Hilfe für die Patienten und die Heilmittel-praxen

Heinz Christian Esser,
Geschäftsführer Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) / Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)

Aus der Sicht aller Heilmittelerbringer (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, usw.) ist der Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) sehr zu begrüßen. Es zeigt, dass die Koalition Wort hält und die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag umsetzt.

Die Heilmittelpraxen setzen ihre Hoffnung zu allererst auf § 73 Abs. 8 SGB V. Denn mit dessen Novellierung wird das elendige Problem der Retaxierungen bei Heilmittelverordnungen gelöst. Die Heilmittelpraxen leiden darunter, dass Ärzte das Verordnungsblatt fehlerhaft ausfüllen. Selbst winzigste Auslassungen können ein Heilmittelrezept ungültig machen. Die Folge ist: Die Heilmittelpraxis hat zwar ordnungsgemäß therapiert, bekommt aber kein Geld, weil der Fehler in der Verordnung nicht nachträglich korrigiert werden kann.

Die Lösung ist einfach: Die ärztliche Praxissoftware wird dahingehend ertüchtigt, dass Verordnungsblätter erst ausgedruckt werden, wenn alle notwendigen Angaben darin enthalten sind. Jeder, der schon einmal eine Bestellung im Internet aufgegeben hat, weiß, dass solche Programme marktüblich und ausgereift sind. Genau so soll nun bei der Verordnung von Heilmitteln verfahren werden, ein wichtiger Schritt zur Entlastung der Heilmittelpraxen von Bürokratie und unverschuldeten finanziellen Einbußen.

Die Übergangszeit soll aus unserer Sicht möglichst kurz sein; die Industrie bietet entsprechende Programme längst an, so dass die neue Regelung ohne weiteres zum 1. Januar 2016 greifen kann.

Von dieser Neuregelung profitieren im Übrigen nicht nur die Heilmittelpraxen, sondern auch die Patienten. Denn wenn eine Heilmittelpraxis den Fehler rechtzeitig erkennt, ist es Aufgabe des Patienten, das Heilmittelrezept korrigieren zu lassen. Korrekturen per Fax sind nämlich nicht erlaubt, also muss der Patient zurück zum verordnenden Arzt, bevor die Therapie beginnen kann. Ein eigentlich völlig unnötiges und lästiges Verfahren. Zum Glück wird dieses Problem nun gelöst.

Ausschließlich die Patienten stehen bei einer Reihe von weiteren Veränderungen im Heilmittelbereich im Vordergrund. Auch hier werden lange bekannte Missstände zu Lasten der Patienten abgebaut:

1. Die Optimierung des Entlassmanagements ist ein zentraler Punkt. Der neue § 39 Abs. 1 a wird Krankenhausärzten im Rahmend es Entlassmanagements erlauben, Heilmittelverordnungen für die Anschlussversorgung auszustellen. Wie wichtig das ist, zeigt eine Untersuchung der Barmer/GEK aus 2006: Hemiplegiepatienten z.B. benötigten im Schnitt 40 (!) Tage, bis ihnen im Anschluss an eine stationäre Behandlung wieder eine Heilmittelverordnung vorlag, ein therapeutisch unhaltbarer Zustand.

   Der Gesetzentwurf sieht allerdings vor, dass die Krankenhausärzte die Heilmittelversorgung nur für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen sicherstellen können. Dies ist eindeutig zu kurz bemessen: jeder kennt den zeitlichen Vorlauf, der benötigt wird, bevor ein Patient einen Termin beim Hausarzt - oder beim Facharzt – bekommt. Da hilft eine Übergangsversorgung von sieben Tagen nur wenig. Aus unserer Sicht muss die Heilmittelversorgung im Rahmen des Entlassmanagements mindestens für eine Dauer von 21 Tagen sichergestellt werden (können).

