

SPITZENVERBAND DER HEILMITTELVERBÄNDE E.V. |
Postfach 210 280 | 50528 Köln

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Ma01.pa14@bundestag.de

Köln, 25. November 2016

Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV) e.V.

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz – HHVG)
BT-Drucksache 18/10186**

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
**Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur
Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen
BT-Drucksache 18/8399**

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
**Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen
BT-Drucksache 18/10247**

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

vielen Dank für die Einladung zur Anhörung zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Als maßgebliche Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer nehmen wir hierzu wie folgt Stellung:

Wir begrüßen sehr, dass nach den Verbesserungen, die das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) gebracht hat und bzw. noch bringen wird, nunmehr weitere zielgerichtete Maßnahmen zur Stärkung der Heilmittelversorgung in Angriff genommen werden; denn diese sind zwingend, um die Patientenversorgung mit Heilmitteln in der Fläche nachhaltig sicherzustellen. Damit dieses Ziel auch erreicht wird, bedarf es weiterer

Ergänzungen und Konkretisierungen zu den im Gesetzentwurf des HHVG bereits angesprochenen Maßnahmen, nämlich

- Erweiterung der Modellvorhaben um die Möglichkeit des Direktzugangs
- Sicherstellung der Finanzierung der Modellvorhaben (Abschnitt I.)
- Abkoppelung des Heilmittelbereichs von der Grundlohnsummenbindung auf Dauer, (Abschnitt II. und III.)
- Ergänzung um eine neue gesetzliche Regelung betreffend die Zertifikatspositionen Physiotherapie (Abschnitt IV.)

Im Einzelnen

I. § 64 d SGB V

Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

1. Die Berufsverbände im Heilmittelbereich begrüßen uneingeschränkt die Absicht des BMG, eine stärkere Einbindung der Heilmittelerbringer in die Versorgungsverantwortung zu erproben. Der Gesetzentwurf bleibt jedoch zum Thema Modellvorhaben hinter der einstimmigen Forderung der Bundesländer in der 89. GMK und der Stellungnahme vom 14.10.2016 des Bundesrates zurück, die eindeutig nicht nur Blankoverordnungen, sondern auch den Direktzugang für Patienten der GKV erproben wollen. Solche Studien sind in Deutschland überfällig; denn internationale Erfahrungen haben das Potential dieser Versorgungsform längst aufgezeigt: sie ermöglichen hohe Patientenzufriedenheit und hohe Effektivität bei deutlichen Einsparungen nicht zuletzt im Bereich der AU-Tage.

Die Gegenäußerung der Bundesregierung vom 2.11.2016 greift hier deutlich zu kurz und stellt zu sehr auf formalrechtliche Überlegungen ab. Wenn der Bundesrat einstimmig (!) die stärkere Versorgungsverantwortung der Heilmittelerbringer als Erprobungsziel der Modellvorhaben in den Vordergrund stellt, ist dies Indiz dafür, dass der gegebene Rechtsrahmen erlaubt, auch den Direktzugang zu erproben. Die Einzelheiten zur Ausgestaltung von Modellvorhaben zum Direktzugang und zu Blankoverordnungen können ohne weiteres dem verantwortungsvollen Umgang der GKV einerseits und der Spitzenverbände der Leistungserbringer andererseits überlassen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Entwurf des § 64 d Abs. 1 SGB V sehr viel weniger restriktiv formuliert wird. Denn die Entscheidung des BVerwG vom 26.8.2009 hat deutlich gemacht, unter welchen Voraussetzungen ein Direktzugang möglich ist. In Verbindung mit den entsprechenden Umsetzungsregelungen der Bundesländer gibt es eine gesicherte Basis für qualitätsorientierte Vereinbarung auf der Ebene der Vertragspartner. Der Schutz der Patienten ist dabei ohne weiteres

gewährleistet, wie die Erfahrungen im gelebten System des Direktzugangs beweisen: Es gibt seit der Entscheidung des BVerwG vom 26.8.2009 nicht einen einzigen Zwischenfall zu Lasten der Patienten.

