

22.09.2020

Überlegungen aus der DVfR zur Heilmittelerbringung für Menschen mit Behinderungen durch Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach Änderung der §§ 124 ff. SGB V durch das TSVG

Einleitung

Der Vorstand der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist von mehreren Mitgliedern des Verbandes darauf aufmerksam gemacht worden, dass sich mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Voraussetzungen der Erbringung von Heilmitteln durch einige Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen erheblich verändert haben. Kindertagesstätten (Kitas), Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die bislang Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie erbracht und mit den Krankenkassen auf der Grundlage von Verträgen nach § 124 und § 125 SGB V abgerechnet haben, können diese Praxis nach Auffassung der Krankenkassen infolge der Änderungen der §§ 124 und 125 SGB V durch das TSVG nicht beibehalten. Der Beitritt dieser Einrichtungen zu den bundesweiten Verträgen stößt aber auf spezifische Barrieren, so dass die Gefahr besteht, dass die Einrichtungen solche Leistungen ab 01.01.2021 nicht mehr erbringen können.

Die DVfR hat sich mehrfach mit der teilhabeorientierten Heilmittelerbringung beschäftigt und dazu mehrere Positionspapiere erarbeitet, die jeweils einstimmig im Hauptvorstand unter Beteiligung aller Sozialleistungsträger verabschiedet wurden. Im Positionspapier der DVfR zur interdisziplinären Leistungserbringung in Kindertagesstätten [4] wurde folgende Option als aus fachlicher Sicht besonders geeignet angesehen: „Therapeutische Leistungen werden durch fest angestellte Mitglieder des interdisziplinären Teams der Kita als Heilmittel erbracht, sofern die Kita auf der Basis von §§ 124/125 SGB V von den Krankenkassen als Leistungserbringer zugelassen ist. In diesem Falle werden diese mit den Krankenkassen auf Grund der Leistungs- und Vergütungsvereinbarung abgerechnet und so dem Sozialleistungsträger direkt oder der Kita erstattet.“ Zur inhaltlichen Begründung siehe [4], hier insbesondere Option 2 (S. 6 f.). Diese Option wird durch das TSVG grundsätzlich in Frage gestellt.

Die DVfR hat in ihrem Leitbild ihre Aufgabe so beschrieben: „Das Wirken der DVfR ist auf die Realisierung eines modernen und anerkannten Rehabilitationssystems ausgerichtet, das Menschen mit Beeinträchtigungen unter Mobilisierung aller Ressourcen zuverlässig jede individuell erforderliche Unterstützung für ihre selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bereitstellt. Maßgebende Leitlinie dabei ist Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention (Habilitation und Rehabilitation). Auf diese Weise wirkt die DVfR an der Entwicklung einer umfassend inklusiven Gesellschaft mit.“

Die nachfolgenden Überlegungen wurden in Wahrnehmung dieser Aufgabe unter Beteiligung der von der Gesetzesänderung betroffenen Mitglieder der DVfR im Auftrag des Hauptvorstandes (Beschluss vom 19.02.2020) erstellt und vom Geschäftsführenden Vorstand der

DVfR am 22.09.2020 zur Veröffentlichung als Diskussionsbeitrag freigegeben. Dabei wurde versucht, den Sachverhalt aufzuarbeiten und mögliche Lösungen vorzustellen. Ob und wie diese, ggf. mit Modifikationen, umgesetzt werden können oder ob ggf. auch andere Lösungsmöglichkeiten für das beschriebene Problem bestehen, werden die Vertragspartner¹ entscheiden.

Die Überlegungen aus der DVfR werden an die Vertragspartner nach § 125 SGB V mit der Bitte gerichtet, sich dieser Fragestellung anzunehmen, sowie an das Bundesministerium für Gesundheit mit der Bitte um Unterstützung. Auf die einschlägigen Stellungnahmen des Bundesrates wird verwiesen.

Zu Problemlage und Lösungsmöglichkeiten: die Vorschläge der DVfR

Bislang besteht für besonders spezialisierte Einrichtungen wie Kitas, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgrund besonderer vertraglicher Regelungen mit den Verbänden der Krankenkassen nach §§ 124/125 SGB V in mehreren Bundesländern die Möglichkeit, Kinder, Jugendliche und erwachsene Menschen mit Behinderungen mit Heilmitteln zu versorgen. Diese Versorgung erfolgt durch fest angestellte Therapeuten, deren Leistungen von den Einrichtungen mit den Krankenkassen abgerechnet werden, sofern die Voraussetzungen der zwischen diesen beiden Seiten abgeschlossenen Leistungsvereinbarungen erfüllt sind.

Die zugrundeliegenden Verträge werden aufgrund der Neufassung der §§ 124 und 125 SGB V im Rahmen des TSVG nach der Beurteilung der Rechtslage von Seiten der Krankenkassen nicht fortgeltend sein können, während das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einem Schreiben von Frau Dr. Optendrenk an Frau Sennewald (Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Nordrhein-Westfalen) vom 03.03.2020 davon ausgeht, dass die Sonderverträge durch das TSVG nicht betroffen sind, und insofern eine Fortgeltung für möglich erachtet. Diese Auffassung wird in einem Schreiben des BMG vom 13.05.2020 an die Caritasträgergesellschaft Speyer bekräftigt, ohne dass allerdings die Problemlage differenziert bearbeitet wird.

