werden dürfen, hat bei deren Erziehungsberechtigten zu einer zeitlichen Entlastung geführt. Bei den Leistungserbringenden hat das dagegen zu einer zeitlichen Mehrbelastung, ohne dass diese bisher vergütet wird, geführt.

Die HeilM-RL stuft diese Leistung für diese, bezogen auf die Gesamtanzahl der Versicherten, kleine Gruppe als offensichtlich bedarfsgerechte Versorgung ein. Es sind die Leistungserbringenden, die damit auch diesen Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen ermöglichen.

Mit seiner Sprachregelung, dass die Behandlung „ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich“ ist, verhindert der G-BA die Vergütung dieser Leistungen durch die Krankenkassen. Das widerspricht dem Grundsatz, dass Leistungen im Rahmen des SGB V zu vergüten sind. Der Hausbesuch ist eine Leistung gemäß SGB V, sowohl gemäß HeilM-RL wie auch gemäß Vertrag nach § 125 SGB V. Wenn der G-BA die Behandlung in Tageseinrichtungen will, dann muss das in § 11 Absatz 2 SGB V auch entsprechend formuliert sein:

1 Die Verordnung eines Hausbesuchs ist auch zulässig, für die Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, gegebenenfalls darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, ~~ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich~~, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet.

Bisher noch nicht berücksichtigt:

§ 11 Absatz 1 HeilM-RL

Ein weiterer Therapieort für die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie dient der Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung der stimmlichen Kommunikationsfähigkeit, der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung sowie der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten. Die Behandlung soll den Patienten befähigen, die in der laufenden Therapie erarbeiteten Fähigkeiten in den Alltag zu transferieren. Erfordert es die therapeutische Zielsetzung und dient es dem Therapieziel, sollte die Behandlung in Ausnahmefällen außerhalb der Praxis im Rahmen des Transfers ins häusliche bzw. soziale Umfeld durchgeführt werden können, z.B. bei

- Stottern, Parkinson, Aphasie:
 - die Umsetzung von Alltagsfertigkeiten, über den beschützenden Therapieraum hinaus.
 - die Stärkung des Selbstvertrauens mit Rückversicherung durch den Therapeuten.
 - den Abbau von Ängsten.
 - die Identifikation/Akzeptanz der individuellen Sprechmuster.
 - die Akzeptanz im Umgang mit den Auswirkungen der Sprechbehinderung im Alltag.
 - den Einsatz von erlernten Strategien zur Bewältigung der Alltagskommunikation.
 - Die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten durch elektronische Hilfsmittel im Alltag.

z.B. bei

- Stimmstörungen:
 - die Analyse der Umweltfaktoren.
 - den Realitätscheck von Stimmbelastungen und Stimmbeanspruchungen.
 - das Erkennen von Faktoren und Verhaltensweisen.

So können unmittelbar die alltagsrelevanten Fähigkeiten des Patienten wiederhergestellt und gefördert werden.

Dazu zählen:

- Kommunikationsfähigkeit
- Förderung einer situationsangemessenen Intention
- Transfer der erlernten Fähigkeiten in unterschiedliche, kommunikative, psychische, inhalts- und wirkungsbezogene Situationen
- Nutzung der zur Verfügung stehenden notwendigen Hilfs- und unterstützenden Kommunikationsmittel
- Stimmhygiene
- Berücksichtigung des sozialen Umfeldes.



Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.

Die Entscheidung darüber sollte innerhalb des Therapieverlaufs gefällt werden und nicht der ärztlichen Verordnung bedürfen. Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird.

Daraus folgt folgender Vorschlag zur Ergänzung § 11 Absatz 1 HeiM-RL als neuer Satz 4:

Für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist in Ausnahmefällen die therapeutisch indizierte Behandlung außerhalb der Praxis zulässig und bedarf nicht der gesonderten Verordnung. Dabei muss sichergestellt sein, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird.

Ein immer noch ungelöstes Problem:

Therapieort für sog. Regelkinder in Ganztagschulen

Im Jahre 2018 hatte die 91. GMK unter TOP 10.11 (Therapie in Schulen) das Bundesgesundheitsministerium darum gebeten, „zur Sicherstellung der therapeutischen Versorgung aller Kinder in Ganztagschulen und Horteinrichtungen auf eine Anpassung der Heilmittel-Richtlinie beim Gemeinsamen Bundesausschuss hinzuwirken“, weil „Therapie für viele Kinder, die eine ganztägige Bildung und Betreuung in Schulen und Horteinrichtungen erhalten, erheblich erschwert oder nicht möglich ist.“

Ab dem Jahre 2026 soll mit dem Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung für Kinder im Grundschulalter die sich nach der Kita auftuende Betreuungslücke ab Einschulung geschlossen werden. Das Problem ist nur: Damit öffnet sich eine andere Lücke, die für die medizinische Versorgung dieser Kinder, die auf Grund des Betreuungsumfangs in der Schule von acht Stunden an allen fünf Werktagen schwerlich zu schließen ist. Das Zeitfenster, in dem die Kinder nach 16:00 Uhr bis 18:00 Uhr Therapie erhalten könnten, ist sehr kurz. Das Angebot an Therapieplätzen wird sich entsprechend verringern und die Wartezeiten verlängern. Und nach einem langen Schultag wird die Aufnahmefähigkeit der Kinder verringert sein, was die Therapie insgesamt verlängern wird.

Es besteht Handlungsbedarf:

Alle Beteiligten im GKV-System sollten sich ihrer Verantwortung entsprechend dieser Regelungslücke bewusst werden. Auch den besonderen Belangen der Kinder im Grundschulalter ist bei der Versorgung mit Heilmitteln Rechnung zu tragen. Es muss sichergestellt sein, dass diese Kinder weiterhin Zugang zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Heilmitteln haben. Dazu zählen auch die freie Therapeutenwahl, die Behandlung in zulassungsfähigen Räumen und die prozessimmanente Einbeziehung der Erziehungsberechtigten innerhalb der Therapie als unverzichtbarer Bestandteil der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.

Zu § 12 HeiM-RL

Auswahl der Heilmittel

5. Werden die geänderten Regelungen zu § 12 HeiM-RL (Auswahl der Heilmittel) genutzt?

§ 12 Absatz 1 HeiM-RL

Die Regelungen zur „Auswahl der Heilmittel (Art, Menge und Frequenz)“ könnten noch effektiver genutzt werden, wenn die Möglichkeiten der HeiM-RL-Systematik weiter entwickelt würden:

Die HeiM-RL bietet zwar Kombinationsmöglichkeiten für Einzel- und Gruppentherapie, Therapiefrequenz und Doppelbehandlungen, doch erst die Erweiterung von Höchst- und Verordnungsmenge würde den Rahmen für eine effiziente und qualitätsgesicherte Durchfüh-

rung der Behandlungsleistungen optimieren. Erst damit würden die in medizinisch begründeten Fällen möglichen Doppelbehandlungen sinnvoller Bestandteil der Therapie werden können, siehe:

Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der Heilmittel-Richtlinie: Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie mit Blick auf eine intensivierte Sprechtherapie bei der Indikation Störungen des Redeflusses (Stottern), 17.10.2023
4. Eckpunkte der Entscheidung, Auszug Seite 8-9

Nach der HeilM-RL **können Einzel- und Gruppentherapie sowie die unterschiedlichen Behandlungszeiten seit dem 01.01.2021 zudem kombiniert werden** (§ 12 Abs. 2). Durch diese noch relativ neue Kombinationsmöglichkeit von Einzel- und Gruppentherapien und verschiedenen Behandlungszeiten können Sprechtherapien auch **in intensivierter Form noch zielgerichteter eingesetzt werden**. Als Therapiefrequenz wird eine Behandlung von ein- bis dreimal wöchentlich empfohlen. Sofern medizinisch erforderlich, besteht jedoch die Möglichkeit von dieser Frequenzempfehlung abzuweichen (§ 12 Abs. 1 Satz 4). Darüber hinaus kann in medizinisch begründeten Fällen eine **Doppelbehandlung** verordnet werden (§ 12 Abs. 8 Satz 4).

Durch diese Öffnungen besteht derzeit bereits die Möglichkeit einer Behandlungszeit je Tag von bis zu 120 Minuten als Einzeltherapie, oder bis zu 150 Minuten als eine Mischung aus Einzel- und Gruppentherapie oder von bis zu 180 Minuten als Gruppentherapie. Sofern die orientierende Behandlungsmenge von 50 Therapieeinheiten nicht ausreicht, können bei medizinisch begründetem Bedarf weitere Therapieeinheiten verordnet werden (§ 7 Abs. 4). Eine Genehmigung durch die Krankenkassen ist dafür nicht erforderlich.

Nach den Ergebnissen der Expertenbefragung sind Behandlungen, die drei- bis fünfmal wöchentlich über mindestens 90 Minuten pro Behandlungstag durchgeführt werden, **als intensiviert zu bezeichnen**.

Der Heilmittelkatalog wäre entsprechend anzupassen:

III. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Frequenzempfehlung: 1-3x wöchentlich

Die Frequenz richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls.

