



Berlin, den 13.05.2016

„Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden“ – Ein Zwischenstand

Im März 2015 wurde das Arbeitspapier von Dr. Roy Kühne zur Situation der Heilmittelerbringer einstimmig von der Arbeitsgruppe für Gesundheit als offizielles Positionspapier der CDU/CSU Fraktion im Deutschen Bundestag angenommen. Das in der Fachwelt und in den Medien viel beachtete Positionspapier ist ein Erfolg für die Heilmittelerbringer, weil dadurch die vielschichtigen Problemfelder in diesem Bereich deutlich sichtbar gemacht wurden.

Das Thema, welches im Koalitionsvertrag keine wesentliche Rolle gespielt hat, konnte durch das Positionspapier in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht werden und fand im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erste Berücksichtigung. Im Folgenden soll nun ein kurzer Zwischenstand aufzeigen, welche Verbesserungen für die Heilmittelerbringer bereits erzielt werden konnten und an welchen wichtigen Punkten weiterhin gearbeitet werden muss.

I. Was bisher umgesetzt wurde:

a) Preisangleichung zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen

In § 125 Absatz 3 SGB V heißt es dazu:

*„Untergrenze für die **in den Jahren 2016 bis 2021** nach Absatz 2 zu vereinbarenden Höchstpreise ist der Betrag, der sich jeweils aus dem niedrigsten Preis zuzüglich zwei Drittel der Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis des betreffenden Landes ergibt. Bei der Ermittlung der niedrigsten und der höchsten Preise sind diejenigen Höchstpreise zu berücksichtigen, die zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit Verbänden der Leistungserbringer vereinbart wurden. Die Vertragspartner auf Kassenseite melden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich zum 1. April die zu diesem Zeitpunkt gültigen Preise.*

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermittelt daraus für jedes Land die Untergrenze nach Satz 1 und teilt diese sowie den höchsten Preis den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 auf Anfrage mit. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, wenn sie erforderlich sind, um die Untergrenze nach Satz 1 zu erreichen. Die Sätze 1 bis 5 gelten nur für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen.“

Die angestrebte Angleichung der Heilmittelpreise zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ab dem nächsten Jahr ist ein erster kleiner Schritt zur Verbesserung der Vergütungssituation im Heilmittelbereich. Erste Zahlen weisen **ca. 55 Mio. Euro** an Mehrausgaben für die Heilmittelerbringer für 2016 aus und bis zu **70 Mio. Euro bis 2021**. Allerdings ist das nur ein Tropfen auf den heißen Stein, wenn man sich die Vergütungssteigerungen in anderen Bereichen anschaut und das Niveau der Vergütung im Heilmittelbereich kennt.

In einigen Regionen, vor allem in Ostdeutschland, wird die Angleichung dennoch zu Vergütungserhöhungen führen. Die Angleichung wird dadurch geschehen, dass eine gesetzliche Preisuntergrenze für das jeweilige Bundesland festgelegt wird.



Referenzwert ist dort der niedrigste Preis bei einer Leistungsposition plus zwei Drittel der Differenz zum höchsten Preis. Geht man also von 10 Euro als niedrigstem Preis und von 16 Euro als höchstem Preis aus, so liegt die Preisuntergrenze bei 14 Euro.

Auf welche Preise sich die Vertragspartner in der Spanne zwischen Untergrenze und höchstem Preis letztlich einigen, liegt in ihrer Verhandlungsmacht. Die Grundlohnsumme darf an dieser Stelle sogar übertroffen werden, damit eine entsprechende Angleichung überhaupt durchführbar ist.

b) Retaxierungen von Heilmittelverordnungen durch die Krankenkassen

In § 73 Absatz 8 SGB V heißt es dazu:

*„Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte **ab dem 1. Januar 2017** nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 enthalten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 bis zum 31. Januar 2016 zu vereinbaren.“*

Diese Veränderungen sollen zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen, verordnenden Ärztinnen und Ärzten und den Heilmittelerbringern beitragen und sicherstellen, dass formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung vermieden werden und Rechnungskürzungen nur in berechtigten Fällen erfolgen. Insbesondere müssen durch die Praxissoftware eine heilmittelrichtlinienkonforme Verordnung und die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet sein.