Unser Mitgliedsverband IFK hat in seiner Stellungnahme vom 25.11.2016 zum Thema Modellvorhaben Direktzugang auf Erfahrungen im Ausland und wissenschaftliche Studien hierzu weiteres ausgeführt. Hierauf nehmen wir ergänzend Bezug.

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (DS 18/10247) fordert den Ausbau von Kompetenzen für Heilmittelerbringer und nimmt damit die berechtigten Anliegen unserer Branche auf.

2. Im Übrigen bedarf es auch aus der Sicht der Bundesregierung und der von ihr verfolgten Ziele einer Klarstellung in § 64 d Abs. 1 SGB V. Denn der Begriff „Indikation“ wird je nach Interessenslage unterschiedlich definiert. Wie sich aus der Begründung zur Gesetzesänderung zu Nummer 4 (§ 64 d), Seite 28 ergibt, sollen die Modellvorhaben erlauben, dass „die Physiotherapeuten und die Ergotherapeuten unter bestimmten Bedingungen selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen.“ Damit ist klargestellt, dass sich die Aufgabe des Arztes auf die Indikation im engeren Sinne beschränkt, also auf die Entscheidung, dass eine Heilmittelbehandlung bei dem gegebenen Krankheitsbild des Patienten indiziert ist, nicht mehr. Dies bedarf der Klarstellung im Gesetzentwurf. Wir schlagen hierzu vor:

§ 64 d Abs. 1 Satz 3 wie folgt zu ändern

In den Modellvorhaben ist vorzusehen, dass die Heilmittelerbringer auf der Grundlage **der Feststellung des Vertragsarztes zur Diagnose und grundsätzlichen Notwendigkeit** ~~einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und Indikation für einer~~ Heilmittelbehandlung die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten selbst bestimmen.

3. Bei den Modellvorhaben kommt es auf das Forschungssetting, also die Qualität des Designs, der Durchführung und der Evaluation an, nicht aber auf die Anzahl der Modellvorhaben. Vor diesem Hintergrund geben wir zu bedenken, ob es wirklich zielführend ist, den Auftrag, Modellvorhaben durchzuführen, auf alle Bundesländer zu erstrecken, wenn eine begrenzte Zahl genügt, um das Erprobungsziel zu erreichen.

Nach unserer Übersicht besteht sehr großes Interesse der Krankenkassen und der Berufsverbände an solchen Modellvorhaben. Damit daraus konkrete Projekte werden, wäre es sinnvoll, wenn alle den beteiligten Krankenkassen und Berufsverbänden durch die Teilnahme an und Begleitung der Modellvorhaben entstehenden Aufwendungen ausgeglichen werden (analog z.B. § 64 a Abs. 1 Satz 4 SGB V). Diese Forderung ist legitim, weil ein gesamtgesellschaftliches Interesse an der stärkeren Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe besteht, wie das BMG bereits in den Eingangssätzen (A. Problem und Ziel) der Gesetzesvorlage bestätigt.

4. Uns erschließt sich nicht, warum Vereinbarungen nach § 64 d Abs. 1 Satz 1 der Aufsichtsbehörde vorzulegen sind; § 64 d Abs. 2 Satz 2 sollte deshalb gestrichen werden. Mindestens ist klarzustellen, dass die Vereinbarungen nur informationshalber weitergeleitet werden.

II. **§ 125 Abs. 1 Satz 2 (neu) SGB V** **Aufhebung der Grundlohnsummenbindung**

Die Aufhebung der Grundlohnsummenbindung ist eine langjährige Forderung der Heilmittelverbände. Die sehr konkreten Zahlen über den Rückgang an Berufsanfängern und die kontinuierlich zurückgehende Verweildauer im Beruf zeigen den unmittelbaren Handlungsbedarf auf. Von daher ist es gänzlich unverständlich, wenn der Gesetzentwurf – in Abweichung vom Referentenentwurf – nunmehr die Abkoppelung von der Grundlohnsumme auf die Jahre 2017 bis 2019 beschränkt. Wir halten es für zwingend, dass diese Begrenzung ersatzlos entfällt. Dem Interesse der Krankenkassen mag dadurch entsprochen werden, dass dem Gesundheitsausschuss im 3-Jahreszeitraum über die Auswirkungen dieser Maßnahme berichtet wird.