Intensivierte Frequenz ist bei medizinischem Erfordernis des Einzelfalls möglich.

Siehe auch:

8. Bürokratienabbau Wie haben sich die Änderungen der Richtlinie im Versorgungsalltag (bürokratischer Aufwand) ausgewirkt?

§ 13 Absatz 2 lit. i Therapiefrequenz

Unsere Empfehlung: Ergänzung § 12 Absatz 8 Satz 7 HeilM-RL

7Abweichend von den Regelungen dieses Absatzes gilt im Bereich der Ernährungstherapie gemäß § 42 Absatz 2 Satz 6 **und der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie**, dass auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden können, sofern dies therapeutisch notwendig ist.

Ansonsten müsste bei einer 10er-Verordnung und einer Frequenz von dreimal wöchentlich die Anschlussverordnung spätestens nach 1 Woche und 2 Therapietagen vorliegen, um die Behandlung fortsetzen zu können. Eine medizinisch vernünftige und auch wirtschaftlich

zweckmäßige Behandlungsplanung wird dadurch eher konterkariert und die therapeutischen Möglichkeiten der Doppelbehandlung gar nicht genutzt. Aus demselben Grund sollte für die SSSST auch die orientierende Behandlungsmenge angepasst werden.

Diese Anpassung unterstützt die Entbürokratisierung, Entlastung der Verordnenden wie der Versicherten und die Kontinuität der Behandlung im Sinne der HeilM-RL.

Daraus folgt folgender Vorschlag:

Erweiterung der Höchstmenge auf grundsätzlich 20 Einheiten je Verordnung sowie der orientierenden Behandlungsmenge auf 60 Einheiten.

Therapieziel

Die Überführung der Therapieziele in den Richtlinien text war sinnvoll und hat an dieser Stelle erfolgreich zum Bürokratie- und Stressabbau bei den Leistungserbringenden geführt.

Frequenz/-empfehlung

Die Frequenzempfehlungen für die SSSST sind einheitliche Frequenzspannen von 1-3x wöchentlich (einzige Ausnahme: ST3 mit täglich, bis zu mehreren Einheiten pro Tag). Der Eintrag auf dem Verordnungsvordruck ist deshalb entbehrlich. Sofern der Verordnende eine davon abweichende Frequenz angeben möchte, wäre das möglich.

Bereits jetzt kann der Leistungserbringende die Therapiefrequenz in Absprache mit dem Verordnenden ändern und diese Änderung dokumentieren. In der SSSST ergibt sich eine medizinisch zweckmäßige und wirtschaftlich sinnvolle Frequenz immer aus dem unmittelbaren Therapieverlauf der SSSST und ist nicht Monate im Voraus festzulegen. Sie hängt u.a. ab von Therapiedosis, -methode, Inter-Therapie-Intervall, Alter und Compliance des Patienten, Ausprägung und Schweregrad der Störung, begleitenden Störungsbildern, Medikamenten und weiteren Therapien etc. Deshalb ist es sinnvoll, dass in der SSSST der Leistungserbringende über die Therapiefrequenz entscheidet.

Der Wegfall der Frequenzangabe auf der Verordnung für SSSST wäre medizinisch sinnvoll, würde unnötige Arbeit ersparen und auch zum Abbau der Bürokratie beitragen.

Deshalb sollte § 16 Absatz 3 Satz 4 HeilM-RL ergänzt werden:

4Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Verordnung von Maßnahmen der Ernährungstherapie und der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.

Zu § 15 HeilM-RL

Beginn der Heilmittelbehandlung

6. Wie haben sich die geänderten Regelungen zum Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL) auf die Versorgung ausgewirkt?

§ 15 Absatz 1 Satz 1 HeilM-RL

Die Möglichkeit, die Behandlung nicht innerhalb von 14 sondern 28 Tagen zu beginnen, hat einerseits zu einer spürbaren Entspannung beigetragen.

Andererseits führt es aber auf Grund der Wartelisten und bereits früher ausgestellter Verordnungen immer wieder dazu, dass das Verordnungsdatum geändert werden muss. Gemäß Anlage 3 zur HeilM-RL (Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen) kann eine derartige Änderung nur mit erneuter Unterschrift des Verordnenden und Datumsangabe erfolgen mit entsprechendem bürokratischen Mehraufwand.



Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.

§ 15 Absatz 1 Satz 2 HeiM-RL

Nicht immer ist der Behandlungsbedarf dringlich und nicht immer kann auf Grund der Wartelisten innerhalb von 14 Tagen begonnen werden. Aber immer löst das die Notwendigkeit aus, die Verordnung ändern zu müssen.

Daraus ergeben sich folgende Konsequenzen:

Änderung § 15 Absatz 1 Satz 2 HeiM-RL

~~2~~Liegt ein dringlicher Behandlungsbedarf vor, ~~hat die Behandlung spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen zu beginnen~~ **so ist dies auf der Verordnung kenntlich zu machen.**

Streichung § 15 Absatz 1 Satz 2 HeiM-RL

~~3Dies ist auf der Verordnung kenntlich zu machen.~~

Zu § 16 HeiM-RL

Durchführung der Heilmittelbehandlung

7. Wie hat sich die geänderte Regelung in § 16 Absatz 6 HeiM-RL auf die Inanspruchnahme von Gruppentherapien ausgewirkt?

In der SSSST ist es von vielen Faktoren abhängig, ob Einzel- oder Gruppentherapie sinnvoll ist. Nicht immer ist für den Patienten zu Beginn die Gruppentherapie geeignet. Und nicht immer kann eine sinnvolle Gruppe zusammengestellt werden, weil insbesondere die Störungsbilder in der SSSST in der Regel sehr komplex sind. Entsprechend hält sich die Inanspruchnahme in Grenzen.

Die Zahlen zur Entwicklung der Gruppentherapie sind zu vernachlässigen, weil der Vergleich der Jahre 2019 und 2023 nur begrenzt aussagekräftig ist. Diese Zeit war noch geprägt vom Eindruck der Pandemie. Und es kann sein, dass mit Gruppentherapien erst im Laufe des Jahres 2022 wieder begonnen wurde, diese dann aber erst in 2023 abgeschlossen und abgerechnet wurden. Die nachfolgenden Jahre werden vermutlich aussagekräftiger sein.

§ 16b Absatz 3 Satz 3 HeiM-RL

„3Die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall hat im unmittelbar persönlichen Kontakt stattzufinden.“ Dem stimmen wir zu, aber wenn es sich um eine unmittelbare Anschlussverordnung handelt sollte folgendes gelten:

Satz 3 sollte ergänzt werden:

Die erste Behandlung im jeweiligen Verordnungsfall hat im unmittelbar persönlichen Kontakt stattzufinden, **es sei denn diese Behandlung erfolgt im unmittelbaren Anschluss an die vorausgegangene Verordnung.**

Bürokratieabbau

8. Wie haben sich die Änderungen der Richtlinie im Versorgungsalltag (bürokratischer Aufwand) ausgewirkt?

- 8.1. Verordnungsvordruck
- 8.2. Anlage 3 zur HeiM-RL

Siehe Nr. 1-7 und hier:

8.1. Verordnungsvordruck



Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.

Seit der Einführung des Musters wird auf dessen Defizite hingewiesen. Deshalb der dringende Appell, das Muster 13 jetzt zu überarbeiten. Stattdessen auf die Einführung der elektronischen Heilmittelverordnung (eVO) zu warten, könnte - wie beim E-Rezept - länger dauern als angekündigt.

§ 13 Absatz 1 HeiM-RL

Das Muster 13 wird zu Lasten Dritter entwickelt. Es nimmt unmittelbar Einfluss auf die administrative Arbeit der Leistungserbringenden. Deren Anforderungen an das Muster 13 werden nicht, resp. nicht ausreichend berücksichtigt, was mit erheblichen Umsetzungsproblemen und unnötigem bürokratischen Mehraufwand verbunden ist. Da sich das vermeiden lässt, wenn die „Stellungnahmeberechtigten zur Heilmittel-Richtlinie“ einbezogen werden, unterstreichen wir hiermit unsere seit Jahren immer wieder vorgebrachte Forderung nach Einbeziehung in die Entwicklung des Verordnungsmusters.

Verordnungsvordruck 9 und 13

Aus Sicht der Leistungserbringenden ist ein einheitlicher Vordruck für ärztliche und zahnärztliche Verordnungen mit einheitlichen Begriffen sinnvoll.

Aktueller Stand:

HeiM-RL	Diagnosegruppe
HeiM-RL ZÄ	Indikationsgruppe
VO-Muster 13	Diagnosegruppe
VO-Muster 9	Indikationsschlüssel

Papierformat

Das Format DIN A 5 hat sich nicht bewährt: Für die Empfangsbestätigungen der SSSST reichen die 20 Zeilen nicht aus, da es die Diagnostikpositionen und LHB/BVB nicht berücksichtigt. Für die Unterschriften der Patienten mit z.B. neurologischem Befund stellt es zu wenig Platz zur Verfügung. Die Leistungserbringenden müssen dann zusätzliche Unterschriftenblätter drucken, was den bürokratischen Aufwand und den Papierverbrauch wie den Unmut der Leistungserbringenden erhöht.

