

Heilmittelerbringer:

Abkehr vom Arztvorbehalt!? – Union bricht eine Lanze für Heilmittelerbringer

(dfg 17 – 15) Noch sind Physio- und Ergotherapeuten wie auch die Logopäden in bundesdeutschen Ländern nicht am Ziel ihrer berufspolitischen Wünsche angelangt. Aber der jahrzehntelange Kampf um mehr Anerkennung im Gesundheitswesen scheint langsam Früchte zu tragen. So muß man ein Positionspapier der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion werten, das bereits am 24. März 2015 beschlossen wurde. Unter dem Titel „Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden“ plädieren die Unionsparlamentarier für eine Stärkung der Heilmittelerbringer im Gesundheitsprozeß bis zum so genannten „Direct Access“ der Patienten. Sollte das Papier noch in dieser Legislaturperiode in einem entsprechenden Gesetz münden, dürfte damit auch eine höhere Vergütung für die Therapeuten verbunden sein. Die Stellung einiger Facharztgruppen, vor allem der Orthopäden, würde maßgeblich geschwächt. Die relativ führungslos dahinsiechende Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) benötigte einige Zeit, um den Inhalt des Unions-Oeuvres zu

verkräften. Erst am 15. April 2015 wettete die Berliner Wegelystraße los. Die Berufsorganisationen der Orthopäden brauchten bis zum 20. April 2015, um sich kritisch zu räuspern. Scheinbar ist man sich in Medizinerkreisen bewußt, daß man diese politische Bataille verloren hat.

Traditionell verhinderte die verfaßte Ärzteschaft gekonnt jede Aufwertung der Heilmittelerbringer, verweigerte sogar deren Titulierung als nicht-akademische Heilberufe. Ärzten alter Schule wurden schließlich schon in den Universitäten ex cathedra eingetrichtert, daß nur Mediziner eigentlich den direkten Zugang zum Patienten haben dürfen, um dann weitere Maßnahmen unter Umständen zu „veranlassen“. Daß ein erfahrener und qualitativ hochstehender Therapeut, also ein Nichtakademiker, aufgrund seiner spezifischen Ausbildung und Erfahrung besser und optimal in der Lage sein sollte als ein Arzt, die Anamnese, Diagnose und Therapie zu erbringen – das ging und geht auch heute kaum noch in die Köpfe der Schulmediziner. Nur der umtriebige Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. med. Frank-Ulrich Montgomery (62), sprach in einem Interview bereits am 7. April 2015 faktisch Wahres aus in dem er bekannte, daß sich mit der „Bewegungstherapie der Physiotherapeut besser als ein Arzt auskenne“. Der vom KBV-Chef Dr. med. Andreas H. Gassen (52) ebenfalls geführte Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) schäumte daraufhin und fühlte sich berufspolitisch „vor den Kopf gestoßen“.

Also mußte Gassen seine eigenen Truppen mobilisieren. „Die Stellung einer Diagnose ist eine ärztliche Kernkompetenz und steht damit unter dem so genannten Arztvorbehalt“, tönte es daher am 20. April 2015 von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Sie wehrte sich gegen den „Dammbruch“, der mit dem Unionspapier erfolgt sei. Und der frisch am 3. November 2014 Gassen-Nachfolger gewählte Präsident des Berufsverbandes der Orthopäden (BVOU), Dr. med. Johannes Flechtenmacher (53) aus Karlsruhe, machte sich naturgemäß so gleich Sorgen um die Honoraranteile der Orthopäden. Daß die KBV argumentativ sekundiert hatte, versteht sich von selbst, denn Gassen arbeitet ja schließlich immer noch in seiner Düsseldorfer Orthopädenpraxis. Er ließ aber bei den kritischen Worten gegenüber der Union geschickt seiner Vorträtin Regina Feldmann (62) den Vortritt. Diese wettete: „Ärzte haben eine unverzichtbarer Koordinierungsrolle. Entfällt diese durch einen unsteuerbaren Direktzugang, so ist auch zu hinterfragen, wer die Gesamtverantwortung für eine Behandlung trägt.“ Da die Vertragsärzte teilweise nicht in der Lage sind, die Kommunikation zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu optimieren, dürfte auch diese Wortspende ins Leere laufen. Ein Teil ihrer PR-Strategien entpuppen sich mittlerweile als pure Abwehrkämpfe eigener Latifundien und Pfründe.

