

Bundesministerium für Gesundheit

Abteilung 2

Referat 227

Leitung: Herr Andreas Brandhorst

Strausberger Platz 1

10243 Berlin

www.logo-deutschland.de

info@logo-deutschland.de

Berlin, den 20.04.2020

Stellungnahme zu § 2 zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 16.04.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Umsetzung der Vorgaben des Gesundheitsministers zu einem Schutzschirm für die Heilmittelpraxen. Nachfolgend unsere Stellungnahme im Detail zu § 2

Absatz 1 (Zeitraum)

Referentenentwurf

Nach § 124 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Leistungserbringer erhalten für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 eine Ausgleichszahlung für die Ausfälle der Einnahmen, die auf Grund eines Behandlungsrückgangs in Folge der SARS-CoV-2-Epidemie entstehen, sofern die Zulassung des Leistungserbringers zum Zeitpunkt der Antragstellung nach Absatz 3 besteht.

Abhängig vom möglichen Verlauf der Pandemie durch SARS-COV-2 und der Wiederaufnahmemöglichkeit von Therapien unter Berücksichtigung einzuhaltender Abstandsregeln, dem Zugriff zu Schutzmaterial, der Situation in Pflegeheimen und Sondereinrichtungen, muss ggf. auch ein Ausgleich für Folgemonate erfolgen.

Formulierungsvorschlag

Nach § 124 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Leistungserbringer erhalten, zunächst befristet, für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 eine Ausgleichszahlung für die Ausfälle der Einnahmen, die auf Grund eines Behandlungsrückgangs in Folge der SARS-CoV-2-Epidemie entstehen, sofern die Zulassung des Leistungserbringers zum Zeitpunkt der Antragstellung nach Absatz 3 besteht.

Absatz 2 (Berechnung der Ausgleichszahlung)

Referentenentwurf

Die Ausgleichszahlung wird als Einmalzahlung gewährt. Sie beträgt 40 Prozent der Vergütung des Leistungserbringer für Heilmittelleistungen im Sinne des § 32 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die er im vierten Quartal 2019 gegenüber den Krankenkassen abgerechnet hat, einschließlich der von den Versicherten geleisteten Zuzahlung.

Sofern ein Leistungserbringer auf Grund einer Neuzulassung erstmals innerhalb des vierten Quartals 2019 oder später abgerechnet hat und dadurch keine oder keine vollständigen Daten für das vierte Quartal 2019 vorliegen, ist der dreifache Wert der abgerechneten Leistungen aus Januar 2020 maßgeblich. Für im Januar und Februar 2020 neu zugelassenen Leistungserbringer ist das Dreifache der Vergütung aus dem Februar 2020 für die Berechnung nach Satz 1 maßgeblich. Hat ein Leistungserbringer auf Grund einer Neuzulassung auch im Januar 2020 keine Leistungen abgerechnet, beträgt die Ausgleichszahlung für jeden Monat, den der Leistungserbringer im Zeitraum von April bis Juni 2020 zugelassen ist, 1500 Euro. Hat ein Leistungserbringer im Januar 2020 Leistungen abgerechnet und beträgt die danach errechnete Ausgleichszahlung für den gesamten Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 weniger als 4500 Euro, beträgt der gesamte Auszahlungsbetrag 4500 Euro.

Eine Anrechnung finanzieller Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erfolgt nicht.

LOGO Deutschland hält es für erforderlich, dass die Grundlage für die Ausgleichszahlung in Höhe von 40 % die im 4. Quartal erbrachten Leistungen und nicht die abgerechneten Leistungen sind, wie im Referentenentwurf vorgesehen.

Begründung: Eine solche Vorgehensweise würde den Verschiedenheiten der unterschiedlichen Heilmittel deutlich mehr Rechnung tragen als die Zugrundelegung der im 4. Quartal abgerechneten Leistungen. So beträgt zum Beispiel in der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie die Laufzeitlänge einer einzelnen Verordnung etwa 16 Wochen, oft auch noch deutlich länger. Gekoppelt mit der Tatsache, dass vielfach die seit dem 1.7.2019 geltenden bundesweiten Höchstpreise erst mit einer Verordnung mit einem entsprechenden Ausstellungsdatum abgerechnet werden konnten, sind im vierten Quartal noch überdurchschnittlich viele Verordnungen mit alten Preisen abgerechnet worden. Das würde insbesondere die Praxen benachteiligen, für die die bundesweiten Höchstpreise eine deutliche Verbesserung nach sich gezogen haben. Grundsätzlich repräsentieren die erbrachten Leistungen die bestehenden gefestigten Versorgungsstrukturen für das vierte Quartal wesentlich genauer als in diesem Zeitraum erfolgte Abrechnungen – gerade der Erhalt der Versorgungsstrukturen ist ja Sinn und Zweck der Rechtsverordnung.