§ 13 Absatz 2 lit. g HeiM-RL

Heilmittel gemäß dem Katalog

Maßnahmen der SSSST werden bereits mit der Diagnosegruppe eindeutig beschrieben. Ein Zusatz des Heilmittels wie Stimmtherapie bei ST1 oder Sprech- und Sprachtherapie bei SP1 etc. bedarf es nicht. Die Angabe der Therapiedauer - wie auf dem Verordnungsvordruck 9 mit „30 min.“ etc. - ist ausreichend. Ebenso reicht für die Gruppentherapie „Gruppe 45“ etc. Damit würden Fehlerquellen ausgeräumt, die Menge der Verordnungsänderungen weiter reduziert und der Bürokratieabbau gefördert.

§ 13 Absatz 2 lit. h

Doppelbehandlung

Für die Doppelbehandlung sollte - wie für den Therapiebericht - die Möglichkeit des Ankreuzens bestehen.

§ 13 Absatz 2 lit. i

Therapiefrequenz

Siehe auch:

1. Zu § 7 HeiM-RL

Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung)

5. Zu § 12 HeiM-RL (Auswahl der Heilmittel)



Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlafhorst-Andersen e.V.

Die Frequenzempfehlungen für die SSSST sind einheitliche Frequenzspannen von 1-3x wöchentlich (einzige Ausnahme: ST3 mit täglich, bis zu mehreren Einheiten pro Tag). Die Pflicht zum Eintrag auf dem Verordnungsvordruck ist deshalb entbehrlich. Sofern der Verordnende eine davon abweichende Frequenz (siehe zu § 12 Absatz 1 HeilM-RL) angeben möchte, wäre das möglich z.B. mit der Angabe: **intensiviert**

Der Heilmittelkatalog wäre entsprechend zu anzupassen:

III. Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Frequenzempfehlung: 1-3x wöchentlich

Die Frequenz richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls.

Intensivierte Frequenz ist bei medizinischem Erfordernis des Einzelfalls möglich.

§ 13 Absatz 2 lit. I

Leitsymptomatik

Die Angabe der Leitsymptomatik ist aus fachlicher Sicht der SSSS-Therapeuten überflüssig, weil es dieser Angabe nicht bedarf.

8.2. Anlage 3 zur HeilM-RL

Anforderungen zur Änderung von Heilmittelverordnungen

Anlage 3 Absatz 1 Satz 2

Diese Anlage soll „die Grundlage für die formale Überprüfung der ausgestellten Verordnung durch die Therapeutin oder den Therapeuten“ bilden. Vielleicht liegt es an dieser Formulierung, dass es immer wieder vorkommt, dass sich Verordnende weigern, von ihnen falsch oder unvollständig ausgestellte Verordnungen zu korrigieren.

Deshalb ist es zielführend, Absatz 1 Satz 2 zu ergänzen:

2Sie bildet für die hier aufgelisteten Fälle die Grundlage für die formale Überprüfung der ausgestellten Verordnung durch **die Ärztin oder den Arzt und** die Therapeutin oder den Therapeuten.

Es besteht der Eindruck, dass der Hinweis in den „Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“, die Vordrucke vollständig und sorgfältig auszufüllen, anscheinend nicht ausreichend ist.

Anlage 3 Absatz 2 Satz 1

1In der Tabelle ist dargestellt, in welchen Fällen von unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf der Verordnung gemäß Heilmittel-Richtlinie eine Änderung notwendig ist und in welcher Form diese Änderung erfolgen muss. Nachvollziehbar, klarstellend und hilfreich sind die in der Tabelle aufgeführten Möglichkeiten zur Änderung der Verordnung, sofern fachlich inhaltlicher Bedarf besteht.

Dagegen befremdlich wirken auf die Leistungserbringenden die in der Tabelle aufgeführten Möglichkeiten zur Änderung bei fehlenden, unzulässigen, unvollständigen und unplausiblen Angaben:

a Personalienfeld (fehlt, unvollständig oder unplausibel)

f Anzahl der Behandlungseinheiten fehlt

f bei Überschreitung der zulässigen Höchstmenge je VO

g Heilmittel gemäß dem Katalog fehlt oder nach Diagnosegruppe nicht verordnungsfähig

Die Verordnungssoftware

könnte ein wesentlicher Grund für fehlerhaft ausgestellte Verordnungen sein.

Bietet die Software den Anwendenden vielleicht zu viel Freiraum, auf dem Bildschirm erscheinende (Warn-)Meldungen zu ignorieren und damit die Möglichkeit, nicht richtlinienkonformer und falscher Einträge auf der Verordnung?

Das Ziel muss sein: Sicherheit für Verordnende und Leistungserbringende, dass die Verordnungen den Vorgaben der HeiM-RL entsprechen.

Eine Überprüfung und ggf. Überarbeitung der Zertifizierungsvorgaben erscheint aus Sicht der Leistungserbringenden, die dadurch außerordentlich beschwert sind, dringend erforderlich:

- Welche Voraussetzungen müssen Anwendende erfüllen, um die Software fehlerfrei bedienen zu können/dürfen?
- Werden die Angaben auf der Verordnung ausreichend automatisch auf Vollständigkeit geprüft?
- Werden die Angaben auf der Verordnung automatisch auf Plausibilität geprüft?
z.B. Diagnose, Leitsymptomatik, Heilmittel, Verordnungsmenge
- Lässt die Software zu, dass Obergrenzen für Mengenangaben nicht eingehalten werden?
z.B. bei LHB/BVB ist die Gesamtverordnungsmenge für 12 Wochen durch die Anzahl der Behandlungseinheiten unter Berücksichtigung der Frequenz begrenzt. Wird die überschritten und fällt das dem Leistungserbringenden nicht auf, dann wird seine Rechnung gekürzt.
- usw.

Die Vorgaben der HeiM-RL sind eindeutig:

Letztlich liegt die Verantwortung für die Ausstellung der Verordnung nicht bei der Software, sondern beim Verordnenden. Dieser ist in der Pflicht, seine Verordnung z.B. gemäß § 13 Absatz 1 Satz 2 „vollständig“ auszufüllen. Damit darf eine Verordnung keine Änderungen bei fehlenden, unzulässigen und/oder unvollständigen Angaben nötig haben. Deshalb ist eine deutliche Information an die Verordnenden dringend erforderlich. Denn die Fehler der Verordnenden haben immer negative finanzielle Auswirkungen - nicht auf den Verordnenden, sondern auf den Leistungserbringenden:

Zum einen, weil die Leistungserbringenden immer wieder wegen Korrekturen zeitaufwendig in Verordnerpraxen fahren müssen, die Verordnenden und ihr Personal immer wieder aufklären müssen, warum und wie eine Verordnung richtig auszufüllen ist. Zum anderen, weil nicht aufgefallene Fehler der Verordnenden oder nicht als solche interpretierte (z.B. von Verordnenden auf ihrer Verordnung verwendete Korrekturmittel) beim Leistungserbringenden Rechnungskürzungen zur Folge haben.

Das ist mühselig und unproduktiv. Die Zeit der Leistungserbringenden muss medizinisch und wirtschaftlich sinnvoller eingesetzt werden: In der Therapie zur Abarbeitung der Wartelisten. Das würde zu einer größeren beruflichen Zufriedenheit bei den Leistungserbringenden führen, weniger Abwanderung in andere Berufe, weniger Fachkräftemangel, weniger Langzeitfolgen bei nicht therapierten Patienten usw.

Fazit:

Es bedarf dringender Regelungen, die Fehler auf den Verordnungen ausschließen und Informationen an die Verordnenden zu den Themen: Stärkung des Fehlerbewusstseins, Sensibilisierung für die Folgen der Fehler, Schulungen, wie Verordnungen richtlinienkonform ausgefüllt sein müssen.

In der HeiM-RL muss deutlicher klar gestellt werden,

was auf Leistungserbringerseite bereits in § 1 Absatz 5 des Vertrags nach § 125 SGB V aufgenommen wurde: „Die Bestimmungen dieses Vertrages und der Heilmittel-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung sind durch zugelassene Leistungserbringer nach § 124



Absatz 1 in Verbindung mit 2 SGB V und Einrichtungen nach § 124 Absatz 5 SGB V zwingend zu beachten und anzuwenden.“

Für die Verordnenden sollte eine entsprechende Klarstellung in die HeilM-RL aufgenommen werden:

Die Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung sind zwingend zu beachten und anzuwenden.

Anlage 3 Absatz 2 Satz 3

„3Darüber hinaus enthalten die Verträge nach § 125 SGB V Regelungen zu den notwendigen Angaben auf der Heilmittelverordnung, die von der Therapeutin oder dem Therapeuten ebenfalls zu beachten sind.“ Vielleicht liegt es an dieser Formulierung, dass es immer wieder vorkommt, dass sich Verordnende weigern, von ihnen falsch oder unvollständig ausgestellte Verordnungen zu korrigieren. Deshalb bedarf es dringend einer deutlichen Information an die Verordnenden.