   In diesem Zusammenhang macht es keinen Sinn, die Neuregelung im Entlassmanagement auf die stationäre Behandlung zu beschränken. Denn im Bereich der stationären Rehabilitation stellt sich das Problem genauso. Von daher fordern wir, auch § 40 SGB V in diesem Sinne zu novellieren und auch dort das Entlassmanagement zu verbessern.

2. Der Gesetzentwurf sieht vor, ab 2017 die Wirtschaftlichkeit der Heilmittelversorgung anhand von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene zu prüfen, also von der Bundesebene wegzuziehen. Wir erwarten hieraus eine größere Nähe der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu den konkreten Gegebenheiten auf Landesebene, denn gerade in Flächenstaaten, bei denen die Ärztedichte auf dem Land ausgedünnt ist, bedarf es einer Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten.

Allerdings bedarf der Gesetzentwurf hier der Ergänzung. Denn es ist ethisch nicht hinnehmbar, dass ein Arzt einen wirtschaftlichen Vorteil daraus zieht, dass er eine nach der Heilmittelrichtlinie gebotene Heilmittelverordnung unterlässt. Dies ist keine abstrakte Sorge. Denn es hat in der Vergangenheit immer wieder Vereinbarungen gegeben, bei denen z.B. eine Unterschreitung des Heilmittelbudgets unmittelbar zu Honorarverbesserungen der regionalen Ärzteschaft, ja sogar in Einzelfällen des einzelnen Arztes führte. Aus den schlechten Erfahrungen der Vergangenheit heraus erscheint es zwingend, die Vereinbarung von Bonuszahlungen bei einer Unterschreitung des Heilmittelbudgets zu untersagen, und zwar baldmöglichst.

Für uns überraschend ist, dass die Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen erst zum 01.01.2017 greifen soll, nachdem der Koalitionsvertrag noch davon ausging, dass entsprechende Neuregelungen bis Ende 2014 umgesetzt werden. Da auch dieses Thema allen Beteiligten längst bekannt ist, halten wir eine Umsetzung zum 01.01.2016 nicht nur für geboten, sondern auch für möglich. Alle Beteiligten hatten und haben ausreichend Zeit, sich auf diese rechtliche Umstellung vorzubereiten. Leidtragende der jetzigen Regelung sind die Patienten, denen eine Heilmittelverordnung verweigert wird, obgleich ein Anspruch nach der Heilmittelrichtlinie besteht. Dieser Gesichtspunkt muss im Vordergrund aller Betrachtungen stehen.

3. Wenn die Wirtschaftlichkeitsprüfung von der Bundesebene auf die Ebene der KVen verlagert wird, dürfen bewährte Regelungen über Praxisbesonderheiten im Interesse der Patienten nicht auf der Strecke bleiben. Es gibt zB Bereiche von Heilmittelverordnungen, die sich an Krankheitsbildern mit langfristigem Behandlungsbedarf (32 Abs. 1a SGB V) orientieren und bereits nach geltendem Recht von den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen sind. Mit anderen Worten: Der Arzt muss keinen Regress befürchten, wenn er dem komplizierten Krankheitsbild entsprechend angemessen verordnet.

   Ein bewährtes weiteres Instrument zu Gunsten der verordnenden Ärzte ist die Annahme von Praxisbesonderheiten dann, wenn sich bei einem Arzt etwa aufgrund seiner besonderen Qualifikation Patienten mit einem gesteigerten Heilmittelbedarf häufen. Auch diese Regelung schafft im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung mehr Freiraum für den verordnenden Arzt. Uns liegt daran, dass bundesweit ein Mindestkatalog an Praxisbesonderheiten verbindlich vorgegeben wird, der in den Vereinbarungen auf KV-Ebene ergänzt werden kann. Dieses Instrument macht aber auch Sinn, um die angemessene und ausreichende Heilmittelversorgung der Patienten flächendeckend sicherzustellen, wenn einzelne Ärzte auf dem Land eine überalterte Bevölkerung betreuen.

