



*Wir sind für Sie da!*

**B**undesverband für  
**E**rgotherapeut:innen  
**D**eutschland e.V.

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

---

An die Mitglieder der FinanzKommission Gesundheit  
über die Geschäftsstelle beim Bundesministerium für Gesundheit

**BED**  
Bundesverband für  
Ergotherapeuten in  
Deutschland e. V. Verwaltung

Nohner Str. 10  
66693 Mettlach

Tel 06868 - 9109 0  
Fax 06868 - 9109 15

**Bürotelefon:**  
**06438-9279000**

E-Mail [info@bed-ev.de](mailto:info@bed-ev.de)  
Web [www.bed-ev.de](http://www.bed-ev.de)

**Geschäftsführender Vorstand**  
Diplom-Betriebswirt  
Christine Donner

**Verbandsregister**  
Reg.-Nr. VR 7505  
Amtsgericht Wiesbaden

Datum: **20.05.2026**

**Betreff: Bitte um methodische Nachprüfung der Empfehlungen zu Zuzahlungen, versorgungsbezogenen Pauschalen, Datengrundlage und Versorgungsauswirkungen im Heilmittelbereich**

Mittwoch, 20. Mai 2026

Sehr geehrte Mitglieder der FinanzKommission Gesundheit,  
sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit vom 30. März 2026 wurden weitreichende Empfehlungen zur Stabilisierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt. Der Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V. erkennt ausdrücklich an, dass die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eine zentrale politische Herausforderung darstellt. Gerade deshalb müssen Empfehlungen, die unmittelbar in die Heilmittelversorgung, in die Zuzahlungssystematik, in neue Versorgungsformen und in die wirtschaftliche Grundlage therapeutischer Praxen eingreifen, auf einer belastbaren, transparenten und heilmittelbereichsspezifischen Tatsachengrundlage beruhen.

Aus Sicht des BED bestehen bei mehreren Empfehlungen erhebliche methodische Zweifel. Diese betreffen insbesondere die Bewertung erhöhter und dynamisierter Zuzahlungen, die historische Schiefelage der Zuzahlungen im Heilmittelbereich, die besondere Problematik der Zuzahlungen in der Blankoversorgung, die Empfehlung zur Abschaffung versorgungsbezogener Pauschalen nach § 125a SGB V, die Verwendung und Aussagekraft kassenseitiger Abrechnungsdaten, den Eingriff in gesetzlich vorgesehene Selbstverwaltungs- und Schiedsstellenentscheidungen sowie die Annahme, relevante negative Versorgungsauswirkungen seien nicht zu erwarten.

Die Kommission unterscheidet selbst zwischen Maßnahmen der Kategorie A, also Einsparungen oder Einnahmen ohne erwartbare Auswirkungen auf Versorgungsqualität, Zugang oder

Verteilungsgerechtigkeit, und Maßnahmen der Kategorie B mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen. Genau an dieser Einordnung setzen unsere methodischen Zweifel an.

## 1. Zuzahlungen: Die Empfehlung verschärft eine bereits bestehende Schieflage

Die Kommission empfiehlt, die Zuzahlungsbegrenzungen realwertig um 50 Prozent zu erhöhen. Konkret sollen der Mindestbetrag von 5 Euro auf 7,50 Euro und der Höchstbetrag von 10 Euro auf 15 Euro steigen; zusätzlich soll eine Dynamisierung mit der Grundlohnrate erfolgen. Die Kommission ordnet diese Empfehlung selbst der Kategorie B zu. Damit erkennt sie grundsätzlich an, dass diese Maßnahme mit unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen auf Versorgung, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit verbunden sein kann.

Für den Heilmittelbereich greift diese Bewertung jedoch zu kurz. Die Zuzahlungssystematik ist hier bereits historisch erheblich aus dem Gleichgewicht geraten. BED und LOGO Deutschland haben in ihrer gemeinsamen Position zur ambulanten Heilmittelversorgung dargestellt, dass die Höhe der Zuzahlungen historisch gewachsen ist und, anders als in anderen Leistungsbereichen, im Verlauf nicht wieder angepasst wurde. Die Umstellung auf eine anteilige Zuzahlung von 10 Prozent im Jahr 1988 beruhte auf einer damals angenommenen Mengenausweitung bei gleichbleibenden Preisen.

BED und LOGO Deutschland haben deshalb bereits die Abschaffung der Zuzahlungen im Heilmittelbereich oder hilfsweise eine Begrenzung auf maximal 10 Euro je Verordnung gefordert. Die Empfehlung der Kommission setzt damit nicht auf einem neutralen Ausgangsniveau auf. Sie empfiehlt eine zusätzliche Belastung in einem Leistungsbereich, in dem Versicherte bereits heute strukturell überproportional zur Finanzierung herangezogen werden.

Hinzu kommt, dass die Kommission selbst einräumt, dass höhere Zuzahlungen zwar eine Steuerungswirkung hin zu einer Reduktion der Inanspruchnahme entfalten können, aber nicht abschließend geklärt ist, ob dadurch auch medizinisch notwendige Leistungen reduziert werden und dadurch schlechtere Gesundheitsergebnisse sowie in der Folge künftig höhere Kosten entstehen.