§ 16 Absatz 4 HeilM-RL

Danach sind „2[b]egründete Unterbrechungen [...] von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf der Verordnung zu dokumentieren“ ansonsten „1[...] verliert die Verordnung ihre Gültigkeit“. Die SSSST läuft nicht über zwei Wochen, sondern über Monate, durchaus über ein Jahr hinaus. Allen Beteiligten ist damit klar, dass sich Unterbrechungen durch Krankheit oder Urlaub nicht verhindern lassen. Die Vorgabe, dass dabei sichergestellt sein muss, dass das Therapieziel nicht gefährdet wird, ergibt sich bereits aus Satz 3. Die Dokumentation auf der Verordnung ändert nichts an dieser Wirklichkeit. Die rigide Vorgabe ist für die SSSST nicht sinnstiftend und immer verbunden mit dem Risiko, dass Krankenkassen Vergütung verweigern. Hier wäre eine bürokratische Entlastung für alle Beteiligten sehr erfreulich.

In der Gesamtbetrachtung ist die Ergänzung des **§ 16 Absatz 4 Satz 5** sinnvoll:

5Abweichend von Satz 1 und 2 führen Behandlungsunterbrechungen bei Maßnahmen der Podologischen Therapie, **der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie** sowie der Ernährungstherapie nicht zur Ungültigkeit der Verordnung.

Zusammenfassung

der Erfahrungen zum Umsetzungsstand und zu den Auswirkungen

Eine Vielzahl der notwendigen Änderungen für das Heilmittel SSSST resultiert daraus, dass bisher nicht klar und deutlich genug differenziert wird zwischen den unterschiedlichen Heilmitteln.

Wir haben den Eindruck, dass die HeilM-RL vorrangig vom größten Heilmittelbereich, der Physiotherapie, her gedacht wird, so dass es einem Versuch gleicht, Ungleiches gleich zu machen. Das kann aber den Anforderungen in der Praxis nicht gerecht werden und führt damit in der SSSST zu unnötigem Bürokratismus.

Wir befürworten deshalb, die spezifischen Anforderungen zu berücksichtigen und die HeilM-RL neu zu denken als:

Sektorale Heilmittel-Richtlinien

Anhang E6 – Rückmeldung LOGO Deutschland e.V.



LOGO Deutschland e.V. Storkower Str. 101B 10407 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung
und veranlasste Leistungen
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: heilmittel@g-ba.de

Storkower Str. 101B
10407 Berlin

www.logo-deutschland.de
info@logo-deutschland.de

Berlin, 15.07.2025

Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkatalogs zum Beschluss vom 19. September 2019 Stellungnahme LOGO Deutschland e. V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

gestatten Sie uns eine Vorbemerkung, bevor wir Ihre Fragen beantworten.

Aus Sicht von LOGO Deutschland e. V. ist es nicht nachvollziehbar, dass gerade die Inhaberinnen und Inhaber von Heilmittelpraxen – die die Heilmittel-Richtlinie tagtäglich umsetzen – in die Evaluation nicht einbezogen wurden. Dieses methodische Defizit schmälert die Aussagekraft der Ergebnisse und lässt eine zentrale Perspektive unberücksichtigt. Wir regen daher an, bei künftigen Evaluationen die Berufsverbände im Heilmittelbereich frühzeitig einzubinden.

Nachfolgend unsere Rückmeldung zu den Fragen auf Seite 12 des Evaluationsberichts.

Zu § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung)

1. Wie hat sich die Heilmittelversorgung mit Wegfall der Regelfallsystematik und der Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung) entwickelt?

Aus Sicht von LOGO Deutschland e. V. hat sich der Wegfall der früheren Regelfallsystematik positiv auf die Versorgungspraxis ausgewirkt. Die Abschaffung der Unterscheidung zwischen Erst-, Folgeverordnung und Verordnung außerhalb des Regelfalls hat zu einer deutlichen Vereinfachung beigetragen. Insbesondere konnten häufige formale Fehlerquellen reduziert werden, was den bürokratischen Aufwand sowohl für Heilmittelpraxen wie auch für verordnende Praxen verringert hat und den Fokus stärker auf die inhaltliche Versorgung der Patientinnen und Patienten lenkt.

Kein Änderungsbedarf

Zu § 11 HeilM-RL (Ort der Leistungserbringung)

4. Wie haben sich die Änderungen in § 11 HeilM-RL zum Ort der Leistungserbringung ausgewirkt?

Aus Sicht von LOGO Deutschland e. V. war die Ergänzung in § 11 Absatz 2 Satz 2 HeilM-RL eine sinnvolle Klarstellung zugunsten einer niedrighschwelligen Versorgung in Tageseinrichtungen. Jedoch ergeben sich noch Fragen zum Personenkreis.

Abgrenzung des Personenkreises in § 11 Absatz 2

Die „**Tragenden Gründe zum Beschluss des G-BA vom 19. September 2019**“ beziehen sich in ihrer Erläuterung zu § 11 Absatz 2 (S. 10) ausdrücklich auf Kinder und Jugendliche **mit Behinderungen**, also auf Personen mit einer längerfristigen körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigung im Sinne des § 2 SGB IX. Dort heißt es:

*„Deshalb kann die Erbringung von Heilmitteln bei Kindern und Jugendlichen **mit Behinderung mit und ohne einem behördlich festgestellten Förderstatus** [...] auch innerhalb der oben genannten Einrichtungen stattfinden [...]. Das Vorliegen eines Förderstatus allein begründet nicht die Verordnung von Heilmitteln und deren Erbringung in der Tageseinrichtung. Stets muss ein Behandlungsbedarf im Sinne der Richtlinie vorliegen und die Behandlung wegen des Vorliegens einer Behinderung dort notwendig sein.“*

Der Begriff „**Förderstatus**“ wird hier offenbar in engem Zusammenhang mit einer **(behördlich festgestellten) Behinderung** verstanden. Im Wortlaut der **Heilmittel-Richtlinie (§ 11 Absatz 2)** selbst hingegen wird **nicht explizit auf Kinder mit Behinderungen Bezug genommen**. Dort ist lediglich die Rede von einer „besonderen Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten“, die „in der Regel bei einem behördlich festgestellten Förderstatus angenommen werden“ soll.

Diese Formulierung wirft mehrere Fragen auf:

- Bezieht sich die Regelung ausschließlich auf Kinder mit anerkannter Behinderung?
- Sind auch Kinder mit Entwicklungsstörungen oder Aktivitätseinschränkungen ohne formelle Feststellung einer Behinderung umfasst?
- Wie ist der Begriff „Förderstatus“ auszulegen – im schulrechtlichen, sozialrechtlichen oder medizinischen Sinne?

Da der Begriff „Förderstatus“ weder im SGB noch in der Heilmittel-Richtlinie legaldefiniert ist und je nach Landesrecht unterschiedlich ausgelegt wird, fehlt es an einer einheitlichen und rechtssicheren Bestimmung. Zudem besteht keine zwingende Gleichsetzung zwischen einem Förderstatus und dem Vorliegen einer Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX oder einer „besonderen Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten“. Dies führt in der Versorgungspraxis zu erheblichen Interpretationsspielräumen und Rechtsunsicherheit.



Änderungsvorschlag

LOGO Deutschland e. V. spricht sich für eine eindeutige, rechtssichere Eingrenzung des Anwendungsbereichs von § 11 Absatz 2 HeilM-RL aus, in der verbindlich geklärt wird, welche Personengruppen von der Regelung erfasst sein sollen. Nur so ist eine konsistente und verlässliche Anwendung im Versorgungsalltag der Heilmittelpraxen möglich.

Zu § 12 HeilM-RL (Auswahl der Heilmittel)

5. Werden die geänderten Regelungen zu § 12 HeilM-RL (Auswahl der Heilmittel) genutzt?

Die ursprünglich beabsichtigte Flexibilisierung durch die Möglichkeit, mehrere Heilmittel (z. B. Einzel- und Gruppentherapie) oder auch unterschiedliche Zeiteinheiten auf einer Verordnung zu kombinieren, hat sich in der Praxis nicht als hilfreich, sondern eher als hinderlich erwiesen: Es besteht ein erhöhter Änderungsbedarf bei (therapeutisch) notwendiger, abweichender Durchführung – etwa infolge realer Versorgungssituationen, wie der kurzfristigen Absage oder vorübergehenden Verhinderung eines Gruppenpartners. In solchen Fällen ist eine Anpassung der ursprünglich vorgesehenen Therapieform erforderlich, etwa der Wechsel von Gruppen- zu Einzeltherapie.