1. Die Zahl der Schüler der Physiotherapie ist von 2005/2006 bis 2015/2016 um 16,6% zurückgegangen. Dies beruht auf einem Rückgang der weiblichen Bewerber um 25,7%.

Schüler der Physiotherapie in Deutschland

Schuljahrgang	Alle Schüler	Frauen	Männer
2015/2016	21.516	13.537	7.979
2014/2015	21.498	13.853	7.645
2013/2014	21.589	13.898	7.691
2012/2013	21.893	14.257	7.636
2011/2012	22.557	14.854	7.703
2010/2011	23.097	15.516	7.581
2005/2006	25.799	18.223	7.576

2. Die Zahl der Schüler der Ergotherapie ist von 2005/2006 bis 2015/2016 um 30,7% zurückgegangen. Der Rückgang bei den Männern ist mit -45% deutlich höher als bei den Frauen mit -28%.

Schüler der Ergotherapie in Deutschland

Schuljahrgang	Alle Schüler	Frauen	Männer
2015/2016	10.212	9.141	1.071
2014/2015	10.243	9.163	1.080
2013/2014	10.144	9.011	1.133
2012/2013	9.822	8.442	1.107
2011/2012	10.183	9.029	1.154
2010/2011	10.624	9.459	1.165
2005/2006	14.728	12.767	1.961

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie11, Reihe 2, Bildung, Kultur an beruflichen Schulen ohne Bremen sowie bis einschl. 2011/12 ohne Hessen

Für die Daten zu Schülern erfolgte mit dem Schuljahr 2012/13 die Umstellung von der Klassifikation der Berufe (KldB) 1992 auf die KldB 2010

3. Um Missverständnisse zu vermeiden: Die Tabellen zu 1. und 2. zeigen die Zahl aller Schüler auf, die sich in der dreijährigen

Ausbildung befinden, die folgenden Tabellen zu 4. und 5. nur den jeweiligen Prüfungsjahrgang.

4. Die Zahl der Absolventen der Physiotherapie ist allein im Zeitraum 2012 bis 2015 um 14,2% rückläufig.

Absolventen der Physiotherapie in Deutschland

Schuljahrgang	Alle Absolventen	Frauen	Männer
Abschluss 2015	5.631	3.824	1.807
Abschluss 2014	6.068	4.017	2.051
Abschluss 2013	6.186	4.254	1.932
Abschluss 2012	6.563	4.597	1.966

5. Die Zahl der Absolventen der Ergotherapie ist allein im Zeitraum 2012 bis 2015 um 32% rückläufig.

Absolventen der Ergotherapie in Deutschland

Schuljahrgang	Alle Absolventen	Frauen	Männer
Abschluss 2015	2.627	2.389	238
Abschluss 2014	2.677	2.363	284
Abschluss 2013	2.620	2.330	290
Abschluss 2012	2.790	2.554	236

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 2, Bildung, Kultur an beruflichen Schulen, ohne Bremen und bis einschl. 2010/11 ohne Hessen.

Für die Daten zu Absolventen/Abgängern erfolgte mit dem Schuljahr 2012/13 die Umstellung von der Klassifikation der Berufe (KldB) 1992 auf die KldB 2010.

