



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.

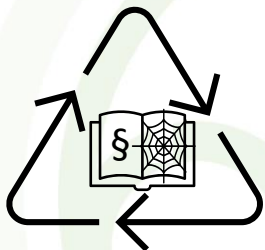
1. Ausbildung

1.1 Schulgeldfreiheit bundesweit



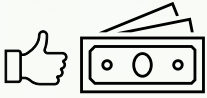
In der Frage der Schulgeldfreiheit ist eine bundeseinheitliche Regelung überfällig. Der Bund hatte hier bereits in der letzten Legislaturperiode seine Unterstützung für die Länder angekündigt, aber anschließend nicht umgesetzt. Aktuell gleichen die Regelungen einem Flickenteppich. Erhöhte Attraktivität des vom Fachkräftemangel gebeutelten ergotherapeutischen Berufes fängt jedoch bei der bundesweiten Schulgeldfreiheit an.

1.2 Modernisierung der Berufsgesetze



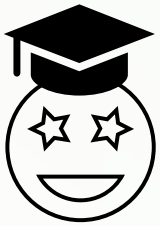
Die Notwendigkeit der Erneuerung eines nunmehr 45 Jahre alten ergotherapeutischen Berufsgesetzes ist unbestritten. Der Beratungsprozess ist durch die Pandemie ausgebremst worden und nun dringend zeitnah wieder aufzunehmen. Gerade im Hinblick auf die Diskussionen um das Heilpraktikerrecht ist es dringend erforderlich, die Modernisierung des ergotherapeutischen Berufes zügig zum Abschluss zu bringen. Neben der Überarbeitung der fachlichen Inhalte und einer stärkeren Fokussierung auf kompetenzorientiertes Lernen, sind die konkreten Tätigkeitsbeschreibungen gesetzlich zu verankern, um das selbständige Ausüben der beruflichen Tätigkeit auch in interprofessionellen Teams sicherzustellen.

1.3 Einführung einer Ausbildungsvergütung



Um die Attraktivität der Gesundheitsfachberufe weiter zu steigern, ist es dringend erforderlich analog zu anderen Berufen, eine angemessene Ausbildungsvergütung zu etablieren und auch die damit zusammenhängende Frage der Finanzierung zu klären.

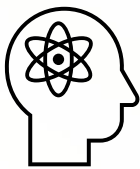
1.4 Akademisierung mit Durchlässigkeit der Bildungswege



Ganz unabhängig von der Frage, ob man eine Teil- oder Vollakademisierung in den Gesundheitsfachberufen favorisiert: Eine konsequente Umsetzung von Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung ist von entscheidender Bedeutung und Grundlage für das Gelingen einer Akademisierung der Heilmittelberufe. Insbesondere vor dem Hintergrund

- der zunehmenden Bedeutung lebensbegleitenden Lernens,
- der Ermöglichung umfassender Bildungschancen und
- des eklatanten Fachkräftemangels

müssen für jegliche Form der beruflichen Bildung die Zugangswege umfassend berücksichtigt werden.



Unbestritten dürfte die Tatsache sein, dass das Versorgungsgeschehen komplexer wird und im Zuge des demografischen Wandels sich die Fachkräftesituation weiter verschlechtert. Tendenziell werden demnach immer weniger Therapeut:innen immer mehr Patient:innen versorgen müssen, wobei gleichzeitig die Schwere der Erkrankungen zunimmt.

Unbestritten müssen ferner in der Ausbildung die Grundlagen für die Bewältigung dieser deutlich veränderten Versorgungssituation gelegt werden. Doch die Debatte um eine Entscheidung nach Voll- oder Teil-Akademisierung verläuft zu oberflächlich und verleitet zu einem Schwarz-Weiß-Denken. Genau mit dieser Debattenführung werden liebgewonnene Vorbehalte und Ständesdünkel bedient, die schon seit Jahren die Entwicklung der Gesundheitsfachberufe behindern.

