

Blankverordnung oder Direktzugang – Die Patienten müssen die Gewinner sein

Blank Prescription or Direct Access – Patients Must Be the Winners

Autoren

M. Wich¹, J. Rübiger²

Institute

¹ BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH / Klinikum Dahme-Spreewald

² Alice Salomon Hochschule Berlin

Einleitung



Das neue Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG), das voraussichtlich im Jahre 2017 in Kraft treten wird [2], hat die Frage „Blankverordnung“ oder „Direktzugang“ auf den Plan gerufen. Dieser Beitrag berichtet über den Stand der Diskussion und arbeitet die Unterschiede zwischen den beiden Versorgungsformen heraus, um die Chancen und Risiken für die Beteiligten zu verdeutlichen.

Der am 31.08.2016 vom Kabinett beschlossene HHVG-Entwurf sieht die bundesweite Einführung von Modellvorhaben zur Erprobung der sogenannten Blankverordnung in der Physio- und Ergotherapie sowie der Logopädie vor. Die Überprüfung dieser Modelle wird Ausgangspunkt einer Entscheidung sein, ob sich diese als reguläre Versorgungsformen eignen. Die gesetzliche Grundlage dazu findet sich im §63 SGB V und dem noch zu schaffenden §64 d SGB V.

Das enge Korsett der bisherigen gesetzlichen Regelung (Heilmittelrichtlinien) und der damit verbundenen Abhängigkeit von der detaillierten ärztlichen Verordnung führte auf Seiten der Therapeuten – insbesondere der Physiotherapeuten – zum Ruf nach mehr Therapiefreiheit. Sie argumentieren dabei auch mit dem Wohl der Patienten, denen im derzeitigen Verordnungssystem kaum eine Mitsprache bei der physiotherapeutischen Behandlung möglich ist. Einen Schritt zu mehr Therapiefreiheit und Patientenmitbeteiligung stellt die Blankverordnung dar, bei der die Heilmittelerbringer auf Grundlage der ärztlich festgestellten Diagnose und Indikation selbst über Art, Dauer und Frequenz der therapeutischen Behandlung entscheiden und die Patienten miteinbeziehen können.

Im Gegensatz dazu ist der Direktzugang ein Versorgungsmodell, das über die Blankverordnung hinausgeht und sowohl bei Ärzten als auch in der Politik umstrittener ist. In diesem Fall suchen die Patienten bei Beschwerden zuerst Physiotherapeu-

ten auf, d.h. die Verordnung mit der ärztlichen Diagnose entfällt. Stattdessen führen die direkt kontaktierten Therapeuten jeweils ein sogenanntes Screening durch, bei dem sie feststellen, ob sie die Symptomatik selbst behandeln können oder eine Vorstellung beim Arzt vorzuschalten ist.

Die Frage Blankverordnung oder Direktzugang hat neben der fachlichen insbesondere auch eine politische Dimension. Das bereits 2015 veröffentlichte Positionspapier der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag mit dem Titel „Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden“ hat den lang bestehenden Disput zwischen Physio-/Ergotherapeuten und Logopäden auf der einen und der Ärzteschaft auf der anderen Seite neu entfacht [4, 7, 8].

Die Ärzteschaft traut den Physiotherapeuten aufgrund ihrer spezialisierten Ausbildung zwar eine größere Entscheidungsfreiheit bei der Therapiewahl zu, sieht aber die Grenze beim Arztvorbehalt (§§ 15, 28 SGB V) mit der ärztlichen Kernkompetenz in der Diagnosestellung, die immer vor einer Therapie stehen müsse. Der Gesetzgeber und die juristische Praxis sehen allerdings keinen Ausschließlichkeitsanspruch für den Arzt. Durch das „Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung“ erhielten nicht nur Heilpraktiker, sondern mit einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG 3 B 64.12; [3]) erstmals auch Physiotherapeuten direkten Zugang zur Patientenbehandlung [7, 8]. Die Ärzteschaft entgegnete auf dem 118. Deutschen Ärztetag, dass keine kurative Behandlung ohne eine fundierte Diagnostik und einen Ausschluss von Kontraindikationen – was nur vom Arzt geleistet werden könne – durchgeführt werden darf [6]. Der Deutsche Ärztetag verwies in einer Entschließung aber auch auf die aktuell laufenden Modellvorhaben zur Substitution ärztlicher Leistungen, die es zunächst zu bewerten gilt, und forderte eine Anhebung der Ausbildungsstandards in den Heilberufen [6].