Solche Anpassungen führen jedoch zu einem unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand ohne praktischen Nutzen: Sobald die auf der Verordnung genannten Heilmittel nicht exakt umgesetzt werden können, ist gemäß Anlage 3 HeilM-RL eine Änderung der Verordnung erforderlich. Die dafür notwendige Rücksprache mit der Arztpraxis und die formalen Anforderungen an die Korrektur stellen eine erhebliche Hürde dar, die den Versorgungsalltag belastet und die Patientinnen und Patienten unnötig ausbremst. Die intendierte Flexibilität verkehrt sich somit ins Gegenteil – sie führt nicht zu einer verbesserten Versorgung, sondern erschwert eine situationsangemessene und therapeutisch sinnvolle Umsetzung.

§ 12 Absatz 8 Doppelbehandlungen

Die derzeitige Regelung in § 12 Absatz 8 lässt eine medizinisch und organisatorisch sinnvolle Therapieplanung – insbesondere bei komplexen logopädischen Indikationen – nicht zu.

Bei Störungsbildern wie Schluckstörungen (SC) kann eine therapeutisch indizierte Verteilung der Behandlungseinheiten über den Tag medizinisch geboten sein – etwa zur begleitenden Nahrungsaufnahme und zur Risikominimierung bei Aspirationsgefahr.

Bei Stimmstörungen (Diagnoseschlüssel ST3) ist im Heilmittelkatalog ausdrücklich vorgesehen, dass mehrere Therapieeinheiten am selben Tag durchgeführt werden können. In der Praxis erfordert dies Pausen zwischen den Einheiten, etwa aus stimmschonenden oder lernpsychologischen Gründen.

Eine Ergänzung der Ausnahmeregelung für die Logopädie, wie sie in § 12 Absatz 8 Satz 7 für die Ernährungstherapie vorgesehen ist, schafft die dafür notwendige Flexibilität und stärkt die therapeutische Entscheidungskompetenz – ohne das Ziel der Regelung, Doppelbehandlungen sachgerecht und begründet einzusetzen, zu gefährden. Eine Regelung in diesem



Zusammenhang würde auch eine Ergänzung in § 30 erforderlich machen.

Änderungsvorschlag

Ergänzung in § 30 Absatz 2, neuer Satz 3: *Sofern therapeutisch notwendig, können auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden.*

Aufnahme der Logopädie in § 12 Absatz 8 Satz 7: *Abweichend von den Regelungen dieses Absatzes gilt im Bereich der Logopädie gemäß § 30 Absatz 2 Satz 3, und im Bereich der Ernährungstherapie gemäß § 42 Absatz 2 Satz 6, dass auch mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden können, sofern dies therapeutisch notwendig ist.*

Zu § 15 HeilM-RL (Beginn der Heilmittelbehandlung)

6. *Wie haben sich die geänderten Regelungen zum Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL) auf die Versorgung ausgewirkt?*

LOGO Deutschland e. V. bewertet die Neuregelung zum Beginn der Heilmittelbehandlung grundsätzlich positiv. Die verlängerten Fristen tragen zur Entlastung der Praxen bei, ermöglichen eine flexiblere Terminvergabe und helfen, Verordnungsverluste zu vermeiden – insbesondere vor dem Hintergrund des anhaltenden Fachkräftemangels und teils monatelanger Wartezeiten.

Kritisch sehen wir hingegen das Merkmal „dringlicher Behandlungsbedarf“:

Die ärztliche Kennzeichnung suggeriert eine zeitnahe Versorgung, die in der Realität oftmals nicht sichergestellt werden kann. Logopädische Praxen differenzieren ohnehin nach Dringlichkeit, um insbesondere bei akuten oder belastenden Störungsbildern eine möglichst zeitnahe Versorgung zu ermöglichen. Ein zusätzliches ärztlich gesetztes Merkmal ist daher weder notwendig noch hilfreich.

Zudem führt es zu vermeidbarem bürokratischem Aufwand für die Betroffenen: Wird eine entsprechend gekennzeichnete Verordnung nicht fristgerecht begonnen, ist eine erneute Ausstellung erforderlich – mit zusätzlichem organisatorischem Aufwand für Patientinnen und Patienten, ärztliches Personal und Therapiepraxen, jedoch ohne erkennbaren therapeutischen Mehrwert.

Änderungsvorschlag

Wir regen an, die Regelung aus vorgenannten Gründen zu überdenken.

Zu § 16 HeilM-RL (Durchführung der Heilmittelbehandlung)

7. *Wie hat sich die geänderte Regelung in § 16 Absatz 6 HeilM-RL auf die Inanspruchnahme von Gruppentherapien ausgewirkt?*



Trotz der intendierten Vorrangregelung wird Gruppentherapie in der Logopädie weiterhin nur selten verordnet.

Ein wesentlicher Hinderungsgrund liegt im asymmetrischen bürokratischen Aufwand bei einer Umstellung der Therapieform: Während bei der Änderung von Gruppentherapie auf Einzeltherapie eine Mitteilung an die Arztpraxis ausreichend ist, ist für die Umstellung von Einzel- auf Gruppentherapie ein Einvernehmen mit der verordnenden Praxis erforderlich (§ 16 Absatz 6 i. V. m. Anlage 3 HeilM-RL).

Diese Regelung steht im Widerspruch zu den Zielen der Heilmittel-Richtlinie sowie den tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19. September 2019, in denen ausdrücklich formuliert wird:

„Die Gruppentherapie ist als wirtschaftlichere Versorgungsform grundsätzlich vorrangig vor der Einzeltherapie zu nutzen, sofern aus therapeutischen Gründen keine Bedenken bestehen.“ (Tragende Gründe zum Beschluss vom 19.09.2019, S. 14)

Darüber hinaus heißt es dort: *„Durch die Ergänzung in § 16 Absatz 6 Satz 1 der HeilM-RL wird klargestellt, dass ein Wechsel der Therapieform durch die Leistungserbringenden auch weiterhin möglich ist. Ziel ist es dabei, die Flexibilität der Leistungserbringenden zu stärken [...]“*

Aus Sicht von LOGO Deutschland e. V. ist es daher nicht nachvollziehbar, weshalb ausgerechnet die Umstellung zugunsten der Gruppentherapie mit zusätzlichem, bürokratischem Aufwand verbunden ist. Eine Umstellung von Einzel- auf Gruppentherapie würde der Zielsetzung des G-BA erst dann gerecht, wenn eine formlose Information an die Arztpraxis ausreicht.

Unabhängig von der Frage des bürokratischen Aufwands stellt sich zudem die Frage nach der Sinnhaftigkeit eines expliziten Einvernehmens mit den Patientinnen und Patienten bei der Umstellung auf Gruppentherapie. In anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens – etwa bei der Wahl zwischen wirtschaftlicheren und aufwändigeren Versorgungsformen – ist ein solches Einverständnis nicht zwingend vorgeschrieben, solange die Therapie den fachlichen Standards entspricht und medizinisch indiziert ist. Patientinnen und Patienten können oft den therapeutischen Nutzen und die Synergien von Gruppentherapie nicht selbst einschätzen. Therapeutinnen und Therapeuten übernehmen hier eine beratende und begleitende Rolle und wägen indikationsbezogen ab, ob eine Gruppen- oder Einzeltherapie die geeignete Form darstellt.

Vor diesem Hintergrund sollte die Wirtschaftlichkeitsanforderung des § 12 SGB V auch bei der Therapieformwahl stärker berücksichtigt werden. Es wäre es konsequent, die Entscheidungskompetenz für die Therapieform den Leistungserbringenden zu überlassen und ein formloses Informationsverfahren an die verordnende Praxis ausreichen zu lassen. Das stärkt die Versorgungspraxis, vermeidet unnötige Bürokratie und entspricht den Zielen des G-BA-Beschlusses vom 19. September 2019.



Änderungsvorschlag

Formulierungsvorschlag für § 16 (6) Satz 2: *Kommt die Therapeutin oder der Therapeut im Laufe der Therapie zu der Einschätzung, dass anstatt der verordneten Einzeltherapien einzelne **oder alle** Behandlungseinheiten in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden sollten, ist dies nach **Zustimmung Information** der Versicherten oder des Versicherten **und im Einvernehmen mit der an die** Verordnerin oder **dem** Verordner möglich. 3 Die ~~einvernehmliche~~ Änderung ist von der Therapeutin oder dem Therapeuten auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.*

Bürokratieabbau

8. Wie haben sich die Änderungen der Richtlinie im Versorgungsalltag (bürokratischer Aufwand) ausgewirkt?

An mehreren Stellen sind zusätzliche bürokratische Hürden entstanden.

1. Anlage 3 HeilM-RL – Einvernehmen mit der ärztlichen Praxis

Die Heilmittel-Richtlinie verfolgt laut § 1 Absatz 1 Nr. 4 das Ziel, eine enge Zusammenarbeit zwischen ärztlicher und therapeutischer Seite zu fördern und damit auch die therapeutische Verantwortung zu stärken. Dem steht jedoch das aufwändige und praxisferne Erfordernis eines „Einvernehmens“ entgegen, das sich in der Versorgungspraxis in mehrfacher Hinsicht als unpraktikabel erweist:

- Organisatorisch kaum umsetzbar: Therapeutinnen und Therapeuten erreichen in der Regel nicht die ärztliche Person selbst, sondern das medizinische Fachpersonal (MFA).
- Kein belegbares Verfahren: Ob ein Einvernehmen tatsächlich zustande kam, lässt sich im Zweifel nicht verlässlich nachweisen.
- Zeitressourcen fehlen: Ärztinnen und Ärzte sind im Praxisalltag stark eingebunden – persönliche Rücksprachen führen zu unnötigen Verzögerungen beim Versorgungsbeginn.
- Fachlich nicht notwendig: Anpassungen der Frequenz oder der Therapieform – etwa der Wechsel von Einzel- zu Gruppentherapie – erfordern keine ärztliche Neubewertung. Sie gehören ebenso wie Änderungen der Leitsymptomatik zur therapeutischen Fachverantwortung und sollten im Rahmen der Leistungserbringung ohne Rücksprache umsetzbar sein.