Abrechnungszeitpunkte unterliegen sehr unterschiedlichen Bedingungen. Bei der Einschaltung von Abrechnungszentren liegt der Übermittlungszeitpunkt an die Krankenkassen zudem nicht mehr in der Hand der Leistungserbringer. Dies führt zu erheblichen Ungleichbehandlungen der Leistungserbringer, die mit wenig Zusatzaufwand vermieden werden kann.

Eine Pauschalierung zur Verwaltungsvereinfachung ist nachvollziehbar. Jedoch sind die im 4. Quartal erbrachten Leistungen ebenso gut wie eine Rechnungsstellung im 4. Quartal an die Kassen nachzuvollziehen.

Die Mindestauszahlungssumme ist zu niedrig angesetzt und sollte mindestens 2.200,- €/ je Monat betragen.

Begründung: 1.500 €/Monat entsprechen einem Umsatz von nur 3.750 € - das entspricht etwa 65 Therapieeinheiten zu je 45 Minuten zzgl. Vor- und Nachbereitungszeit/Monat. Auch eine Praxis, die noch nicht lange existiert, erwirtschaftet deutlich mehr, insbesondere bei dem derzeit bestehenden Fachkräftemangel. Von daher sollte sich die Mindestauszahlungssumme an einem Umsatz orientieren, der sich im Rahmen der geforderten Praxisöffnungszeiten ohne Probleme erwirtschaften lässt, das sind mindesten 5500,- € je Monat. Die Auszahlungssumme würde dann 2200,- €/je Monat betragen.

Praxen, die nach obigen Kriterien keine Ausgleichzahlungen erhalten, müssen einen Härtefallantrag stellen können, sofern der Praxisbetrieb nur vorübergehend eingestellt worden ist und diese schlüssig darlegen können, dass ihre Praxen künftig wieder als etablierte Versorgungsstruktur zur Verfügung stehen. Es gibt Gründe, z.B.: Mutterschaft und Krankheit, wo im Bemessungszeitraum wenige oder keine Leistungen abgegeben oder abgerechnet worden sind. Diese sollten ebenso die vereinbarte Mindestauszahlungssumme erhalten können.

Das gleiche gilt für Praxen, die im Rahmen einer Nachfolge gekauft oder übernommen worden sind.

Begründung: Sicherung der Versorgungsstruktur bei bestehendem Fachkräftemangel.

Formulierungsvorschlag

(Die Formulierung zum Bemessungszeitraum kann leicht angepasst werden.)

Hat ein Leistungserbringer auf Grund einer Neuzulassung oder einer Praxisübernahme seit 1.10.2019 Leistungen erbracht und beträgt die danach errechnete Ausgleichzahlung für den gesamten Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 weniger als 6.600 Euro, beträgt der gesamte Auszahlungsbetrag 6.600 Euro.

Hat er auch im Februar 2020 keine Leistungen erbracht, beträgt die Ausgleichszahlung für jeden Monat, den der Leistungserbringer im Zeitraum von April bis Juni 2020 zugelassen ist, 2.200 Euro.

Praxen, die nach obigen Kriterien keine Ausgleichzahlungen erhalten würden, können einen Härtefallantrag stellen, sofern der Praxisbetrieb nur vorübergehend eingestellt worden ist. Es ist schlüssig darzulegen, dass diese Praxen künftig wieder als etablierte Versorgungsstruktur zur Verfügung stehen und nur vorübergehend – insb. im Bemessungszeitraum – keine Leistungen abgegeben worden sind. Diese erhalten dann ebenfalls die Mindestauszahlungssumme.

Zu Absatz 3 (Antragsform)

Referentenentwurf

Die Ausgleichszahlung ist vom Leistungserbringer bei der für ihn zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Zeitraum vom [einfügen: 23 Tage nach Inkrafttreten der VO] bis zum 30. Juni 2020 zu beantragen. Die zuständige Arbeitsgemeinschaft soll die Ausgleichszahlung innerhalb von 10 Werktagen ab Antragsingang anweisen. Die Krankenkassen haben die Arbeitsgemeinschaften bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 1 und 2 zu unterstützen. Das Nähere zum Antragsverfahren und zur Durchführung der Ausgleichszahlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum [einfügen: 10 Tage nach Inkrafttreten der VO].