Wir sehen die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe als Prozess, der zwar schon spätestens mit dem ersten Auslaufen der Modellstudiengänge hätte gestartet werden müssen, aber eben noch immer nicht klar genug als solcher skizziert ist. Innerhalb dieses Prozesses werden wir eine Phase durchlaufen, die eher einer Teil-Akademisierung entspricht, aber am Ende in eine Voll-Akademisierung mündet mit Gesundheitsfachberufen die primärqualifizierend an Hochschulen ausgebildet werden. Innerhalb dieser Zeit, für die wir 10 bis 15 Jahre kalkulieren, werden Strukturen der Bildung und der Forschung etabliert, so dass für Absolvent:innen auch klare Perspektiven für die berufliche Weiterentwicklung entstehen. Die gesamte Entwicklung muss sich am



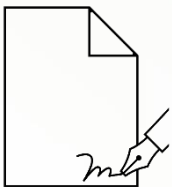
Versorgungsbedarf orientieren und daher zwingend die vorhandenen Ressourcen der bisherigen fachschulischen Ausbildung integrieren. Der Prozess der Akademisierung muss

- alle Berufsangehörigen mitnehmen,
- eine Durchlässigkeit der Bildungswege auf allen Ebenen garantieren und
- insbesondere auch die Hinweise und Bedenken z.B. aufseiten der Ärzt:innenschaft und Kostenträger nicht außer Acht lassen.

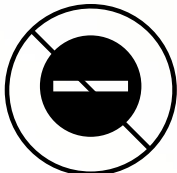
Nur so gelingt der Weg der weiteren Professionalisierung und damit der Verbesserung der Patientenversorgung.

2. Kompetenzen

2.1 Blankoverordnung für alle Indikationen und ohne Wirtschaftlichkeitsprüfung innerhalb der Einführungsphase



Die Blankoverordnung bleibt per Definition eine veranlasste Leistung. Der objektive Bedarf wird durch die ärztliche Diagnostik konkretisiert und so in eine Nachfrage nach therapeutischen Leistungen überführt. Zumindest für diesen Teil bleibt die wirtschaftliche Verantwortung - unabhängig von der Interpretation des Gesetzestextes und den Zielen der Begleitforschung – auf ärztlicher Seite.



Aus der Perspektive der Patientenversorgung gibt es keinen sachlichen Grund für die Beschränkung der Blankoverordnung auf einzelne Indikationsbereiche. Wenn der/die verordnende Arzt/Ärztin keine medizinischen Gründe sieht, die der erhöhten Versorgungsverantwortung der Therapeut:innen im Wege steht, so muss prinzipiell die Möglichkeit für die neue Versorgungsform gegeben sein, ohne dass es indikationsbezogene Hindernisse dafür gibt.

Die gesetzlich geforderte Evaluierung der neuen Versorgungsform kann sich hingegen an einzelnen Indikationen orientieren, um die Effekte der Blankoverordnung auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität detailliert darzustellen.

Näheres siehe Anlage 1

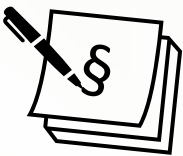
2.2 Perspektive für die freie Berufsausübung

Überall dort, wo es gelingt die Patient:innen verstärkt in den Behandlungsprozess einzubeziehen, ist ein besseres qualitatives Ergebnis zu erreichen. Die Patient:innen zu befähigen mehr Eigenverantwortung zu übernehmen, ist eines der Ziele einer modernen und effizienten Gesundheitsversorgung. Im Bereich der Gesundheitsfachberufe bedeutet dies, die Wahlmöglichkeit der Patient:innen zu stärken und die Zugangswege zu den Expert:innen, die aus der Sicht des mündigen Patient:innen am besten geeignet sind seine

Probleme zu lösen, mit möglichst wenigen Barrieren zu versehen. Die Forderung nach freier Berufsausübung ist hier nur denklogisch und folgerichtig.

