



Wir sind für Sie da!

Bundesverband für
Ergotherapeuten
in Deutschland e.V.

Mit Ergotherapie die Zukunft gestalten

Die BED-Positionen für eine zukunftsfähige ambulante Patient:innenversorgung mit ergotherapeutischen Leistungen

Eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte, barrierefreie sowie zeit- und wohnortnahe Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen hilft auf vielen Ebenen und in unterschiedlichen Settings, die kommenden Herausforderungen einer älter werdenden und bewegungsarmen Informationsgesellschaft zu meistern. Doch um diese Wirkung entfalten zu können, müssen die Rahmenbedingungen angepasst werden, damit Ergotherapeut:innen die ihnen anvertrauten Patient:innen optimal versorgen können.

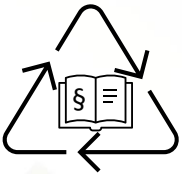
Zusammengefasst in sieben Themenfeldern erläutern wir die Punkte, die aus Sicht des Bundesverbandes für Ergotherapeut:innen BED e.V. beachtet werden müssen, um die Rahmenbedingungen für eine bessere und effizientere Patient:innenversorgung zu schaffen.

1. Ausbildung



1.1 Schulgeldfreiheit bundesweit

Schon lange angekündigt, aber noch nicht in allen Bundesländern umgesetzt: Die Schulgeldfreiheit unter finanzieller Beteiligung des Bundes.



1.2 Modernisierung der Berufsgesetze

Die Notwendigkeit der Erneuerung eines nunmehr 45 Jahre alten ergotherapeutischen Berufsgesetzes ist unbestritten.



1.3 Einführung einer Ausbildungsvergütung

Zur Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsfachberufe müssen eine angemessene Ausbildungsvergütung etabliert und damit zusammenhängende Finanzierungsfragen geklärt werden.

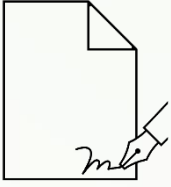


1.4 Akademisierung mit Durchlässigkeit der Bildungswege

Die Akademisierung ist ein Prozess, der längst hätte angestoßen werden müssen. Eine konsequente Umsetzung von Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung ist dabei von elementarer Bedeutung.

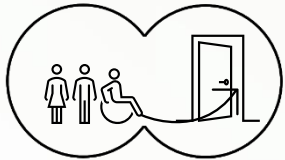
2. Kompetenzen

2.1 Blankverordnung für alle Indikationen und ohne Wirtschaftlichkeitsprüfung innerhalb der Einführungsphase



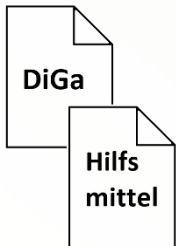
Während die gesetzlich geforderte Evaluierung sich notwendigerweise auf einige ausgewählte Indikationen zu fokussieren hat, müssen für die Regelversorgung über die Blankverordnung alle Indikationen ermöglicht werden, solange keine medizinischen Gründe dagegen sprechen. In der Einführungsphase würde eine Wirtschaftlichkeitsprüfung eine aussagefähige Evaluation verhindern und kann daher sachgerecht erst nach der Evaluation diskutiert werden.

2.2 Perspektive für die freie Berufsausübung



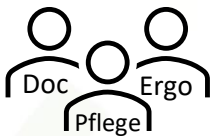
Die Zugänglichkeit für Patient:innen zu Leistungen der Gesundheitsfachberufe muss auf direktem Wege möglich sein. Vor Einführung einer freien Berufsausübung ist auf Fachebene gründlich zu recherchieren, an welchen Stellen gesetzliche Vorgaben dazu anzupassen sind.

2.3 Möglichkeit zur Verordnung von Hilfsmitteln und Digitalen Gesundheitsanwendungen



Damit Patient:innen Hilfsmittel zeitnah einsetzen können und dabei zudem auch Wege und Kontakte einsparen, ist es sinnvoll, den Therapeut:innen die Möglichkeit zur Verordnung genau zu bestimmender Hilfsmittel und digitaler Gesundheitsanwendungen zu ermöglichen.

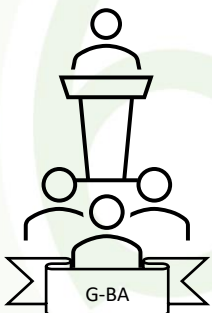
2.4 Inhaltliche und monetäre Förderung von interprofessionellen Teams



Der Nutzen einer interprofessionellen Patient:innenversorgung ist bekannt, daher ist diese dauerhaft zu fördern, um sie flächendeckend Wirklichkeit werden zu lassen. Die

3. Selbstverwaltung

3.1 Mitbestimmung im G-BA



Die Etablierung einer eigenen Heilmittelerbringer:innenbank zur unmittelbaren Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss in eigener Sache ist dringend geboten, denn die Legitimation gegenüber den nicht vertretenen Leistungserbringer:innen ist mehr als nur fraglich.