Der GKV-Spitzenverband stellt in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf ebenfalls infrage, ob und inwieweit durch geplante Zuzahlungserhöhungen eine Steuerungswirkung entstehen kann. Er verweist darauf, dass sein Zuzahlungsbericht 2011 keine eindeutigen Hinweise auf nachhaltige Steuerungswirkungen der geltenden Zuzahlungsregelungen feststellen konnte.

## 2. Besondere Problematik der Zuzahlungen in der Blankoversorgung

Die historische Schieflage der Zuzahlungen wird im Rahmen der Blankoversorgung zusätzlich verschärft. Anders als bei einer klassischen Heilmittelverordnung stehen Anzahl der Behandlungseinheiten, konkrete Frequenz und Dauer der einzelnen Behandlungstermine zu Beginn nicht in gleicher Weise fest. Die therapeutische Entscheidung über Auswahl, Dauer und Frequenz wird im Rahmen der erweiterten Versorgungsverantwortung durch die Leistungserbringenden getroffen.

Der Vertrag nach § 125a SGB V verpflichtet die zugelassenen Leistungserbringenden deshalb ausdrücklich, Versicherte vor Beginn der Behandlung darüber aufzuklären, dass die Höhe der

gesetzlichen Zuzahlung variieren kann, weil Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlung nach medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten durch die Leistungserbringenden bestimmt werden. Außerdem müssen Versicherte schriftlich über die voraussichtlich zu erwartende Höhe der Zuzahlung und über mögliche Rückzahlungsansprüche informiert werden.

Diese Transparenz ist rechtlich und ethisch geboten. Sie entspricht auch dem Gedanken des Patientenrechtegesetzes, wonach Behandelnde vor Beginn der Behandlung über voraussichtliche Kosten in Textform informieren müssen, wenn eine vollständige Kostenübernahme durch Dritte nicht gesichert ist oder sich hierfür hinreichende Anhaltspunkte ergeben.

Gerade daraus folgt aber ein besonderes Zugangshindernis: Patientinnen und Patienten werden zu Beginn der Behandlung ausdrücklich damit konfrontiert, dass die Zuzahlung je nach therapeutisch notwendigem Verlauf steigen kann. Diese Information kann abschreckend wirken, insbesondere bei Menschen mit niedrigem Einkommen, chronischen Erkrankungen, Behinderungen, psychischen Erkrankungen, kognitiven Einschränkungen oder längerfristigem Therapiebedarf.

Aus Sicht des BED ergibt sich daraus nicht die Notwendigkeit höherer Zuzahlungen, sondern im Gegenteil die Notwendigkeit einer Harmonisierung und Begrenzung der Zuzahlungsregelung. Gerade in der Blankoversorgung darf die fachlich notwendige Entscheidung über Frequenz, Dauer und Umfang der Behandlung nicht dazu führen, dass Patientinnen und Patienten aus Sorge vor steigenden Eigenanteilen auf notwendige Versorgung verzichten, Behandlungen verzögern oder Therapien vorzeitig beenden.

### 3. Versorgungsbezogene Pauschalen: Die Empfehlung verkürzt die tragende Funktion der Pauschale

Die Kommission empfiehlt die Abschaffung der gesonderten, verordnungsbezogenen Pauschalen je Blankoverordnung in der Physio- und Ergotherapie sowie der Pauschale für Bedarfsdiagnostik in der Physiotherapie. Sie ordnet diese Empfehlung der Kategorie A zu.

Zur Begründung verweist die Kommission darauf, dass im Rahmen der Blankoverordnung für den besonderen Aufwand zur Steuerung und Dokumentation des Behandlungsablaufs sowie zur Sicherung der Versorgungsqualität einmalige Pauschalen vergütet werden. Gleichzeitig behauptet sie, die Behandlungsverläufe und der damit verbundene Aufwand für die Therapieplanung unterschieden sich nicht substantiell von der Versorgung nach § 125 SGB V.

Diese Ableitung ist aus Sicht des BED methodisch und inhaltlich nicht belastbar. Sie verkürzt den entscheidenden Systemunterschied zwischen der Versorgung nach § 125 SGB V und der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V. Die versorgungsbezogene Pauschale bildet keine allgemeine Therapieplanung ab, wie sie in jeder Heilmittelversorgung vorkommt. Sie bildet vielmehr Mehraufwendungen ab, die gerade aus der erweiterten therapeutischen Entscheidungs-, Steuerungs- und Dokumentationsverantwortung der Blankoverordnung entstehen.

In der Versorgung nach § 125 SGB V werden Heilmittel, Menge und Frequenz durch die ärztliche Verordnung wesentlich stärker vorstrukturiert. Die Leistungserbringenden führen die verordnete Leistung auf dieser Grundlage fachgerecht durch, beobachten den Verlauf und dokumentieren die

Behandlung. In der Blankverordnung verändert sich diese Rollenverteilung. Die ärztliche Indikationsstellung bleibt Grundlage der Versorgung; die konkrete Ausgestaltung des Versorgungsverlaufs wird jedoch in deutlich höherem Umfang auf die Therapeut\*innen übertragen. Sie entscheiden innerhalb des vertraglichen Rahmens eigenständig über Auswahl, Frequenz, Dauer und Anpassung der Therapie.