Für weitere Informationen: (<https://tal-ggmbh.de/der-vergessene-patient/>)

Zusätzlich zu den Perspektiven einer freien Berufsausübung müssen aber weitere Aspekte beachtet werden. In dem bisherigen gewachsenen System mit der Erfordernis einer ärztlichen Verordnung haben sich feste Zugangswege zur Inanspruchnahme von Therapieleistungen etabliert. Es ist bislang nicht erforscht, welchen Effekt die ärztliche Verordnung im Sinne einer klaren Handlungsempfehlung für die Inanspruchnahme und Adhärenz hat. Es ist denkbar, dass sich mit der Einführung einer freien Berufsausübung die Inanspruchnahme der Leistungen sehr unterschiedlich entwickelt. Gerade in Kombination mit anderen Barrieren, wie etwa der unverhältnismäßig hohen Zuzahlung im Heilmittelbereich, besteht möglicherweise die Gefahr, dass gerade benachteiligte Patient:innengruppen von der Möglichkeit freier Zugangswege nicht profitieren. Hier ist im Sinne einer Gemeinwohlorientierung eine durchgehende Aufklärung erforderlich, ebenso wie die konzeptionelle Beteiligung anderer Berufsgruppen.



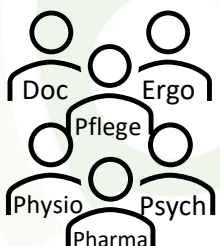
Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Tatsache, dass aktuell aus der ärztlichen Verordnung faktisch andere Rechte abgeleitet werden können. So ist die medizinische Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention gerade in Zeiten der Pandemie durch die ärztliche Verordnung definiert. Auch der Anspruch auf die Honorierung der Leistungen im System der gesetzlichen Krankenkassen ist nicht ohne weiteres ohne eine ärztliche Verordnung abzuleiten. Es ist zu bedenken, dass das Recht der Heilmittelerbringung wenig strukturiert ist. Vor Einführung einer freien Berufsausübung ist daher auf Fachebene gründlich zu recherchieren, an welchen Stellen daraufhin gesetzliche Vorgaben anzupassen sind.

2.3 Möglichkeit zur Verordnung von Hilfsmitteln und Digitalen Gesundheitsanwendungen



Therapeut:innen sind schon heute in der Lage den Bedarf für eine Vielzahl von Hilfsmitteln sicher einzuschätzen und übernehmen nicht selten auch die Schulung oder das Training mit und für diese Hilfsmittel. Um Hilfsmittel zeitnah einsetzen zu können und speziell auch um Wege und Kontakte einzusparen, ist es sinnvoll, den Therapeut:innen die Möglichkeit zur Verordnung genau zu bestimmender Hilfsmittel und digitaler Gesundheitsanwendungen zu ermöglichen.

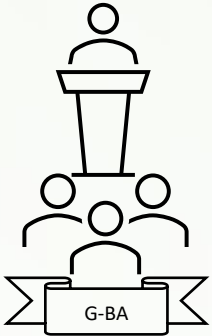
2.4 Inhaltliche und monetäre Förderung von interprofessionellen Teams



Der Nutzen einer interprofessionellen Patient:innenversorgung ist bekannt, daher ist diese dauerhaft zu fördern, um sie flächendeckend Wirklichkeit werden zu lassen. Die Finanzierung digitaler Infrastruktur und die Förderung leitlinienbasierter Therapiekonzepte können hierbei konkret helfen.

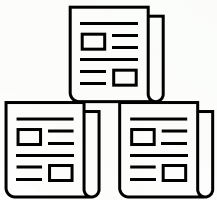
3. Selbstverwaltung

3.1 Mitbestimmung im G-BA



Die personell-organisatorische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist spätestens seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 10.11.2015 Gegenstand vieler Diskussionen. Dem BMG liegen dazu drei Gutachten vor, die noch von Minister Gröhe 2017 in Auftrag gegeben wurden. Speziell die Legitimation gegenüber den nicht vertretenen Leistungserbringer:innen ist mehr als fraglich. Dazu gibt es unterschiedliche Lösungsvorschläge. Die Etablierung einer eigenen Heilmittelerbringer:innenbank zur unmittelbaren Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss ist daher unumgänglich und dringend geboten.

3.2 Transparenz und Informationsfreigabe über Vertrags- und Verhandlungsbeschlüsse



Gerade dann, wenn bei Vertragsverhandlungen keine Einigkeit erzielt werden kann und die Schiedsstelle angerufen wird, ist allein aus Bildungszwecken zumindest die Veröffentlichung der Schiedsbeschlüsse erforderlich. Verhandlungen und Schiedsbeschlüsse bilden die Grundlage für Verträge, die im Sinne von Normverträgen Bindung auch für die Leistungserbringer:innen entfalten, die nicht Mitglied in den verhandelnden Organisationen sind.