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1567144>
physioscience 2016; 12:
158–160 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 1860-3092

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Michael Wich
BG Klinikum Unfallkrankenhaus
Berlin gGmbH/Klinikum
Dahme-Spreewald
Warenstr. 7/Schillerstr. 29
12683 Berlin/15907 Lübben
michael.wich@ukb.de

In Berlin und Brandenburg führen die Innungskrankenkasse (IKK) und der Verband Physikalische Therapie (VPT) bereits seit einigen Jahren ein Modellprojekt zur Blankoverordnung durch [14]. Einbezogen sind Patienten mit einer Muskel- oder Skeletterkrankung (WS1, WS2, EX 1 – 3) oder chronischen Schmerzen (CS). Die gesetzliche Grundlage ist der § 63 Abs. 3b SGB V (Modellvorhaben), der die Erprobung einer anderen als der oben genannten Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Physiotherapeuten zum Zweck der Weiterentwicklung der Versorgung erlaubt. Zwar wird der Heilmittelkatalog im Fall dieser sogenannten Blankoverordnung nicht außer Kraft gesetzt, aber Physiotherapeuten können Heilmittelkombinationen verwenden, die der aktuelle Katalog nicht vorsieht, aus Sicht der Therapeuten aber wirksam und sinnvoll erscheinen. Soweit der aktuelle Gesetzesstand. Zur Begründung des Modellvorhabens Blankoverordnung heißt es dazu im HHV-Gesetzentwurf, dass künftig in jedem Bundesland und für alle Heilmittelbringer (Physio-/Ergotherapeuten, Logopäden) Projekte durchgeführt werden sollen, die den Heilmittelbringern größere Handlungsspielräume gewähren [2].

Der größeren Behandlungsfreiheit der Therapeuten steht eine geringere Fehleranfälligkeit bei der formellen Verordnung gegenüber, weil der Arzt nur noch die Diagnose und den Indikationsschlüssel eintragen muss. Das kommt den Therapeuten, Ärzten und letztlich auch den Patienten zugute, da die Behandlung ohne Zeitverzug durch die allfälligen Rezeptkorrekturen begonnen werden kann [15]. Die Patienten profitieren von der Behandlungsfreiheit vor allem auch deshalb, weil ihnen eine direkte Beteiligung an der Therapieentscheidung ermöglicht wird.

Das Modellprojekt von IKK/VPT und ein zweites der BIG-Direktkrankenkasse mit dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK; [1]), das in Berlin und in Westfalen-Lippe die Blankoverordnung erprobt, werden wissenschaftlich begleitet. Die Evaluationen der beiden Modellprojekte ergaben erste positive Ergebnisse in Bezug auf Schmerzreduktion und Patientenzufriedenheit [18]. Mit der Endauswertung wird im ersten Halbjahr 2017 zu rechnen sein.

Da im Fall des Direktzugangs das prätherapeutische Screening anstelle der ärztlichen Untersuchung und Diagnosestellung tritt, wird eine spezielle Ausbildung der Therapeuten als erforderlich angesehen. In den Niederlanden, wo es den Direktzugang seit 2006 gibt, wurde ein Screening-Modul im Umfang von ca. 60 Stunden als Pflichtprogramm in das Curriculum der Physiotherapie-Studiengänge eingebaut. Nach abgeschlossenem Studium sind in den Niederlanden alle Physio-/Ergotherapeuten und Logopäden berechtigt (nicht verpflichtet), den Direktzugang anzubieten. Diese zusätzliche Qualifikation, die auch den Forderungen des Deutschen Ärztes und einem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz nahekommt, fehlt hierzulande bisher sowohl in der berufsfach- als auch hochschulischen Ausbildung der Heilmittelberufe. Die Berufsverbände und der Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) arbeiten jetzt daran, diese Lücke zu schließen. Die neuen berufsqualifizierenden Studiengänge [13] bieten gute Voraussetzungen, dass die für den Direktzugang benötigten Kompetenzen systematisch vermittelt werden können.

Der gesetzlichen landesweiten Einführung des Direktzugangs ging in den Niederlanden eine mehrjährige Erprobungsphase voraus [17]. Ein ähnlicher Modellversuch in Schottland konnte sogar Einsparungen nachweisen, im Wesentlichen im Bereich der Kosten für Röntgenaufnahmen, Medikamente und Arbeitsunfähigkeitstage [14]. Das niederländische System des Direktzugangs besteht seit nahezu 10 Jahren und ist in allen Aspekten (Qualifikationsanforderungen, freiwillige Teilnahme für Physiotherapeuten und Patienten,

Vergütung und Qualitätssicherung) für Deutschland interessant, aber nicht direkt übertragbar.