Die Fortführung der bisherigen Verträge auf Landesebene könnte jedoch nach dem Wortlaut der Neufassung des § 125 Abs. 1 SGB V problematisch sein, da hier für Vertragsschlüsse eine exklusive Zuständigkeit des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geregelt wird. Entsprechend haben die leistungserbringenden Einrichtungen bereits Schreiben der Krankenkassen erhalten, in denen das Auslaufen der Verträge mitgeteilt wurde.

Der Bundesrat hatte sich dieses Themas angenommen und in seiner Stellungnahme zum Gesetzesentwurf vorgeschlagen, dass in § 125 Abs. 7 SGB V ein Satz eingefügt wird, der wie bisher Vereinbarungen auf Landesebene zulässt, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Dies hatte der Bundesrat ausdrücklich mit der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen begründet.² Die Bundesregierung lehnte diesen Vorschlag

¹ Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird stellenweise nur die männliche oder nur die weibliche Form genannt; es sind aber alle Menschen jeden Geschlechts gleichermaßen gemeint.

² Bundestags-Drucksache 19/15662 S. 132 Ziffer 10: „(...) Mit der vorgeschlagenen Änderung soll eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, ergänzend zu den Bundesverträgen noch regionale Verträge zur Versorgung mit Heilmitteln vereinbaren bzw. bestehende aufrechterhalten zu können. Dies betrifft zum Beispiel Verträge zur Versorgung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen.“

jedoch ab und verwies in ihrer Gegenäußerung darauf, dass eine Fortführung entsprechender Vereinbarungen auf Landesebene unter den Voraussetzungen des § 125 Abs. 8 SGB V möglich sei.³ Dieser Auffassung sind die Verbände der Krankenkassen bislang allerdings nicht erkennbar gefolgt. Unbeschadet dieser gegensätzlichen Positionen wurden in der DVfR das auftretende Versorgungsproblem unter Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen analysiert und ein Vorschlag zur Lösung sowie weitere Handlungsoptionen erarbeitet.

Würden besagte Einrichtungen mit ihrer besonderen Ausrichtung auf die Belange behinderter Menschen nämlich von der Versorgung ausgeschlossen, würde eine fachlich gebotene und bewährte Versorgungsform entfallen und die Versorgung der betroffenen behinderten Menschen wäre – zumindest in der bisher qualitativ hochwertigen und in die Einrichtungsarbeit integrierten Form – nicht mehr sichergestellt. Sofern therapeutisches Personal in den Einrichtungen angestellt ist, z. B. in den Förderschulen einiger Bundesländer, wäre eine sachgerechte Mitfinanzierung von deren Leistungen durch die Krankenkassen nicht mehr möglich. Außerdem würde durch den Wegfall von zusätzlich aus den Erlösen, die der Abrechnung der Leistung mit den Krankenkassen entstammen, eingestellten Mitarbeitern die Versorgung erheblich beeinträchtigt. Die Folge wäre eine Entlassung der in diesen Einrichtungen fest angestellten Therapeutinnen und Therapeuten – zumindest eines Teils – und damit der Verlust der Interdisziplinarität der Teams in einigen dieser Einrichtungen. Eine solche Konsequenz ist aus Sicht der Betroffenen und der Einrichtungen unbedingt zu vermeiden und kann auch von der Politik und den Krankenkassen nicht gewollt sein, wenn die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden sollen.

Um diese Folgen des TSVG zu vermeiden, werden folgende Lösungsvorschläge unterbreitet:

In die bundesweiten Verträge nach § 125 SGB V wird an geeigneter Stelle ein Passus aufgenommen, der für Kitas, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die der umfassenden Versorgung behinderter Menschen dienen, vorsieht, dass die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit den Vertretungen dieser Einrichtungen auf Landesebene bei der Zulassung der Einrichtungen Abweichungen im Hinblick auf deren räumliche und sächliche Ausstattung (vgl. § 125 Abs. 2 Nr. 10) vereinbaren können, wenn dies zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen erforderlich ist. Ist die Zulassung erfolgt, können die Einrichtungen den bundesweiten Verträgen nach § 124 Abs. 6 SGB V beitreten. Eine Fortgeltung der vorhandenen Zulassungen ist anzustreben, eine Unterbrechung auf Grund des Auslaufens der Verträge ist unbedingt zu vermeiden.

Alternativ können Verträge auch auf der Basis des § 124 Abs. 5 SGB V fortgelten oder es können neue auf der Grundlage des § 125 Abs. 8 SGB V vereinbart werden.

Falls diese Optionen nicht kurzfristig umgesetzt werden können und insbesondere auch wegen der pandemiebedingten Verzögerungen der Beratungen ein längerer Zeitraum für die Klärung erforderlich ist, sollte der Forderung des Bundesrates gefolgt werden, bis zur Klärung der offenen Fragen eine Bestandssicherung für diese Versorgungsformen über den 30.09.2020 hinaus bis mindestens 30.06.2021 vorzusehen.

