

## 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-Versorgungsstärkungsgesetzes (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 Versorgungslücken 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 neusten Standards wird angestrebt.

### **3. Blankverordnung umsetzen -Direktzugang für qualifizierte Therapeuten prüfen**

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

Der Zugang für Patienten ohne vorherigen Arztkontakt und Verordnung (Direktzugang – Direct Access) wurde bereits in Modellvorhaben getestet und evaluiert (**gem. §3 Heilm-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 stationärer 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 Regelversorgung**

**überführt**“, bedarf jedoch unter Umständen zunächst einer entsprechenden Qualifizierung der Therapeuten. Diese ist, wie in Punkt 2. beschrieben, zeitnah anzustreben