Dieser Antrag sollte so einfach wie möglich gestellt werden können; ein Beziffern der Rechnungssumme ist entbehrlich, denn die Daten erbrachter Leistungen liegen den Krankenkassen vor.

Begründung: Da ohnehin eine Prüfung der Antragssumme des Leistungserbringers durch die GKV erfolgen würde, kann anhand der dort vorhandenen Daten die Ermittlung der Auszahlungssumme durch die Kassen erfolgen und durch den Leistungserbringer geprüft werden. Das garantiert eine schnelle und unkomplizierte Umsetzbarkeit.

Ergänzender Formulierungsvorschlag

Ein Antrag kann frühestens 14 Tage nach In-Kraft-Treten der Rechtsverordnung, längstens bis zum Ablauf der Gültigkeit, zurzeit bis zum 30.6.20 gestellt werden. Die bis 14 Tage vorher bei den kassenseitigen Abrechnungsstellen eingegangenen elektronischen Daten werden dabei berücksichtigt.

Keine Anmerkungen zu den Absätzen 4 – 6

Zu Absatz 7 (Hygienekosten)

Referentenentwurf

Zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der SARS-CoV-2-Epidemie, insbesondere für persönliche Schutzausrüstungen, können die Leistungserbringer nach Absatz 1 j gegenüber den Krankenkassen geltend machen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat hierzu kurzfristig eine für alle Heilmittelbereiche bundeseinheitliche Positionsnummer festzulegen. Diese Leistung muss nicht ärztlich verordnet werden.

Aus der Erläuterung: Heilmittelerbringer sind aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie darauf angewiesen, verschiedene Hygieneartikel, insbesondere persönliche Schutzausrüstungen wie Mundschutz, selbst zu beschaffen, wobei sich die Preise für diese Artikel durch die SARS-CoV-2-Epidemie erhöht haben. Zum pauschalen Ausgleich dieser Kosten können die Leistungserbringer bei der Abrechnung der Verordnungen in dem genannten Zeitraum eine Pauschale in Höhe von 1,50 Euro je Verordnung abrechnen. Für die Abrechnung der Pauschale legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kurzfristig eine bundeseinheitliche Positionsnummer fest. Diese gilt für alle Heilmittelbereiche.

Vom Grund her sehen wir hier eine Leistungspflicht des Staates und nicht der GKV.

Begründung: Viele „Corona-Maßnahmen“ dienen allein der Vermeidung einer Erschöpfung der Intensivbehandlungskapazitäten. Sie sind weder zum Patienten- noch zum Arbeitnehmerschutz erforderlich: Die Durchseuchung mit SARS-CoV-2 wird vorwiegend verlangsamt – selten verhindert.

Die in der Erläuterung zu (7) benannte Summe von 1,50 € pro Verordnung ist sicher ein Schreibfehler.

Begründung: Alles andere wäre bagatellisierend gering und auch übertrieben pauschalierend, da eine Verordnung 20 Einheiten oder sechs enthalten kann bzw. sogar nach einer Einheit abgebrochen werden kann. Unabhängig davon ist allein unter Berücksichtigung der Kosten für einen Mund-Nasen-Schutz von derzeit mindestens 1,- € die vorgenannte Summe selbst für eine Behandlungseinheit noch äußerst gering und nicht annähernd kostendeckend, insbesondere wenn es um die Behandlung von Risikopatienten geht. Hier werden zusätzlich Handschuhe, Schutzkleidung und FFP-Masken benötigt. Auch der erforderliche Mehraufwand von Desinfektionsmitteln ist, insbesondere unter Berücksichtigung der gestiegenen Preise, nicht annähernd abgedeckt.

Abschließende Anmerkung

Damit die Umsetzung schnell gelingt, sollten insbesondere die sonstigen Honorare aus der therapeutischen Versorgung von privat Versicherten, aus Kooperationsverträgen, aus der Berufsgenossenschaft und weiteren in einem zweiten Schritt abgedeckt werden.

Insbesondere für spezialisierte Praxen ist eine Entschädigung auch für diese Leistungsanteile erforderlich, um hier mögliche Insolvenzen abzuwenden.



1. Vorsitzende



2. Vorsitzende