

Stellungnahme

zur Formulierungshilfe des Austauschänderungsantrags 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 13. und 25.02.2019
BT-Drs 19/6337

Zulassung und Vergütung von Heilmittelambulanzen in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und ähnlichen Einrichtungen

Ambulanzen in Krankenhäusern, Rehakliniken und ähnlichen Einrichtungen werden gegenüber freien Heilmittelpraxen bevorzugt: Die vorhandenen Infrastrukturen wurden und werden teilweise durch die Kommunen, Landkreise oder Bundesländer finanziert, ebenso etwaige Investitionskosten. Diese Einrichtungen profitieren von Synergieeffekten; zudem können Krankenhäuser und neuerdings auch Rehakliniken Patient*innen über Heilmittel-Verordnungen, z.B. im Rahmen des Entlassmanagements, direkt in die selbst betriebene Heilmittelpraxis überweisen. Sowohl diverse Gesetze zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen als auch die freie Wahl von Therapeut*innen werden hiermit konterkariert und einem unlauteren Wettbewerb Vorschub geleistet.

Aufgrund der deutlich besseren Voraussetzung für eine wirtschaftliche Betreibung von Heilmittel-Ambulanzen werden dort bessere Gehälter bezahlt werden können – die Abwanderung von Fachkräften aus freien Praxen in Kliniken oder Rehaeinrichtungen wird somit weiterhin begünstigt.

Bislang sichern kleine Praxen eine kontinuierliche und wohnortnahe Versorgung. Ihre Existenz ist durch die geplanten ungleichen Bedingungen und die daraus resultierende Wettbewerbsverzerrung gefährdet. Auch für mittelgroßen Praxen in Ballungsgebieten besteht Insolvenzgefahr, da sie schon jetzt nicht genügend Personal rekrutieren können.

Die durch das TSVG vorgesehenen Vergütungssteigerungen für die heilmittelerbringenden Therapieberufe reichen bei weitem nicht aus, um Tarifgehälter zahlen und konkurrenzfähig bleiben zu können. Durch hohe Fixkosten, wie etwa Raummieten, sind die Praxen zusätzlich erheblich belastet. Umsatzeinbußen durch nicht besetzbare offene Stellen werden nicht abgedeckt, da keine Rücklagen zur Abfederung von Risiken gebildet werden konnten. Die Zeche zahlen die Betroffenen: Eine ausreichende Versorgung mit Heilmitteln ist gefährdet!

Verträge: Maßgeblichkeit

In der Begründung zu dieser Neuregelung werden die an diesem Vertragsabschluss zu beteiligenden maßgeblichen Spitzenverbände wie folgt definiert: „Als maßgeblich sind für die erstmaligen Verhandlungen die Verbände oder Organisationen anzusehen, die bereits nach dem bisherigen Recht als maßgeblich eingestuft worden sind und am Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in seiner bisherigen Fassung beteiligt waren oder sich haben vertreten lassen.“

Die Rahmenempfehlung zu § 125 Abs. 1 SGB V sind datiert vom 01.07.2013: LOGO Deutschland wurde als neuer Heilmittelerbringerverband für niedergelassene Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen im November 2014 gegründet. Auf dieser Grundlage nehmen wir zu dem vorgesehenen Änderungsantrag zu § 125 SGB V und seiner Begründung wie folgt Stellung:

1. Der Begriff der „maßgeblichen Spitzenorganisationen“ in der Neufassung des § 125 Abs. 1 muss durch inhaltliche Anforderungen definiert und kann nicht durch Rückgriff auf zurückliegende Vertragsabschlüsse und deren Vertragspartner festgelegt werden. § 125 Abs. 1 in der Fassung des AA-Antrages fasst die bisherige Rahmenempfehlung nach Abs. 1 und die darauf basierenden Vertragsabschlüsse der Krankenkassenverbände und Ersatzkassen nach Abs. 2 zu einem Vertragsabschluss auf Bundesebene zusammen und kann schon deswegen nicht als Fortsetzung einer bestehenden Vertragsbeziehung unter denselben Vertragspartnern angesehen werden. LOGO Deutschland ist auf der Grundlage von § 125 Abs. 2 geltende Fassung seit 2016 bundesweit Vertragspartner des vdek und in allen größeren und großen Kassenbezirken Vertragspartner der Primärkassen.

