



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG; BT-Drucksache 18/10186)
sowie zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Versorgung
verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen“
(BT-Drucksache 18/10247)

Berlin, 25.11.2016

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Die Bundesärztekammer teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass Heil- und Hilfsmittel für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung an Bedeutung gewinnen. Von daher begrüßt die Bundesärztekammer die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Heil- und Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer hatte am 26.09.2016 bereits eine Stellungnahme zum Regierungsentwurf, insbesondere zu den Bestimmungen über die geplanten Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung (§ 64d SGB V) abgegeben. Diese Stellungnahme wird vollumfänglich aufrechterhalten, da die Entwürfe vom 31.08.2016 und vom 02.11.2016 zu § 64d inhaltlich identisch sind.

Bezüglich der weiteren Änderungen im Bereich der Heilmittelversorgung schließt sich die Bundesärztekammer der Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4 Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung (§ 64d neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Abs. 1 ist in jedem Bundesland zwischen den Krankenkassen- und den Heilmittelerbringerverbänden gemeinsam und einheitlich ein Modellvorhaben zur Heilmittelbehandlung zu vereinbaren. Auf Basis einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und der Indikationsstellung für eine Heilmittelbehandlung soll der Heilmittelerbringer neben der Auswahl des Heilmittels auch Dauer (Menge) der Therapie und Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen (sog. Modell der Blankoverordnung). In den Vereinbarungen sind darüber hinaus die zukünftige Mengenentwicklung und die damit verbundene Wirtschaftlichkeitsverantwortung der Heilmittelerbringer sowie Anforderungen an deren Qualifikation zu berücksichtigen. Es ist auch festzulegen, inwieweit die Heilmittelerbringer von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie abweichen können. Die Vereinbarungen sind den Aufsichtsbehörden vorzulegen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt die Zielsetzung des Gesetzgebers, angesichts der sich verändernden Anforderungen an die Gesundheitsversorgung die Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe zu fördern und hierfür die Heilmittelerbringer noch stärker als bisher in die Versorgungsverantwortung einzubinden. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten/Logopäden und Podologen leisten einen wesentlichen Beitrag in der Patientenversorgung, der ein beträchtliches finanzielles Volumen umfasst. Es erscheint uns ein grundsätzlich geeigneter Weg, zu diesem Zweck das Instrument der sogenannten „Blankoverordnung“ in Modellvorhaben flächendeckend zu erproben.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass der Gesetzgeber die in § 3 Heilmittel-Richtlinie geregelte Rolle des Arztes, Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu veranlassen, unterstreicht und als Basis der Heilmittelerbringung die ärztliche (Differential)Diagnose und Indikation vorschreibt. Nur unter dieser Voraussetzung soll der Heilmittelerbringer die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der

Behandlungseinheiten selbst bestimmen können. Dem verordnenden Arzt muss es allerdings wegen der ärztlichen Gesamtverordnung und Koordinationsfunktion möglich sein, einzelne Heilmittel als kontraindiziert auszuschließen.

Für die Vereinbarung von Modellvorhaben sieht der Gesetzgeber keine Vorgaben hinsichtlich bestimmter Indikationen/Diagnosen vor. Es sind also Modellvorhaben über das gesamte Krankheitsspektrum, für das grundsätzlich Heilmittel in Frage kommen, zulässig. Gleichzeitig fehlt eine Bestimmung, die für die flächendeckende Umsetzung ein möglichst breites Spektrum der Modellvorhaben bezüglich der Indikationen/Diagnosen vorschreibt. Um hier Fehlentwicklungen zu vermeiden und aussagekräftige Ergebnisse hinsichtlich einer möglichen regelhaften Implementierung zu erhalten, sollte ergänzend eine Abstimmung der Modellvorhaben auf Bundesebene vorgesehen werden, z. B. in Form von Rahmenvorgaben; hierbei ist die Ärzteschaft zwingend zu beteiligen.

Die in der Begründung Teil B enthaltene Verpflichtung, in den Modellvorhaben Regelungen zum Informationsaustausch zwischen Vertragsärzten und Heilmittelerbringern vorzusehen, wird ausdrücklich begrüßt. Die Regelung sollte jedoch in den Gesetzestext selbst aufgenommen werden, um eine stärkere Verbindlichkeit zu gewährleisten. Darüber hinaus sind auch hier einheitliche Vorgaben erforderlich, die gemeinsam mit der Ärzteschaft festgelegt werden.