Wie eigentlich immer im gesamten Gesundheitswesen des 21. Jahrhunderts verteidigen die Ärzte berufspolitische Positionen, die ihre eigene Basis entweder in den letzten Jahrzehnten durch eigenes Handeln selbst aufgegeben hat oder die angesichts der Abstimmung mit den Füßen der Patienten kaum noch zu halten sind. Wer dann als Berufsstand bei der Politik in Berlin auch noch als „persona non grata“ herumläuft, muß sich nicht wundern, wenn Angehörige anderer Gesundheitsberufe mehr Erfolg haben. Denn als geistiger Vater des Unionspapiers gilt der aus dem südniedersächsischen Northeim stammende Dr. phil. Roy Kühne MdB (47). Der in Magdeburg geborene CDU-Mann ist zwar promovierter Lehrer, aber auch diplomierter Sport-Therapeut und ausgebildeter Physiotherapeut. Kühne betreibt zudem in seiner Wahlheimat ein eigenes Gesundheits-

zentrum, dürfte also wissen, wo den Heilmittelerbringern der berufspolitische Schuh drückt. Das läßt sich aus einigen Passagen herauslesen.

Wir dokumentieren das CDU/CSU-Papier im vollständigen Wortlaut:

„Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden

A. Stärkung der Versorgung mit allen Leistungserbringern konsequenter umsetzen

Um die Versorgungsstrukturen besser zu vernetzen und die Qualität der Versorgung sektorenübergreifend zu verbessern, ist die Zusammenarbeit aller qualifizierten Gesundheitsberufe eine unumgängliche Voraussetzung. Besonders im Hinblick auf zukünftige Versorgungsengpässe muss die Verantwortung für die medizinische Versorgung der Menschen auf möglichst viele Schultern verteilt werden.

Im Koalitionsvertrag heißt es dazu: **„Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden.“**

Die Heilmittelerbringer in Deutschland leisten bei der ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten bereits einen erheblichen Beitrag, müssen aber besser vergütet und noch direkter in die Versorgungsverantwortung eingebunden werden. Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) angestrebten Ziele sind ohne die stärkere Einbindung der Heilmittelerbringer nicht nachhaltig umsetzbar.

Dabei sind die Potentiale einer direkteren Versorgungsverantwortung für Heilmittelerbringer, wie der Blick auf andere Länder zeigt, deutlich vorhanden. Die Einsparpotentiale liegen besonders in der Substitution von anderen ambulanten bzw. stationären Leistungen:

Durch die Diagnose-, Therapie- und Ergebnisverantwortung der qualifizierten Therapeuten wird der diagnoseabhängige Therapieverlauf eines Patienten so gesteuert, dass Mehrfachuntersuchungen (Überweisungen, bildgebende Verfahren) durch den Arzt entfallen, die Kosten für eine begleitende Arzneimitteltherapie reduziert, eine stationäre Aufnahme vermieden und die Anzahl der Krankheitstage verringert werden. (Erste These)

Modellvorhaben zeigen diese Potentiale in ersten Zwischenergebnissen bereits auf. Im Modellvorhaben der BIG direkt gesund zusammen mit dem IFK e.V. (**Direktzugang**) werden effektivere Behandlungsverläufe (Wirksamkeit der Maßnahmen) und eine Steigerung der Effizienz (direkte Kosten, vermiedene Kosten) ausgewiesen. Das Modellvorhaben der IKK Berlin-Brandenburg zusammen mit dem VPT Berlin-Brandenburg (**Blankoverordnung**) zeigt, dass besonders die Anzahl der Behandlungseinheiten von den Therapeuten, gegenüber den Verordnungen der Ärzte, reduziert wird.

Die bisherigen Zwischenergebnisse zeigen auch, dass der Patient von autonom erbrachten Behandlungen, z. B. in der Physiotherapie in stärkerem Ausmaß profitiert, als im Vergleich zu Behandlungen, die durch eine vertragsärztliche Verordnung vorgegeben werden.

Durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Heilmittelbereich, einhergehend mit der Übertragung von Versorgungsverantwortung an die Therapeuten, entsteht erstens ein Einsparpotential für die Gesetzliche Krankenversicherung, zweitens eine teilweise Kompensation zukünftiger Versorgungsengpässe und drittens eine höhere Patientenzufriedenheit durch die Optimierung des Behandlungsverlaufs. (Zweite These)

B. Kernforderungen für die Therapie- und Ergebnisverantwortung des qualifizierten Therapeuten

1. Vergütung der Heilmittelerbringer von der Grundlohnsumme entkoppeln

Durch die Koppelung an die Grundlohnsumme (**gem. § 71 Abs. 2 SGB V**) und den gleichzeitigen Preissteigerungen, wurden die Vergütungserhöhungen im Heilmittelbereich in den letzten Jahren nahezu negiert. Diese Koppelung führte ebenfalls dazu, dass z. B. inzwischen die Gehälter von tariflich bezahlten Physiotherapeuten in stationären Einrichtungen ca. 40% höher liegen, als die Vergütungen in freien Physiotherapiepraxen. Damit einher geht die Angleichung der Vergütung in Ost- und Westdeutschland. Beide Themen wollen wir zeitnah angehen.

