

Antworten zum Fragenkatalog des Bundesministeriums für Gesundheit zur Vorbereitung auf das Gespräch mit den Verbänden der Heilmittelerbringer am 13. September 2018

a. Vergütung/Transparenzvorgaben

1. Bewertung der bisher erzielten Vergütungssteigerungen

Um eine Bewertung vorzunehmen, muss man die zu erbringenden vertraglich geschuldeten Leistung in der Logopädie/Sprachtherapie betrachten: Für die am häufigsten abgerechnete Position 45 Minuten mit dem Patienten zzgl. aller weiteren Verpflichtungen entsteht ein tatsächlicher Arbeitsaufwand von umgerechnet 76 Minuten.

Dieser setzt sich zusammen aus:

Verpflichtung	Minuten
Therapie	45
Vor- und Nachbereitung des Arbeitsplatzes, Dokumentation	5
inhaltliche Vor- und Nachbereitung der Therapie	5
Praxisorganisation (Termine, Auslastung, Koordinierung etc.)	3
Maßnahmen der Qualitätssicherung	2
Korrekturen fehlerhaft ausgestellter Heilmittelverordnungen	1
Erstellen von Arztberichten	2
verpflichtende Fortbildungen, Literaturstudium, Internetrecherche	6
Beratungsgespräche; interdisziplinärer Austausch; Fallbesprechungen	5
Vorbereitung von/Wartezeit durch nicht oder kurzfr. abgesagte Therapien	1
Abrechnung	1
Gesamt:	76

Abhängig vom Einzelfall kommen in unterschiedlichem Ausmaß weitere Zeiten hinzu:

- Bei Hausbesuchen ab einem Gesamtaufwand von mehr als 10 Minuten/ab einer Gesamtfahrtstrecke von mehr als 8 Kilometern
- Bei der Versorgung von Inklusions- und Integrativkindern nach Heilmittel-Richtlinie § 11 in Tageseinrichtungen
- Für die Versorgung mit Unterstützter Kommunikation
- Im Rahmen der Behandlung von Störungsbildern, die einen Mehraufwand erfordern

Nicht erfasst sind die administrativen Tätigkeiten, die mit einer Selbständigkeit verbunden sind, wie z.B. Buchhaltung, Einkauf, Instandhaltung, Maßnahmen zur Einhaltung gesetzlicher Vorschriften, wie etwa dem Arbeits- und Datenschutz.

Die Berufsverbände der Logopädie/Sprachtherapie handelten zum Teil Preisvereinbarungen für den gesamten Zeitraum der Abkopplung von der Grundlohnsumme aus. In diesen wurden Steigerungen der Vergütungssätze in bis zu drei Stufen vereinbart. Regionale Unterschiede blieben weiter bestehen.

Die Primärkassen in Westfalen-Lippe z.B. zahlen ab dem 1.5.2019 für die oben genannt Hauptposition 45 €. Auch diese Erhöhung wird nicht zu einem Betriebsergebnis führen, das Selbständigkeit in der Logopädie attraktiv und damit zukunftsfähig macht. Anders gerechnet bedeutet das für die vertraglich vorgesehenen aufzuwendenden 76 Minuten je Therapieeinheit/45 Minuten mit dem Patienten einen Minutenpreis von 0,59 €/einem Stundensatz von 35,52 €.

Bei den Kassen des vdek liegt der aktuelle Preis in den westlichen Kassenbezirken bis zum 2.4.2019 bei 44 €. Das entspricht einem Minutenpreis von aufgerundet 0,58 €/einem Stundenumsatz von 34,73 €.

In einigen Kassenbezirken liegt die Vergütung noch deutlich darunter. Die AOK Sachsen zahlt zurzeit lediglich 34,86 €. Das entspricht einem Minutenpreis von aufgerundet 0,46 €/einem Stundenumsatz von 27,52 €

Ein monatliches Betriebsergebnis in Höhe von TVöD-Bund 9b Entgeltstufe 5, welches eine Logopädin im Angestelltenverhältnis mit vergleichbarer Verantwortung und Tätigkeit in der Zeit vom 1.7.2017 bis zum 28.2.2018 laut Tarifvertrag erhielt, kann von einer typischen, die Versorgung sichernden Einzelpraxis, trotz einer entsprechend niedrigen Kostenstruktur, auch nach den erfolgten Preissteigerungen im Jahr 2019 nicht erzielt werden, wie die nachfolgende Modellrechnung anhand realer Zahlen zeigt.