Gerade daraus entstehen Mehraufwendungen, die in der Versorgung nach § 125 SGB V nicht in gleicher Weise angelegt sind. Dazu gehören die fortlaufende Steuerung des Gesamtverlaufs, die Anpassung von Frequenz, Dauer und Inhalt der Therapie bei verändertem Bedarf, die wirtschaftlich nachvollziehbare Begründung therapeutischer Entscheidungen, die Umorganisation von Terminen, die erweiterte Verlaufsdokumentation sowie intra- und interprofessionelle Abstimmungen. Diese Tätigkeiten sind nicht bloß eine intensivere Form der normalen Regeldokumentation. Sie sind Ausdruck der mit § 125a SGB V eingeführten erweiterten Versorgungsverantwortung.

Der Zwischenbericht zur Blankverordnung in der Ergotherapie beschreibt genau diese Funktion. Die versorgungsbezogene Pauschale bildet insbesondere die eigenständige Steuerung des Behandlungsverlaufs im Rahmen der erweiterten Versorgungsverantwortung ab. Genannt werden unter anderem die Anpassung von Frequenz, Dauer und Inhalt der Therapie bei verändertem Bedarf, etwa bei progredientem Verlauf, akuter Verschlechterung oder kurzfristig erhöhtem Unterstützungsbedarf, die damit verbundene Umorganisation von Terminen, die wirtschaftlich nachvollziehbare Begründung und Dokumentation dieser Entscheidungen sowie Koordinations- und Abstimmungsaufwände mit weiteren beteiligten Berufsgruppen.

Der Zwischenbericht ordnet diese Aufgaben ausdrücklich als Ausdruck der erweiterten Versorgungsverantwortung ein und hält fest, dass sie in der Versorgung nach § 125 Abs. 1 SGB V nicht in gleicher Weise angelegt und vergütungssystematisch nicht entsprechend abgebildet sind.

Hinzu kommt, dass die Vergütungssystematik der Blankverordnung nicht isoliert anhand einzelner Zusatzpositionen bewertet werden kann. Bezogen auf die gleiche Therapiezeit werden die ergotherapeutischen Maßnahmen im Grundsatz in gleicher Höhe vergütet wie in der Versorgung nach § 125 SGB V. Abweichungen ergeben sich jedoch aus der unterschiedlichen Abbildung von Vor- und Nachbereitung sowie Verlaufsdokumentation. Während diese in der Versorgung nach § 125 Abs. 1 SGB V je Behandlungseinheit berücksichtigt werden, kann in der Blankverordnung hierfür nur ein Zeitintervall je Behandlungstermin abgerechnet werden. Bei längeren oder intensiveren Behandlungsterminen kann dies rechnerisch sogar zu einer niedrigeren Vergütung bei gleicher Therapiezeit führen als bei einer entsprechenden Aufteilung in mehrere Behandlungseinheiten nach § 125 Abs. 1 SGB V.

Die FKG-Empfehlung behandelt die Pauschale im Ergebnis wie eine nicht begründete Zusatzvergütung. Damit wird der tragende Kompromiss des Schiedsverfahrens methodisch verkürzt. Es wurde nicht eine zusätzliche Vergütung neben unveränderter Verantwortung geschaffen, sondern eine eigenständige Vergütungslogik für ein neues Versorgungsmodell mit erweiterten therapeutischen Entscheidungs-, Steuerungs- und Dokumentationspflichten.

Die versorgungsbezogene Pauschale in der Ergotherapie ist zudem nicht bloß Ergebnis einer einseitigen Forderung der Leistungserbringenden. Der Vertrag nach § 125a SGB V und seine Anlagen wurden gemäß Schiedsspruch 2 HE 27-23 vom 14.12.2023 festgesetzt. Die Vergütungsvereinbarung beschreibt die versorgungsbezogene Pauschale ausdrücklich als

Pauschale für den besonderen Aufwand der Leistungserbringenden bei der Versorgung im Rahmen einer Blankoverordnung, insbesondere für die Steuerung des Versorgungsablaufs, die Sicherung der Versorgungsqualität, die Dokumentation sowie intra- und interprofessionelle Beratungen.

Wenn die Kommission gleichwohl annimmt, Behandlungsverläufe und Therapieplanungsaufwand unterschieden sich nicht substantiell von der Versorgung nach § 125 SGB V, müsste sie gerade diese zusätzlichen Steuerungs-, Koordinations- und Dokumentationsaufwände belastbar untersucht haben.

Eine Betrachtung abgerechneter Heilmittelpositionen, Mengen oder äußerlich ähnlicher Behandlungszeiten reicht hierfür nicht aus. Ähnlichkeiten bei einzelnen Leistungsformaten, häufig genutzten Zeitkorridoren oder der Auswahl bestimmter Heilmittel sagen nichts darüber aus, ob sich Versorgungsverantwortung, therapeutische Entscheidungsdichte, Verlaufssteuerung, Dokumentationsanforderungen, Prüfrisiken und Koordinationsaufwände verändert haben.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt in seiner Stellungnahme die Streichung der versorgungsbezogenen Pauschalen ausdrücklich und macht deutlich, dass solche Pauschalen künftig weder in Verträgen nach § 125a SGB V noch in Verträgen nach § 125 SGB V vereinbart werden können sollen. Zugleich bezeichnet er Pauschalen, die den Aufwand für Steuerung des weiteren Behandlungsverlaufs, Verlaufsdocumentation und Sicherung der Versorgungsqualität vergüten, als nicht sachgerecht.