2. Ausbildungsstandards und Qualifikation anheben

Die Ausbildungsordnungen der Heilmittelerbringer (**z.B. MPhG von 1994**) müssen dringend an die heutigen Berufsstandards angepasst werden. Notwendige Zusatzqualifikationen, wie eine Weiterbildung für Screening, Diagnosestellung, Erstellung von Therapieberichten oder die Überweisungs- und Verordnungskompetenz, müssen zwingend in die Curricula integriert werden (**gem. § 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V**). Die Qualität der Ausbildung muss dementsprechend gesichert werden (**siehe § 6 Abs. 2 NotSanG**). Darüber hinaus ist ebenfalls der Wegfall des Schulgelds (ca. 400 € mtl.) und die Einführung einer Ausbildungsvergütung (**siehe § 15 Abs. 1 NotSanG**) notwendig, um den sinkenden Ausbildungszahlen entgegenzuwirken.

Ergebnisse des Berichts des BMG zur Akademisierung im Heilmittelbereich werden Ende 2015 vorliegen. Diese werden Grundlage für die weiterführende Diskussion über eine grundlegende Reform der Ausbildungsordnungen im Heilmittelbereich. Eine international anerkannte Ausbildung neuesten Standards wird angestrebt.

3. Blankoverordnung umsetzen -Direktzugang für qualifizierte Therapeuten prüfen

Ergebnisse aus den aktuell laufenden Modellvorhaben zur sog. Blankoverordnung werden Ende 2015 vorliegen. Auf dieser Grundlage werden wir 2016 die Verhandlungen zur Umsetzung der sog. Blankoverordnung aufnehmen.

Der Zugang für Patienten ohne vorherigen Arztkontakt und Verordnung (Direktzugang – Direct Access) wurde bereits in Modellvorhaben getestet und evaluiert (**gem. §3 HeiIM-RL**). In Schweden, Norwegen, Niederlande, UK und in Australien gehört er zur Regelversorgung. Der Direktzugang erweist sich hier als Zugpferd für eine gesteigerte Behandlungsqualität durch höhere Anforderungen an die Ausbildung. Die notwendigen Zusatzqualifikationen (60 UE), wie Befunderhebung oder die Erstellung von Therapieberichten, müssen im Zusammenhang mit einer umfangreichen Ausbildungsreform in die Curricula einfließen. Eine Umsetzung in Deutschland werden wir prüfen.

4. Arbeitsbedingungen den Versorgungsgegebenheiten anpassen

Die Vorgaben für eine Praxiszulassung entsprechen nicht mehr den Anforderungen des tatsächlichen Versorgungsbedarfs. So ist die Vorhaltung von Praxisräumen für angestellte Therapeuten nicht zielführend und behindert z.B. eine zielgerichtete Versorgung in häuslicher oder statio-

närer Umgebung (gem. §124 Abs. 2 SGB V). Wir wollen die zwingende Vorhaltung von Praxisräumen für angestellte Therapeuten abschaffen. Neue, praxistaugliche Kriterien zur Praxisausstattung müssen festgelegt werden.

5. Zugang zur Telematik-Infrastruktur ermöglichen

Damit die sektorenübergreifende Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgreich gestärkt wird, ist eine Vernetzung aller Leistungserbringer notwendig. Daher werden perspektivisch alle nicht-verkammerten Gesundheitsfachberufe in die Telematik-Infrastruktur integriert. (elektronisches Gesundheitsberuferegister). Die perspektivische Berücksichtigung wollen wir bereits in das vorliegende eHealth-Gesetz aufnehmen.

6. Modellvorhaben zur Substitution von ärztlichen Leistungen perspektivisch möglich machen

Damit Modellvorhaben zur Erleichterung des Patientenzugangs (Direktzugang) im Heilmittelbereich zielführend umgesetzt werden können, bedarf es Anpassungen des § 63 SGB V. Die Umsetzung der entsprechenden Passage im Koalitionsvertrags: „**Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen aufgelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgungüberführt**“, bedarf jedoch unter Umständen zunächst einer entsprechenden Qualifizierung der Therapeuten. Diese ist, wie in Punkt 2. beschrieben, zeitnah anzustreben.“