Die Vergütungsverhandlungen der vergangenen Jahre einschließlich eines Schiedsverfahrens in Nordrhein sind gemeinsam von den Heilmittelerbringerverbänden einschließlich LOGO Deutschland abgeschlossen worden. LOGO Deutschland ist in diesen Verhandlungen als gleichberechtigter Verhandlungspartner auch auf Bundesebene anerkannt worden. Die Zusammenlegung der Vertragsebenen kann nicht dazu führen, dass nur die bisherigen Vertragspartner der Bundesempfehlung berechtigt sein sollen, den, auch die Vertragsinhalte des § 125 Abs. 2 umfassenden, Vertrag nach Abs. 1 der Entwurfsfassung abzuschließen. LOGO Deutschland ist auf Grund seiner maßgeblichen Beteiligung an Verträgen nach § 125 Abs. 2 der geltenden Fassung bei deren Zusammenlegung mit der Bundesempfehlung den die Rahmenempfehlung 2013 abschließenden Spitzenorganisationen gleichzustellen.

2. Der Rückgriff in der Begründung zu § 125 der Entwurfsfassung auf die 2013 am Abschluss der Rahmenempfehlung beteiligten Organisationen verstößt aber schon deswegen gegen Art. 3, 9 Abs. 3 GG, weil er Organisationen, die nach ihrer Organisationsstruktur und Zielsetzung maßgebliche Spitzenorganisationen sind, von der Teilnahme am Abschluss eines auch inhaltlich neu ausgerichteten öffentlich-rechtlichen Vertrages nur wegen ihrer späteren Gründung ausschließt, an den am Abschluss der Rahmenempfehlung beteiligten Organisationen aber auch dann als Vertragspartner festhalten würde, wenn sie diesen Status zwischenzeitig verloren haben sollten.

3. LOGO Deutschland erfüllt die rechtlichen Anforderungen, die von Seiten der bisherigen Rechtsprechung zur Anerkennung als maßgebliche Spitzenorganisation durch den GKV-Spitzenverband gestellt werden. Das Urteil des LSG Berlin Brandenburg v. 18. 1. 2018 – L 1 KR 316/13 sieht neben der satzungsmäßigen Ausrichtung auf eine wirtschaftliche Interessenvertretung eine Mitgliedschaft von mindestens 5 % der betroffenen Berufsangehörigen als notwendige Voraussetzung für die Anerkennung als maßgebliche Spitzenorganisation. Diese Anforderung erfüllt LOGO Deutschland und ist auf dieser Grundlage auch wegen seiner spezifischen Ausrichtung auf die Belange der in freier Praxis niedergelassenen Logopäd*innen und Sprachtherapeut*innen in Vertragsverhandlungen und öffentlichen Anhörungen auf Bundesebene bereits als maßgebliche Vertretung dieser Berufsgruppe anerkannt.

Zusammenfassung:

Der Begriff 'Maßgebliche Spitzenorganisation' wird in der Begründung zum Austauschänderungsantrag wie folgt konkretisiert: „Als maßgeblich sind für die erstmaligen Verhandlungen die Verbände oder Organisationen anzusehen, die bereits nach dem bisherigen Recht als maßgeblich eingestuft worden sind und am Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 in seiner bisherigen Fassung beteiligt waren oder sich haben vertreten lassen.“

Der Hinweis in der Begründung zu § 125 Abs. 1 der Entwurfsfassung ist zwar nur eine Interpretationshilfe für den Fall auftretender Zweifel am primär maßgeblichen Wortlaut. Er ist aus den vorstehend genannten Gründen rechtlich nicht haltbar; würde aber rechtliche Auseinandersetzungen um die am Vertragsabschluss zu beteiligenden Organisationen der Heilmittelerbringer provozieren und sollte deswegen im Hinblick auf die von der Rechtsprechung bereits entwickelten Kriterien für die Maßgeblichkeit einer Spitzenorganisation gestrichen werden.

Bundesweite Preise

Bundesweite, einheitliche Preise unter Einbeziehung der SVLFG/der landwirtschaftlichen Krankenkasse würden eine sofortige Entlastung vieler Praxen bedeuten. Die Anhebung sollte erstmals zum 01 April 2019 erfolgen.

Eine Verschiebung auf den 01. Mai 2019 wurde den Verbänden angekündigt und mit dem engen Zeitplan bis zur Verabschiedung des Gesetzes begründet. Die erneute Verschiebung auf den 01. Juni 2019 ist wohl dem Einfluss der Krankenkassen zuzuschreiben. Im aktuellen Änderungsantrag vom 25.02.2019 steht nun das Datum 01. Juli 2019 – zusätzlich wird hier die Laufzeit vom 30. März 2020 auf den 30. Juni 2020 verlängert.