Gerade dadurch wird deutlich, dass es nicht allein um eine punktuelle Korrektur in der Blankoverordnung geht. Es geht um die grundsätzliche Frage, ob besondere fachliche Verantwortung, zusätzliche Steuerung, Dokumentation und Qualitätssicherung im Heilmittelbereich wirtschaftlich abgebildet werden dürfen. Aus Sicht des BED wäre deshalb mindestens erforderlich, dass die Finanzkommission ihre eigene Annahme einer fehlenden substantiellen Mehrbelastung kritisch überprüft, bevor sie die Streichung zentraler Vergütungsbestandteile empfiehlt.

Solange die zugrunde gelegten Daten die tatsächlichen Steuerungs-, Koordinations-, Dokumentations- und Prüfrisikoaufwände nicht messen, ist die Empfehlung zur Abschaffung der versorgungsbezogenen Pauschale nicht als methodisch abgesicherte Folgerung, sondern lediglich als kostenpolitische Setzung zu bewerten. Die Frage, ob die hierfür herangezogenen kassenseitigen Abrechnungsdaten eine solche Aussage überhaupt tragen können, wird nachfolgend gesondert aufgegriffen.

#### 4. Datengrundlage: Verwendung und Aussagekraft kassenseitiger Abrechnungsdaten

Ein methodisch zentraler Punkt betrifft die Datengrundlage, auf die die Kommission ihre Empfehlung zur Abschaffung der versorgungsbezogenen Pauschalen stützt. Die Kommission verweist ausdrücklich auf stichprobenartige Analysen des AOK-Bundesverbands auf Basis von Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V. Diese Analysen hätten der Kommission vorgelegen und zeigten nach Darstellung des Berichts keine wesentlichen Unterschiede im Therapieaufbau der Blankoverordnung gegenüber Verordnungen nach § 125 SGB V, weder bei Auswahl und

Kombination noch bei der Frequenz der Leistungen; Unterschiede zeigten sich lediglich in den Mengen.

Aus Sicht des BED ist bereits die methodische Aussagekraft dieser Datengrundlage klärungsbedürftig. Abrechnungsdaten können grundsätzlich zeigen, welche Leistungen abgerechnet wurden, in welchem Umfang Leistungen in Rechnung gestellt wurden und welche Ausgaben hieraus entstanden sind. Sie bilden aber nur begrenzt ab, welcher fachliche, organisatorische, dokumentarische und koordinierende Aufwand im Rahmen der erweiterten Versorgungsverantwortung tatsächlich entsteht.

Diese methodische Grenze ist für die Bewertung der versorgungsbezogenen Pauschale entscheidend. Die Pauschale vergütet nicht zusätzliche Therapiezeit und auch nicht lediglich eine einmalige Therapieplanung zu Beginn der Versorgung. Sie bezieht sich auf verordnungsbezogene Steuerungs-, Koordinations- und Dokumentationsaufwände im Rahmen einer Versorgungsform, in der die konkrete Ausgestaltung des Behandlungsverlaufs stärker auf die Therapeut\*innen verlagert wird. Ob solche Aufwände entstehen, in welchem Umfang sie entstehen und ob sie mit der Versorgung nach § 125 SGB V vergleichbar sind, lässt sich aus Abrechnungsdaten allein nicht belastbar ableiten.

Der Zwischenbericht zur Blankverordnung weist für die dort zugrunde gelegten Schnellinformationen ausdrücklich darauf hin, dass Aussagen zur Bedarfsgerechtigkeit, Behandlungsqualität, Ergebnisqualität oder Angemessenheit einzelner Versorgungsverläufe daraus nicht ableitbar sind. Die Daten ermöglichen lediglich eine quantitative Beschreibung der Inanspruchnahme, Mengenentwicklung und Ausgabenentwicklung innerhalb der betrachteten ergotherapeutischen Heilmittelversorgung. Auch Rückschlüsse auf finanzielle Auswirkungen in anderen Leistungsbereichen, auf mögliche Folgekosten, Einsparungen oder gesamtversorgungsbezogene Effekte sind aus diesen Schnellinformationen nicht möglich. Zudem handelt es sich um ungeprüfte Abrechnungsdaten nach § 302 SGB V.

Diese Einschränkungen gelten erst recht, wenn nicht die regulären, gemeinsam zugänglichen HIS-Auswertungen, sondern kassenseitige Stichprobenanalysen als Grundlage für eine bundesgesetzliche Empfehlung herangezogen werden. Aus Sicht des BED können solche Analysen allenfalls Hinweise auf prüfbedürftige Entwicklungen liefern. Sie ersetzen jedoch keine transparente, gemeinsam überprüfbare und methodisch nachvollziehbare Evaluation einer neuen Versorgungsform.

Besonders problematisch ist, wenn aus äußerlich ähnlichen Abrechnungsmerkmalen auf eine fehlende substantielle Differenz der Versorgung geschlossen wird. Dass bestimmte Heilmittel in beiden Versorgungsformen ähnlich häufig vorkommen oder dass Behandlungstermine in bekannten Zeitkorridoren liegen, belegt nicht, dass die zugrunde liegende Versorgungssteuerung identisch ist.

Die Flexibilität der Blankverordnung zeigt sich nicht nur in der Länge einzelner Termine. Sie zeigt sich auch in der Frequenzgestaltung, der Anpassung des Versorgungsverlaufs, der Reaktion auf Symptomschwankungen, der Kombination zulässiger Heilmittel, der Einbindung des häuslichen und sozialen Umfelds sowie der Möglichkeit, die Versorgung innerhalb der Gültigkeitsdauer bedarfsgerecht zu steuern. Genau diese Aspekte sind aus reinen Abrechnungsdaten nur eingeschränkt oder gar nicht erkennbar.

