

Deutscher Verband für  
Physiotherapie (ZVK) e.V.

**Geschäftsstelle Köln:**

Postfach 21 02 80  
50528 Köln  
Telefon 02 21/98 10 27-0  
Telefax 02 21/98 10 27-25

**Anschrift für Paketsendungen:**

Deutzer Freiheit 72-74  
50679 Köln  
info@physio-deutschland.de  
www.physio-deutschland.de

**Bankverbindung:**

Sparkasse Köln Bonn  
IBAN DE66 3705 0198 0007 8320 74  
BIC COLSDE33

St-Nr. 214/5869/0040  
UST-ID DE122662687

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)  
Herrn  
Till-Christian Hiddemann – Referat 221  
Rochusstraße 1  
53123 Bonn

Per E-Mail: [221@bmg.bund.de](mailto:221@bmg.bund.de)

Köln, 13. Juli 2016

## **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz – HHVG)**

Sehr geehrter Herr Hiddemann,  
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung zur Erörterung des Referentenentwurfs für ein Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Als maßgebliche Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer nehmen wir hierzu wie folgt Stellung:

Wir begrüßen sehr, dass nach den Verbesserungen, die das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) gebracht hat bzw. voraussichtlich noch bringen wird, nunmehr weitere zielgerichtete Maßnahmen zur Stärkung der Heilmittelversorgung in Angriff genommen werden; denn weitere Maßnahmen sind zwingend, um die Patientenversorgung mit Heilmitteln in der Fläche nachhaltig sicherzustellen. Damit dieses Ziel auch erreicht wird, bedarf es weiterer Ergänzungen und Konkretisierungen zu den im Referentenentwurf des HHVG bereits angesprochenen Maßnahmen.

### **I. § 64 d SGB V Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung**

1. Die Berufsverbände im Heilmittelbereich begrüßen uneingeschränkt die Absicht des BMG, eine stärkere Einbindung der Heilmittelerbringer in die Versorgungsverantwortung zu erproben. Der Referentenentwurf zum HHVG bleibt jedoch zum Thema Modellvorhaben hinter der einstimmigen Forderung der Bundesländer in der 89. GMK zurück, die eindeutig nicht Blankoverordnungen, sondern den Direktzugang für Patienten der GKV erproben wollen. Solche Studien sind

in Deutschland überfällig; denn internationale Erfahrungen haben das Potential dieser Versorgungsform längst aufgezeigt: sie ermöglichen hohe Patientenzufriedenheit und hohe Effektivität bei deutlichen Einsparungen nicht zuletzt im Bereich der AU-Tage.

Die Einzelheiten zur Ausgestaltung von Modellvorhaben zum Direktzugang können ohne weiteres dem verantwortungsvollen Umgang der GKV einerseits und der Spitzenverbände der Leistungserbringer andererseits überlassen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Entwurf des § 64 d Abs. 1 SGB V sehr viel weniger restriktiv formuliert wird.

2. Die Erfahrungen aller Beteiligten, insbesondere auch des BMG, mit Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 b SGB V haben eines gezeigt: Wenn die Durchführung von Modellvorhaben in das Ermessen eines der Partner gestellt wird, ist dies wenig hilfreich. Ausweichstrategien von Krankenkassen und Ärzteschaft und umgekehrt haben den von gutem Willen getragenen Vorstoß des BMG in § 63 Abs. 3 b SGB V konterkariert. Die Heilmittelverbände haben deshalb die ernste Sorge, dass § 64 d Abs. 1 Satz 1 SGB V, der als „Sollvorschrift“ gehalten ist, nicht ausreichen wird, dem Umfang nach sinnvolle und alle Heilmittelbereiche umfassende Organisation von Modellvorhaben sicherzustellen. Es bedarf deshalb aus unserer Sicht einer konkreter gefassten und vor allem verbindlichen Formulierung zur zeitnahen Umsetzung.