Modellrechnung: Typische Einzelpraxis in Westfalen-Lippe

		2017	2018	2019
Betriebsergebnis Ziel: Bruttogehalt TVöD 9b Entgeltstufe 5		59.061,00 € Stand 2/2018	59.061,00 € Ab 1.3.2018 - 31.3.19: +1707€ 60.768;00 €	59.061,00 € Stand 2/2018
Durchschnittliche Vergütung je 45 Min./ Patient		39,64 €	43,78 €	45,71€
Durchschnittliche Vergütung je Erstbefund		71,05 €	77,24 €	79,49 €
Durchschnittliche Vergütung je Hausbesuch		13,08 €	14,09 €	14,78 €
Therapieanzahl / Jahr	1168	46.299,52 €	51.135,04 €	53.389,28 €
Erstbefund / Jahr	40	2.842,00 €	3.089,60 €	3.179,60 €
Hausbesuch / Jahr	203	2.655,24 €	2.860,27 €	3.000,34 €
Gesamterlöse GKV		51.796,76 €	57.084,91 €	59.569,22 €
abzüglich Praxiskosten		19.643,00 €	19.643,00 €	19.643,00 €
abzüglich Betriebsergebnis in Höhe TVöD		59.061,00 €	59.061,00€	59.061,00 €
Fehlbetrag* / Jahr		-26.907,24 €	-21.619,09 €	-19.134,78 €

Im oben genannten Beispiel Westfalen-Lippe lag der Fehlbetrag zu einem solchen Betriebsergebnis bis zum 28.02.2018 bei 20 € je Therapieeinheit

Um diesen Fehlbetrag zu kompensieren und ein Betriebsergebnis in Höhe TVöD im Zeitraum vom 1.7.2017 – 28.02.2018 zu erreichen, müssen auch im Jahr 2019 immer noch rund 20.000 Euro Umsatz im Jahr über die 40 Stunden-Woche hinaus hinzuerwirtschaftet werden. Das bedeutet eine Mehrarbeit von 10 Stunden je Arbeitswoche. Anders formuliert:

Der Fehlbetrag zur oben genannten erforderlichen Vergütung betrug bis zum 28.02.2018, je nach Kassenbezirk, zwischen 15 und 30 € je Therapieeinheit über 45 Minuten mit dem Patienten.

Sofortprogramm von Dr. Roy Kühne; MdB der CDU

In diesem Sofortprogramm wird vorgeschlagen, den derzeitigen Vergütungen umgehend weitere 28 % hinzuzuschlagen. Damit würde bei den Ersatzkassen (vdek) eine Vergütung von 56,32 €/45 Minuten mit dem Patienten/76 Minuten Gesamtaufwand erreicht. Die im Gutachten LOTSE errechnete, mindestens erforderlichen Vergütung beträgt 65 €. Bei einer vollständigen Umsetzung des Sofortprogrammes beträgt die Differenz zu dieser erforderlichen Vergütung immer noch 8,68 €. Mit anderen Worten:

Selbst mit den im Sofortprogramm vorgeschlagenen Maßnahmen würden Selbständige in der Logopädie/Sprachtherapie immer noch keinen Stundenumsatz erwirtschaften können, der bei vergleichbaren Bedingungen ein Betriebsergebnis in Höhe der Gehälter von Angestellten mit entsprechender Verantwortung im öffentlichen Dienst ermöglicht – und das bei einem ungleich höheren Risiko.

Erwartungen der Mitglieder

Unsere Verbandsmitglieder erwarten, dass das vorgeschlagene Sofortprogramm umgesetzt wird, die Abkopplung von der Grundlohnsumme erhalten bleibt und die Politik die Bemühungen für weitere, spürbare Erhöhungen unterstützt, die eine wirtschaftliche Praxisführung, wie oben beschrieben, möglich macht.