Auch die Annahme, Unterschiede zeigten sich lediglich in den Mengen, trägt die Empfehlung zur Abschaffung der Pauschale nicht. Mengenunterschiede können im System der Blankoverordnung verschiedene Ursachen haben. Eine Blankoverordnung bildet einen Versorgungszeitraum von bis zu 16 Wochen ab und ist daher methodisch nicht ohne Weiteres mit einem klassischen Verordnungsblatt nach § 125 SGB V gleichzusetzen. Zudem können patient\*innenindividuelle Frequenzentscheidungen, Verlaufsanpassungen, besondere Versorgungskonstellationen, langfristiger Heilmittelbedarf, besonderer Verordnungsbedarf, Hausbesuche, Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld sowie die konkrete Terminstruktur Einfluss auf Ausgaben und Mengen haben. Eine belastbare Bewertung setzt daher voraus, diese Faktoren differenziert zu betrachten.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, in welcher Form die AOK-Analysen der Kommission vorlagen, ob sie aggregiert, anonymisiert oder in anderer Weise aufbereitet waren, auf welcher Rechtsgrundlage sie für diesen Zweck verwendet wurden und ob die Zweckbindung der sozialrechtlichen Datenverarbeitung eingehalten wurde. Der BED behauptet an dieser Stelle nicht, dass die Datennutzung rechtswidrig war. Gerade weil die Empfehlung der Kommission aber auf dieser kassenseitigen Stichprobe aufbaut, muss die Datengrundlage vollständig transparent gemacht werden.

Erforderlich wäre mindestens die Offenlegung der Stichprobengröße, der Auswahlkriterien, der eingeschlossenen Zeiträume, der berücksichtigten Heilmittelbereiche, der Diagnosegruppen, des LHB- und BVB-Status, der regionalen Verteilung, der Vergleichsgruppen, der berücksichtigten Leistungsbestandteile, des Aggregationsgrades, der Auswertungsmethodik und der Limitationen. Ebenso müsste offengelegt werden, ob und wie Terminstruktur, Frequenzveränderungen, Verlaufsanpassungen, Koordinationsaufwände, Dokumentationsanforderungen, Prüfrisiken und besondere Versorgungskonstellationen berücksichtigt wurden. Ohne diese Informationen lässt sich nicht beurteilen, ob die Daten geeignet sind, eine Aussage über die Entbehrlichkeit der versorgungsbezogenen Pauschale zu tragen.

Hinzu kommt die institutionelle Perspektive. Bei den herangezogenen Analysen handelt es sich nach Darstellung der Kommission um Auswertungen eines unmittelbar finanzierungsbetroffenen Kostenträgers. Krankenkassen können und müssen Abrechnungsdaten im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Ausgabenbeobachtung auswerten. Werden solche Auswertungen jedoch zur Begründung struktureller Eingriffe in eine gesetzlich eingeführte Versorgungsform oder in schiedsstellenfestgesetzte Vergütungsbestandteile genutzt, sind besondere Anforderungen an Transparenz, Nachvollziehbarkeit und methodische Kontrolle zu stellen.

Ohne Offenlegung von Stichprobe, Auswahlkriterien, Datenaufbereitung, Auswertungsmethodik, Aggregationsgrad, Zweckbindung und rechtlicher Grundlage kann aus Sicht des BED nicht belastbar beurteilt werden, ob diese Daten geeignet waren, eine bundesgesetzliche Empfehlung zur Abschaffung einer schiedsstellenfestgesetzten Vergütungsposition zu tragen. Eine nicht vollständig nachvollziehbare kassenseitige Stichprobenanalyse kann eine gemeinsame, transparente und versorgungsbezogene Evaluation der Blankoverordnung nicht ersetzen.

Die Kommission hätte daher nicht allein auf kassenseitige Abrechnungsdaten abstellen dürfen, sondern prüfen müssen, ob die mit der Pauschale vergüteten Aufwände tatsächlich nicht entstehen oder ob sie lediglich in der verwendeten Datengrundlage nicht sichtbar werden. Genau diese Differenz ist entscheidend. Aus dem Umstand, dass Abrechnungsdaten bestimmte

Mehraufwände nicht abbilden, folgt nicht, dass diese Mehraufwände nicht bestehen. Eine solche Schlussfolgerung wäre methodisch unzulässig.

Aus Sicht des BED kann die Empfehlung zur Abschaffung der versorgungsbezogenen Pauschalen daher nicht auf die bisher beschriebene Datengrundlage gestützt werden. Bevor ein zentraler Vergütungsbestandteil einer neuen, gesetzlich gewollten Versorgungsform gestrichen wird, bedarf es einer transparenten und gemeinsam überprüfbaren Auswertung der tatsächlichen Steuerungs-, Dokumentations-, Koordinations- und Prüfaufwände. Dazu gehört auch eine Bewertung der Frage, ob die mit § 125a SGB V verbundene erweiterte Versorgungsverantwortung ohne eine entsprechende wirtschaftliche Abbildung der dadurch entstehenden Aufwendungen praktisch tragfähig umgesetzt werden kann.

