

DVfR • Friedrich-Ebert-Anlage 9 • 69117 Heidelberg

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Vorsitzender
Herrn Dr. Rainer Hess

per E-Mail: info@g-ba.de; daniela.fischer@g-ba.de

DVfR
Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation e.V.
Friedrich-Ebert-Anlage 9
69117 Heidelberg

Tel. 0 62 21 – 18 79 01 -0
Fax 0 62 21 – 16 60 09
info@dvfr.de
www.dvfr.de

26.1.2010

Stellungnahme der DVfR zum Entwurf einer Änderung der Heilmittelrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.12.2009

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

Der geschäftsführende Vorstand der DVfR hat am 20.1.2009 den Entwurf zur Änderung der Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.12.2009, zu dem zurzeit das Anhörungsverfahren durchgeführt wird, auszugsweise beraten.

Die DVfR ist ein Verband, in dem Sozialleistungsträger, Leistungserbringer, Verbände behinderter und kranker Menschen, Fachverbände und Einzelpersonen zusammengeschlossen sind, um zur Teilhabe von Menschen mit Krankheiten und Behinderungen durch medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation beizutragen. Sie stellt dabei den interdisziplinären Dialog sicher und bildet eine breite Diskussionsplattform im Interesse der Teilhabeförderung.

Die bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Krankheiten und Behinderungen mit Heilmitteln ist der DVfR ein besonders wichtiges Anliegen, da oft erst durch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie eine Besserung von Schmerzen und von Funktionseinschränkungen erreicht und ihre Verschlimmerung verhindert werden kann und so auch Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe vermindert werden können.

Die vorgesehenen Änderungen der Heilmittelrichtlinie tragen dazu nicht durchgehend bei. Insbesondere gefährdet der Regelungsvorschlag des neuen § 11 durch seine Altersbegrenzung eine bedarfsgerechte Heilmittelversorgung erwachsener Menschen mit Behinderungen in erheblichem Maße.

Zu § 8

§ 8 des Entwurfes zur Neufassung der Richtlinie enthält eine Regelung für die längerfristige Verordnung von Heilmitteln bei besonders schweren und langfristigen Schädigungen und Beeinträchtigungen. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass bei einer Reihe schwerer und langfristiger Gesundheitsprobleme Heilmittel in erheblichem Umfang kontinuierlich oder zumindest über einen längeren Zeitraum benötigt werden, um erheblichen und ggf. fortschreitenden Funktionseinschränkungen zu begegnen.

Indem die Verordnung von Heilmitteln über den Regelfall und die Regelung außerhalb des Regelfalles hinaus in ausreichender Menge über einen längeren Zeitraum möglich wird, könnte die Verordnung von Heilmitteln deutlich vereinfacht werden. Zudem kann die Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei der Versorgung mehrerer Patienten in einer Praxis erleichtert werden.

Allerdings ist bei der Umsetzung darauf zu achten, dass das Genehmigungsverfahren einfach und praktikabel gestaltet wird und bei dem Verfahren keine Hürden durch einen zu hohen Aufwand für die Statusfeststellung bzw. die ärztliche Begründung oder andere Formalitäten errichtet werden. Auch muss rechtzeitig klar sein, nach welchen Kriterien die Anträge der Versicherten von den Krankenkassen beurteilt werden sollen. Bei der Festlegung der Kriterien sollten Patientenvertreter, die Leistungserbringer sowie Experten in der medizinischen Versorgung behinderter Menschen beteiligt werden.

Genehmigte Langfristverordnungen sollten bei Regressverfahren gegenüber den Arztpraxen in besonderer Weise Praxisbesonderheiten begründen können und insofern bei der Prüfung der Einhaltung der Richtgrößen Berücksichtigung finden. Ziel muss es sein, dass für den verordnenden Arzt die Verordnung von Heilmitteln für behinderte Menschen zum Zeitpunkt der Verordnung kein unkalkulierbares Regressrisiko bedeutet.

Es ist allerdings zu prüfen, ob Regelungen in der Heilmittlerichtlinie überhaupt mit Problemen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Einhaltung von Richtgrößen verknüpft werden dürfen bzw. ob die Heilmittlerichtlinien dafür überhaupt der richtige Ort sein können, diese Problematik zu regeln. Denn die Richtgrößenprüfung bezieht sich ja nicht primär auf die Verordnung und ihre Begründung im Einzelfall sondern darauf, ob in der jeweiligen Praxis so viele Behandlungsfälle mit besonderem Behandlungsbedarf vorhanden sind, dass sie eine Überschreitung der Richtgrößen der Praxis rechtfertigen.

Es lassen sich sicherlich geeignete Regelungsorte für diese Problematik finden, z. B. auch auf der Ebene der Länder, vgl. dazu die bisherige Regelung in Nordrhein.

Zu § 11

In der vorgeschlagenen Regelung, dass Heilmittel unter bestimmten Voraussetzungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe nur bis zum 18. Lebensjahr erbracht werden dürfen, sieht die DVfR eine erhebliche Gefährdung der bedarfsgerechten Versorgung von erwachsenen Menschen mit schweren Behinderungen, die tagsüber eine Einrichtung der Eingliederungshilfe oder der Tagespflege besuchen.