Die Einführung von Modellversuchen zur Erprobung des Direktzugangs wird auch hierzulande gefordert – sowohl seitens des Spitzenverbands der Heilmittelverbände (SHV; [19]) als auch der Gesundheitsministerkonferenz (GKM). Im Beschluss der GKM wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gebeten zu prüfen, ob im Rahmen eines Direktzugangs für noch festzulegende Indikationen Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können, „soweit sie [die Heilmittelbringer] hierzu aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind“ [10]. Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates hat sich der Bitte der GKM angeschlossen und in seinem Entschließungsantrag gefordert, über die Blankoverordnung hinaus gesetzliche Rahmenbedingungen für die modellhafte Erprobung des Direktzugangs zu schaffen [9].

Angesichts der eindeutig ablehnenden Haltung der Bundesregierung zum Direktzugang [5] ist zu bezweifeln, dass es in absehbarer Zeit auch Modellversuche zum Direktzugang geben wird. Diese Haltung steht aber im Widerspruch zum Votum der Bundesländer (GKM) und der Berufsverbände. Der Spitzenverband der GKV, der einem Modellversuch zum Direktzugang eher skeptisch gegenübersteht und auf die rechtlich und finanziell noch nicht erfüllten Voraussetzungen verweist [11], wird sicher nicht nur die Risiken, sondern auch die Vorteile dieser neuen Versorgungsform sehen: die Versicherten hätten mehr Wahlfreiheit und – wie die schottische Studie zeigt [14] – sind Einsparungen bei den Gesamtkosten möglich.

Den Ärzteverbänden, die dem Direktzugang bisher am schärfsten widersprechen [18], sollte dennoch bewusst sein, dass die Ärzte auch bei dieser Versorgungsvariante eine wesentliche Rolle spielen: bei den Patienten, die sie gemeinsam mit dem Heilmittelbringer betreuen, bei den vom Heilmittelbringer an sie „überwiesenen“ Patienten sowie bei den Patienten, die den Direktzugang nicht in Anspruch nehmen können oder wollen. In den Niederlanden macht die zuletzt genannte Gruppe rund zwei Drittel aller Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen aus und ist im Laufe der vergangenen 10 Jahre kaum geringer geworden [17].

Welche Auswirkungen für die Kosten und Finanzierung sind aufgrund der bisherigen Erfahrungen zu erwarten?

▼ Während die Physiotherapie in den Niederlanden über eine (private) Zusatzversicherung abgedeckt wird, gehört sie in Deutschland in den Leistungskatalog der GKV. Nach § 84 SGB V haben die gesetzlichen Krankenkassen allerdings die Möglichkeit, das Volumen der ärztlichen Verordnungen zu begrenzen (sogenannte Regelleistungsvolumina) und die Ärzte bei Überschreitung dieser Richtgrößen in Regress zu nehmen. Da die Mengensteuerung durch die Ärzte bei der Blankoverordnung zum Teil und beim Direktzugang gänzlich entfiel, drängt der Spitzenverband der GKV auf eine Ersatzlösung. Für die Modellversuche der Blankoverordnung sieht der HHVG-Entwurf vor, dass – analog zur höheren therapeutischen Verantwortung – auch eine höhere Wirtschaftlichkeitsverantwortung der Heilmittelbringer und höhere Anforderungen an ihre fachliche Qualifikation in den Verträgen mit den Krankenkassen zu berücksichtigen sind [2]. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) machte zur Verlagerung der Budgetverantwortung bereits einen Vorschlag und forderte, dass eine Haftung der Ärzte für die Therapiekosten ausgeschlossen

werden müsse und „[...] die Ausgabenvolumina für Heilmittel um nicht vertragsärztlich veranlasste Therapiekosten bereinigt werden“ [16]. Im Fall des Direktzugangs ginge die Budgetverantwortung voraussichtlich vollständig auf die Heilmittelerbringer über. Dabei ist noch völlig offen, wie die Mengenbegrenzung erfolgen könnte, ob in Form von Regelleistungsvolumina bei den Heilmittelerbringern, durch Fallpauschalen als Vergütungssystem oder durch andere Anreiz- bzw. Sanktionssysteme. Ganz gleich, ob Blankoverordnung oder Direktzugang, wichtig ist, dass die Patienten von den neuen Versorgungsformen profitieren und dies auch erkennbar wird. Genau dies zeigt sich auch bei den jetzt laufenden Modellprojekten zur Blankoverordnung und den Erfahrungen unserer europäischen Nachbarn mit dem Direktzugang [14, 17].