2. Rückmeldungen von Praxisinhaberinnen und -inhabern zur Transparenzregelung/Weitergabe von Vergütungssteigerungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Erhöhung der Vergütung wird im Rahmen des Möglichen weitergegeben. In vielen Praxen gab es einen Investitionsstau (Renovierung, Modernisierung, Anschaffung von Materialien, Umsetzung der DSGVO etc.), da diese, z.T. dringend erforderlichen Maßnahmen, bisher aus rein finanziellen Gründen nicht umgesetzt werden konnten.

Auch aus diesen Gründen sind zurzeit die Vergütungssteigerungen sehr individuell und begrenzt für Erhöhung der Gehälter von Mitarbeitenden verwertbar. Wesentlich ist auch, dass das Einkommen der Selbständigen bisher sehr gering war. Solange Einkommen erwirtschaftet werden, die im oder nur knapp über dem Niedriglohnsektor liegen, ist eine Erhöhung der Einkommen von Mitarbeitenden nur begrenzt möglich. Vielfach sehen sich unsere Mitglieder, verstärkt durch den bestehenden Fachkräftemangel, mit unrealistischen Forderungen konfrontiert, die bis hin zur Weitergabe der vollständigen prozentualen Preiserhöhung auf den Bruttolohn reichen.

3. Stand der Umsetzung der Transparenzvorgaben

Rahmenempfehlungen: Unseres Wissens nach sind noch keine neuen Rahmenempfehlungen zwischen den Heilmittelverbänden und dem GKV Spitzenverband abgeschlossen worden, die eine Vorlage für die Umsetzung auf Landesebene darstellen würden. Derzeit steht LOGO Deutschland e.V. in Kontakt mit dem GKV-Spitzenverband, damit wir als Berufsverband der Selbständigen in die Verhandlungen und Umsetzungen mit einbezogen werden.

Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen: Entsprechende Protokollnotizen sehen vor, dass zukünftig die Transparenzvorgaben des § 125 SGB V auf Rahmenvertragsebene umgesetzt werden sollen. Mangels Vorgaben durch die Rahmenempfehlungen ist dies unserer Kenntnis nach noch in keinem Bundesland installiert.

Anlage: Protokollnotiz vdek

4. Angleichung der Preise auf Bundesebene

Eine Angleichung der Preise auf Bundesebene ist ausschließlich unter der Voraussetzung zu begrüßen, dass in keinem Bundesland/Vertragssystem eine Absenkung erfolgt, sondern viel mehr eine Gesamterhöhung auf ein auskömmliches Niveau – siehe unter 1; Gutachten LOTSE Seite 27.

5. Verhandlungen

Verbesserungsvorschläge:

Die Menge der Verhandlungen/Termine belastet die Verbände deutlich mehr als die GKV. Bundesweite Verhandlungen würden eine deutliche Entlastung darstellen, sofern diese nicht, wie bei der Einführung des Ost-West-Angleich mit dem vdek geschehen, zu einer Stagnation und über die Jahre hinweg zu einer Absenkung zu Lasten der seinerzeit besser vergüteten Kassenbezirke führen.

Maßgabe muss in jedem Fall die Möglichkeit einer wirtschaftlichen Praxisführung wie vorgeannt sein.

Wünsche:

- Regelmäßige Erhebung von Daten über die Einkommen/die wirtschaftliche Situation der Selbständigen durch öffentliche Stellen, um eine realistische Verhandlungsgrundlage und Datenmaterial zu haben. Bisher sind bei Destatis die Heilmittelberufe noch nicht einmal gemeinsam erfasst.
- Beauftragung eines wissenschaftlichen Forschungsinstitutes zur Erstellung eines Gutachtens mit den Forschungsfragen: „Sind die Handlungslogiken und Strukturen, in denen ambulante Heilmittel erbracht werden, und die der Preisfindung für Heilmittelerbringer so, dass sie eine Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen Leistungen sicherstellen und eine angemessene Vergütung für die Leistungserbringer ermöglichen? Herrscht eine Gleichberechtigung der Verhandlungs-/Sozialpartner? Und wenn nein, woran liegt das?“ und dem Auftrag einer Ausarbeitung von Lösungsmöglichkeiten. Dies könnte beispielsweise durch Prozessbeobachtung von künftigen Verhandlungen, Experteninterviews und einer Analyse des IST-Zustandes ermittelt werden. Mit ein Grund für diese Überlegung ist folgende Aussage, die unseres Erachtens für die Gruppe der Heilmittelerbringer zutreffend ist: (Zitat) „Notwendig ist eine Diskussion darüber, ob und inwiefern das System der Arbeitsbeziehungen in der

