

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

An den
Vorsitzenden des Bundestagsgesundheitsausschusses
Herrn
Erwin Rüdgel, MdB

per Mail
jasmin.holder@bundestag.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0053(19)
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -
TSVG
11.1.2019

Unser Zeichen:

Köln, 09.01.2019

Betreff: Anhörung am 16.01.2019

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

herzlichen Dank für die Einladung zur Anhörung des Ausschusses am 16. Januar 2019.
Vorab nehmen wir gern wie folgt Stellung:

Der SHV und die ihm angeschlossenen Verbände begrüßen außerordentlich die Initiative der CDU/CSU und SPD-Fraktion, weil nun die Beschlüsse des Koalitionsvertrages sowie die Ankündigungen in den Regierungserklärungen der Kanzlerin und des Bundesgesundheitsministers zeitnah umgesetzt werden. Mit dieser Initiative werden die Arbeitsbedingungen der Heilberufe und damit die Rahmenbedingungen für die Heilmittelversorgung der Versicherten deutlich verbessert. Auch wir erwarten aus der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen eine deutliche Stärkung der Heilmittelversorgung. Höhere und einheitliche Preise und einheitliche Verträge beseitigen die Schlechterstellung bzw. festigen die Gleichbehandlung der Heilmittelerbringer. Einheitliche und vereinfachte Zulassungsbedingungen, die zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene konsentiert sind, sind ein weiterer wichtiger Schritt. Damit verbundene Maßnahmen wie die Blankoverordnung geben den Heilmittelerbringern mehr Entscheidungsbefugnisse und werten die Heilmittelberufe deutlich auf.

Dies vorausgeschickt bitten wir um Ergänzung des Maßnahmenpakets in folgenden Bereichen:

1.) § 125 a SGB V Blankoverordnung

Der Gesetzentwurf weist den Leistungserbringern, die im Rahmen einer Blankoverordnung behandeln, eine wirtschaftliche Mitverantwortung zu, sofern es zu einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung der Behandlungseinheiten kommen sollte. Dies ist nachvollziehbar und wird im Grundsatz nicht in Frage gestellt. Vergütungsabschläge sind aber keine angemessene Sanktion. Wichtig in diesem Zusammenhang ist daneben, dass eine Mengenausweitung darauf beruhen kann, dass

es zu einer unwirtschaftlichen Ausweitung in der Anzahl der Blankoverordnungen kommt; insoweit können und dürfen die Vertragsärzte nicht aus der wirtschaftlichen Verantwortung entlassen werden. Darüber hinaus bitten wir, in Absatz 5 eine Klarstellung vorzunehmen, dass die Evaluationen vom GKV-Spitzenverband zu finanzieren sind.

2.) § 64 d SGB V Modellvorhaben

Wir schlagen vor, § 64 d SGB V nicht ersatzlos aufzuheben, sondern anstelle der Modellvorhaben Blankoverordnung nunmehr Modellvorhaben zur Behandlung der Heilmittelerbringer im Direktzugang vorzusehen. Wir lehnen uns insoweit dem Änderungsantrag des vdek vom 15.08.2018 an und schlagen daher folgende Neufassung von § 64 d SGB V vor:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene 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. In den Modellvorhaben ist vorzusehen, dass die Heilmittelerbringer die Behandlung auf Grundlage eines vom Heilmittelerbringer erstellten Behandlungsplans beginnen und selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. In der Vereinbarung nach Satz 1 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. Zudem ist in der Vereinbarung festzulegen, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen. Vereinbarungen nach Satz 1 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.“

§ 64 d Absatz 2 Nr. 3 SGB V wird gestrichen.

3.) § 125 Zulassungsverfahren

§ 125 Abs 1 (neu) SGB V geht davon aus, dass das bisherige Zulassungsverfahren nach § 124 SGB V dadurch ersetzt wird, dass Leistungserbringer den Versorgungsverträgen nach § 124 Abs 1 SGB V beitreten. Diese Neuregelung hat 2 Aspekte:

- a) Wir begrüßen es ausdrücklich, dass die Zulassungsvoraussetzungen zukünftig in einem Vertrag nach § 124 Abs 1 SGB V zu regeln sind, und stehen hier für schnelle und ergebnisorientierte Vertragsverhandlungen zur Verfügung.
- b) Auf Bedenken stößt aber der zweite Aspekt der Neuregelung, nämlich der Wegfall der Zulassung als Verwaltungsakt; denn das der Zulassung vorausgeschickte Prüfverfahren in Bezug auf die Zulassungsvoraussetzungen schafft für beide Seiten Klarheit und Sicherheit, die durch den schlichten Beitritt des Leistungserbringers nicht erzielt werden kann. Differenzen über die Frage, ob eine zugelassene Praxis die vertraglichen Niederlassungsvoraussetzungen erfüllt, werden damit nicht ausgeräumt, nur vertagt. Damit sind erhebliche wirtschaftliche Risiken auch für den gutgläubigen Leistungserbringer verbunden, der meint, alle Zulassungsvoraussetzungen erfüllt zu haben. Von daher macht es Sinn, das Zulassungsverfahren selbst beizubehalten. Und der GKV-Spitzenverband sollte das Zulassungsverfahren im Hinblick auf die Ortsnähe der Entscheidungen für jedes Bundesland getrennt einem Krankenkassenverband übertragen.