4. Gut ist auch, dass der Gesetzentwurf insgesamt bemüht ist, Bürokratiehürden abzubauen, so bei Fragen der Rezeptprüfung. Bisher entschieden die Krankenkassen allein, welche Pflichtangaben auf den Rezeptformularen erforderlich sind. Diese Pflichtangaben sollen demnächst in Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den entsprechenden Organisationen der Heilmittelerbringer geregelt werden. Dies ist ein wichtiger Schritt nach vorn. Er kann aber in der Praxis scheitern, wenn sich ein Verhandlungspartner vernünftigen Verhandlungen und Lösungen verweigert. Deshalb muss dieser Regelungsbereich schiedsfähig werden. Erfahrungsgemäß reicht in der Mehrzahl der Fälle allein die Drohung mit einem Schiedsverfahren aus, dass beide Verhandlungspartner Vernunft zeigen und notwendigen Kompromissen zustimmen.

   Wenn es zu einer Vereinbarung über die notwendigen Inhalte der Heilmittelverordnungen auf Bundesebene kommt, so muss diese Regelung qua Gesetz Verbindlichkeit besitzen. Eine Regelung nur in den Rahmenempfehlungen der Vertragspartner reicht deshalb nicht aus; die Regelung muss unmittelbar Teil der Rahmenverträge nach § 125 Abs. 2 SGB V werden und damit unmittelbar in dem Dreieck verordnender Arzt – Behandler – Krankenkasse gelten.

Ein Wort zum Schluss: Die völlig unbefriedigende Einkommenssituation in den freiberuflichen Heilmittelpraxen findet im Entwurf des GKV-VSG noch keinen Niederschlag. Worum geht es? Die Stundenumsätze für die Behandlung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung liegen z.B. im Bereich der Physiotherapie zwischen 35 und 40 €. Diese Umsätze wurden ermittelt, indem der Mittelwert der in der Heilmittelrichtlinie vorgegebenen Verhandlungszeiten in Stundenhonorare umgerechnet wurde, unter Berücksichtigung von einer Quote für Rüstzeiten, Verwaltungsaufgaben usw. von 15-20%. Bei diesen Stundenumsätzen können Praxisinhaber ihren Mitarbeitern nur Gehälter zahlen, die im Schnitt 30(!)% unter den Tariflöhnen für Physiotherapeuten in der stationären Versorgung liegen. Quelle für diese Zahlen sind z.B. eine Untersuchung von Prof. Dr. Neubauer in Bayern sowie Feststellungen im Entwurf des Berichts „Einrichtungsbefragung – Berufsprofil Physiotherapie / Berlin-Brandenburg“. Diese Befragung zeigt auch die Konsequenzen auf: Die Zahl der Ausbildungsanfänger in der Physiotherapie geht deutlich zurück (bestätigt durch das Bundesinstitut für Berufsbildung BIBB 2014 „Gesundheitsfachberufe im Überblick“), der ohnehin durch die älter werdende Gesellschaft steigende Bedarf an Physiotherapeuten kann in absehbarer Zeit nicht mehr gedeckt werden.

Hieraus resultiert die Aktion „38,7 %“ unseres Berufsverbandes, die nichts anderes will, als dass die Gerechtigkeitslücke in der Vergütung im stationären Bereich einerseits zum ambulanten Bereich andererseits geschlossen wird. Gleiche Arbeit muss auch vergleichbar bezahlt werden können.

Dass diese Neujustierung des Vergütungsniveaus Heilmittel nicht im Rahmen des GKV-VSG erfolgen kann und wird, wissen wir. Ein erster Schritt wäre es aber, wenn die Grundlohnsummenbindung (auch) für Vergütungsverhandlungen im Bereich der Physiotherapie aufgehoben würde. Dies würde zwar das Vergütungsproblem an sich nicht lösen, wäre aber ein erstes wichtiges Signal, dass der Gesetzgeber die Botschaft verstanden hat.