Änderungsvorschlag

Änderung der Anlage 3 HeilM-RL wie folgt:

- Die Spalte „Einvernehmen“ wird gestrichen.

- Änderungen mit medizinischer Relevanz erfolgen weiterhin ärztlich veranlasst.
- Änderungen aufgrund therapeutischer Bewertung (z. B. bei der Frequenz, bei Einzel-/ Gruppentherapie oder Leitsymptomatik) erfolgen nach Information an die ärztliche Praxis.

2. Muster 13 (Rückseite)

Auf dem derzeitigen Muster 13 sind sowohl die Änderung von Einzel- zu Gruppentherapie als auch umgekehrt unter der Überschrift „nach Rücksprache“ aufgeführt. Diese Bezeichnung entspricht nicht der aktuellen Systematik der Heilmittel-Richtlinie: Während bei der Umstellung von Gruppentherapie auf Einzeltherapie eine Information an die Arztpraxis genügt, ist für die Umstellung von Einzel- auf Gruppentherapie ein Einvernehmen erforderlich – nicht aber zwingend eine Rücksprache. Die missverständliche Formulierung führt sowohl auf ärztlicher als auch auf therapeutischer Seite zu Irritationen.

Änderungsvorschlag

- Gemäß der empfohlenen Änderung der Anlage 3 HeilM-RL – Umstellung von Einzel- auf Gruppentherapie nach Information – sollte das entsprechende Feld auf dem Muster 13 mit „nach Information“ überschrieben werden oder aber der Hinweis „nach Rücksprache“ entfallen.
- Gleiches würde für das Feld „Abweichung von der Frequenz“ gelten, sollte die Spalte „im Einvernehmen mit dem Arzt“ in der Anlage 3 zur HeilM-RL entsprechend unseres Änderungsvorschlags entfallen.

Über die Beantwortung der Fragen von Seite 12 zu Evaluation hinaus möchten wir die Gelegenheit nutzen, auf weitere notwendige Anpassungen in der Heilmittelrichtlinie hinzuweisen.

§ 30 HeilM-RL (Grundlagen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie)

Aktueller Stand

In der aktuellen Fassung des § 30 HeilM-RL wird ausschließlich auf die Wiederherstellung, Verbesserung oder Vermeidung der Verschlechterung krankheitsbedingter Schädigungen im Bereich der Kommunikationsfähigkeit und der Nahrungsaufnahme Bezug genommen. Ein expliziter Verweis auf die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) sowie deren Komponenten (Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe) erfolgt – anders als in den Regelungen zu Physiotherapie (§ 17 HMR) und Ergotherapie (§ 35 HMR) – bislang nicht.



Handlungsbedarf

Aus Sicht von LOGO Deutschland e. V. ist eine Ergänzung des § 30 HeilM-RL um eine entsprechende Zielsystematik dringend erforderlich. Die Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen verfolgt in der Praxis regelmäßig das Ziel, alltagsrelevante Aktivitäten zu ermöglichen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu sichern. Dies betrifft insbesondere die Fähigkeit zur Kommunikation und zur Nahrungsaufnahme, die zentrale Grundbedürfnisse im Alltag darstellen. Die Orientierung an den ICF-Komponenten entspricht der Versorgungsrealität in der Logopädie und reflektiert die tatsächlichen Therapieziele.

Darüber hinaus entspricht dieser Ansatz den Vorgaben des § 3 Absatz 5 HeilM-RL, wonach sich der Bedarf an Heilmittelbehandlung nicht allein aus der Diagnose, sondern aus der Gesamtbetrachtung der funktionellen oder strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten sowie der Kontextfaktoren ergibt. Auch in der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes wird ausdrücklich auf die Beseitigung oder Minderung alltagsrelevanter Beeinträchtigungen als maßgebliches Therapieziel hingewiesen.

Änderungsvorschlag

Ergänzung des § 30 Absatz 1:

Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatrischen und neuropsychologischen Grundlagen und dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern, zu kompensieren oder eine Verschlimmerung zu vermeiden. Ziel der Heilmittelbehandlung ist dabei das Erreichen der größtmöglichen Funktionsfähigkeit im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), insbesondere mit Blick auf Aktivitäten und Teilhabe in den Bereichen Kommunikation und Nahrungsaufnahme. Hierzu bedarf es des Einbezugs lebenspraktischer Übungen.

Mit freundlichen Grüßen

Diethild Remmert

1. Vorsitzende LOGO Deutschland e. V.

Anhang E7 – Rückmeldung BED e.V.



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

BED e. V. Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland
Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene im Bereich Ergotherapie § 125 SGB V

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

BED
Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
in Deutschland e. V.

Obere Neustraße 4
65606 Villmar

Servicetelefon:
06438-9279000

Mobil:
0173-2583370

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

Geschäftsführender Vorstand
Christine Donner

Verbandsregister
Reg.-Nr. VR 7505
Amtsgericht Wiesbaden

Datum
15.07.2025

**Stellungnahme zur Evaluation der Umsetzung der Überarbeitung der
Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des Heilmittelkatalogs zum Beschluss
vom 19. September 2019**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Folgenden erhalten Sie unsere Stellungnahme zur Evaluation der Umsetzung
der Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinie und der Neufassung des
Heilmittelkatalogs zum Beschluss vom 19. September 2019 und zum vorläufigen
Evaluationsbericht vom 03.06.2025.



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung.....	3
2. Fragestellungen.....	3
2.1 Wie hat sich die Heilmittelversorgung mit Wegfall der Regelfallsystematik und der Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung) entwickelt?.....	3
2.2 Wie hat sich die Heilmittelversorgung aufgrund eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V und eines besonderen Versorgungsbedarfs nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V entwickelt?.....	4
2.3 Wie haben sich die Anträge auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL entwickelt?.....	5
2.4 Wie haben sich die Änderungen in § 11 HeilM-RL zum Ort der Leistungserbringung ausgewirkt?.....	6
2.5 Werden die geänderten Regelungen zu § 12 HeilM-RL (Auswahl der Heilmittel) genutzt?.....	6
2.6 Wie haben sich die geänderten Regelungen zum Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL) auf die Versorgung ausgewirkt?.....	6
2.7 Wie hat sich die geänderte Regelung in § 16 Absatz 6 HeilM-RL auf die Inanspruchnahme von Gruppentherapien ausgewirkt?.....	7
2.8 Wie haben sich die Änderungen der Richtlinie im Versorgungsalltag (bürokratischer Aufwand) ausgewirkt?.....	7
3. Bewertung.....	8
4. Weitergehende Hinweise.....	9



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

1. Vorbemerkung

Nach eigenem Bekunden des G-BA war Ziel der Reform der Heilmittel-Richtlinie sowie des Heilmittelkatalogs, die Versorgungsqualität und Praktikabilität zu verbessern, die Regelungskomplexität zu reduzieren sowie eine Entbürokratisierung im Versorgungsalltag zu erreichen.

Es darf demnach unterstellt werden, dass der G-BA – so wie wir auch – tatsächlich Probleme in diesen benannten Zielbereichen identifiziert hatte. Diese Einschätzung teilen wir uneingeschränkt.

Die Heilmittelversorgung im Leistungsbereich der GKV unterliegt einer extrem hohen Regelungsdichte. Die Vorgaben der HeilM-RL und des Heilmittelkatalogs werden im Versorgungsalltag durch Heilmittelvereinbarungen, Heilmittelzielvereinbarungen und „Beratungen“ seitens einzelner Kostenträger und KVen sowie die Verträge nach den §§ 125 und 125a SGB V ergänzt.

Da die Evaluation mit erstmaliger Einführung der HeilM-RL ausblieb, muss konstatiert werden, dass sämtliche Vorgaben ohne tatsächliche Evidenz erfolgten und weiterhin erfolgen. Um so wichtiger ist der Versuch mit dem nun vorliegenden Evaluationsbericht zumindest die Wirkung der zum 1. Januar 2021 in Kraft getretenen Änderungen zu untersuchen.

Kritisch ist zudem anzumerken, dass die Leistungserbringerorganisationen nun erst fast 6 Jahre nach dem Beschluss zur Evaluation einbezogen werden. Die 6-wöchige Frist zur Stellungnahme ermöglicht zudem keine eigenständige Befragung der Therapierenden.