³ Bundestags-Drucksache 19/15662 Anlage 4, S. 145: „(...) Sofern einzelne Krankenkassen und Berufsverbände der Heilmittelerbringer beabsichtigen, auf Landesebene Verträge zur Weiterentwicklung der Qualität und Struktur der Heilmittelversorgung zu schließen, ist dies nach § 125 Absatz 8 SGB V auch nach geltender Rechtslage möglich, soweit die Verträge auf Bundesebene (§ 125 Absatz 1 SGB V) dem nicht entgegenstehen. (...)“.

Begründung

I. Situation bisher (vor Änderung der §§ 124 und 125 SGB V)

In der Regel werden Heilmittel durch zugelassene Praxen sowie durch Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen oder vergleichbare Einrichtungen erbracht. Darüber hinaus wurden bislang folgende Einrichtungen durch die Landesverbände der Krankenkassen nach § 124 und 125 SGB V a. F. als Leistungserbringer für Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie – d. h. Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) zugelassen:

- a. Kindertagesstätten, insbesondere Förderkindergärten/-Kitas
- b. Schulen, insbesondere Förderschulen
- c. Einrichtungen der Eingliederungshilfe, z. B. Wohnheime, Tagesförderstätten oder Werkstätten für behinderte Menschen

Dazu wurden auf Landesebene eigene Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Einrichtungen, die Menschen mit Behinderungen betreuen, bilden und fördern (Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe) über die Erbringung von Heilmitteln geschlossen. In diesen wurden die Anforderungen an die Einrichtung und das Personal, die Einzelheiten der Leistungserbringung sowie die Vergütung festgelegt. Dabei konnte von den Rahmenvereinbarungen zwischen den Leistungserbringerverbänden und den Krankenkassen, die für reguläre Praxen galten, abgewichen werden, wenn dies als sinnvoll angesehen wurde. Diese Abweichungen beziehen sich ausschließlich auf die räumliche und sächliche Ausstattung sowie auf die Festlegung des Personenkreises. So werden z. B. kleinere Räumlichkeiten oder das Fehlen eines eigenen Wartebereiches oder gesonderter WCs akzeptiert und die Behandlung auf den Personenkreis der Einrichtung beschränkt. Im Hinblick auf die Qualifikation des Personals, die Leistungsbeschreibung und die Definition der Leistungseinheiten wurden keine Abstriche im Vergleich zu den gültigen Vereinbarungen nach §§ 124 und 125 SGB V vorgenommen. Dadurch war und ist sichergestellt, dass die Zulassung nicht an der räumlichen und sächlichen Ausstattung scheitern würde.

Gründe für diese besonderen Verträge waren insbesondere:

1. Sicherstellung der therapeutischen Versorgung besonderer Personengruppen, z. B. behinderter Kinder und Erwachsener, die nur unter großem Aufwand in Praxen gelangen können – u. a. wegen Verhaltensauffälligkeiten, aus Mangel an Begleitpersonen (berufstätige Eltern etc.) –, auch zur Kosteneinsparung von Kranken- bzw. Behinderten-transporten.
2. Integriertes Konzept von pädagogischer und therapeutischer Förderung durch ein interdisziplinäres Team der Einrichtung unter Kostenbeteiligung der Krankenkassen durch sog. Leistungsbündelung. (Fachlich ist diese Lösung optimal und ermöglicht Leistungen und Versorgung aus einer Hand) [1–4].
3. Sicherstellung einer optimierten Hilfsmittelversorgung.
4. Sicherstellung einer spezifischen Geräteausstattung, die in regulären Praxen nicht oder nicht umfassend vorgehalten werden kann, z. B. Geräte zur Sprachförderung (Unterstützte Kommunikation), spezielle Lifter und Stehständer, Bobath-Liegen und neurophysiologische Trainingsgeräte.
5. Ggf. Möglichkeit der Nutzung von Bewegungsbädern (Physiotherapie im Wasser, Basale Stimulation im Schmetterlingsbad etc.).

6. Möglichkeit, zielgruppenspezifische Qualifikationen der behandelnden Therapeuten vorzuhalten und einzusetzen – z. B. Vojta, Castillo-Morales, Unterstützte Kommunikation, facio-orale Therapie u. v. a. m.
7. Optimierte Wirkung therapeutischer Interventionen durch die Möglichkeit der unmittelbaren Integration in den Alltag unter Einbezug anderer pädagogischer und pflegerischer Fachkräfte einschließlich der Fortführung einzelner therapeutischer Ansätze, z. B. bei der Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen, als Steh- oder Lauftraining, bei spezifischen Lagerungen etc.
8. Bewältigung von regionalen Problemlagen; z. B.
 - fehlende Möglichkeit oder Bereitschaft der niedergelassenen Heilmittelerbringer, eine konstante Behandlung in den genannten Einrichtungen sicherzustellen, v. a. unter Beachtung der vorgegebenen Zeitstrukturen in Schulen, Ferienzeiten, in denen die Behandlung in der Schule nicht möglich ist, sowie
 - von diesen angegebene Fehlen einer (angemessenen) Vergütung für das Aufsuchen der Schulen.