Weiterhin ist eine Klarstellung einzufügen, nach der die Verordnungen von den Heilmittelerbringern entsprechend zu kennzeichnen und im Rahmen der Abrechnung an die Krankenkasse zu übermitteln sind, damit die Kosten identifizierbar werden. Darüber hinaus muss auch diese Regelung Eingang in den Gesetzestext selbst finden, um die entsprechende Verbindlichkeit zu gewährleisten.

Der Gesetzentwurf enthält keine Hinweise darauf, in welchem Umfang die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie) abweichen dürfen. Dies soll den Vertragspartnern auf Landesebene überlassen bleiben. Damit sind die eventuellen wirtschaftlichen Auswirkungen zu Lasten der Vertragsärzte – mit Blick auf die vorgesehene Überführung in die Regelversorgung – nicht einschätzbar. Deshalb sollte festgelegt werden, dass die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie grundsätzlich einzuhalten sind. Darüber hinaus sollte für den Regelfall eine Begrenzung der Anzahl der Behandlungen der Heilmittelerbringer festgelegt werden.

Die Modellvorhaben sind als zweiseitige Verträge zwischen den betreffenden Berufsverbänden und Krankenkassen auf Landesebene zu vereinbaren. Weder ist eine Einbindung ärztlichen Sachverständigen hinsichtlich der medizinischen Bewertung noch der ärztlichen Selbstverwaltung respektive Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich der wirtschaftlichen Aspekte vorgesehen. Insbesondere mit Blick auf die Reichweite der Modellvorhaben hält die Bundesärztekammer dies aber für zwingend erforderlich.

Die in der Begründung Teil B getroffene Aussage, dass die Heilmittelleistungen in den Modellvorhaben nicht der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen, reicht aus unserer Sicht nicht aus. Es bedarf einer Klarstellung im Gesetzestext selbst, dass sowohl die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V als auch die Ausgabenvolumina nach § 84 SGB V (die vertragsärztlich verursachten Kosten) hiervon nicht betroffen sind. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Vertragsärzte nicht nur im Rahmen der individuellen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V (dem ärztlichen Verordnungsbudget), sondern auch im Rahmen der Kollektivhaftung über die nach § 84 zu vereinbarenden Ausgabenvolumina nicht für die im Zusammenhang mit den Modellvorhaben von Heilmitteltherapeuten veränderten Verordnungen haften.

Nach Abs. 3 ist im Gesetzentwurf eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben nach § 65 SGB V vorgesehen. Dies wird von der Bundesärztekammer ausdrücklich begrüßt. Um die bundesweite Vergleichbarkeit der Modellvorhaben und die

Übertragbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen, sollten Kriterien für die Evaluation durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgegeben werden, so wie dies auch bei der Auswertung/dem Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 19.08.2016 (BT-Drucksache 18/9400) geschehen ist. Der Evaluation lagen Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben zugrunde. Die Kriterien für die Evaluation der Modellvorhaben nach § 64d neu sollten auch Aspekte zu den Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung umfassen.