Darüber hinaus werden in den Rahmenempfehlungen für die Verträge zwischen Heilmittelerbringern und Krankenkassen (**§ 125 Absatz 1 Satz 4 Nummer 3a SGB V**) einheitliche Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen aufgenommen. Insbesondere die Pflichten der Leistungserbringer sowie Korrekturmöglichkeiten, Korrekturform und Korrekturzeitpunkt der Abrechnungen bei den Kostenträgern sind darin festgelegt. Die Regelung soll sicherstellen, dass Nullretaxationen aufgrund rein formaler Fehler bei der Ausstellung der Verordnung durch den Arzt unterbunden werden, sowie Rechnungskürzungen der Krankenkassen nur in berechtigten Fällen erfolgen dürfen und Nullretaxationen ohne Korrekturmöglichkeiten ausbleiben.

c) Neue Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf

In § 32 Absatz 1a SGB V heißt es dazu:

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt **bis zum 30.06.2016** in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. Ist in der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge **innerhalb von vier Wochen** zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Information unterbrochen.“*



Dr. Roy Kühne

Mitglied des Deutschen Bundestages
Berichterstatter Heil- und Hilfsmittel

Das derzeitige Verfahren der Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf wird von Vielen als hochkomplex und bürokratisch wahrgenommen. Dies führt dazu, dass bestehende Möglichkeiten, Heilmittel auch ohne vorherige Genehmigung langfristig in Anspruch zu nehmen, vielfach nicht wahrgenommen werden und der vom Gesetzgeber angestrebte Entlastungseffekt nicht erreicht wird. Änderungen in der Heilmittelrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sollen das Verfahren nun einfacher und schneller machen, so dass eindeutig geklärt werden kann, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt. Dies kann beispielsweise anhand einer Diagnoseliste erfolgen.

c) Modellvorhaben für Ergotherapeuten werden ermöglicht

In § 63 Absatz 3b SGB V heißt es dazu:

"Satz 2 gilt im Bereich ergotherapeutischer Behandlungen entsprechend für Ergotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Ergotherapeutengesetzes."

Das bedeutet konkret, dass es den Krankenkassen, wie im Bereich der Physiotherapie nun auch im Bereich der Ergotherapie, ermöglicht wird, Modellvorhaben zu vereinbaren, in denen abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorgesehen werden kann, dass die Ergotherapeuten über die Auswahl und die Dauer der vom Arzt verordneten Therapie einschließlich der Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden dürfen (**Blankoverordnung**).

e) Zugang zur Telematik-Infrastruktur (elektronische Gesundheitskarte) perspektivisch für alle Nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe öffnen

Wie im eHealth Gesetz angekündigt, werden auch die Heilmittelerbringer und andere Angehörige der nicht-approbierten Gesundheitsberufe (z. B. Pflege) perspektivisch die Telematikinfrastruktur nutzen können. Bei der ersten deutschlandweiten Testphase werden diese Gruppen allerdings noch nicht eingebunden.

Die **Gesellschaft für Telematik (gematik)** soll die dafür notwendigen organisatorischen und technischen Rahmenbedingungen schaffen und ein Regelwerk für die Aufnahme weiterer Nutzer und Anwendungen in die Telematikinfrastruktur erarbeiten.

II. Was noch umgesetzt werden muss:

a) Vergütung der Heilmittelerbringer von der Grundlohnrate entkoppeln

Leider konnte dieser entscheidende Baustein für die Verbesserung der Situation im Heilmittelbereich bisher noch nicht umgesetzt werden. Das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wäre ein richtiger Zeitpunkt gewesen. Die Angleichung der Heilmittelpreise wurde stattdessen im GKV-VSG aufgenommen. Die Gründe dafür sind vielfältig, wenn auch nicht in Gänze nachvollziehbar. So wird nach wie vor die Beitragssatzstabilität als Argument angeführt, warum die Koppelung an die Grundlohnrate weiterhin besteht. Die Heilmittelerbringer sind aber im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen in der GKV nicht die Preistreiber im Gesundheitswesen.