Aufgrund des Mangels an Therapeuten in vielen Regionen konkurrieren Menschen mit Behinderungen mit anderen Personengruppen um die Behandlungsplätze und haben dabei oft geringe Erfolgsaussichten, da die Behandlung behinderter Menschen sich häufig aufwändig gestaltet und zahlreiche andere Barrieren bestehen, z. B. ggf. das Erfordernis einer Begleitperson oder zusätzlicher Beförderungsleistungen.

Damit stellen diese Angebote eine spezialisierte und höchst qualifizierte, interdisziplinär ausgerichtete Behandlungsoption dar, die auch aus fachlicher Sicht dem Bedarf der Zielgruppe in besonderem Maße entspricht und dementsprechend unbedingt erhalten bleiben sollte.⁴

Als weitere Option steht zur Verfügung, dass niedergelassene Therapeuten diese Einrichtungen aufsuchen und dort Behandlungen erbringen. Diese Möglichkeit ist für Kinder und Jugendliche ausdrücklich in der Heilmittelrichtlinie des G-BA geregelt und wird bei Erwachsenen als ausgelagerte Praxistätigkeit in der Regel praktiziert und überwiegend akzeptiert.

Auf die Nachteile dieser Lösung aus fachlicher Sicht gehen die genannten Positionspapiere der DVfR ausführlich ein: Insbesondere erweisen sich die Integration in die Abläufe der Kitas und Schulen sowie die schwierige Koordination und Kooperation mit den anderen Betreuungskräften sowie das Fehlen interdisziplinärer Teams als nachteilig. Als weitere Barriere erweist sich, dass die niedergelassenen Therapeuten für diese Leistungen keinen Hausbesuch abrechnen. Auch gelingt es nicht immer, in ausreichendem Maße therapeutische Praxen für diese Aufgaben zu gewinnen. Mit diesen Feststellungen soll nicht ausgesagt werden, dass diese Kooperationen nie funktionieren: Durch das hohe Engagement aller Beteiligten können für Einzelfälle oft gute Lösungen erreicht werden. Fest angestellte Therapeuten können i. Ü. den Therapiebedarf in der Regel nicht vollständig abdecken, so dass in der Regel in den Einrichtungen auch zusätzlich noch Praxen von Heilmittelerbringern tätig werden. Das ist auch im Hinblick auf die Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechtes sinnvoll.

⁴ Zur fachlichen Einschätzung vgl. die Positionspapiere der DVfR zur teilhabeorientierten Heilmittelversorgung [1–2], zur interdisziplinären Förderung der Kinder im Vorschulalter [3] und zur Heilmittelerbringung in Kitas [4]. Die Vereinbarungen sahen im Übrigen zum Teil niedrigere Vergütungssätze vor, als diese für niedergelassene Praxen gezahlt wurden. Zur Begründung wurden Synergieeffekte angeführt.

Der Vollständigkeit halber sei noch darauf hingewiesen, dass Heilmittel für Vorschulkinder auch durch Teams der interdisziplinären Frühförderung in Einrichtungen erbracht werden.

Die Heilmittelerbringung durch Einrichtungen wird in den Bundesländern unterschiedlich intensiv umgesetzt. Während es Bundesländer gibt, in denen solche Vereinbarungen nur gelegentlich geschlossen werden, existieren Verträge dieser Art in Nordrhein-Westfalen (v. a. im Rheinland) und in Rheinland-Pfalz in großer Zahl. In Hamburg werden sie seit Langem angestrebt. Genaue Zahlen liegen nach unserer Kenntnis nicht vor, möglicherweise sind sie aber bei den Krankenkassen zu erhalten.

II. Situation nach Änderung der §§ 124 und 125 SGB V durch das TSVG

Mit Inkrafttreten des TSVG zum 01.08.2019 hat sich die Sachlage wie folgt verändert:

1. Auf Landesebene bilden die Krankenkassen eine Arbeitsgemeinschaft, die gemeinsam für alle Kassen die Zulassung als Leistungserbringer (in der Regel in Form einer Praxiszulassung) erteilt. Sie können überprüfen, ob die Einrichtungen die Voraussetzungen der bundesweiten Verträge erfüllen.
2. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Heilmittelerbringer Verträge über die Erbringung der einzelnen Heilmittel; diese sollen ab 01.07.2020 gelten (Verlängerung wohl bis 01.10.2020). Die Verträge regeln u. a. personelle, räumliche und sächliche Voraussetzungen (vgl. § 125 Abs. 2 Nr. 10) sowie die Preise.
3. Die bis dahin zugelassenen Leistungserbringer können innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der bundesweiten Verträge diesen beitreten. Die Zulassung gilt innerhalb dieses Zeitraumes fort (§ 124 Abs. 6 SGB V neu).
4. Ab 01.07.2019 gelten die bundesweit einheitlichen Höchstpreise für alle zugelassenen Leistungserbringer.

