

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
10111 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0220(23)
gel. VB zur öAnhörung am 30.11.
2016_HHVG
25.11.2016



Per Mail: ma01.pa14@bundestag.de

Bochum, 25. November 2016

Stellungnahme des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V. zur Anhörung am 30. November 2016

zum

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
BT-Drucksache **18/10186**
- b) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen
BT-Drucksache **18/8399**
- c) 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, in der der o. a. Gesetzentwurf und die o. a. Anträge erörtert werden sollen.

In diesem Zusammenhang schließen wir uns der Stellungnahme des Spitzenverbands der Heilmittelverbände e. V. vom an, ergänzen und vertiefen die dortige Darstellung allerdings im Hinblick auf die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Fassung des § 64 d SGB V (Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung) noch um folgende Aspekte:

Demografische und damit auch morbiditätsbedingte Realitäten verändern die Anforderungen an ein modernes Gesundheitssystem eminent. Von den Akteuren des Gesundheitswesens verlangt diese gesellschaftliche Entwicklung ein deutliches Umdenken in der Arbeitsorganisation, um die Versorgung der Patienten mit Heilmitteln auch zukünftig und flächendeckend sicherstellen zu können.

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.
Gesundheitscampus-Süd 33 | 44801 Bochum | Telefon: 0234 97745-0
Fax: 0234 97745-45 | E-Mail: ifk@ifk.de | Internet: www.ifk.de

Bereits 2007 hatte der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hierzu hervorgehoben, dass in der zukünftigen Versorgung der Bevölkerung interdisziplinäre Teams, in denen die unterschiedlichen Gesundheitsberufe zusammenarbeiten, einen überragenden Stellenwert einnehmen werden. Angesichts dieser Entwicklung wird es notwendig sein, insbesondere die Heilmittelerbringer der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie stärker in die Versorgungsverantwortung einzubeziehen. Ziel muss die optimale Sicherstellung der medizinischen Versorgung sein, ohne dass es zu Beeinträchtigungen in der Therapie kommt. Gleichzeitig brauchen wir aufgrund des aus den unterschiedlichsten Gründen drohenden Mangels auch bei Ärzten intelligente Konzepte zur Entlastung, vor allem der niedergelassenen Ärzteschaft.

Wir begrüßen in diesem Zusammenhang die Absicht, eine deutlich stärkere Versorgungsverantwortung für Heilmittelerbringer zu erreichen. Diesem selbst gesteckten Ziel wird der vorliegende Entwurf allerdings nicht gerecht. Aus unserer Sicht bedarf es einzelner Ergänzungen, um in entsprechenden Modellvorhaben alle Aspekte möglicher Delegations- und Substitutionskonzepte erproben zu können.

- a) Nach dem geltenden § 63 Abs. 3 b Satz 2 SGB V können Modellvorhaben bereits jetzt vorsehen, dass Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz die Auswahl und Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können, soweit die Physiotherapeuten aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt.

Der jetzt vorgeschlagene § 64 d SGB V übernimmt im Wesentlichen diese Anforderungen und weitet sie auf alle Heilmittelerbringer aus. Eine inhaltliche Ausweitung der Kompetenzen von Heilmittelerbringern erfolgt jedoch nicht.

Der Gesetzentwurf bleibt damit hinter der einstimmigen Forderung der Bundesländer in der 89. GMK und der Stellungnahme des Bundesrats zu diesem Gesetzentwurf vom 14.10.2016 zurück.

- b) Internationale Studien belegen, dass insbesondere durch die Möglichkeit von Patienten, Physiotherapeuten ohne vorherige ärztliche Verordnung auszusuchen, nachhaltige Verbesserungen in der Versorgung erzielt werden.

Aus diesen Studien lässt sich schließen, dass Patienten, die aus eigener Wahl direkt den Physiotherapeuten aufsuchten, mehr Eigenverantwortung übernahmen: Eine bessere Compliance von Patienten führte zu besseren und nachhaltigen Behandlungsergebnissen. (*Holdsworth, L. et al.: Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. In: Physiotherapy, 2006, 92, 26-33*)

Entsprechend hatten Patienten mit Direktzugang zum Physiotherapeuten weniger AU-Tage und waren nur halb so oft abwesend von der Arbeit als die Gruppe, die zum Physiotherapeuten überwiesen wurde.