Care-Arbeit aufgrund seiner institutionellen Verfasstheit und Handlungslogiken selbst eine Dimension strukturell-institutionell verankerter Ungleichheit darstellt.“ (Evans, Michaela, 2016: Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO-Diskurs, Nr. 23/2016. ISBN 978-3-95861-614-1. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12940.pdf> hier S. 23)

b. Zulassung

1. Zulassungsverfahren

Eine Angleichung des Zulassungsverfahrens der Primärkassen an die des vdek wäre wünschenswert: Nach Aktenlage.

2. Rechtsverbindliche Ausgestaltung

Bei Änderung der Zulassungsbedingungen, auch bei Besitzerwechsel oder Änderung der Rechtsform, muss ein Bestandsschutz bestehen.

c. Ausbildung

1. Neuordnung

Der Ansatz, dass BMG gemeinsam mit Ländern und Verbänden die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe im Rahmen eines Gesamtkonzeptes neu ordnet und stärkt, ähnlich wie in der Generalistik der Pflege, ist hier aufgrund der Verschiedenheit der Berufe und der gänzlich unterschiedlichen Ausbildungen grundsätzlich nicht denkbar.
Anlage: Positionspapier zum Berufsgesetz

2. Sonderrolle der Heilmittelberufe

Die Heilmittelberufe sind therapeutische Berufe. Selbst diese Berufe (Logopädie, Physio- und Ergotherapie sowie Podologie und auch die Ernährungstherapie) lassen sich nicht miteinander vergleichen. Da sind zum Beispiel die strukturellen Unterschiede in Form von der gesamten Behandlungsdauer insgesamt, von der Dauer einer einzelnen Therapieeinheit und der erforderlichen Frequenz. Logopädinnen und Logopäden z.B. erheben einen eigenen, als Position vergüteten Befund und sind in ihrer Methodenwahl ungebinden. Befunderhebung und Therapie sind in der Logopädie unteilbar. Die Besonderheiten der einzelnen Berufe lassen von daher und aufgrund der ausgesprochen unterschiedlichen Aufgaben dieser Professionen eine gemeinsame Ausbildung nicht zu.

Interessant könnten zukünftig Ansätze sein, in denen z. B. Studierende der Medizin und der heilmittelerbringenden Berufe einzelne Ausbildungsinhalte, wie etwa das Führen von Anamnesegesprächen und ein professionelles Kontaktverhalten gemeinsam erlernen, auch um Grundlagen für eine spätere interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem kooperativen Gesundheitssystem zu legen.

3. Gründe

Alle oben genannten Gründe machen es erforderlich, die Heilmittelerbringer aus dem Kontext der anderen Gesundheitsberufe herauszulösen und getrennt von diesen zu betrachten. Ebenso müssen unbedingt die Unterschiede innerhalb der verschiedenen Heilmittel beachtet werden. Eine Angleichung aus strukturellen Gründen ist in jedem Fall abzulehnen. Dies ist nicht im Interesse von Patientinnen und Patienten und nicht im Interesse der Kostenträger – und somit der Solidargemeinschaft.

d. Blankverordnung

1. Verhandlungsstand

LOGO Deutschland befürwortet die Blankverordnung unter dem Aspekt der Entbürokratisierung und legte bereits im Juni 2017 den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Ärzteschaft eine entsprechende Modellskizze vor.