## 5. Eingriff in Selbstverwaltung und Schiedsstellenentscheidung

Die versorgungsbezogene Pauschale wurde nicht außerhalb der gesetzlichen Systematik eingeführt. § 125a SGB V weist die Ausgestaltung der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausdrücklich dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer zu. Gegenstand dieser Verträge ist eine Versorgungsform, bei der Heilmittelerbringer auf Grundlage der ärztlich festgestellten Diagnose und Indikation selbst über Auswahl und Dauer der Therapie sowie Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können.

Kommt es zu keiner Einigung, ist das Schiedsstellenverfahren Teil dieses gesetzlich vorgesehenen Ausgleichsmechanismus. Die hier betroffene versorgungsbezogene Pauschale wurde im Rahmen dieses Systems durch Schiedsspruch festgesetzt. Der GKV-Spitzenverband bestätigt in seiner Stellungnahme selbst, dass die erstmalige versorgungsbezogene Pauschale in der Ergotherapie gegen seine Auffassung von der Schiedsstelle festgesetzt wurde und begrüßt ausdrücklich deren Streichung.

Die Empfehlung der Kommission greift damit nicht lediglich in eine einzelne Vergütungsposition ein. Sie stellt nachträglich eine tragende Abwägungsentscheidung des gesetzlich vorgesehenen Selbstverwaltungs- und Schiedsstellenverfahrens infrage. Besonders problematisch ist dies, weil die Pauschale gerade die besondere Versorgungsverantwortung abbildet, die der Gesetzgeber mit der Blankoverordnung in die therapeutische Praxis verlagert hat.

Aus Sicht des BED stellt sich daher nicht nur eine Vergütungsfrage, sondern eine Frage der Verlässlichkeit gesetzlich vorgesehener Selbstverwaltungsprozesse. Wenn ein neues Versorgungsmodell über Jahre verhandelt, durch Schiedsspruch ausgestaltet und kurz darauf an zentraler Stelle politisch wieder entwertet wird, entsteht ein Vertrauensschaden. Dieser betrifft nicht nur die Ergotherapie, sondern die Bereitschaft der Heilmittelerbringer insgesamt, Verantwortung in neuen Versorgungsformen zu übernehmen.

## 6. Versorgungsfolgen: Gesetzlicher Anspruch ersetzt keine reale Versorgungskapazität

Die Kommission erwartet bei der Streichung der Vergütungszuschläge keine unmittelbaren negativen Auswirkungen auf die Versorgung. Zur Begründung führt sie aus, die bestehenden Versorgungsstrukturen sowie der Zugang zur Heilmittelversorgung mit erweiterter

Versorgungsverantwortung blieben unberührt. Art, Umfang und Dauer therapeutischer Maßnahmen würden nicht normativ eingeschränkt; der gesetzliche Leistungsanspruch, die Indikationsstellung und der therapeutische Handlungsspielraum blieben unverändert. Zugleich stellt die Kommission fest, dass die Maßnahme zu Belastungseffekten auf Ebene der Leistungserbringer führt, weil vergütungsbezogene Zuschläge entfallen, ohne dass Leistungsanspruch oder Versorgungsumfang reduziert werden.

Genau hierin liegt aus Sicht des BED der zentrale methodische Fehler. Versorgung entsteht nicht allein durch einen gesetzlichen Leistungsanspruch. Versorgung entsteht nur dann, wenn Praxen wirtschaftlich tragfähig arbeiten können, wenn ausreichend Fachkräfte verfügbar sind, wenn spezialisierte Versorgungsangebote erhalten bleiben und wenn Patientinnen und Patienten diese Versorgung tatsächlich in Anspruch nehmen können.

Wenn Leistungserbringende belastet werden, ohne dass Leistungsanspruch oder Versorgungsumfang reduziert werden, entsteht nicht automatisch Versorgungskonstanz. Vielmehr steigt das Risiko, dass Praxen wirtschaftlich reagieren müssen: durch Einschränkung besonders aufwändiger Versorgungsleistungen, durch geringere Beteiligung an neuen Versorgungsformen, durch Rückzug aus Spezialisierungen, durch Personalabbau, durch verlängerte Wartezeiten oder durch Aufgabe von Praxisstandorten.

Für die Ergotherapie fehlen bislang belastbare öffentliche Daten dazu, ob die bestehenden Versorgungsbedarfe tatsächlich gedeckt werden. Insbesondere liegen aus unserer Sicht keine hinreichend transparenten Daten zu tatsächlichen Versorgungsquoten, Wartezeiten, nicht eingelösten Verordnungen, regionalen Versorgungslücken und abgebrochenen oder nicht begonnenen Therapien vor. Sollte die Kommission über solche Daten verfügen, bitten wir um Offenlegung.

## 7. Schwerpunktpraxen, Handrehabilitation und komplexe Versorgungsleistungen

Besonders deutlich wird die methodische Schwäche bei spezialisierten ergotherapeutischen Schwerpunktpraxen, etwa im Bereich der Handrehabilitation. Die Blankverordnung in der Ergotherapie bezieht sich unter anderem auf die Diagnosegruppe SB1, also Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen.