3.2 Transparenz und Informationsfreigabe über Vertrags- und Verhandlungsbeschlüsse

Allein schon aus Bildungszwecken ist zumindest die Veröffentlichung der Schiedsbeschlüsse der Schiedsstelle nach § 125 Abs.6 SGB V erforderlich. Verhandlungen und Schiedsbeschlüsse bilden zudem die Grundlage für Verträge, die im Sinne von Normverträgen Bindung auch für die Leistungserbringer:innen entfalten, die nicht Mitglied in den verhandelnden Organisationen sind.

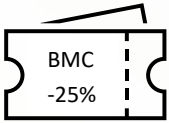
3.3 Notwendige Gesetzesänderung für eine Erstinstanzliche Zuständigkeit des LSG Berlin-Brandenburg in Schiedsstellenverfahren nach § 125 SGB V



Das LSG Berlin-Brandenburg hat sich in den Schiedsstellenverfahren nach § 125 SGB V, auf Grund einer versäumten Vorschrift im Zuge der TSVG-Gesetzgebung im SGG, für sachlich-instanziell unzu-ständig erklärt und an das Sozialgerichts Berlin zurückverwiesen.

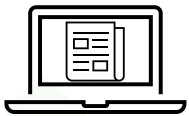
Um derartige ungewollte Verzögerungen solcher Entscheidungen zukünftig zu verhindern, muss in § 29 Absatz 4 Ziffer 3 SGG die Vorschrift „§ 125 SGB V“ ergänzt werden.

3.4 Beteiligung am Networking der Gesundheitswirtschaft fördern



Therapeut:innen, Start-ups der Branche, Studierenden und Forschenden aus den Therapieberufen muss eine niedrighschwellige Teilnahme an bedeutenden Kongressen ermöglicht werden, um das darin enthaltene Innovationspotential zu heben.

3.5 Förderung von Strukturen zur demokratischen Meinungsbildung in den Therapieberufen



Wenn man ähnliche „Katastrophen“ wie bei der Einführung der Pflegekammer in Niedersachsen zukünftig verhindern will, so braucht es eine unabhängige Bereitstellung von Informationen und Diskussionsräume, die einen interessenunabhängigen Austausch fördern. Digitale Angebote drängen sich hier als Lösung auf, bedürfen aber einer inhaltlichen und finanziellen Förderung.

4. Finanzierung

4.1 Begleitung von Maßnahmen der Selbstverwaltung zur Ermöglichung wirtschaftlicher Preise



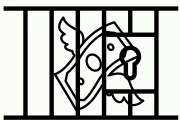
Das Desaster von nicht dem gesetzlichen Auftrag entsprechenden und damit unzureichenden Schiedsprüchen sowie unrechtmäßigen Schiedsverfahren im Bereich der Schiedsstelle nach § 125 Abs. 6 SGB V zeigen deutlich, dass die Umsetzung der Gesetzgebung stringent begleitet werden muss.



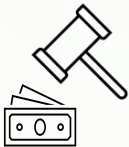
4.2 Überprüfung der Zulässigkeit von Maßnahmen zur Mengensteuerung im Sinne einer bedarfsgerechten Patient:innenversorgung

Wenn Kostenträger evidenzbasierte Therapie fordern, sind zugleich auch der Nutzen und die Auswirkungen der Controlling- und Mengensteuerungsmaßnahmen im jeweiligen Gesamtkontext nachzuweisen.

4.3 Automatismus bei Absetzungen durch die Verrechnung mit der nächsten Abrechnung aufheben



Eine Aufrechnung ohne Zustimmung der/des Leistungserbringenden - bislang basierend auf § 51 SGB I - hat zukünftig unzulässig zu sein, denn auf diesem Wege erfolgen nicht selten unberechtigte Absetzungen zum Schaden des/der Leistungserbringenden. Die Regelung bevorteilt einseitig die Kostenträger.