Literatur

- 1 BIG-direkt. Physiotherapie Modellversuch. www.big-direkt.de/leistungen/behandlung/physiotherapie_modellvorhaben.html (15.02.2016)
- 2 Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG), Kabinettsbeschluss vom 31.08.2016; 2016, www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2016/2016_3/160831_HHVG_Kabinett.pdf (18.09.2016)
- 3 Bundesverwaltungsgericht. Beschluss: BVerwG 3 B 64.12; 2013, www.bverwg.de/entscheidungen/entscheidung.php?ent=110713B3B64.12.0 (15.02.2016)
- 4 CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag. „Heilmittelerbringer direkter in die Versorgung einbinden“; 2015, www.dr-roy-kuehne.de/images/Berlin/Heilmittelerbringer_direkter_in_die_Versorgung_einbinden.pdf (15.02.2016)
- 5 Deutsche Bundesregierung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE zu „Direktzugang zur Physiotherapie“. Drucksache 18/6974 vom 09.12.2015; 2015, www.dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/069/1806974.pdf (18.07.2016)
- 6 Deutscher Ärztetag (118). Beschlussprotokoll 12.–15. Mai 2015; 2015, www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118_DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf (15.02.2016)
- 7 Deutsches Ärzteblatt. Heilmittelverordnung: Ohne Rezept zum Physiotherapeuten; 2011, www.aerzteblatt.de/nachrichten/45827/HeilmittelverordnungOhneRezeptzumPhysiotherapeuten (15.02.2016)
- 8 Deutsches Ärzteblatt. Ärzte warnen vor Direktzugang von Patienten zu Heilmittelerbringern; 2016, www.aerzteblatt.de/nachrichten/62484/Aerzte-warnen-vor-Direktzugang-von-Patienten-zu-Heilmittelerbringern (15.02.2016)
- 9 Gesundheitsausschuss des Bundesrates. Empfehlung zu Artikel 1 Nummer 4 des HHVG-Entwurfs (§ 64d SGB V). 949. Sitzung des Bundesrates am 14. Oktober 2016, Drucksache 490/1/16 vom 29.9.2016. www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0401-0500/490-1-16.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (10.10.2016)
- 10 Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK). 89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 29./30. Juni 2016 in Rostock-Warnemünde – Ergebnisniederschrift TOP 6.3. 2016. www.gmkonline.de/documents/Ergebnisniederschrift_89_GMK_2016_Warnemuende.pdf (18.07.2016)
- 11 GKV-Spitzenverband. Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes, beschlossen vom Verwaltungsrat am 8. Juni 2016; 2016, www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Heilmittelversorgung_GKV-SV_06-2016.pdf (26.07.2016)
- 12 Hillienhof A. Heilmittelversorgung: Ärzte sprechen sich gegen Direktzugang aus. Dtsch Ärztebl 2015; 112: A-754
- 13 Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG). Studiengänge der Mitgliedshochschulen im HVG e.V., Stand März 2016. www.content/uploads/2016/06/Uebersicht_Studiengaenge_Therapieberufe_HVG_Mitgliedshochschulen_Maerz_2016.pdf (19.07.2016)
- 14 Holdsworth L, Webster V, McFadyen A. What Are the Costs to NHS Scotland of Self-Referral to Physiotherapy? Results of a National Trial. *Physiotherapy* 2007; 93: 3–11
- 15 Innungskrankenkasse Brandenburg & Berlin (IKK BB). Modellprojekt Physiotherapie. www.ikkbb.de/leistungen/heil-und-hilfsmittel/physiotherapie-modellprojekt.html (15.02.2016)
- 16 Laschet H. KBV stellt Bedingungen für Blankoverordnungen – Die KBV steht Modellvorhaben für Blankoverordnungen von Heilmitteln aufgeschlossen gegenüber – knüpft daran aber harte Bedingungen; 2016, www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/919490/heilmittel-kbv-stellt-bedingungen-blankoverordnungen.html (20.09.2016)
- 17 Leemrijse C, Swinkels I, Veenhof C. Direct Assess to Physical Therapy in the Netherlands: Results from the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy* 2008; 88: 936–942
- 18 Rübiger J. Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung und Ausblick. Vortrag auf der Landestagung des VPT Berlin-Brandenburg am 03. Oktober 2015 in Potsdam; 2015
- 19 Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV). Eindeutiges Signal zugunsten der Patienten: Gesundheitsminister der Länder beschließen Modellversuch zum Direktzugang; 2016, www.shv-heilmittelverbaende.de/einstimmiges-signal-zugunsten-der-patienten-gesundheitsminister-der-laender-beschliessen-modellvorhaben-zum-direktzugang (10.07.2016)