Die Inhalte der bundesweiten Versorgungsverträge zur Heilmittelerbringung sind noch nicht bekannt. Soweit bislang zu erfahren ist, werden besondere Zulassungsbedingungen für die genannten Einrichtungen nicht eigens mit aufgenommen. Es kann sein, dass diese Einrichtungen sich zukünftig nicht mehr auf eine bestimmte Klientel beschränken können, sondern grundsätzlich auch anderen Versicherten der Krankenkassen offenstehen müssen. Die Anforderungen an die Praxen hinsichtlich Ausstattung und räumlicher Voraussetzungen werden gegenüber den bisherigen Regelungen wohl deutlich reduziert werden. Da die genannten Einrichtungen die in den bundesweiten Verträgen künftig vermutlich festgelegten Voraussetzungen für die Zulassung wahrscheinlich nicht vollem Umfang erfüllen, können sie diesen nicht beitreten. Erfüllen sie diese, sollte ein Beitritt ohne weiteres möglich sein. Dazu siehe Kap. III.

In § 124 Abs. 5 SGB V werden Einrichtungen benannt, die ohne Zulassung Heilmittel erbringen dürfen. Dazu gehören Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen. Dies entspricht der bisherigen Regelung. Bislang gab es einige Einrichtungen, bei denen diese Regelung die rechtliche Grundlage für die Verträge mit den Krankenkassen gebildet hat, so z. B. die Förderschulen in Rheinland-Pfalz. Ob diese Regelung auf Kitas, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe weiterhin angewendet werden kann, ist offen. Dagegen wird argumentiert, dass es sich bei den in § 124 Abs. 5 SGB V genannten Einrichtungen um solche handelt, die ärztlich geleitet sind und in denen regelmäßig therapeutische Leistungen erbracht werden. Das sei z. B. bei Kitas nicht der Fall.

Dafür spricht aber, dass diese Einrichtungen interdisziplinäre Teams mit therapeutischen Fachberufen unterhalten, die rehabilitative Ziele verfolgen. Dies ist insbesondere bei Förder-Kitas, inklusiven Kitas und Förderschulen sowie manchen großen Komplexeinrichtungen der Eingliederungshilfe gegeben, die zudem in vielen Fällen ärztlich speziell betreut werden.

Unterhält der Träger dieser Einrichtungen ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) oder ein Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB), könnte die Leistungserbringung in den Einrichtungen ggf. in Verantwortung dieser Institute erfolgen, die wahrscheinlich ohne weiteres als vergleichbare Einrichtungen gelten können. Auch sind die Prozesse in diesen Einrichtungen durch eine interdisziplinäre Förderung von hoher Intensität gekennzeichnet, die die Ziele nach § 4 SGB IX verfolgt. Insofern spricht vieles dafür, zumindest die auf dieser Basis abgeschlossenen Verträge fortlaufen zu lassen und § 124 Abs. 5 SGB V als eine geeignete Grundlage für die Heilmittelerbringung in den genannten Einrichtungen anzuerkennen.

Nach § 125 Abs. 8 SGB V können landesspezifische Verträge geschlossen werden, wenn sie der Weiterentwicklung der Qualität und Struktur der Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln dienen. Auf diese Option hat das Bundesministerium für Gesundheit mehrfach hingewiesen. Allerdings dürfen diese Verträge denen nach § 125 Abs. 1 nicht entgegenstehen. Ob diese einer Zulassung entgegenstehen könnten, ist derzeit nicht klar, da der Verhandlungsstand der Verträge auf Bundesebene unbekannt ist und vertraulich behandelt wird. Es ist aber zu erwarten, dass die genannten Einrichtungen die dort festgelegten räumlichen und sächlichen Bedingungen nicht in vollem Umfang erfüllen können. Insofern ist offen, wie eng die Vorgaben in den neuen bundesweiten Verträgen vor Ort ausgelegt werden, und unklar, welche weiteren Anforderungen an die Weiterentwicklung der Qualität und Struktur der Versorgung mit Heilmitteln gestellt werden. Der vorgelegte Vorschlag der DVfR würde dieses Problem weitgehend lösen.

Zudem ist zu beachten, dass für die Vereinbarungen auf Landesebene in § 125 Abs. 8 SGB V festgelegt ist, dass die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer Verhandlungspartner sind. Diese sind aber nicht die originären Interessenvertreter der hier betroffenen Einrichtungen. Deshalb wäre es erforderlich, dass wie bisher die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe bzw. der Träger der Schulen (Kultusministerium für staatliche Schulen, Freie Wohlfahrtspflege für die freien Träger) als Verhandlungspartner anerkannt werden. Dafür gibt es Beispiele aus der bisherigen Praxis in Rheinland-Pfalz. Diese Möglichkeit sollte noch einmal im Hinblick auf eine rechtssichere Lösung geprüft werden.

Der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 19/8351) lassen sich keine weiteren Hinweise zur Klärung der angesprochenen Sachverhalte entnehmen.