Gerade in solchen Schwerpunktpraxen zeigt sich, dass der zusätzliche Aufwand einer Blankverordnung nicht zwingend in einer bloßen Veränderung der abgerechneten Heilmittelpositionen sichtbar wird. Der besondere Aufwand liegt häufig in der fachlichen Steuerung komplexer Behandlungsverläufe, in der Anpassung von Frequenz und Dauer, in Verlaufskontrollen, Schienenversorgung, Beratung, Dokumentation, Abstimmung mit Verordnenden oder Operateurinnen und Operateuren sowie in der therapeutischen Entscheidung, wann eine Versorgung intensiviert, reduziert, umgestellt oder beendet werden muss.

Diese Tätigkeiten sind versorgungsrelevant, aber in Abrechnungsdaten nur eingeschränkt sichtbar. Eine durchschnittliche Betrachtung des Therapieaufbaus kann verdecken, dass bestimmte Praxen überdurchschnittlich viele komplexe Fälle versorgen und dabei eine spezialisierte Versorgungsstruktur sichern, die regional nicht beliebig ersetzbar ist.

Für Patientinnen und Patienten kann dies erhebliche Bedeutung haben. In der Handrehabilitation geht es häufig um Funktionsfähigkeit, Selbstversorgung, Arbeitsfähigkeit, Schmerzreduktion, Belastbarkeit und Teilhabe im Alltag. Wird die wirtschaftliche Grundlage solcher Schwerpunktversorgung geschwächt, besteht das Risiko, dass Praxen komplexe, zeit- und abstimmungsintensive Versorgungsleistungen seltener übernehmen, die Blankoverordnung zurückhaltender nutzen oder Spezialisierungen wirtschaftlich nicht weiter ausbauen.

Der BED hat diese Problematik auch öffentlich benannt: Gerade Praxen mit komplexen, langdauernden und abstimmungsintensiven Verläufen tragen den zusätzlichen Steuerungsaufwand täglich im Versorgungsalltag; wenn dieser Teil künftig nicht mehr eigenständig vergütet wird, wird die Blankoversorgung für Praxen riskanter.

Diese Risiken lassen sich nicht dadurch entkräften, dass der gesetzliche Leistungsanspruch formal bestehen bleibt. Ein Anspruch auf Versorgung sichert noch keine reale, erreichbare und fachlich spezialisierte Versorgungskapazität. Gerade deshalb hätte die Kommission prüfen müssen, ob ihre Empfehlungen Schwerpunktpraxen, komplexe Fallgruppen und spezialisierte Versorgungsstrukturen unterschiedlich treffen.

## 8. Besondere Schutzanforderungen bei psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten

Besonders schwer wiegt die methodische Verkürzung auch deshalb, weil die Blankoversorgung in der Ergotherapie nicht nur somatische, sondern ausdrücklich auch psychische Erkrankungen umfasst. Die Ergotherapie-Blankoverordnung umfasst die Diagnosegruppen PS3 und PS4 sowie SB1.

Gleichzeitig bestimmt § 27 SGB V, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

Aus Sicht des BED hätte die Kommission daher gesondert prüfen müssen, ob der Wegfall versorgungsbezogener Pauschalen, steigende Zuzahlungen und begrenzte Vergütungsentwicklung gerade für psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten besondere Zugangs- und Versorgungsrisiken auslösen.

Psychisch erkrankte Menschen können in besonderer Weise auf niedrigschwellige, kontinuierliche, flexible und therapeutisch gut gesteuerte Versorgungsverläufe angewiesen sein. Wird die wirtschaftliche Grundlage dieser Steuerungsverantwortung geschwächt und zugleich die Eigenbeteiligung erhöht, kann dies die Versorgung gerade derjenigen Patientengruppen treffen, für die das SGB V ausdrücklich besondere Rücksicht verlangt.

## 9. Kumulative Belastung: Pauschalen, Vergütungsbegrenzung und Zuzahlungen dürfen nicht isoliert bewertet werden

Die Bewertung der Versorgungsauswirkungen darf nicht isoliert auf einzelne Maßnahmen beschränkt bleiben. Die Empfehlungen und die politische Umsetzung betreffen den Heilmittelbereich kumulativ: versorgungsbezogene Pauschalen sollen gestrichen werden, Vergütungssteigerungen sollen wieder stärker an die Grundlohnrate gebunden werden, zugleich

sollen Zuzahlungen erhöht und dynamisiert werden.

Der GKV-Spitzenverband fordert darüber hinaus, dass solche Pauschalen weder in Verträgen nach § 125a SGB V noch in Verträgen nach § 125 SGB V vereinbart werden können sollen. Der BED hat öffentlich darauf hingewiesen, dass damit die Stoßrichtung eindeutig wird: mehr Verantwortung für Praxen, aber weniger eigenständige Vergütung und weniger wirtschaftlicher Spielraum.

Aus Sicht des BED ist deshalb nicht belastbar, wenn die Kommission negative Versorgungseffekte nur deshalb verneint, weil der formale Leistungsanspruch bestehen bleibt. Maßgeblich ist, ob Versorgung unter den veränderten wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen tatsächlich stattfindet. Dies gilt erst recht in einer alternden Gesellschaft mit steigendem Rehabilitations-, Teilhabe- und Unterstützungsbedarf.