Zudem müssen Anwaltliche Aufwendungen in diesem Zusammenhang bei unrechtmäßigen Absetzungen durch die Kostenträger erstattet werden. Das ist bislang nicht der Fall vgl. BSG-Urteil 15.11.2007, B 3 KR 1/07 R

4.4 Zuzahlungen für Patient:innen analog zu anderen Leistungsbereichen begrenzen



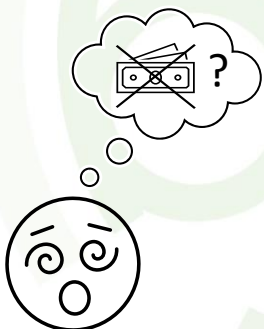
Zuzahlungen sind nachweislich kein Mengensteuerungsinstrument, wohl aber ein ungewolltes Instrument der Zugangsbeschränkung. Zudem lässt sich generell das System der Zuzahlungen nicht mit dem Solidarprinzip in Einklang bringen. Auf Grund der Fehlsteuerungsanreize gehört die Zuzahlung konsequenterweise gänzlich abgeschafft. Hilfsweise muss die Zuzahlung analog zu anderen Leistungsbereichen für Heilmittelbehandlungen zumindest auf maximal 10 Euro je Verordnung reduziert werden.

4.5 Gleichstellung beim Verweis auf Wirtschaftlichkeit in allen Richtlinien



§ 9 Abs.1 der HeilM-RL enthält einseitig einen Verweis auf Wirtschaftlichkeit. Denklogisch und zur Vermeidung von Ungleichbehandlungen sind jeweils in der Arzneimittel- und Hilfsmittelrichtlinie gleichlautende Verweise mit Bezug zur Heilmittelversorgung einzufügen.

4.6. Verordnungsprüfpflicht nach dem Verursacherprinzip



30 % der wertvollen therapeutischen Arbeitszeit gehen für zum Teil verzichtbare Verwaltungstätigkeiten verloren. Ein Umstand den sich unsere alternde Gesellschaft im Hinblick auf den eklatanten Fachkräftemangel im Heilmittelbereich nicht mehr leisten kann. Der Prüfaufwand kann und darf nicht länger auf den Schultern der Therapeut:innen lasten. Es muss das Verursacherprinzip gelten, zumindest jedoch das Kooperationsprinzip, z.B. in Form einer gemeinsamen Selbstverpflichtung, das gesetzlich zu verankern ist.

5. Versorgung

5.1 Loslösung der Ergotherapie von der Vorgabe des Ortes der Leistungserbringung (§ 11 HeilM-RL)

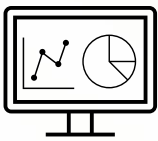


Es bedarf dringend einer Klarstellung, dass insbesondere die Ergotherapie nicht durch die Vorgaben des § 11 HeilM-RL in der Leistungserbringung auf die Praxisräumlichkeiten und das häusliche Umfeld der Klient:innen reduziert werden darf.

5.2 Etablierung von validen statistischen Auswertungen als Grundlage für eine qualitätsbezogene Versorgungsforschung im Heilmittelbereich

Statistiken im Gesundheitswesen haben Sinn und Zweck, wenn sie die tatsächliche Versorgungsrealität auch abbilden. Das ist im Heilmittelbereich nur ungenügend oder gar nicht der Fall. Das Referat 227 des BMG hatte dazu bereits im Zuge des Dialogprozesses Gesundheitsfachberufe 2020 einen Workshop angekündigt, welcher jedoch trotz mehrfacher Nachfrage bis heute nicht stattfand.

5.3 Monitoring von Versorgungsquoten



Die Erhebung von Versorgungsquoten auf regionaler (Kreis-) Ebene ist ein wichtiger Indikator für die Versorgungsqualität. Diese Quoten liefern die Antwort darauf wie hoch der Anteil der Patienten:innen mit einer Heilmittelindikation ist, die auch tatsächlich mit Heilmittelleistungen versorgt werden.

5.4 Klares Bekenntnis zur Ergotherapie als systemrelevanter Teil der flächendeckenden Versorgung

Insbesondere vor dem Hintergrund möglicher freier Zugänglichkeit zu ambulanten Heilmittelleistungen, wie der Ergotherapie braucht es für die Zukunft ein klares Bekenntnis der Behörden zur Ergotherapie und allen anderen Heilmittelleistungen als Teil der systemrelevanten flächendeckenden Gesundheitsversorgung. Bislang mussten und müssen die Landesbestimmungen zur Pandemieeindämmung häufig nachgebessert werden, da die medizinisch notwendigen Heilmittelleistungen übersehen wurden.