Im Übrigen könnte das Interesse der Krankenkassen an der Beteiligung an solchen Modellvorhaben verstärkt werden, wenn alle den beteiligten Krankenkassen durch die Modellvorhaben entstehenden Mehraufwendungen ausgeglichen werden (analog z.B. § 64 a Abs. 1 Satz 4 SGB V). Vor allem würde hierdurch das in der Begründung zum HHVG angesprochene gesamtgesellschaftliche Interesse an der stärkeren Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe betont.

3. Bei den Modellvorhaben kommt es auf das Forschungssetting, also die Qualität des Designs, der Durchführung und der Evaluation an, nicht aber auf die Anzahl der Modellvorhaben. Vor diesem Hintergrund geben wir zu bedenken, dass § 64 d Abs. 1 SGB V des Referentenentwurfs zwar erlaubt, Modellvorhaben auf mehrere Länder zu erstrecken, nicht aber auf mehrere Kassenarten eines Bundeslandes. Im Übrigen: Nötig ist zwar eine wissenschaftlich sinnvolle Anzahl an Modellvorhaben. Eine nahezu flächendeckende Einführung von Modellvorhaben macht aber keinen Sinn, im Gegenteil: sie überfordert die organisatorischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten der Beteiligten. Nötig ist eine wissenschaftlich sinnvolle Anzahl von Modellvorhaben.

## II. § 125 Abs. 1 Satz 2 (neu) SGB V Aufhebung der Grundlohnsummenbindung

Die Aufhebung der Grundlohnsummenbindung ist eine langjährige Forderung der Heilmittelverbände. Die sehr konkreten Zahlen über den Rückgang an Berufsanfängern und die kontinuierlich zurückgehende Verweildauer im Beruf zeigen den unmittelbaren Handlungsbedarf auf. Denn Ursache dieser Entwicklung ist, dass der Beruf für Berufsangehörige wirtschaftlich unattraktiv geworden ist. Insbesondere Heilmittelerbringer, die freiberuflich und/oder angestellt in der ambulanten Versorgung tätig sind, klagen über Vergütungen, die ihrer Verantwortung gegenüber den ihnen anvertrauten Patienten schon lange nicht mehr gerecht werden. Wenn die GKV demgegenüber auf kontinuierlich ansteigende Ausgaben im Heilmittelbereich verweist, so sind dafür nur zum deutlich kleineren Teil Vergütungserhöhungen maßgeblich, die ja bisher an die Grundlohnsumme gebunden sind, diese aber in der Regel nicht erreichen; maßgeblich ist vielmehr die Morbiditätsentwicklung im Rahmen einer stetig alternden Gesellschaft und damit die stetig ansteigende Zahl an Verordnungen.

1. Von daher ist es zwingend, dass die Aufhebung der Grundlohnsummenbindung zügig zu Verhandlungsergebnissen führt mit denen beide Seiten leben können. Dies ist aber bisher nicht gewährleistet:

- Auch bei einer Beschleunigung der Schiedsverfahren, wie sie das HHVG vorsieht (vgl. unten Ziffer III. dieser Stellungnahme), liegen aber ohne weiteres zwischen dem Tag, an dem die Verhandlungen über neue Preise scheitern, und dem Schiedsspruch neun Monate.
- Beide Seiten haben dann die Möglichkeit, den Schiedsspruch zu beklagen, und zwar durch zwei bis drei Instanzen, also über Jahre hinweg.

Im Ernstfall bedeutet dies, dass das System der Preisfindung im Heilmittelbereich anders als vom HHVG beabsichtigt nicht flexibler wird und - vor allem - nicht in einem absehbaren und erträglichen Zeitraum zu höheren Vergütungen führt. Vielmehr ist es denkbar, dass es z.B. allein im Ersatzkassenbereich zu (sechs Ersatzkassen x 16 Bundesländer =) 96 Schiedsverfahren je Heilmittelbereich kommt, für die gesamte Heilmittelbranche (vier Bereiche) also zu 384 Schiedsverfahren.