C) Änderungsvorschläge der Bundesärztekammer

1. **Möglichkeit des Ausschlusses von einzelnen Heilmitteln durch den Arzt:**
Aufnahme eines Hinweises im Teil B Begründung zu Abs. 1, dass der verordnende Arzt wegen der ärztlichen Gesamtverordnung und Koordinationsfunktion einzelne Heilmittel als kontraindiziert ausschließen kann.
2. **Abstimmung von Rahmenvorgaben für das Modellvorhaben auf Bundesebene:**
Einfügung eines weiteren Satzes in § 64d Abs. 3 SGB V: *„Auf Bundesebene schließen der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbände auf Bundesebene unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Rahmenvorgaben für den Umfang der Modellvorhaben.“*
Im Teil B Begründung zu Abs. 3 ist aufzunehmen, dass diese Rahmenvorgaben auf Bundesebene das Spektrum der Modellvorhaben bezüglich der Indikationen/Diagnosen vorgeben, um Fehlentwicklungen zu vermeiden und aussagekräftige Evaluationsergebnisse zu erhalten.
3. **Informationsaustausch zwischen Vertragsärzten und Heilmittelerbringern und Kennzeichnung der Heilmittelverordnung:**
Ergänzung des § 64d Abs. 1 Satz 5 SGB V: *„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 und wie der Informationsaustausch zwischen Vertragsärzten und Heilmittelerbringern erfolgt und welche Kennzeichnung der Heilmittelverordnung gemäß § 64d vorzusehen ist.“*
Alternativ könnten auch im Rahmen des Abschlusses von Rahmenvorgaben für den Umfang der Modellvorhaben Vorgaben geschlossen werden (siehe Punkt 2.)
4. **Einhaltung der Heilmittel-Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V:**
Im Teil B Begründung zu Abs. 1 ist aufzunehmen, dass die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie grundsätzlich einzuhalten sind und nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden darf. Darüber hinaus sind auch hier einheitliche Vorgaben erforderlich, die gemeinsam mit der Ärzteschaft festgelegt werden müssen.
5. **Einbezug der Kassenärztlichen Vereinbarungen in die Verträge auf Landesebene:**
Einfügung eines weiteren Satzes hinter § 64d Abs. 1 Satz 1 SGB V: *„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind einzubeziehen.“*
6. **Wirtschaftlichkeitsprüfung:**
Einfügung eines weiteren Satzes hinter § 64d Abs. 1 Satz 6 SGB V: *„Die § 106 und § 84 finden auf die Modellvorgaben gemäß § 64d keine Anwendung.“*
7. **Kriterien für die Evaluation**
Im Teil B Begründung zu Abs. 3 ist aufzunehmen, dass das Bundesministerium für Gesundheit in Analogie zu der Auswertung/dem Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 19.08.2016 (BT-Drucksache 18/9400) Kriterien für die Evaluation vorgeben wird. Hierbei sind auch die Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung zu berücksichtigen.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anstelle der im Gesetzentwurf vorgesehenen Modellvorhaben zur Erprobung der „Blankverordnung“ als Aufgabenerweiterung der Heilmittelerbringer wird die sofortige Einführung der „Blankverordnung“ in die Regelversorgung gefordert. Darüber hinaus sollen Voraussetzungen für Modellvorhaben zur Erprobung des „Direktzugangs“ von Patienten zu Heilmittelerbringern geschaffen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung trägt den Erfordernissen an eine Weiterentwicklung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen vollumfänglich Rechnung. Die bisher vorliegenden (Zwischen-)Ergebnisse aus lediglich zwei Modellversuchen ausschließlich für Physiotherapeuten nach § 63 Abs. 3b, mit teilweise unterschiedlicher Bewertung, sind keine ausreichende Basis, zum jetzigen Zeitpunkt die „Blankverordnung“ für alle Berufe und flächendeckend einzuführen.

Die Modellvorhaben nach § 64d (neu) sind zudem hinsichtlich der Evaluationsziele breiter ausgerichtet als solche nach § 63 Abs. 3b, v. a. hinsichtlich des Informationsaustausches zwischen Arzt und Heilmittelerbringer und der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Eine flächendeckende, alle Heilmittelberufe umfassende Erprobung ist deshalb zwingend erforderlich, bevor ggf. die Implementierung in die Regelversorgung erfolgt. Die Erfahrungen aus einer flächendeckenden mehrjährigen Umsetzungsphase unter den spezifischen Verhältnissen des deutschen Gesundheitswesens sind abzuwarten.

Die Forderung des „Direktzugangs“ von Patienten zu Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ohne ärztliche Differentialdiagnostik und Indikation, bei gegebener gleichzeitiger Gesamtverantwortung des Arztes für die Diagnostik und Therapie des Patienten, weist die Bundesärztekammer zurück. Grundlegende rechtliche Regelungen zur Rolle und zur Funktion des Arztes stehen dem entgegen. Zu nennen ist hier zunächst die durch § 15 Abs. 1 SGB V und § 28 SGB V normierte Zuständigkeit des Arztes für Diagnostik und Therapie und die Hilfeleistung anderer Personen. Dass eine ärztliche Behandlung nur von Ärzten erbracht werden kann oder von anderen Personen, wenn sie von Ärzten angeordnet und verantwortet werden, dient vor allem auch der Patientensicherheit. Ärzte sind entsprechend qualifiziert, medizinisch kritische Fälle zu identifizieren und Risikofaktoren zu erkennen. Ärzte übernehmen darüber hinaus die Verantwortung dafür, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Koordination aller diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen im Sinne des § 73 Abs. 1 ist ebenfalls nur möglich, wenn die Informationen über die Behandlungen zusammengeführt werden. Aus den genannten Gründen lehnt die Bundesärztekammer den „Direktzugang“ ab und spricht sich für eine Erweiterung der Versorgungsverantwortung der Heilmittelerbringer über die „Blankverordnung“ aus.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Forderungen des Antrages werden abgelehnt.