III. Folgen der Neuregelungen

Für die Einrichtungen, die keine eigene Praxis unterhalten, über die sie ausschließlich abrechnen, sondern einen Vertrag zur Leistungserbringung im jeweiligen Setting (Kita, Schule oder Einrichtung der Eingliederungshilfe) abgeschlossen haben, ergeben sich aus den Änderungen der §§ 124 ff. SGB V durch das TSVG Folgen, die erhebliche Probleme aufwerfen können:

1. Die Krankenkassen haben erklärt, dass die vorhandenen Verträge am 30.09.2020 ihre Gültigkeit verlieren.

2. Sofern Grundlage der Leistungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und den genannten Einrichtungen § 124 Abs. 5 SGB V ist, können diese fortgelten, wenn die Einrichtungen die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 1 Nr. 1 und 2 erfüllen. Das war bisher der Fall. Für diese Einrichtungen gelten die nach § 125 Abs. 1 SGB V geschlossenen Verträge, ohne dass es einer Anerkennung dieser Verträge bedarf. Insofern ist zu prüfen, welche Inhalte die Leistungsvereinbarungen über eine Abrechnungs- und Dokumentationsvereinbarung hinaus noch haben sollten.
3. Es besteht die Option, dass die Einrichtungen den bundesweiten Verträgen beitreten, da sie vor dem 30.09.2020 zugelassen waren. Dazu müssen sie deren Voraussetzungen, insbesondere auch zur Zulassung, entsprechen.

Die bundesweiten Verträge werden nach § 125 Abs. 2 SGB V insbesondere Regelungen nach den Nummern 1 bis 10 treffen. Der Inhalt ist zurzeit noch nicht veröffentlicht. Die dort zu treffenden Regelungen lösen die im Folgenden dargestellte Problemlage jedoch voraussichtlich unzureichend.

 - a. § 125 Abs. 2 SGB V enthält keine Vorschrift zur Angabe des Personenkreises, auch nicht zu einer möglichen Begrenzung. Die Tätigkeit der genannten Einrichtungen war jedoch in der Regel auf diejenigen Klienten begrenzt, die durch sie auch sonst betreut wurden, z. B. ausschließlich Kinder der Förder-Kita. Soweit bekannt, ist eine solche Möglichkeit der Personenkreisbegrenzung in den bundesweiten Verträgen nicht vorgesehen.
 - b. § 125 Abs. 2 Nr. 4 SGB V bezieht sich auf den Inhalt der einzelnen Maßnahmen und auf die Regelleistungszeit. Bislang waren hier für die Einrichtungen von den Rahmenverträgen z. T. abweichende, und zwar meist längere Behandlungszeiten vereinbart. Diese waren wegen der Behinderung erforderlich, dienten aber auch der Integration in den Einrichtungsalltag und waren z. B. an die Dauer einer Schulstunde angepasst.

Die Vergütungen haben den zeitlichen Mehrbedarf bislang nicht abgebildet. Begründet wurde dies damit, dass sich der zeitliche Mehrbedarf aus der Einbettung in die Einrichtung ergeben und insofern auch nichtmedizinische bzw. solche Anteile enthalten könne, die sich der Heilmittelerbringung nicht zwingend zuordnen lassen, wie z. B. die regelmäßige Rückkopplung mit den zuständigen Erziehern, Lehrkräften etc.

Die Therapieinhalte entsprachen immer den Rahmenverträgen und umfassen ggf. auch spezielle Therapieverfahren, für deren Abrechnung die Therapeuten jeweils ihre Zusatzqualifikationen nachzuweisen hatten. Da in den bundesweiten Verträgen voraussichtlich Mindestzeiten zu erwarten sind, sind Vereinbarungen über eine längere Dauer nicht mehr erforderlich.
 - c. Problematisch ist § 125 Abs. 2 Nr. 10 SGB V, nach dem die personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen zu vereinbaren sind. Der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 19/8351) ist zwar zu entnehmen, dass von besonders hohen Anforderungen Abstand zu nehmen ist; z. B. seien Angaben zur Raumhöhe nicht zwingend. Allerdings stellt sich für die Einrichtungen das Problem, dass die Verträge voraussichtlich dennoch Anforderungen im Hinblick auf räumliche und sächliche Gegebenheiten – nämlich solche wie bei einer Praxis – enthalten werden, die von den Einrichtungen nicht erfüllt werden. Behandlungsbezogen ist dies auch nicht erforderlich, wenn z. B. nur Kinder im Vorschulalter behandelt werden, da für diese kleinere Räume ausreichen, Wartebereiche und gesonderte Toiletten nicht benötigt werden etc. Zudem stellen diese Einrichtungen oft in deutlich höherem Maße als eine reguläre Praxis Materialien und Übungsgeräte zur Verfügung, wie z. B. Bällchenbäder für Kleinkinder,

Steh- und Gehgeräte, Übungsrollstühle und v. a. Lifter für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene, elektronische Geräte für die Kommunikationsunterstützung, Alltagshilfen etc., die speziell für den behandelten Personenkreis relevant sind. Ferner sind die anderen Räumlichkeiten der Einrichtungen für die Durchführung von Behandlungen nutzbar: So werden z. B. die Schulflure zum Gehtraining eingesetzt, die Gymnastikräume der Kita für Bewegungsübungen z. B. im Rollstuhl usw.