6. Ursache dieser Entwicklung ist, dass der Beruf für Berufsangehörige wirtschaftlich unattraktiv geworden ist.
- a) Dies beginnt bereits mit den Kosten der Ausbildung.
- b) Insbesondere Heilmittelerbringer, die freiberuflich und/oder angestellt in der ambulanten Versorgung tätig sind, klagen über Vergütungen, die ihrer Verantwortung gegenüber den ihnen anvertrauten Patienten schon lange nicht mehr gerecht werden. Wenn die GKV demgegenüber reflexhaft auf kontinuierlich ansteigende Ausgaben im Heilmittelbereich verweist, so sind dafür nur zum deutlich kleineren Teil Vergütungserhöhungen maßgeblich, die ja bisher an die Grundlohnsumme gebunden sind, diese aber viel zu häufig nicht erreichen; maßgeblich ist vielmehr die Morbiditätsentwicklung im Rahmen einer stetig alternden Gesellschaft und damit die stetig ansteigende Zahl an Verordnungen.
7. **Von daher ist es zwingend, dass die Aufhebung der Grundlohnsummenbindung zügig zu Verhandlungsergebnissen führt mit denen beide Seiten leben können. Dies ist aber bisher nicht gewährleistet:**
- Auch bei einer Beschleunigung der Schiedsverfahren, wie sie das HHVG vorsieht (vgl. unten Ziffer III. dieser Stellungnahme), liegen aber ohne weiteres zwischen dem Tag, an dem die Verhandlungen über neue Preise scheitern, und dem Schiedsspruch neun Monate.
 - Beide Seiten haben dann die Möglichkeit, den Schiedsspruch zu beklagen, und zwar durch zwei bis drei Instanzen, also über Jahre hinweg.
 - Ein ganz aktuelles Beispiel anhand eines laufenden Verfahrens beim BSG (B 3 KR 7/16 R): Über die Revision im Klageverfahren gegen einen Schiedsspruch im Bereich der häuslichen Krankenpflege vom 23.10.2009 soll nun am 29.11.2016 entschieden werden.

Im Ernstfall bedeutet dies, dass das System der Preisfindung im Heilmittelbereich anders als vom HHVG beabsichtigt nicht flexibler wird und - vor allem - nicht in einem absehbaren und erträglichen Zeitraum zu höheren Vergütungen führt, weil die Gebührenvereinbarungen sämtlich auf der Ebene der Landesverbände (§ 125 Abs. 2 Satz 1 SGB V) abgeschlossen

werden; zwar gibt es zurzeit z.B. bei den Ersatzkassen bundesweite Gebührenvereinbarungen, die aber nicht originär auf Bundesebene angesiedelt sind, sondern auf Vollmachten der Landesorganisationen der Krankenkassen beruhen. Die Anzahl der kommenden Schiedsverfahren droht von daher auszufern.

8. Welche konkreten negativen Auswirkungen eine solche Zeitverzögerung haben kann, sei an einem konkreten Beispiel erläutert: Der Umsatzanteil der Ersatzkassen im Heilmittelbereich liegt bei etwa 40%. Den Heilmittelpraxen kann nicht zugemutet werden, im Ernstfall über einen Zeitraum von vier bis fünf Jahren auf Vergütungserhöhungen im Ersatzkassenbereich zu verzichten. Vor allem: Ob es so kommt oder nicht, liegt nicht (allein) in der Hand der Berufsverbände, die die Vergütungsverhandlungen führen; diese Gefahr ist vielmehr systemimmanent. Von daher macht es Sinn, die Verhandlungsposition der Berufsverbände der Heilmittelerbringer im Rahmen der Systematik des SGB V organisatorisch zu stärken. Dabei müssen die Regelungen des § 125 Abs. 3 SGB V, die sich bereits jetzt bewährt haben, auch weiter Bestand haben (Preisangleichungsklausel).

III. § 125 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V Beschleunigung der Schiedsverfahren

Die vom BMG vorgeschlagenen Änderungen und Konkretisierungen zum Schiedsverfahren haben sich an anderer Stelle im Bereich der Leistungserbringer bereits bewährt, weshalb wir diesen Punkt dringend unterstützen. Aus den oben unter II. dargestellten Gründen reicht diese Änderung aber nicht aus. Es bedarf vielmehr korrespondierender Maßnahmen, um das für den Heilmittelbereich gesetzte Ziel, eine flächendeckende Versorgung dauerhaft sicherzustellen, tatsächlich auch zu erreichen.