2. Welche konkreten negativen Auswirkungen eine solche Zeitverzögerung haben kann, sei an einem konkreten Beispiel erläutert: Der Umsatzanteil der Ersatzkassen im Heilmittelbereich liegt bei etwa 40%. Den Heilmittelpraxen kann nicht zugemutet werden, im Ernstfall über einen Zeitraum von vier bis fünf Jahren auf Vergütungserhöhungen im Ersatzkassenbereich zu verzichten. Vor allem: Ob es so kommt oder nicht, liegt nicht (allein) in der Hand der

Berufsverbände, die die Vergütungsverhandlungen führen; diese Gefahr ist vielmehr systemimmanent. Von daher macht es Sinn, die Verhandlungsposition der Berufsverbände der Heilmittelerbringer im Rahmen der Systematik des SGB V organisatorisch zu stärken und das System der Vergütungsverhandlungen entsprechend umzustellen, für den Bereich der Ersatzkassen ebenso wie für den Bereich der Primärkassen. Dabei müssen die Regelungen des § 125 Abs. 3 SGB V, die sich bereits jetzt bewährt haben, auch weiter Bestand haben (Preisangleichungsklausel).

3. Eine Lösung für den geschilderten Konflikt ist ohne weiteres möglich, wenn die in § 89 SGB V verankerte Schiedsamtslösung für Ärzte, Zahnärzte und Zahntechniker auf die Leistungserbringer im Heilmittelbereich wie folgt ausgedehnt wird:

#### **§ 89 Abs. 9 SGB V (neu)**

Die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein Bundesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 1, 1a, 3 und 5 Satz 2 und 3 sowie die aufgrund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.

#### **§ 89 Abs. 10 SGB V (neu)**

Die für Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden ein Landesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 1, 1a und 3 sowie Absatz 5 entsprechend.

### **III. § 125 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V Beschleunigung der Schiedsverfahren**

Die vorgeschlagenen Änderungen und Konkretisierungen zum Schiedsverfahren haben sich an anderer Stelle im Bereich der Leistungserbringer bereits bewährt, weshalb wir diesen Punkt dringend unterstützen. Aus den oben unter II. dargestellten Gründen reicht diese Änderung aber nicht aus. Es bedarf vielmehr der Einrichtung eines Schiedsamtes auch für den Heilmittelbereich.

#### IV. Sicherung der Qualität der Weiterbildungen und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung mit Heilmitteln

##### Hier: Zertifikatspositionen Physiotherapie

Während das BSG in mehreren Entscheidungen die Bedeutung der Zertifikatspositionen für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung mit Heilmitteln betont und die bestehenden Regelungen hierzu im Heilmittel-Katalog mehrfach bestätigt hat, sind vereinzelt Zweifel daran aufgetaucht, ob die Qualitätsanforderungen an die Weiterbildung der Physiotherapeuten hinreichend gesetzlich abgesichert sind. Zu diesem Thema hat es mehrfach Gespräche mit dem BMG gegeben. Auf dieser Basis schlagen wir folgende Gesetzesänderungen vor:

##### a) § 92 Abs. 6 SGB V wird wie folgt ergänzt:

In den Richtlinien nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln,

1. Der Katalog verordnungsfähige Heilmittel unter Einschluss besonderer Maßnahmen in der Physiotherapie

##### b) § 125 Abs. 1 Ziffer 6 SGB V (neu)

6. Anforderungen an die Abgabe und Abrechnung von besonderen Maßnahmen in der Physiotherapie sowie Anforderungen an die Weiterbildungsträger/-stätten sowie die dort eingesetzten Fachlehrer

##### c) § 125 Abs. 4 SGB V (neu)

Zur Sicherung der Qualität der Weiterbildungen und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung mit Heilmitteln schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Ziffer 6, Abs. 6 SGB V Verträge mit den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer über Anforderungen an die Qualität der Fort- und Weiterbildungen und über eine zentrale und bundeseinheitliche Listenführung zur Prüfung und Kontrolle der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie gemäß Anlage 3 der Rahmenempfehlungen nach Abs. 1.

Mit freundlichen Grüßen

Arnd Longrée  
Vorsitzender DVE

Karl-Heinz Kellermann  
Vorsitzender VPT

Andrea Rädlein  
Vorsitzende ZVK