In anderen Bereichen sind ähnliche Vorgaben bereits in der Geschäftsordnung der Schiedsstellen verankert. So heißt es in § 23 Abs.2 der Geschäftsordnung der Schiedsstelle nach § 130b SGB V (Pharma):



„Die unparteiischen Mitglieder informieren die Öffentlichkeit im Namen der Schiedsstelle in angemessener Weise über ihre Arbeit. Sie sind dabei an die Beschlüsse der Mitglieder gebunden und zur Neutralität der Darstellung verpflichtet. Die schriftlichen Informationen erfolgen über die Geschäftsstelle.“

Auch die Schiedsstelle im Bereich der Heilmittelversorgung muss künftig ihr Handeln öffentlich machen und begründen. Nicht zuletzt aus Sicht einer Korruptionsprävention müssen Entscheidungswege offen nachvollziehbar sein. Sofern die Selbstverwaltung hier zeitnah keinen Handlungsbedarf sieht, ist eine gesetzliche Regelung im Hinblick auf Transparenz dringend erforderlich.

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 unzuständig erklärt und an das Sozialgerichts Berlin zurückverwiesen.

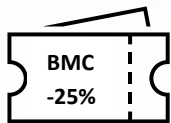
Um derartige ungewollte Verzögerungen solcher Entscheidungen zukünftig zu verhindern muss in § 29 Absatz 4 Ziffer 3 SGG die Vorschrift „§ 125 SGB V“ ergänzt werden (im Folgenden rot markiert):

§ 29 Absatz 4 Ziffer 3 SGG:



3. Klagen gegen Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 91, 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), Klagen in Aufsichtsangelegenheiten gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss, Klagen gegen die Festsetzung von Festbeträgen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen oder den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstellen nach den §§ **125**, 129, 130b und 134 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Klagen gegen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses Bund nach § 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) geändert worden ist.

3.4 Beteiligung am Networking der Gesundheitswirtschaft fördern



Hauptstadt-Congress, BMC Jahrestagung - bei vielen größeren Veranstaltungen sind Heilmittelerbringende unterrepräsentiert. In vielen Fällen bilden die Eintrittspreise eine zu hohe Barriere für eine Teilnahme. Therapeut:innen, Start-ups der Branche, Studierenden und Forschenden aus den Therapieberufen muss daher eine niedrighschwellige Teilnahme ermöglicht werden. Denn gerade eine bessere Vernetzung dieser Gruppen mit anderen Akteur:innen führt auf längere Sicht zu Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. Deshalb ist eine Förderung der Teilnahme der benachteiligten Gruppen an größeren Veranstaltungen gewinnbringend für alle Seiten.

3.5 Förderung von Strukturen zur demokratischen Meinungsbildung in den Therapieberufen



Die Informationsfreiheit ist ein sehr hohes Gut, wenn es darum geht, Berufsangehörigen eine möglichst unabhängige Meinungsbildung über die relevanten Fragen der Berufspolitik und der Ausgestaltung der Patient:innenversorgung zu ermöglichen. Bisher gibt es kaum Möglichkeiten für Berufsangehörige der Gesundheitsfachberufe ungefiltert und neutral an der Entwicklung des Berufsumfeldes und der relevanten Gesundheitsversorgung zu partizipieren. Die Themen sind zu speziell dafür, dass eine unabhängige Berichterstattung für die vorhandenen Medien interessant wäre. Gleichzeitig werden Schiedsurteile und Meinungsbildungsprozesse, die die Grundlagen für Verträge bilden, die der einzelne Leistungserbringer unterzeichnen muss, geheim gehalten. 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.



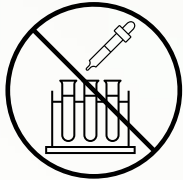
4. Finanzierung

4.1 Begleitung von Maßnahmen der Selbstverwaltung zur Ermöglichung wirtschaftlicher Preise



Das Desaster von nicht dem gesetzlichen Auftrag entsprechenden und damit unzureichenden Schiedssprüchen sowie unrechtmäßigen Schiedsverfahren im Bereich der Schiedsstelle nach § 125 Abs. 6 SGB V zeigt deutlich, dass eine gute Gesetzgebung nicht ausreicht. Auch deren Umsetzung muss stringent begleitet werden. Dies gilt erst recht, wenn eine staatliche Aufsichtsbehörde wie das Bundesministerium für Gesundheit sich allein dem Verdacht aussetzt, offensichtliche Rechtsbeugung zu dulden.