Seitens der Landesverbände der Krankenkassen gab es wenige, verhaltene Rückmeldungen, in der Regel mit dem Hinweis, dass zuerst die laufenden Kassenverhandlungen abgeschlossen werden müssen und die Evaluation nicht geklärt sei. Diverse Kassen schlugen vor, die Verbände sollen einen Antrag an den Innovationsfond stellen. Das lehnte LOGO Deutschland ab: Ein solches Vorgehen konnten wir im Gesetz nicht erkennen.

2. Fehlender Abschluss: Gründe

Siehe oben. Des Weiteren gab es im Frühsommer 2018 eine Rückmeldung einer Primärkasse, die sich im Grundsatz bereiterklärte, ein Modellvorhaben durchzuführen. Diese solle aber nur in einem Bundesland/Kassenbezirk und entweder im Bereich der Physiotherapie oder der Logopädie erfolgen. Voraussetzung dafür sei eine Bereitschaft aller Berufsverbände, die Blankverordnung zu unterstützen.

Die Verbände dba, dbl, dbs und LOGO Deutschland streben übereinstimmend den Direktzugang an, vertraten aber bereits in der Anhörung zum HHVG unterschiedliche Ansicht zur Sinnhaftigkeit der Blankverordnung. Von daher hat LOGO Deutschland, trotz der Vorlage einer Modellskizze, die Umsetzung eines Modellversuches nicht weiter vorangetrieben.

Anlage: Modellskizze

e. Entbürokratisierung

1. Erfahrungen zur Praxissoftware

Nach Rückmeldungen unserer Mitglieder werden zwischen 30 und 70 % aller Verordnungen fehlerhaft ausgestellt. Besonders häufig wird bei den zahnärztlichen Verordnungen nur die Leitsymptomatik und nicht die zugrundeliegende Diagnose ausgedruckt, umgekehrt fehlt bei den ärztlichen Verordnungen häufig die Leitsymptomatik.

2. Abbau von unnötigem bürokratischen Aufwand

- Die Abschaffung der derzeit erforderliche Korrektur von fehlerhaft ausgestellten Heilmittelverordnungen.

Wenn der Arzt eine Therapieindikation stellt, muss das ausreichen. Therapeutinnen und Therapeuten in der Logopädie/Sprachtherapie arbeiten gemäß dem Auftrag eigenständig und eigenverantwortlich, nachdem sie einen Anfangsbefund erhoben haben, sich für eine Methode entschieden und beides fortlaufend modifizieren. Konsequenz wäre es, die Blankoverordnung allein aus Gründen der Entbürokratisierung für die Verordnenden und die Berufsgruppen in der Logopädie direkt in die Regelversorgung zu übernehmen. Frequenzen und Dauer einer Therapieeinheit werden im Arbeitsalltag häufig seitens der Logopädinnen/Logopäden in Absprache mit den Verordnenden den Erfordernissen angepasst.

- Weiter sollte es ein Absetzungsverbot geben:

Ärztlich angeordnete und entsprechend durchgeführte Therapien müssen unstrittig bezahlt werden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Prüfungen auf formale Fehler durchgeführt, die Bezahlung ausgesetzt und erst nach erfolgtem Widerspruch durch die Praxisinhabenden erneut bearbeitet und, verzögert, ausgezahlt wird. Die dadurch entstehenden Kosten tragen die Versicherten in Form hoher

Verwaltungskosten – und das zu Lasten der Leistungserbringenden. In diesem Kontext weisen wir darauf hin, dass die jährlichen Verwaltungskosten der GKV ´en mehr als doppelt so hoch sind wie das gesamte Ausgabevolumen für alle Heilmittel zusammen!

- Ein weiterer vermeidbarer bürokratischer Aufwand wäre die Änderung des § 32 (2) SGB V: „Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten.“

Die Einziehung der Zuzahlung durch die abgebenden Stellen geht einseitig zu deren Lasten. Das Procedere der Zahlung/des Einzuges, das erforderliche Mahnwesen und, bei Nichtzahlung, die anschließende Rechnungsstellung an die Krankenkasse, die nun ihrerseits die Zuzahlung des Versicherten an den Heilmittelerbringenden auszahlt und gleichzeitig die Summe dem Versicherten erneut in Rechnung stellt, wäre mit einem direkten Einzug des Eigenanteiles durch die GKV vermeidbar.