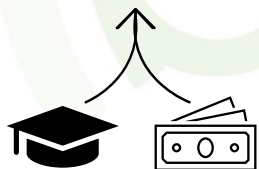
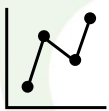
Ergotherapie



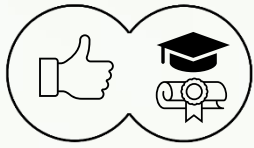
6. Forschung

6.1 Forschung etablieren und finanzieren

Neben der Tatsache, dass ein Berufsstand zunächst überhaupt in die Lage versetzt werden muss, die eigene Tätigkeit wissenschaftlich zu evaluieren, braucht es ebenso eine verlässliche monetäre Förderung und Ausgestaltung von Strukturen, die diese Arbeit leisten können.



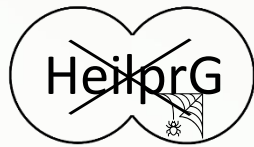
6.2 Perspektive auf Promotion für akademisch ausgebildete Ergotherapeut:innen



Weder in der Ergotherapie noch in anderen Heilmittelbereichen, kann man es sich leisten gut ausgebildete und motivierte Therapeut:innen allein durch den Umstand zu verlieren, dass Karrierewege verbaut werden oder abrupt enden. Der Weg zur Promotion muss auch für Absolvent:innen von therapeutischen Studiengängen ohne Umweg über andere Fachbereiche dauerhaft etabliert werden.

7. Zukunft

7.1 Regelung der freien Berufsausübung ohne den Umweg über das Heilpraktikerwesen



Die bisherigen Regelungen durch das Heilpraktikergesetz sind völlig veralteten Vorstellungen über die Berufe des Gesundheitswesens geschuldet und missachten die Entwicklung der Gesundheitsfachberufe ebenso wie die Anforderungen an eine moderne, effiziente interprofessionelle Patientenversorgung. Die Grundlage dafür ist in modernen Berufsgesetzen zu legen, in denen klar die Aufgaben und Kompetenzen der einzelnen Berufe zu definieren sind.

7.2 Ergotherapeut:innen in allen Belangen der Versorgung mitdenken (DMP etc.)



Die Möglichkeiten einer modernen klient:innenzentrierten Ergotherapie werden in den unterschiedlichsten Versorgungsmodellen zu selten mitgedacht. Ob bei der integrierten Versorgung, in Disease-Management-Programmen oder modernen Value-Based-Ansätzen – die ergotherapeutische Sicht und Expertise muss künftig selbstverständlich in allen Belangen der Versorgung berücksichtigt werden.

Sehr gerne begleitet der BED e.V. den notwendigen politischen Prozess für eine zukunftsfähige ambulante Patient:innenversorgung mit ergotherapeutischen Leistungen.

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen immer gerne zur Verfügung.

Christine Donner

Diplom-Betriebswirt

Geschäftsführender Vorstand BED e.V.

Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene im Bereich Ergotherapie

Mobil: 0173- 25 833 70 Email: c.donner@bed-ev.de

Anlage 1

Übernahme von wirtschaftlicher Verantwortung und Budgetierung im Rahmen der neuen Versorgungsform „Blankoverordnung“ gemäß § 125a SGB V

I Einleitung

Zunächst scheint es sinnvoll die Bedarfsbestimmung für Leistungen zulasten der GKV zu definieren.

Subjektiver Bedarf: „Der subjektive Bedarf entspricht dem **Bedürfnis** eines Patienten, d. h. seinen **individuellen Präferenzen**. Dabei können zwei Individuen trotz gleichen Alters und Geschlechts und identischer Morbiditätsmerkmale und -schwere sowie anderer exogener Einflussfaktoren, z. B. aufgrund divergierender Sicherheitsbedürfnisse, einen unterschiedlichen subjektiven Bedarf aufweisen. Dieser äußert sich dann in einer **voneinander verschiedenen Nachfrage** nach Gesundheitsversorgung, d. h. etwa hinsichtlich Präventionsleistungen, Kontrolluntersuchungen und Arztbesuchen. Sofern diese Abweichungen in einem gewissen Toleranzbereich bleiben, wird es vertretbar sein, dem subjektiv bedürftigeren Patienten diejenigen Leistungen zukommen zu lassen, die ihm zu seinem Wohlbefinden verhelfen können. Im Falle knapper Ressourcen wird allerdings die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit das entscheidende Kriterium sein müssen und ggf. ein Aufklärungsgespräch darüber nötig sein, warum eine subjektiv gewünschte Maßnahme nicht (mehr) erbracht werden kann.“ (SVR Gutachten 2018, S.49)