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



Orientierende Behandlungsmengen, Heilmittelvereinbarungen, Heilmittelzielvereinbarungen, Regressandrohungen - die ambulante Heilmittelversorgung gleicht einem experimentellen Labor zur Entwicklung von Mengensteuerungsmaßnahmen. Der Sinn, die Zulässigkeit und der Nutzen dieser Maßnahmen muss mit Blick auf die Patient:innenversorgung zwingend hinterfragt werden. Wenn Kostenträger evidenzbasierte Therapie fordern, sind zugleich auch der Nutzen und die Auswirkungen der Controlling- und Mengensteuerungsmaßnahmen im jeweiligen Gesamtkontext nachzuweisen.

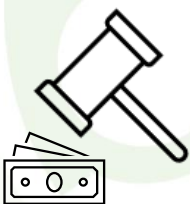


Eindimensionale und punktuelle Betrachtungen innerhalb komplexer Versorgungsstrukturen haben in der Vergangenheit zu schwerwiegenden Fehlinterpretationen im Heilmittelbereich mit anschließenden Fehlentscheidungen geführt. Eine der Folgen ist der massive Fachkräftemangel und damit eine Gefährdung der Patient:innenversorgung.

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



Eine automatische Aufrechnung von Absetzungen basierend auf § 51 SGB I und § 387 BGB - insbesondere bei kleineren Zahlbeträgen – führt bei den Leistungserbringenden automatisch zu einer Hinnahme der Forderung, da im Rahmen eines Alltags mit ohnehin hoher Arbeitsverdichtung der Aufwand für eine detaillierte Prüfung und ein erfolgreiches Widerspruchsverfahren nahezu nicht möglich ist.



Zudem müssen bislang die Therapeut:innen die damit einhergehenden Gebühren der begleitenden Anwäl:innen selbst tragen, die den ausstehenden Zahlbetrag in den meisten Fällen um ein vielfaches übersteigen (BSG-Urteil 15.11.2007, B 3 KR 1/07 R).

Auf diesem Wege erfolgen nicht selten unberechtigte Absetzungen zum Schaden des/der Leistungserbringenden. Die Regelung bevorteilt einseitig die Kostenträger.

Daraus folgt:

- Eine Aufrechnung ohne Zustimmung der/des Leistungserbringenden hat unzulässig zu sein.
- Anwaltliche Aufwendungen in diesem Zusammenhang müssen bei unrechtmäßigen Absetzungen durch die Kostenträger erstattet werden.

4.4 Zuzahlungen für Patient:innen analog zu anderen Leistungsbereichen begrenzen

Zuzahlungen sind nachweislich kein Mengensteuerungsinstrument, wohl aber ein ungewolltes Instrument der Zugangsbeschränkung. Die derzeitige Zuzahlungsregelung im Heilmittelbereich führt zu unverhältnismäßig hohen Belastungen der Patient:innen. Eine Erhöhung der Vergütungen, die eine wirtschaftliche Praxisführung gewährleistet und Altersarmut der behandelnden Therapeut:innen verhindert, führt sehr wahrscheinlich zu einer noch höheren Barriere für die Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen. Die bereits jetzt bestehende Benachteiligung und Ungleichbehandlung von Patient:innen, die Heilmittelleistungen benötigen, wird somit weiter verstärkt. Dies betrifft insbesondere ältere, chronisch kranke und finanziell schwache Patient:innen, die medizinisch verordnete Leistungen allein schon auf Grund der hohen Zuzahlungen nicht in Anspruch nehmen (können). Die Folgekosten für die Gesamtgesellschaft wurden, ganz abgesehen von den ethischen Aspekten, bislang weder berechnet noch berücksichtigt. 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 besagt:

„Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll die Verordnerin oder der Verordner prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch

- *durch eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten (z. B. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms, durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung),*
- *durch eine Hilfsmittelversorgung oder*
- *durch Verordnung eines Arzneimittels*

unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.“

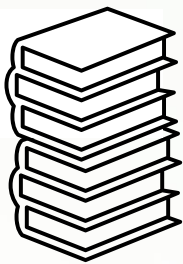




Denklogisch und zur Vermeidung von Ungleichbehandlungen sind jeweils in der Arzneimittel- und Hilfsmittelrichtlinie gleichlautende Verweise mit Bezug zur Heilmittelversorgung einzufügen.