2. Fragestellungen

Im Folgenden nehmen wir zunächst Stellung zu den ermittelten Fragestellungen.

2.1 Wie hat sich die Heilmittelversorgung mit Wegfall der Regelfallsystematik und der Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL (Verordnungsfall, orientierende Behandlungsmenge, Höchstmenge je Verordnung) entwickelt?

Grundsätzlich hat die Abkehr von der früheren Systematik der Erst- und Folgeverordnung zu einer Vereinfachung im Praxisalltag geführt. Die Anzahl von formalen Fehlerquellen und der damit folgende bürokratische Aufwand konnten so aus unserer Sicht reduziert werden.

Die Aussage des G-BA:

„Auf Basis dieser Ergebnisse kann darauf geschlossen werden, dass der Wegfall der Regelfallsystematik und die Einführung der Regelung in § 7 HeilM-RL in den Heilmittelbereichen Physiotherapie, Ergotherapie und SSSS-Therapie dazu geführt hat, dass Versicherte nun mehr Heilmittel je Verordnung erhalten.“ (Seite 54 Entwurf des Evaluationsberichtes) teilen wir grundsätzlich.



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

Zusätzlich haben jedoch folgende weitere Punkte zu dieser Entwicklung beigetragen:

- Aufnahme der Thermischen Anwendung in die Indikationsgruppen SB3, EN2 und EN3 im Bereich Ergotherapie seit dem 01.04.2022
- Seit dem 01.07.2021 ist die zulässige Höchstmenge je Verordnung bei PS2 und PS3 in der Ergotherapie auf 20 Einheiten erhöht worden.
- Aufgrund der demographischen Entwicklung ist von einer Zunahme von schwereren Erkrankungen auszugehen, die mit einer Zunahme von Verordnungen in Diagnosegruppen einhergehen, bei denen grundsätzlich eine größere Verordnungsmenge möglich ist (z. B. PS2 und PS 3 in der Ergotherapie, ZN und PN in der Physiotherapie, SP 5 und SP6 in der SSSST oder UI1 in der Podologie).

Hinweis zu den Ergebnissen des Evaluationsberichtes:

Interessant bei dieser Fragestellung wären die Antworten aus der Praxis über eine strukturierte Befragung durch die KBV gewesen, wie sich die Regelung grundsätzlich auf die Praktikabilität und das Verordnungsverhalten ausgewirkt haben. Leider wurde darauf – für uns unverständlich – verzichtet.

In der Befragung für den GKV-Spitzenverband wurde im Anhang B1 dazu folgende Frage gestellt:

„In § 7 Absatz 3 der HeilM-RL wurde neu geregelt, dass sich der Ordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge auf die jeweiligen ärztlich Verordnenden beziehen. Hat diese Regelung dazu geführt, dass vermehrt parallele Verordnungen auf Grund derselben Diagnose (d. h. die ersten drei Stellen des ICD-10-GM-Codes sind identisch) ausgestellt wurden?“

Diese Frage ist leider falsch adressiert, da die Kostenträger keine Kenntnis über ausgestellte Verordnungen, sondern nur über abgerechnete Verordnungen haben.

Daraus folgt, dass jedwede daraus resultierende Antwort nicht aussagefähig ist.

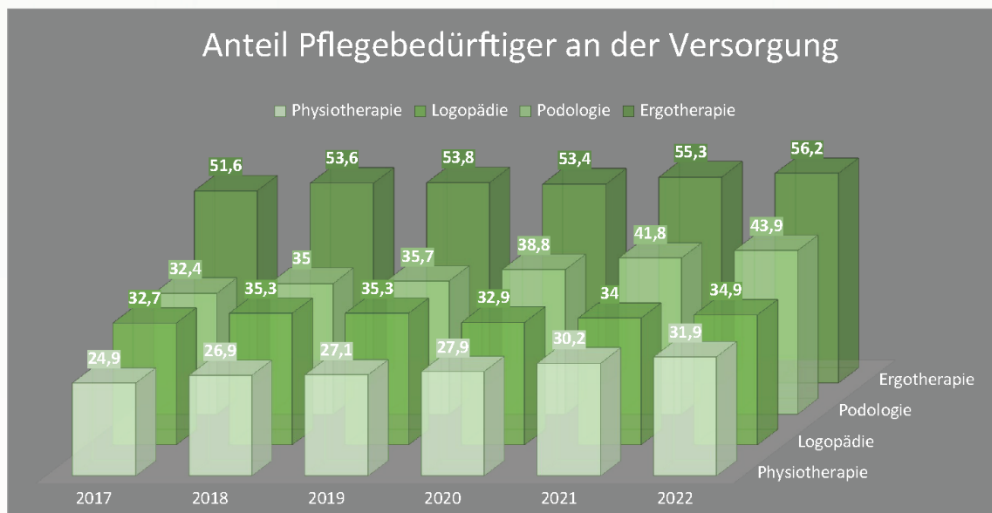
2.2 Wie hat sich die Heilmittelversorgung aufgrund eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V und eines besonderen Versorgungsbedarfs nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V entwickelt?

Wir teilen die Einschätzung des G-BA, dass die Bedeutung der Sonderregelungen BVB und LHB einen hohen Stellenwert in der Versorgung eingenommen hat. Wir sehen speziell in der Ergotherapie, dass im Praxisalltag immer mehr schwer erkrankte und multimorbide Patient*innen versorgt werden. Dies deckt sich im übrigen auch mit den Daten des WIdO-Pflegereports, die einen hohen Anteil Pflegebedürftiger in der Heilmittelversorgung und insbesondere in der Ergotherapie belegen:



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.



(WIdO Pflegereport 2019-2024, eigene Darstellung)

Die Erkenntnis der großen Bedeutung von LHB und BVB spiegelt aus unserer Sicht schlicht die Versorgungsrealität wieder.

Dabei geben wir zu bedenken, dass die Regelungen zum individuellen LHB möglicherweise nicht hinreichend bekannt sind. In einer Online Befragung zur Heilmittelversorgung bei komplexem regionalen Schmerzsyndrom (CRPS) gaben knapp 25 % der Therapierenden an, die Möglichkeit einer Antragstellung eines LHB über den BVB hinaus nicht zu kennen (<https://www.bed-ev.de/artikel/artikel.aspx?id=7416>). Wir gehen davon aus, dass fehlende Kenntnis auch bei Verordnenden und erst recht bei Patient*innen ebenfalls ein Grund dafür ist, dass die Zahlen zum individuellen LHB eher konstant bleiben.

2.3 Wie haben sich die Anträge auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 8 Absatz 3 und 5 HeilM-RL entwickelt?

Deutlich positiv ist aus unserer Sicht zu bewerten, dass die zuvor geltende Genehmigungspflicht für Verordnungen außerhalb des Regelfalls bei Überschreiten der Gesamtverordnungsmenge entfallen ist. Dies führte zu einer spürbaren Entlastung im Arbeitsalltag und einem Rückgang an Absetzungen für diese Fragestellung.

Die Ergebnisse der Routinedaten des MD-Bund belegen den deutlichen Rückgang an Beurteilungen zur Heilmittelversorgung insgesamt. Aus der Befragung der Krankenkassen wird deutlich, dass trotzdem eine Mehrheit der Kassen weder rückläufige Antragszahlen noch rückläufige Sozialgerichtsverfahren im Bereich der individuellen Langfristigen Genehmigungen feststellen.



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

Wie zuvor ausgeführt gehen wir davon aus, dass die Möglichkeit einer Antragsstellung häufig nicht bekannt ist. Eine Zunahme der Antragszahlen bei höherem Bekanntheitsgrad der Regelung halten wir für möglich.

2.4 Wie haben sich die Änderungen in § 11 HeilM-RL zum Ort der Leistungserbringung ausgewirkt?

Die seitens des G-BA als auffällig hoch dargestellte Quote an Hausbesuchen in der Ergotherapie, ist sehr klar mit dem hohen Anteil an Pflegebedürftigen (siehe 2.2) zu begründen und spiegelt konsequent den Versorgungsalltag wieder. Die rückläufigen Zahlen für die Hausbesuche entspringen eher dem Umstand, dass die Praxen aufgrund des Fachkräftemangels weniger Hausbesuche leisten können bei gleichzeitig steigendem Bedarf. Auch hier sei nochmals der Hinweis erlaubt, dass das GKV-HIS nur die abgerechneten und nicht die tatsächlich verordneten Leistungen abbildet. Es bleibt also unklar in welchem Umfang Patient*innen versorgt werden können.

Aus unserer Sicht haben die Änderungen in § 11 HeilM-RL keine Effekte auf die Versorgung gezeigt. Dies war nach unserem Verständnis auch nicht die Intention des G-BA, da nach eigenen Aussagen die Änderungen lediglich der Klarstellung dienten.