Die personellen Voraussetzungen (Qualifikationen der Therapeuten) wurden stets erfüllt, wobei meist noch Zusatzqualifikationen für die jeweilige Personengruppe zusätzlich vorhanden sind. Dies soll auch in Zukunft so bleiben.

Somit ist davon auszugehen, dass die Einrichtungen voraussichtlich zwar nicht alle räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für eine Praxis, die für alle möglichen Klienten geeignet sein muss, erfüllen können, dass sie andererseits aber Zusatzausstattungen und Übungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen bieten, die weit über die übliche Praxisausstattung hinausgehen.

Wenn diese besonderen Umstände in den bundesweiten Verträgen nicht berücksichtigt werden, wird die Situation entstehen, dass die Einrichtungen den Verträgen nicht beitreten können, da sie nicht alle dort festgelegten Bedingungen nach Nr. 10 – evtl. auch im Hinblick auf den zu behandelnden Personenkreis (s. oben 3. a) – erfüllen, bzw. dass ihnen die Zulassung versagt wird. Insofern können die Einrichtungen von der Möglichkeit der Vertragsanerkennung nach § 124 Abs. 6 nicht ohne weiteres Gebrauch machen, wenn sie die Bedingungen in diesen Verträgen nicht erfüllen.

4. Als weitere Option kommt eine Vereinbarung auf Landesebene nach § 125 Abs. 8 SGB V in Betracht; hierauf hatte das BMG mehrfach hingewiesen (s. oben unter II.). Allerdings setzt § 125 Abs. 8 voraus, dass die Verträge nach § 125 Abs. 1 dem nicht entgegenstehen. Insofern besteht hier dieselbe Problematik, wie sie unter 3. dargestellt wurde. Es ist deshalb offen, ob der Gestaltungsspielraum auf Landesebene ausreicht, eine Vereinbarung zu schließen.

Auch ist dann darzulegen, inwieweit diese Vereinbarung der Weiterentwicklung der Qualität und Struktur der Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln dient. Dazu ließe sich anführen, dass mit einer solchen Vereinbarung § 2a SGB V und Art. 25 UN-BRK entsprochen würde. Denn die integrierte Form der Leistungserbringung hat zahlreiche Vorteile und ist in besonderer Weise geeignet, die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen zu decken und die vielfach geschilderten Probleme einer isolierten Heilmittelerbringung zu vermeiden. Dazu hat die DVfR mehrfach und umfassend Stellung genommen (vgl. [1–4]). Insofern sind die gesetzlichen Voraussetzungen für diese Vertragsform sicher erfüllt.

Kann keine der Optionen umgesetzt werden, würde das bedeuten, dass ab dem 01.10.2020 von den Einrichtungen keine Leistungen mit den Krankenkassen mehr abgerechnet werden könnten und somit eine Leistungserbringung durch die genannten Einrichtungen nicht mehr möglich wäre. Damit wäre das sehr erfolgreiche Konzept einer integrierten Heilmittelerbringung durch interdisziplinäre Teams in den genannten Einrichtungen nicht mehr aufrechtzuerhalten, zumindest nicht im bisherigen Umfang. Fachlich hoch qualifiziertes Personal würde verloren gehen. Das gilt es zu verhindern.

Deshalb hat der Bundesrat auf Initiative des Landes Nordrhein-Westfalen versucht, beim BMG Verständnis für die Erforderlichkeit einer Sonderregelung zu erreichen, und einen Vorschlag einer Gesetzesänderung unterbreitet. Dieser wurde mit Hinweis auf die notwen-

dige Vereinheitlichung abgelehnt. Dem angedeuteten Ausweg (§ 125 Abs. 8 SGB V) stehen die oben unter 3. und 4. genannten Probleme entgegen, da die Geltung des § 125 Abs. 1 vorausgesetzt wird. Kritisch ist zum Bundesratsantrag anzumerken, dass dieser sehr weitgehend war und die bundesweite Einheitlichkeit der Verträge in Frage stellte.

Somit gibt es zurzeit keine eindeutige rechtliche Grundlage für die Leistungserbringung durch die genannten Einrichtungen ab 01.10.2020, es sei denn, sie verfügen über eine Praxiszulassung oder können diese erfolgreich beantragen, indem sie sämtliche Voraussetzungen nach Nr. 10 erfüllen. Das ist weder möglich noch zweckmäßig.

IV. Lösungsvorschläge

In dieser Situation werden die Überlegungen aus der DVfR an die Vertragspartner mit der Anregung übermittelt, eine der genannten Möglichkeiten für die Vertragsgestaltung zu verwirklichen. Dabei ist das Anliegen der Bundesregierung und der Vertragspartner, ein einheitliches Vertragswesen einzuführen, zu berücksichtigen.