4.6. Verordnungsprüfpflicht nach dem Verursacherprinzip

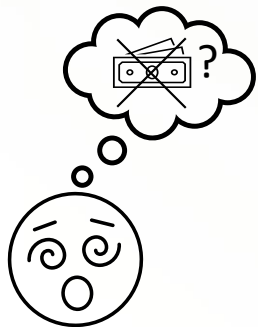
30 % der wertvollen therapeutischen Arbeitszeit gehen für zum Teil verzichtbare Verwaltungstätigkeiten verloren. Ein Umstand den sich unsere alternde Gesellschaft im Hinblick auf den eklatanten Fachkräftemangel im Heilmittelbereich nicht mehr leisten kann.



Auf 53 Seiten wurde ein Anforderungskatalog nach § 73 SGB V für die Verordnung von Heilmitteln zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband geschlossen, ohne sich dazu mit den Spitzenverbänden im Heilmittelbereich ins Benehmen zu setzen: https://update.kbv.de/ita-update/Verordnungen/Heilmittel/EXT_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Heilmittel.pdf

Hinzu kommt ein 25-seitiges Prüfpaket Heilmittel für das selbiges gilt:

https://update.kbv.de/ita-update/Verordnungen/Heilmittel/KBV_ITA_AHEX_Pruefpaket_Heilmittel.pdf

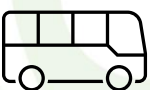


Trotz der KBV-zertifizierten Prüfsoftware können und werden immer noch falsche Verordnungen ausgestellt. Daher sind Therapeut:innen auf Grund der Rechtslage weiterhin gezwungen jede einzelne Verordnung eingehend zu prüfen. Daran ändern auch die seitenlangen Prüfvereinbarungen zwischen GKV-Spitzenverband und den Berufsverbänden der jeweiligen Heilmittelbereiche nichts.

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)



Durch unterschiedliche Interpretation des § 11 der HeilM-RL wird die Leistungserbringung in der Ergotherapie kassenseitig auf die Praxisräumlichkeiten und das häusliche Umfeld der Klienten reduziert. Diese Beschränkung ist mit einer effizienten, modernen und klientenbezogenen Leistungserbringung unvereinbar. Gerade bei der Bewältigung von Einschränkungen, die in ganz unterschiedlichen Lebenssituationen auftreten, muss auch die Leistungserbringung in den entsprechenden Settings möglich sein. Nur so kann die Versorgung effizient gestaltet werden, s. 3.1.

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



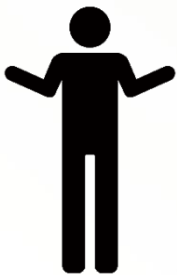
Statistiken im Gesundheitswesen haben Sinn und Zweck, wenn sie die tatsächliche Versorgungsrealität auch abbilden. Das ist im Heilmittelbereich nur ungenügend oder gar nicht der Fall. Teilweise werden die dort erhobenen statistischen Daten gar fehlinterpretiert, oder die Daten selbst sind allenfalls statistischer Schrott, wie bereits 2015 öffentlich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Hinblick auf die GKV-HIS-Zahlen angemerkt (https://www.kbv.de/media/sp/TSVG_Stellungnahme_KBV_Regierungsentwurf.pdf Seite 11). Seither hat sich an der Datenqualität nichts geändert.

Dennoch wurden mit diesen Daten in der Vergangenheit politische Entscheidungen getroffen und noch jüngst politische Positionen seitens der Kostenträger vermeintlich untermauert. Derartige Fehler dürfen sich in der Zukunft nicht wiederholen.