2.5 Werden die geänderten Regelungen zu § 12 HeilM-RL (Auswahl der Heilmittel) genutzt?

Wir haben keine Hinweise darauf, dass die Änderungen in § 12 HeilM-RL dazu geführt haben, dass häufiger unterschiedliche Heilmittel verordnet werden. Allerdings sehen wir auch Fälle, in denen zur selben Erkrankung parallel Verordnungen mit unterschiedlichen Heilmitteln ausgestellt werden, was zu Vergütungskürzungen für die Heilmittelerbringenden führt. Kritisch ist ebenfalls anzumerken, dass zwar Behandlungen als Doppelbehandlungen zusammengefasst werden können, allerdings nur bei identischem Heilmittel (§ 12 Abs. 8 HeilM-RL). Eine Regelung in der Ergotherapie analog zur Ernährungstherapie, bei der mehrere Einheiten pro Tag erbracht werden können (in der Physiotherapie gibt es die standardisierten Heilmittelkombinationen), würde die Erfordernisse im Praxisalltag besser abbilden. Zumindest sollte die Kombination unterschiedlicher Heilmittel als Doppelbehandlung ermöglicht werden.

2.6 Wie haben sich die geänderten Regelungen zum Beginn der Heilmittelbehandlung (§ 15 HeilM-RL) auf die Versorgung ausgewirkt?

Die Festlegung des spätesten Behandlungsbeginn auf 28 Tage hat zu einer deutlichen Entlastung im Versorgungsalltag geführt. Trotzdem bedingt die Versorgungsrealität jedoch häufig auch ein Überschreiten dieser Frist aufgrund des Fachkräftemangels und der steigenden Nachfrage.



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

Die Ergebnisse mit einer Überschreitung beim Behandlungsbeginn bei knapp 38 % der Fälle halten wir für realistisch. Es wäre zu überlegen, ob eine längere Frist grundsätzlich darstellbar ist, um die Versorgungsrealität abzubilden und unnötige Praxiskontakte zwecks Änderung der Verordnungen zu vermeiden. Dies gilt einerseits insbesondere bei fortlaufender Behandlung aufgrund derselben Erkrankung.

Andererseits gilt dies insbesondere auch für die Frist bei einem dringlichen Behandlungsbedarf. In den Praxen wird aufgrund des Fachkräftemangels aus unserer Sicht generell versucht, die Dringlichkeit der Behandlung zu berücksichtigen. Die Kennzeichnung als dringlicher Behandlungsbedarf ist ein weiteres Kriterium zur Einordnung, die Verbindung mit einem verbindlichen verkürzten Behandlungsbeginn suggeriert jedoch die Möglichkeit einer zeitnahen Versorgung, die in der Praxis nicht immer gegeben ist. Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der Patientenbefragung. Es wäre praktikabler, die 14-tägige Beginnfrist als Kann-Regelung zu formulieren und die Gültigkeit der Verordnung auch in den dringenden Fällen an die Frist von 28 Kalendertagen zu binden.

2.7 Wie hat sich die geänderte Regelung in § 16 Absatz 6 HeilM-RL auf die Inanspruchnahme von Gruppentherapien ausgewirkt?

Generell hängt die Inanspruchnahme von Gruppentherapien eher von der Praxisstruktur als von der Verordnung ab. Selbst wenn eine Gruppentherapie verordnet wird, müssen die Leistungserbringenden in der Lage sein, eine homogene Gruppe in einem passenden Zeitrahmen und dann noch in übereinstimmender Frequenz zusammenzustellen. Dies stellt eine maximal unpraktikable Regelung dar. Die Organisation von Gruppenbehandlungen könnte im Rahmen der Versorgung gemäß § 125a SGB V deutlich leichter fallen, sofern diese Versorgungsform konsequent weiterentwickelt würde.

Zudem ist die Umstellung von Einzel- und Gruppentherapie derzeit unterschiedlich geregelt. Bei der Umstellung von Einzel- auf Gruppentherapie sollte statt des Einverständnisses auch (wie im umgekehrten Fall) eine einfache Information an den Verordnenden ausreichen.

2.8 Wie haben sich die Änderungen der Richtlinie im Versorgungsalltag (bürokratischer Aufwand) ausgewirkt?

Zwar haben sich die Änderungen an der einen oder anderen Stelle positiv ausgewirkt, in der Summe werden die Rahmenbedingungen jedoch nach wie vor als Überregulierung und im Versorgungsalltag eher unpraktikabel wahrgenommen. Die ursprüngliche Zielsetzung einer Entbürokratisierung wurde aus unserer Sicht deutlich verfehlt.



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

3. Bewertung

Eine positive Entwicklung möchten wir unterstreichen: Die Anhebung der Höchstmenge je Verordnung bei den Diagnosegruppen PS2 und PS3 von 10 auf 20 Behandlungseinheiten wird auch nach unserem Kenntnisstand im Versorgungsalltag genutzt. Umso kritischer müssen wir in diesem Kontext Heilmittelzielvereinbarungen bewerten, die dieser Entwicklung direkt entgegenwirken sollen. So wurde in Schleswig-Holstein zwischen der KV und den Kassenverbänden schon in der Heilmittelzielvereinbarung 2022 ein Mengensenkungsziel für psychisch-funktionelle Behandlungen von -10 % vereinbart und bisher auch so beibehalten (www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Praxis/Vertraege/Arzneimittelvertraege/Zielvereinbarungen/2022_01_01_Zielvereinbarung_HM.pdf).

Mit den komplexen Vorgaben der Heilmittelrichtlinie, des Heilmittelkatalogs, der Heilmittelvereinbarungen zwischen GKV und der KBV und der einzelnen KVen sowie zusätzlicher Heilmittelzielvereinbarungen und „Beratungen“ auf Praxisebene sehen wir eine massive Überregulierung der Heilmittelversorgung, der offensichtlich eine gewachsene Misstrauenskultur zugrunde liegt. Handlungsleitend scheint an dieser Stelle eine Grundhaltung zu sein, die Patient*innen, Therapeut*innen und Ärzt*innen eine permanente missbräuchliche Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen unterstellt.

Doch gerade die Ergebnisse dieser Evaluation müssten aus unserer Sicht zu der Erkenntnis führen, dass diese Überregulierung überwunden werden muss. Bezeichnend sind die Zitate aus der Befragung der KBV, die wir und auch unsere Mitglieder genau so unterschreiben würden:

- „Die Regelungsdichte ist einfach nur Wahnsinn“
- „Es ist kaum denkbar, dass ein Vorgang noch bürokratischer gestaltet werden könnte“

Diese Evaluation zeigt deutlich, dass ein partielles Justieren an einigen wenigen Stellschrauben innerhalb der Richtlinie in der Summe zu keinem befriedigenden Ergebnis im Sinne einer Vereinfachung oder Entbürokratisierung führt.

Festzuhalten ist auch der Punkt, dass die Befragungsergebnisse sehr deutliche Hinweise darauf geben, dass Regressängste auf Seiten der Verordnenden zu ausbleibenden Verordnungen und Behandlungsunterbrechungen führen.

Vor diesem Hintergrund erstaunt es, dass eine hohe Zahl der befragten Kassen immer noch eine unzureichende Ausgaben- und Mengensteuerung durch die Heilmittel-Richtlinie identifizieren konnten. Man muss sich an dieser Stelle die Fragen stellen, welche Mengensteuerungsziele die Kostenträger tatsächlich verfolgen und ob wir nicht in Wahrheit über eine schleichende Leistungsbegrenzung sprechen, für die aus unserer Sicht allen hier Beteiligten die demokratische Legitimation fehlt.



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeut:innen
Deutschland e.V.

Die Heilmittelversorgung besitzt erhebliches ungenutztes Potenzial zur Vermeidung und Reduzierung von Pflegekosten. Die stark zunehmende Bedeutung der ehemaligen „Sonderregelungen“ BVB und LHB, sowie der wachsende Anteil von Pflegebedürftigen an der Versorgung sind echte Ausrufezeichen, die der G-BA wahrnehmen muss.

Würde es gelingen die Versorgung gemäß § 125a SGB V weiter zu entwickeln und auf alle Diagnosegruppen auszuweiten, wäre die Grundlage dafür geschaffen, die Instrumente Heilmittelkatalog, Heilmittelvereinbarung und Heilmittelzielvereinbarung abzuschaffen und damit eine echte Entbürokratisierung zu erreichen. Natürlich ist uns bewusst, dass diese Lösungsvorschläge nicht allein der Regelungskompetenz des G-BA unterliegen.

4. Weitergehender Hinweis

Die Einführung und Auflistung von Abkürzungen für die Heilmittel in der Ergotherapie würde eine deutliche Vereinfachung im Praxisalltag darstellen. Wir regen daher an, analog zur Physiotherapie auch für die Ergotherapie folgende Abkürzungen in das Verzeichnis der gebräuchlichen Abkürzungen in den Heilmittelkatalog aufzunehmen:

- MFB (= Motorisch-funktionelle Behandlung)
- SPB (= Sensomotorisch-perzeptive Behandlung)
- NOB (= Neuropsychologisch orientierte Behandlung)
- HLT (= Hirnleistungstraining)
- PFB (= Psychisch-funktionelle Behandlung)
- TA (= thermische Anwendung)
- SCH (=Schiene)
- HB (= Hausbesuch/Therapie außerhalb der Praxis)