Objektiver Bedarf: Da das Gesundheitssystem dem Bedarf des/der einzelnen Patient:in (an hochwertiger Gesundheitsversorgung gemäß seiner/ihrer Selbstbestimmung) wie dem Bedarf aller Versicherten an dauerhafter Verfügbarkeit solcher Gesundheitsversorgung gerecht werden muss, ergibt sich das normative Konzept der **Bedarfsgerechtigkeit**. Diesem Konzept zufolge soll jeder und jede Krankenversicherte in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten, die seinem bzw. ihrem Bedarf entspricht, d. h., die er oder sie nach möglichst **objektiven Kriterien** benötigt. Dabei unterscheidet sich demzufolge der subjektive Bedarf des/der Patient:in von dem medizinisch objektiven Bedarf, den eine durch hochwertige Studien evidenzbasierte oder zumindest empirisch begründete Mehrheitsmeinung einschlägiger Wissenschaftler:innen definiert. (ebenda)

Veranlasste Leistung: Der G-BA legt im Auftrag des Gesetzgebers fest, von wem, für welche Dauer und unter welchen Voraussetzungen Verordnungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen werden dürfen. Da die Verordnungen medizinische Leistungen „veranlassen“, werden sie unter dem Begriff „Veranlasste Leistungen“ zusammengefasst. Hierzu gehören beispielsweise die häusliche Krankenpflege, Heilmittel oder Soziotherapie.

Einordnung der Begriffe in die Heilmittelversorgung (Blankoverordnung):

Der subjektive Bedarf des/der Patient:in wird durch die evidenzbasierte ärztliche Diagnostik konkretisiert und dadurch dann gegebenenfalls zu einem objektiven Bedarf. Zur Erfüllung dieses objektiven Bedarfes wird per ärztlicher Verordnung eine Leistung veranlasst.

Zumindest für diesen Teil bleibt die wirtschaftliche Verantwortung - unabhängig von der Interpretation des Gesetzestextes und den Zielen der Begleitforschung – auf ärztlicher Seite. Dafür spricht auch, dass das Bundessozialgericht für den Vergütungsanspruch gegenüber einer Krankenkasse der ärztlichen Verordnung eine Schlüsselstellung zuspricht (BSG 13.09.2011 - B 1 KR 23/10 R).

Die ärztliche Verordnung konkretisiert somit den Bedarf an einer Heilmittelversorgung und begründet ebenso den Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen. Diesem Umstand trägt **§ 106b SGB V** Rechnung, in dem Einzelheiten zur Wirtschaftlichkeitsprüfung definiert werden.

II Übertragung wirtschaftlicher Verantwortung

Verfolgt man aktuell Diskussionen rund um das Thema „Blankverordnung“, so scheint es weitestgehend Konsens zu sein, den Leistungserbringer:innen eine – wie auch immer geartete – Budgetverantwortung für diese neue Versorgungsform zu übertragen.

Der Gesetzgeber formulierte dazu in **§ 125a Abs. 2 Nr. 6 SGB V** als einen in den Verträgen zu berücksichtigenden Punkt:

„Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die medizinisch nicht begründet sind; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist.“

Gleichzeitig verfasst der Gesetzgeber jedoch in **§ 125a Abs. 6 SGB V** einen Evaluierungsauftrag an die Vertragspartner, der nicht nur geringfügig mit der zuvor beschriebenen Maßnahme konkurriert:

„Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 erhobenen und der nach Absatz 5 veröffentlichten Daten evaluieren die Vertragspartner nach Absatz 1 insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenentwicklung, der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Verträge nach Absatz 1. Die Evaluierung hat durch einen durch die Vertragspartner gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.“

Ganz konkret konkurriert der Auftrag, die Mengenentwicklung und die finanziellen Auswirkungen zu evaluieren, mit den zuvor geforderten Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung.

Gehen wir einen Schritt zurück und versuchen die Intention des Gesetzgebers zu interpretieren. Die Idee hinter dieser neuen Versorgungsform muss zwangsläufig sein in irgendeiner Form eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen. Diese Verbesserung kann prinzipiell in der **Qualität (Outcome)**, der **Wirtschaftlichkeit (Kosten** – wichtig wären **direkte** und **indirekte Kosten**) oder in einer Mischform im Sinne der **Effizienz** der Behandlung, zu finden sein.

Denkbar wäre demnach, dass eine größere Menge an Behandlungen in hoher Frequenz zu einem signifikant besseren Outcome und zugleich zu deutlich geringeren indirekten Kosten führt.

Dieses Szenario würde durch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Keim erstickt. Gleichzeitig sollen jedoch keine Fehlanreize entstehen.

Um aussagefähige Ergebnisse zu gewährleisten, ob die Blankverordnung zu einer besseren Versorgung wie oben beschrieben führt, darf für die Dauer der Evaluierung die neue Versorgungsform nicht unter veränderte Wirtschaftlichkeitsbedingungen gestellt werden.