Statistische Daten im Heilmittelbereich sind von einer unabhängigen Institution zu erheben oder zumindest zu überprüfen. Zudem fehlt die Fortführung der Krankheitskostenstatistik. Das Statistische Bundesamt teilte auf Nachfrage mit, dass die Krankheitskostenstatistik aus Kostengründen nicht mehr erhoben wird. Die dadurch nicht mehr erkennbare Fehl- und Unterversorgung wird die eingesparten Kosten um ein Vielfaches übersteigen.



Grundsätzlich fehlt eine volkswirtschaftliche Gesamtbetrachtung des Gesundheitswesens, um überhaupt Aussagen über Einspareffekte oder Mehrausgaben treffen zu können.



Es fehlt sogar eine tragfähige Statistik zu den Schüler:innenzahlen im Heilmittelbereich, da die Meldungen auf freiwilligen Angaben der Schulen der Gesundheitsfachberufe beruhen. Auch über den Verbleib der Schüler:innen nach dem Abschluss ist nichts bekannt.

Somit gestaltet sich die Versorgung im gesamten Heilmittelbereich als Blackbox. Die Erhebung von validen Daten und einer darauf beruhenden qualitätsbezogenen Versorgungsforschung ist von hohem öffentlichem Interesse und muss zeitnah umgesetzt werden. 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

Im Verlauf der Pandemie wurde deutlich, dass viele Gesundheitsbehörden – egal ob auf regionaler Ebene oder auf Bundesebene – Probleme bei der Einordnung der ambulanten Heilmittelleistungen als systemrelevante Einrichtungen der Gesundheitsversorgung hatten. Therapeut:innen wurde gerade zu Beginn der Pandemie häufig der Zutritt zu Patient:innen in Pflegeeinrichtungen verwehrt. Ebenso scheiterte häufig die Betreuung der Kinder, da Therapieberufe nicht als systemrelevant erachtet wurden. Die Zuteilung von Schutzausrüstung und Desinfektionsmaterial gelang nur zögerlich und es kam zu Verunsicherungen aufgrund von behördlich angeordneten Schließungen von therapeutischen Einrichtungen, weil eine falsche Zuordnung zu körpernahen Dienstleistungen erfolgte. Diese Probleme setzen sich bis zuletzt fort. So mussten und müssen die Landesbestimmungen zur Pandemieeindämmung häufig nachgebessert werden, da die medizinisch notwendigen Heilmittelleistungen übersehen wurden.

Für die Zukunft braucht es ein klares Bekenntnis der Behörden zur Ergotherapie und allen anderen Heilmittelleistungen als Teil der systemrelevanten flächendeckenden Gesundheitsversorgung, insbesondere vor dem Hintergrund möglicher freier Zugänglichkeit zu ambulanten Heilmittelleistungen, wie der Ergotherapie.

6. Forschung

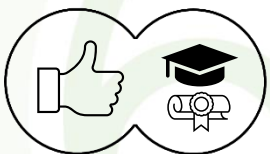
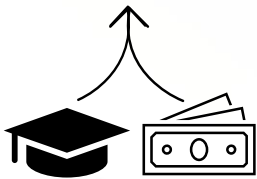
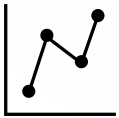
6.1 Forschung etablieren und finanzieren

Wenn die Notwendigkeit einer wirtschaftlichen Leistungserbringung an dem aktuell gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand gemessen werden soll, so braucht es auch Strukturen, die diesen aktuellen Erkenntnisstand ermitteln und somit die Basis für einen erforderlichen Wissenstransfer ermöglichen. 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

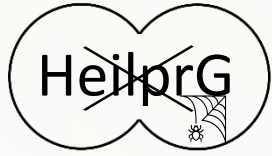
Weder in der Ergotherapie noch in anderen Heilmittelbereichen, kann man es sich leisten gut ausgebildete und motivierte Therapeut:innen allein durch den Umstand zu verlieren, dass Karrierewege verbaut werden oder abrupt enden. Der Weg zur Promotion muss auch für Absolvent:innen von therapeutischen Studiengängen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

Ergotherapie



7. Zukunft

7.1 Regelung der freien Berufsausübung ohne den Umweg über das Heilpraktikerwesen



Eine selbstständige, eigenverantwortliche Berufsausübung ist ein wesentlicher Baustein für die Professionalisierung in der Ergotherapie. 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 „Blankverordnung“ 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 (Blankverordnung):

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.