Zur Lösung der geschilderten Problematik aus § 125 Abs. 1 SGB V (s. III. 3. und 4.) für die genannten Einrichtungen wird folgender Lösungsvorschlag unterbreitet:

In die bundesweiten Verträge wird an geeigneter Stelle ein Passus aufgenommen, der für Kitas, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die der umfassenden Versorgung behinderter Menschen dienen, vorsieht, dass die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit den Vertretungen der Einrichtungen auf Landesebene bei der Zulassung Abweichungen im Hinblick auf räumliche und sächliche Ausstattung sowie zur Beschränkung des Personenkreises vereinbaren können, wenn dies zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit Behinderungen innerhalb dieser Einrichtungen erforderlich ist. Ist die Zulassung erfolgt, können die Einrichtungen den bundesweiten Verträgen nach § 124 Abs. 6 SGB V beitreten oder eine Vereinbarung nach § 125 Abs. 8 schließen. Eine solche Regelung kann auch für eine Umsetzung des § 124 Abs. 5 SGB V hilfreich sein, wenn § 125 Abs. 1 als Hindernis angesehen wird.

Dabei ist anzustreben, dass die vorhandenen Zulassungen ohne Unterbrechung fortgelten, ggf. unter Modifizierung entsprechend den neuen bundesweiten Verträgen.

Alternativ könnte man eine solche Regelung auch im Gesetz selbst verankern. Dies erscheint jedoch nicht erforderlich und bedeutet zudem einen hohen Aufwand.

Die DVfR bittet deshalb, diese Lösungsoption zu prüfen und sie in geeigneter Form bei der Gestaltung der Verträge zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird gebeten, die Lösungsoption zu unterstützen. Auch die zuständigen Landesministerien, die Fachverbände für Menschen mit Behinderungen sowie andere Verbände werden um Unterstützung gebeten.

Mit dieser Lösung würde Art 25 UN-BRK entsprochen, wonach die Vertragsstaaten die Leistungen zur Verfügung zu stellen haben, die Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigen. Dem entspricht § 2a SGB V, wonach den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist. Durch die Integration der Heilmittelerbringung in das Setting der Einrichtungen werden Synergien und eine verstärkte Teilhabeorientierung ermöglicht. Die bewährte und erfolgreiche Praxis kann fortgeführt werden, wobei die Zustimmung der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen zu speziellen Zulassungsbedingungen die Sicherung der Leistungsträgerinteressen (z. B. Ent-

fallen von Hausbesuchspauschalen) gewährleistet. Die Einrichtungen der Leistungserbringer können eine interdisziplinäre Versorgung von hoher Qualität anbieten und den Anforderungen an die Qualität, die für die Versorgung, insbesondere auch von Kindern im Vorschulalter, formuliert sind (vgl. [1–4]), entsprechen.

Für die niedergelassenen Heilmittelerbringer ergeben sich keine Nachteile: Die Möglichkeit einer Tätigkeit in Einrichtungen bleibt ohne Einschränkungen erhalten. Angesichts der durch den Fachkräftemangel eingeschränkten Kapazitäten kann die Versorgung einer besonders vulnerablen und aufwändig zu betreuenden Klientel unterstützt werden. Insofern wird für alle Beteiligten eine sinnvolle und bewährte Lösungsmöglichkeit geschaffen, ohne die Übersichtlichkeit und Einheitlichkeit der Verträge zu gefährden.

Für die zu behandelnden Menschen mit Behinderungen und ihre Familien bleibt der Vorteil einer in die besuchte Einrichtung integrierten Behandlung erhalten. Neben Aspekten der Qualität und der Ganzheitlichkeit spricht hierfür auch der ganz praktische Vorteil, dass die Organisation einschließlich der Terminplanung durch die Einrichtung übernommen wird und Transportleistungen entfallen bzw. innerhalb der Einrichtungen gewährleistet werden.

Heidelberg, den 22. September 2020

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

Quellen

- (1) Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion. Expertise der DVfR. Heidelberg; 2016. Im Internet: www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Heilmittel-Ausschuss_Expertise.pdf
- (2) Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). Heilmittel fördern selbstbestimmte Teilhabe. Positionspapier der DVfR. Heidelberg; 2016. Im Internet: www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Positionspapier_DVfR-HeilmittelAusschuss.pdf
- (3) Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). Zur interdisziplinären Teilhabesicherung von Kindern mit (drohenden) Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Entwicklungsbeeinträchtigungen im Vorschulalter und der Unterstützung ihrer Eltern. Positionspapier der DVfR. Heidelberg; 2019. Im Internet: www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_Positionspapier_Interdisziplin%C3%A4re_Teilhabesicherung_f%C3%BCr_Kinder.pdf
- (4) Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). Positionen der DVfR zur interdisziplinären Leistungserbringung in Kindertagesstätten: Modelle für Organisation und Finanzierung von Leistungen therapeutischer Fachberufe. Heidelberg; 2019. Im Internet: www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/Positionen_der_DVfR_zu_Kita.pdf

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg

Telefon: 06221 187 901-0

E-Mail: sekretariat@dvfr.de, Internet: www.dvfr.de

Über die DVfR

Die DVfR ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR und ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung. Grundsätzlich befasst sich die DVfR dabei mit allen Bereichen der Rehabilitation, also der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation, sowie auch Fragen der gezielten Prävention im Sinne ihres Leitbildes und ihrer Satzung.