Infolge dieser neuen Form von Arbeitsteilung haben 96% der Ärzte in einer Nachfolgestudie angegeben, es als sinnvoll anzusehen, wenn Physiotherapeuten als 1. Ansprechpartner vorgesehen werden. (*Holdsworth, L. et al.: Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. In: Physiotherapy, 2008, 94, 236-243*)

- c) Insofern verwundert es auch nicht, dass ebenfalls in Studien die immer wieder geäußerten Bedenken ausgeräumt werden konnten, Physiotherapeuten könnten bestimmte Krankheitsbilder übersehen und so den Patienten gefährden. Hierbei rückt der Tumor der Wirbelsäule als mögliche Ursache für Fehlbehandlungen besonders in den Vordergrund. Tatsächlich tritt dieses Krankheitsbild in der orthopädischen Praxis aber nur in ungefähr einem von tausend Patienten auf und lässt sich durch geeignete „Screening“-Verfahren mit einer Sensitivität von 100% ausschließen (*Slipman et al., Epidemiology of spine tumors presenting to musculoskeletal physiatrists. In: Arch Phys Med Rehabil. 2003, S. 492-495*); *Jarvik und Deyo, Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. In: Ann Intern Med. 2002, S.586-597*)
- d) Auch ein vom IFK durchgeführtes und von der Robert-Bosch-Stiftung gefördertes Forschungsprojekt in Australien stützt die dargestellten Erkenntnisse. Die dort in über 30 Jahren gewonnenen Erfahrungen zeigen, dass die Einführung des Physiotherapeuten als 1. Ansprechpartner („First-Contact Practitioner“) von Patienten, Ärzten, Politik und Physiotherapeuten positiv bewertet wird. Der Direct Access sichert dort auch die Versorgung der Bevölkerung mit Heilmitteln, wo die Arztpräsenz in der Fläche reduziert ist.
- e) Für die Patienten hätte diese Option im Rahmen eines Modellvorhabens zudem einen doppelten Vorteil: Zum einen verkürzt er die Zeitspanne zwischen dem Auftreten behandlungsbedürftiger Störungen des Bewegungsapparats und dem Beginn der Therapie ganz erheblich. Denn die vielfach beklagten Wartezeiten auf einen Termin beim Arzt entfallen. Der Direct Access sorgt also dafür, dass den Patienten schneller geholfen wird als derzeit. Zum anderen räumt der Direktzugang den informierten und mündigen Patienten ein Wahlrecht ein. Sie können nämlich souverän und frei entscheiden, ob sie sich bei Störungen des Bewegungsapparats zunächst an einen Arzt wenden und erst danach mit einer Verordnung einen Physiotherapeuten aufsuchen oder sich gleich in physiotherapeutische Behandlung begeben wollen. Welche der beiden Alternativen sie wählen, hängt einzig und allein von ihrer höchstpersönlichen Präferenz ab.
- f) In Deutschland fehlen bedauerlicherweise valide Untersuchungen, wie unter den Bedingungen unseres Gesundheitswesens die Kosteneinsparungspotenziale am besten erreicht und die Möglichkeiten und Grenzen einer Übernahme selbstständiger heilkundlicher Tätigkeit durch Heilmittelerbringer am sinnvollsten ausgestaltet werden können. Hierfür kann im Rahmen einer Neuformulierung des § 64 d SGB V eine bundesgesetzliche Grundlage für entsprechende Modellvorhaben geschaffen werden. Nur indem der § 64 d SGB V verschiedene Möglichkeiten zur Ausgestaltung der Modellvorhaben vorsieht, die allgemein unter den Begriffen „Blankverordnung“ und „Direktzugang“ diskutiert werden, ist es möglich, die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungen zu evaluieren.

Dies wäre dann die Grundlage für eine sachgerechte Diskussion zu der Frage, welche dieser beiden sehr unterschiedlichen Optionen Gegenstand einer künftigen Ausgestaltung der Regelversorgung sein kann.

Die angesprochenen Modellvorhaben bieten zudem die Gelegenheit, Erfahrungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Grundlagen der Gesundheitsfachberufe insgesamt zu sammeln.

- g) Ein sog. „First-Contact Practitioner“ – ein Therapeut, der ohne ärztliche Verordnung tätig wird – muss insbesondere auch unter Berücksichtigung der Erfahrungen der o. a. Studien aus anderen Ländern folgende Kompetenzen aufweisen:
- Fähigkeit zur Durchführung einer effizienten und zielgerichteten Befunderhebung vor der Behandlung, insbesondere Ausschluss von Gefahren.
 - Erkennen der eigenen Grenzen bei der Analyse der Untersuchungsergebnisse. Das heißt feststellen, ob weitere Untersuchungen durch einen Arzt oder anderen Spezialisten erforderlich sind.
 - Kommunikationsfähigkeit mit anderen Gesundheitsberufen und in der Zusammenarbeit mit Patienten/Klienten.

Um hier im Hinblick auf die Patientensicherheit alle diskutierten Gefahren auszuschließen, sollten Physiotherapeuten, die als First-Contact Practitioner arbeiten möchten, ihre Kompetenzen vorab nachweisen. Der Direktzugang sollte insofern den Physiotherapeuten vorbehalten sein, die über Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, die denen eines sektoralen Heilpraktikers „Physiotherapie“ entsprechen. In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass die Physiotherapie international als „Low Risk Treatment“ eingestuft wird. In Anbetracht des niedrigen Risiko- und Gefahrenpotenzials, das mit physiotherapeutischen Behandlungen verbunden ist, schösse man jedenfalls übers Ziel hinaus, wenn man an die Qualifikation der Physiotherapeuten, die beim Direktzugang eigenverantwortlich diagnostizieren und therapieren, höhere Anforderungen als die zuvor Genannten stellte. Von den für den Direct Access qualifizierten Physiotherapeuten gingen weder für die Volksgesundheit noch für die Patientensicherheit Gefahren aus.