Die DVfR plädiert für die vorgeschlagene Regelung, jedoch ohne Altersbegrenzung: Nicht nur Kinder und Jugendliche sondern auch Erwachsene mit schweren Behinderungen, die eine Werkstatt für behinderte Menschen oder Fördereinrichtungen wie z.B. Tagesförderstätten oder eine Tagespflege aufsuchen, sollen sinnvollerweise bei Bedarf dort behandelt und dort mit Heilmitteln versorgt werden können.

Damit würde eine in den meisten Bundesländern bzw. KV-Bezirken bereits seit langem geübte gute Praxis auch in der Heilmittelrichtlinie abgesichert.

Dafür sprechen mehrere Gründe:

1. Eine Heilmittelversorgung in diesen Einrichtungen ist aus folgenden Gründen wirtschaftlich.
 - a. Würden alle diese Patienten zur Praxis der Leistungserbringer gebracht werden müssen, würden erhebliche zusätzliche Transportkosten entstehen. (Vgl. Krankentransportrichtlinie § 8 Abs. 3).
 - b. Erfolgt die Behandlung zu Hause in Form eines Hausbesuches, fallen Hausbesuchsgebühren und Wegegelder an.
 - c. An einem Ort werden in der Regel mehrere Patienten behandelt, so dass keine unangemessenen Wegezeiten für die Behandler entstehen, deshalb können Hausbesuchspauschalen und Wegegelder unter diesen Bedingungen entfallen.
 - d. Es entfällt ein hoher Aufwand für die Vorbereitung der Betroffenen zur Therapie durch die Therapeuten, da dies durch die in den Einrichtungen vorhandenen Mitarbeiter erfolgen kann. Diese können zudem an der Umsetzung der Behandlungsziele mitwirken

Auch aus diesen Gründen war es bislang weitläufig geübte Praxis, dass die Heilmittel in den Einrichtungen abgegeben werden, sofern dies dort räumlich und von der Organisation her möglich ist.

2. Entscheidend für die DVfR ist aber, dass Menschen mit schwerer Behinderung, die den besonderen Hilfen der Eingliederungshilfe bedürfen, in den meisten Fällen keine Chance haben, außerhalb der Einrichtungen Heilmittel überhaupt zu erhalten:
 - a. Bei Betreuung in einer Ganztageseinrichtung in der Regel von 7.30 bis 16.30 Uhr (oft auch länger) am Tag und u. U. mit zusätzlichen Beförderungszeiten können Menschen mit schwerer Behinderung nach solchen langen Abwesenheitszeiten von zu Hause in der Regel nach 17.00 Uhr keine Therapie mehr verkraften bzw. sinnvoll daran teilnehmen.
 - b. Ferner kann nicht davon ausgegangen werden, dass an allen Wohnorten in der Zeit ab 17.00 Uhr ausreichende Hausbesuchsbereitschaft und -kapazität der Heilmittelpraxen vorhanden ist.
 - c. Auch ist es den Familien oder Bezugspersonen häufig nicht möglich, nach 17.00 die Betroffenen regelmäßig in die Therapiepraxen zu bringen. Dies scheitert oft an fehlenden Fahrzeugen, der Betreuung anderer Familienangehöriger, z. B. von Kindern etc. Immerhin handelt es sich dabei um sehr schwer behinderte Men-

schen, die in den meisten Fällen im Rollstuhl befördert werden müssen, die verhaltensauffällig, schwer geistig behindert und/oder zusätzlich psychisch krank sind. Auch muss es für behinderte Menschen Zeit für normales Familienleben geben.

- d. Es ist auch nicht möglich, dass diese Menschen während des Einrichtungsbesuches in eine Praxis gefahren werden, da sie Begleitung zusätzlich zum Fahrer eines Beförderungsfahrzeuges benötigen. Dies ist nicht Aufgabe der Einrichtungen, zudem mit hohen Kosten verbunden.
- e. Bei schwerer Spastik oder bei bestimmten Verhaltensstörungen wirkt sich eine zusätzliche Beförderung ungünstig auf den Therapieerfolg aus.

Diese Argumente gelten nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern auch für erwachsene Menschen mit schweren Behinderungen, so dass nicht hinzunehmen ist, dass dieser Personenkreis faktisch von der Heilmittelerbringung ausgeschlossen wird.

Einem möglichen Einwand, dadurch würde eine Leistungsausweitung eintreten, ist entgegenzuhalten, dass es für die Mengenbegrenzung Steuerungsmöglichkeiten über Richtgrößen und verhandelte Heilmittelbudgets gibt. Zudem darf eine Richtlinie nicht den praktischen Ausschluss einer Personengruppe von der faktischen Inanspruchnahme von Heilmittelversorgung bewirken. In diesem Zusammenhang ist auf § 2a SGB V hinzuweisen, der den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern aufgibt, die besonderen Belange von chronisch kranken und behinderten Menschen zu berücksichtigen.

Außerdem wurde diese Regelung ohne Altersgrenze bislang schon überwiegend praktiziert – es gab nur wenige Ausnahmen, so dass ohnehin keine umfangreichen Mehraufwendungen zu erwarten sind.

Nicht zuletzt soll diese Regelung ja nur gelten, wenn in der ärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten festgestellt wird, die Tageseinrichtung auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.

Die DVfR lehnt deshalb die Altersbegrenzung in der Neufassung des § 11 strikt ab und fordert die Einführung dieser Regelung auch für Erwachsene, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Tagespflege betreut werden

Eine Altersbegrenzung würde nach unserer Auffassung zudem Art. 25 BRK widersprechen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. M. Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der DVfR