Dr. Roy Kühne

Mitglied des Deutschen Bundestages

Berichterstatler Heil- und Hilfsmittel

Ein weiterer Versuch wurde im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum eHealth Gesetz unternommen. Leider konnte man sich hier mit dem Koalitionspartner nicht auf eine gemeinsame Position einigen.

Wir werden deshalb diese Kernforderung in dieser Legislaturperiode immer wieder auf die Tagesordnung setzen und auf die bedrohliche Situation im Heilmittelbereich hinweisen. Die Gesundheitspolitik ist für das Thema sensibilisiert und wir werden alles daran setzen hier zeitnah eine Lösung zu erzielen.

b) Ausbildungsstandards und Qualifikation anheben

Eine bessere Vergütung muss unserer Ansicht nach zwingend zusammen mit einer umfassenden Ausbildungsreform umgesetzt werden. Hier kommt es darauf an, die Therapeuten in den einzelnen Heilberufen für die veränderten und die zukünftigen Versorgungsbedarfe adäquat auszubilden. Ausbildungsordnungen aus den Neunzigerjahren können diese Anforderungen nicht mehr abdecken.

Nur umfassend qualifizierte Therapeuten können sich an neuen Versorgungsformen wie der Blankverordnung oder einem Direktzugang beteiligen. Die verbesserte Ausbildung und die Therapieverantwortung sind weitere Bausteine, um das Berufsbild des Therapeuten generell wieder attraktiver für junge Menschen zu machen. Damit verbunden sein muss aber auch eine Abschaffung des Schulgeldes. In einem Land, in dem durch den demografischen Wandel sowohl Fachkräfte fehlen als auch die Versorgung einer alternden Bevölkerung immer schwieriger wird, ist die Zahlung von Schulgeld nicht mehr zeitgemäß. Nur eine grundsätzliche Ausbildungsreform, gemeinsam mit den übrigen Gesundheitsfachberufen, kann den rückläufigen Ausbildungszahlen entgegenwirken. Aufgrund der angestrebten Ausbildungsreform in der Pflege, wird eine Ausbildungsreform im Heilmittelbereich wohl erst in der nächsten Legislaturperiode nach 2017 möglich sein.

c) Blankverordnung umsetzen - Direktzugang für qualifizierte Therapeuten prüfen

Die Forderung im Positionspapier nach einer perspektivischen Zulassung des Direktzugangs der Patienten zum Therapeuten muss als langfristiges Ziel gesehen werden. Hier gilt es noch einmal zu betonen, dass ein Direktzugang nur mit entsprechend qualifizierten Therapeuten möglich ist. Als Zwischenschritt ist aber die sogenannte Blankverordnung anzusehen. Dieses Versorgungskonzept wird derzeit in einem Modellversuch in Berlin und Brandenburg in der Praxis erprobt. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen bereits die positiven Effekte für die Patientenversorgung und ein mögliches Einsparpotential für die GKV, etwa durch Substitution von ärztlichen Leistungen oder die Vermeidung teurer Therapieformen.

Die Ergebnisse der Modellversuche beider Versorgungskonzepte werden Ende 2015 bzw. Mitte 2016 vorliegen. Wir werden diese in der Arbeitsgruppe für Gesundheit dann erneut diskutieren und überlegen, in wie weit man diese Modelle möglichst schnell in die Regelversorgung überführen kann.

d) Arbeitsbedingungen den Versorgungsgegebenheiten anpassen

Hier werden wir noch einmal verstärkt darauf hinweisen, dass eine Vorhaltung von Praxisräumen für jeden angestellten Therapeuten nicht mehr den tatsächlichen Arbeitsabläufen in der täglichen Arbeit entspricht. Hier muss der GKV-Spitzenverband die Zulassungskriterien dringend überarbeiten.