Dies entspräche auch der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 26.08.2009 (3 C 19.08), das in diesem Urteil deutlich gemacht hat, unter welchen Voraussetzungen ein Direktzugang möglich ist. Danach ergibt sich für den Regelfall ein bestimmter Zuschnitt der Kenntnisüberprüfung bei ausgebildeten Physiotherapeuten, die auf ihrem Gebiet eigenverantwortlich tätig werden wollen. Der Physiotherapeut muss entsprechend nachweisen, dass er ausreichende Kenntnisse über die Abgrenzung der heilkundlichen Tätigkeit als Physiotherapeut gegenüber der den Ärzten und den allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen heilkundlichen Behandlungen besitzt und ausreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf die einschlägigen Krankheitsbilder hat. Außerdem sind Kenntnisse in Berufs- und Gesetzeskunde einschließlich der rechtlichen Grenzen der nicht-ärztlichen Ausübung der Heilkunde nachzuweisen. Dies entspricht auch den bereits

o. a. dargestellten Erkenntnissen aus den internationalen Studien, in denen besonderer Wert darauf gelegt wurde, dass Physiotherapeuten insbesondere die Gefahren bei der Befunderhebung erkennen, bei denen eine zusätzliche Diagnostik durch den Arzt erforderlich ist und eingeleitet werden muss.

Die entsprechenden Anforderungen können zudem in den Vereinbarungen der Partner zur Implementierung der entsprechenden Modellvorhaben weiter konkretisiert werden.

- h) Ziel der Modellvorhaben ist eine valide Grundlage für eine Einschätzung, wie die Versorgung der Patienten durch eine zukunftsorientierte Aufgabenwahrnehmung der Heilmittelerbringer weiter entwickelt werden soll. Hierfür ist es nicht notwendig, Modellvorhaben flächendeckend in allen Bundesländern zu vereinbaren.
- i) Im Hinblick auf das gesamtgesellschaftliche Interesse an der Durchführung der Modellvorhaben ist eine Regelung vorzusehen, dass die Mehraufwendungen, die den Heilmittelerbringern und ihren Verbänden durch die Teilnahme an und der Begleitung der Modellvorhaben entstehen, ausgeglichen werden.
- j) Wir schlagen daher vor, den § 64 d wie folgt zu formulieren:

§ 64 d

Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

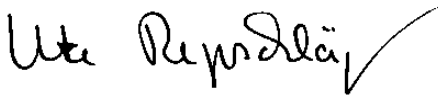
- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam haben mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbänden auf Landesebene zur Stärkung der Verantwortung der Heilmittelerbringer die Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 3 zu vereinbaren. Dabei kann ein Modellvorhaben auch auf mehrere Länder erstreckt werden. Modellvorhaben können vorsehen, dass für eine Heilmittelbehandlung die Heilmittelerbringer
 - a) auf der Grundlage der Feststellung des Vertragsarztes zur Diagnose und der grundsätzlichen Notwendigkeit einer Heilmittelbehandlung die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten selbst bestimmen oder
 - b) ohne ärztliche Verordnung die Indikation selbst stellen sowie Auswahl und Dauer der Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen.

Hierbei ist die mit dem Modellvorhaben verbundene höhere Verantwortung der Heilmittelerbringer, insbesondere im Hinblick auf zukünftige Mengenentwicklungen und auf die Anforderungen an die Qualifikation der Heilmittelerbringer, zu berücksichtigen.

- (2) Zudem ist in der Vereinbarung festzulegen, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen. Vereinbarungen nach Satz 1 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.

- (3) Voraussetzung für die Teilnahme der Heilmittelerbringer ist, dass sie
1. nach § 124 Absatz 2 zur Versorgung zugelassen sind und
 2. aufgrund ihrer Ausbildung über die notwendige Qualifikation verfügen und gegebenenfalls weitere von den Vertragspartnern nach Absatz 1 vertraglich vereinbarte Qualifikationsanforderungen erfüllen.
- (4) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens drei Jahre zu befristen. § 65 gilt entsprechend. § 63 Absatz 3 b Satz 2 und 3 bleibt unberührt. In den Vereinbarungen nach Abs. 1 ist der Ausgleich der den Heilmittelerbringern und ihren Verbänden bei der Durchführung der Modellvorhaben entstehende Mehraufwand zu regeln.

Freundliche Grüße



Ute Repschläger
Vorsitzende des Vorstands



Ingo Werner
Geschäftsführer