## 10. Zusammenfassende Fragen an die FinanzKommission Gesundheit

Vor diesem Hintergrund bittet der BED die FinanzKommission Gesundheit um eine schriftliche Stellungnahme und methodische Nachprüfung zu folgenden Fragen:

1. Welche Datengrundlagen wurden für die Bewertung der Versorgungsauswirkungen im Heilmittelbereich konkret herangezogen?
2. Welche heilmittelbereichsspezifischen Analysen liegen der Einstufung der Abschaffung versorgungsbezogener Pauschalen als Kategorie A zugrunde?
3. Welche Daten wurden genutzt, um mögliche Auswirkungen auf Zugang, Versorgungskontinuität, Patient\*innenverhalten, Praxiswirtschaftlichkeit, Spezialisierung und Fachkräftebindung zu bewerten?
4. Warum wurde die Abschaffung der versorgungsbezogenen Pauschalen empfohlen, obwohl die Schiedsstelle die besondere Versorgungsverantwortung ausdrücklich anerkannt, tragfähig begründet und in der Vergütungsstruktur entsprechend berücksichtigt hat?
5. Wurde bei der Bewertung berücksichtigt, dass die versorgungsbezogene Pauschale gerade nicht als mengensteigernde Vergütung je Termin, sondern einmalig je Verordnung ausgestaltet wurde?
6. Welche konkreten Tätigkeiten der erweiterten Versorgungsverantwortung wurden in der Auswertung berücksichtigt, insbesondere Steuerung des Behandlungsverlaufs, Verlaufskontrolle, Dokumentation, Beratungsaufwand und interprofessionelle Abstimmung?
7. Warum wurden kassenseitige Stichprobenanalysen als hinreichende Grundlage gewertet, obwohl die gesetzlich vorgesehene Berichterstattung zur Blankoverordnung nach § 125a Abs. 6 SGB V eine differenzierte gemeinsame Auswertung ermöglichen soll?
8. Auf welcher Rechtsgrundlage wurden die AOK-Abrechnungsdaten für die Beratung der Kommission verwendet und in welcher Form lagen diese Daten vor?
9. Wurde die sozialdatenschutzrechtliche Zweckbindung der Datennutzung geprüft und, falls ja, durch welche Stelle?
10. Warum wurde die historische Schieflage der Zuzahlungen im Heilmittelbereich nicht zum Anlass genommen, eine Harmonisierung und Begrenzung der Zuzahlungsregelung zu empfehlen?

11. Wurde die besondere Situation der Blankoversorgung berücksichtigt, in der Patientinnen und Patienten zu Beginn der Behandlung über eine möglicherweise variierende Zuzahlungshöhe informiert werden müssen?
12. Welche Daten belegen, dass höhere und dynamisierte Zuzahlungen im Heilmittelbereich nicht zu verzögertem Therapiebeginn, Nichtinanspruchnahme, Therapieabbrüchen oder verkürzten Behandlungsverläufen führen?
13. Welche konkreten Daten belegen, dass bestehende Versorgungsbedarfe in der Ergotherapie aktuell gedeckt werden?
14. Welche Daten belegen, dass spezialisierte ergotherapeutische Versorgungsstrukturen, etwa im Bereich der Handrehabilitation, durch die empfohlenen Maßnahmen nicht gefährdet werden?
15. Wurde § 27 SGB V mit seiner besonderen Schutzanforderung für psychisch kranke Menschen ausdrücklich berücksichtigt?
16. Wurde gesondert geprüft, ob psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten durch höhere Zuzahlungen, wirtschaftlichen Druck auf Praxen und Wegfall der versorgungsbezogenen Pauschale besonders betroffen sein können?
17. Wurde geprüft, ob erhöhte Zuzahlungen, der Wegfall versorgungsbezogener Pauschalen und begrenzte Vergütungsentwicklung zusammen zu kumulativen Versorgungsrisiken führen?
18. Wie bewertet die Kommission den Umstand, dass eine gesetzlich vorgesehene Schiedsstellenentscheidung nach kurzer Laufzeit durch gesetzgeberische Empfehlung wieder entwertet werden soll?
19. Welche Auswirkungen erwartet die Kommission auf die Bereitschaft der Praxen, neue Versorgungsformen mit erweiterter Verantwortung künftig mitzutragen?

Bis zur Beantwortung dieser Fragen hält der BED die Empfehlungslage im Heilmittelbereich für nicht hinreichend belastbar. Wir bitten die Kommission daher, die betreffenden Empfehlungen methodisch zu überprüfen und gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Gesetzgeber klarzustellen, dass insbesondere Aussagen zu fehlenden negativen Versorgungseffekten derzeit nicht mit der erforderlichen Sicherheit getroffen werden können.


Der BED steht für einen fachlichen Austausch jederzeit zur Verfügung. Unser Anliegen ist nicht, notwendige Finanzierungsdebatten zu blockieren. Unser Anliegen ist, dass Eingriffe in die Heilmittelversorgung auf einer transparenten, vollständigen und versorgungsrealistischen Grundlage zu erfolgen haben und zudem die Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft zu berücksichtigen sind.

Therapeutische Versorgung ist kein Kostenblock. Sie sichert Selbstständigkeit, Erwerbsfähigkeit, Teilhabe, Pflegevermeidung sowie Rehabilitation und hat positive Effekte auf die Gesamtwirtschaft. Wer an dieser Versorgung spart, ohne reale Zugangs-, Struktur- und Folgekosten und gesamtwirtschaftliche Effekte sauber zu prüfen, riskiert Schäden, die in der kurzfristigen Finanzbetrachtung nicht sichtbar werden.

Mit den besten Grüßen

BED e.V. Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene

Geschäftsführender Vorstand



Christine Donner  
Diplom-Betriebswirt

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