Die am 25. Februar 2019 aktualisierte Version des Austauschänderungsantrags vom 13. Februar 2019 wurde den Verbänden seitens des Bundesministeriums für Gesundheit nicht zur Verfügung gestellt. Änderungen waren in dieser nicht gekennzeichnet und nur durch einen Wort-zu-Wort-Abgleich zu finden: Das hat uns doch sehr irritiert.

Dass nun sowohl der Start der bundesweiten Höchstpreise um einen weiteren Monat auf den 01. Juli 2019 verschoben und dann auch noch die Laufzeit um drei Monate verlängert werden soll, enthält den Praxen dringend benötigtes Geld vor und wird deren schwieriger wirtschaftlicher Situation nicht gerecht. Von daher müssen die Sätze wie geplant rückwirkend zum 01. April 2019 gelten und die Differenz nachberechnet werden können.

Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

Die nun vorgesehenen Änderungen degradieren die Verbände weitgehend zu Statisten: Mit der erweiterten Einbindung der KBV und einer festgelegten 2/3-Mehrheit, sofern man sich nicht einigen kann, folgt der Gesetzgeber ausschließlich den Wünschen von Krankenkassen und Ärzt*innen. Einer echten erweiterten Versorgungsverantwortung erteilt diese Änderung eine Absage.

Diese wird unserer Berufsgruppe in der Logopädie/der akademischen Sprachtherapie/der Atem-, Sprech- und Stimmlehre noch weniger gerecht als zuvor, und selbst eine erhoffte Entbürokratisierung und die Vermeidung von Absetzungen wegen Formfehlern sind durch nun erkennbare „Fallstricke“ nicht in Sicht: Die bei einer ersten Verordnung durchzuführende Diagnostik wird schon seit Jahren mit einer bestehenden Positionsnummer abgerechnet.

Für die Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie besteht zudem die freie Wahl der Methode; Zertifikatspositionen existieren nicht und diese lehnen wir auch ab: Unsere Ausbildung befähigt uns dazu, alle Störungsbilder zu behandeln. In der Leistungsbeschreibung ist zusätzlich eine Verpflichtung zur Fortbildung vereinbart.

Die Erfahrung zeigt, dass häufig die auf Verordnungen aufgeführten ärztlichen Diagnosen häufig formal nicht korrekt und/oder inhaltlich ungenau sind und/oder nicht genau mit der Leitsymptomatik und/oder der Indikation zusammenpassen. Zwar werde nach Informationen der KBV die verpflichtend zu nutzende Arztsoftware weiter überarbeitet und Diagnosen mit – immer noch häufig fehlender - Leitsymptomatik gekoppelt, doch dies soll dann in codierter Form erfolgen. Bei der Menge an möglichen Kombinationen kann das nur noch unübersichtlich werden. Das ist eine Schwierigkeit. Viel schlimmer ist, dass Selbstständige bei der Umsetzung dieser Vorgaben in die Situation kommen würden, Indikationen oder gar Diagnosen in Absprache mit den verordnenden Ärzt*innen korrigieren zu müssen, um sachgerecht arbeiten und vertragsgerecht abrechnen zu können.

Tritt dies ein, sind nicht nur neue bürokratische Hürden aufgebaut, sondern auch Konflikte zwischen Verordnenden und Behandelnden vorprogrammiert. Das widerspricht dem Ziel einer Übertragung von mehr Verantwortung ganz deutlich!

Zu der Frage der Wirtschaftlichkeitsverantwortung haben wir bereits Stellung bezogen. Wir möchten aber noch einmal betonen, dass auf Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung während der Evaluierungsphase verzichtet werden muss und auch verzichtet werden kann.

Barrierefreiheit und Zulassungsverfahren

Die Änderungsvorschläge begrüßen wir.

In allen anderen Punkten verweisen wir auf unsere beiden vorangegangenen Stellungnahmen.

Saarbrücken, den 28.02.2019

A handwritten signature in blue ink that reads 'Diethild Remmert'.

Diethild Remmert, 1.Vorsitzende

A handwritten signature in blue ink that reads 'C. Sautter-Müller'.

Christiane Sautter-Müller, Vorstandsmitglied