IV. Sicherung der Qualität der Weiterbildungen und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung mit Heilmitteln Hier: Zertifikatspositionen Physiotherapie

Während das BSG in mehreren Entscheidungen die Bedeutung der Zertifikatspositionen für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung mit Heilmitteln betont und die bestehenden Regelungen hierzu im Heilmittel-Katalog mehrfach bestätigt hat, sind vereinzelt Zweifel daran aufgekommen, ob die Qualitätsanforderungen an die Weiterbildung der Physiotherapeuten hinreichend gesetzlich abgesichert sind. Zu diesem Thema hat es mehrfach Gespräche mit dem BMG gegeben. Auf dieser Basis schlagen wir folgende Gesetzesänderungen vor:

a) § 92 Abs. 6 SGB V wird wie folgt ergänzt:

In den Richtlinien nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln,

1. Der Katalog verordnungsfähige Heilmittel unter Einschluss besonderer Maßnahmen in der Physiotherapie

b) § 125 Abs. 1 Ziffer 6 SGB V (neu)

6. Anforderungen an die Abgabe und Abrechnung von besonderen Maßnahmen in der Physiotherapie sowie Anforderungen an die Weiterbildungsträger/-stätten sowie die dort eingesetzten Fachlehrer

c) § 125 Abs. 4 SGB V (neu)

Zur Sicherung der Qualität der Weiterbildungen und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung mit Heilmitteln schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Ziffer 6, Abs. 6 SGB V Verträge mit den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer über Anforderungen an die Qualität der Fort- und Weiterbildungen und über eine zentrale und bundeseinheitliche Listenführung zur Prüfung und Kontrolle der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie gemäß Anlage 3 der Rahmenempfehlungen nach Abs. 1.

V. Transparenzregelungen zu Tariflöhnen bzw. Arbeitsentgelten

Der Bundesrat hat am 14.10.2016 (DS 490/16, Ziffer 3) die Forderung der Heilmittelverbände nach höherer Vergütung aufgegriffen, aber mit Transparenzforderungen zum Nachweis der tatsächlichen gezahlten Tariflöhne und Arbeitsentgelte verknüpft. Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung vom 2.11.2016 eine Prüfung dieser Forderung angekündigt.

Die Heilmittelverbände stehen einer entsprechenden Forderung nach Transparenz offen gegenüber: Hier ist nichts zu verbergen, die Zahlen sprechen für sich. Das vom Bundesrat angedachte Verfahren ist jedoch kein geeignetes Mittel, um sicherzustellen, dass den Mitarbeitern für eine bessere Vergütung bestimmte Erhöhungsanteile tatsächlich auch zufließen. Ein Beispiel: Wenn eine Gebührenvereinbarung mit der

Knappschafft nur 2% der Patienten einer Praxis betrifft, die Nachbarpraxis aber mit 1,8%, so sind die vereinbarten Auswirkungen auf das Gehaltsgefüge der Praxis nicht mehr darstellbar. Dies gilt erst recht, wenn – wie es die Regel ist – Vergütungsabschlüsse mit den Krankenkassen in unterschiedlicher Höhe zu Stande kommen.

Es wird deshalb dringend angeregt, Regelungen über mehr Transparenz im Vergütungsgefüge den Vereinbarungen der Vertragspartner zu überlassen.

VI. **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Mit dem Antrag DS 18/8399 wird ein Problem aufgegriffen, das dringend gelöst werden muss: Es fehlt eine valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern. Valide Daten hierzu werden zwingend benötigt, um eine flächendeckende Versorgung mit Heilmitteln im Interesse der Patienten auf Dauer sicherzustellen.

Mit freundlichen Grüßen



Karl-Heinz Kellermann
Vorsitzender



Heinz Christian Esser
Geschäftsführer