4.) Bürokratieabbau

Es wird ausdrücklich anerkannt, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen dem Bürokratieabbau dienen. In diesem Zusammenhang bitten wir den Ausschuss, auch die Regelung des § 32 Abs 2 SGB V zu überdenken, der die Heilmittelerbringer verpflichtet, die Zuzahlung der Patienten einzuziehen. Der damit verbundene Zeitaufwand ist sehr erheblich und wird (bisher) nicht vergütet. Schwierigkeiten machen dabei nicht nur säumige Patienten, sondern auch Unsicherheiten bei der Berechnung der Zuzahlung. Die Zuzahlung wird aktuell aus Gründen der Praktikabilität bei den Versicherten vor Abschluss der Behandlung erhoben. Im Rahmen der Blankoverordnung wäre dies nicht möglich, weil die Art und Anzahl der Anwendungen anders als bisher nicht fix ist, sondern vom Therapieablauf abhängig variiert. Die Höhe der Zuzahlung kann damit erst nach Abschluss der Behandlung ermittelt und beim Versicherten erhoben werden.

Aber auch bei der bisherigen Regelverordnung entstehen immer wieder Abrechnungsschwierigkeiten, wenn z.B. der Patient laut Verordnung von der Zuzahlung befreit sein soll, laut Auskunft der Krankenkasse aber nicht befreit ist, oder der Patient zwar bezahlt hat, aber - aus welchen Gründen auch immer- die verordneten Leistungen nicht vollständig in Anspruch nimmt, sodass ein Rückzahlungsanspruch entsteht.

Unser Vorschlag geht deshalb dahin, dass die Krankenkassen die Zuzahlung auf der Basis der Abrechnungsdaten der Heilmittelerbringer selbst erheben. Praktisch ist dies durch eine entsprechende Anpassung der Abrechnungssysteme der Krankenkassen ohne weiteres automatisiert möglich. Vor allem werden hierdurch auch Statusänderungen des Versicherten und Belastungshöchstgrenzen tag-genau erfasst.

5.) Gesundheitstelematik

Auch wenn die Einbindung der Heilmittelerbringer in die Gesundheitstelematik nicht Gegenstand der Beratungen zum TSVG ist: Die Ankündigung des BMG, die Gesundheitstelematik zunächst lediglich bei den Ärzten, Apothekern und Psychotherapeuten einzuführen, ist auf Enttäuschung und Kritik bei den Heilmittelerbringern gestoßen. Der SHV und seine Mitgliedsverbände fordern eine sofortige Lese- und Schreibberechtigung auch für Heilmittelerbringer, natürlich verbunden mit Einführung des elektronischen Heilberufsausweises. Der damit verbundene finanzielle Aufwand ist durchaus überschaubar: Die Versorgung von rund 100.000 Heilmittelpraxen mit einem Konnektor, dessen Kaufpreismarkt in etwa bei EUR 60,00 liegt, erfordert (nur) einen Aufwand von etwa 6 Mio. Euro.

6.) Zeitnahe Umsetzung der bundeseinheitlichen Preise zum 1. April 2019

Wir begrüßen sehr, dass über § 124 a (neu) SGB V eine bundesweite Angleichung der Leistungspreise erfolgt. Wir bitten aber dringend, dass der GKV-Spitzenverband gesetzlich verpflichtet wird, die ab 1. April 2019 gültige Preisliste - die neben den Behandlungspositionen auch alle sonstigen Abrechnungspositionen (wie Hausbesuche, Therapiebericht) enthalten muss - bis spätestens 30. April 2019 zu veröffentlichen, damit die neuen Preise zeitnah abgerechnet werden können.

Mit freundlichen Grüßen

Ute Repschläger
Vorsitzende

Anett Biedermann
stellv. Vorsitzende

Andrea Rädlein
stellv. Vorsitzende

Karl-Heinz Kellermann
stellv. Vorsitzender

Andreas Pfeiffer
stellv. Vorsitzender

Heinz Christian Esser
Geschäftsführer

