



HESSISCHER LANDTAG

08. 04. 2019

Kleine Anfrage

Dr. Daniela Sommer (SPD) vom 25.02.2019

Sicherstellung der physiotherapeutischen Versorgung – Teil II: Rezeptabsetzungen und Antwort

Minister für Soziales und Integration

Vorbemerkung Fragestellerin:

Eine sinnvolle Therapie erfordert Zeit und damit sie abgerechnet werden kann ein Rezept. In letzter Zeit häufen sich die Beschwerden von Physiotherapeuten über die "Absetzungsmasche" von Rezepten. Es gibt viele Rezeptabsetzungen: die Therapie wurde geleistet, wird von den Leistungsträgern/Kassen aber nicht bezahlt. Werden die Vertreter der Kassen auf die Rezeptabsetzungen angesprochen, berufen sie sich in der Regel auf das Urteil des Bundessozialgerichtes aus dem Jahre 2009 (Anm.: BSG, 27.10.2009 - B 1 KR 4/09 R). Dies bestätige, "dass Heilmittelleistungserbringer zwecks Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes verpflichtet sind, ärztliche Verordnungen auf ihre Vollständigkeit und Plausibilität in Bezug auf die Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL) hin zu überprüfen." Manche Kassen scheinen jeden Interpretationsspielraum für sich zu nutzen und Rezepte abzusetzen, um Kosten sparen zu können. Therapeuten brauchen Rechtssicherheit, denn die Rezeptprüfung wird immer komplexer und damit steigt die Fehlerwahrscheinlichkeit. Der VPT hat berechnet, dass es über 300 Möglichkeiten gibt, wie ein Rezept falsch ausgestellt werden kann. Der Anteil der fehlerhaften Rezepte ist entsprechend hoch und wird zur Strickfalle für Physiotherapeut und Patient: Denn entweder gibt es keine schnelle Behandlung, da zunächst Korrekturen vorgenommen werden müssen, oder es gibt eine geleistete Therapie, für die der Physiotherapeut die Kosten nicht erstattet bekommt.

Vorbemerkung Minister für Soziales und Integration:

Die Ausgestaltung des Leistungsanspruchs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), unter anderem auf die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie, ist vom Bundesgesetzgeber den Selbstverwaltungen der Vertragsärzteschaft und der gesetzlichen Krankenkassen übertragen worden. So beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen besteht, unter anderem Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln (Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Sozialgesetzbuch – SGB – V). Die Heilmittel-Richtlinie regelt auch die Zusammenarbeit der Vertragsärzte und der Leistungserbringer und ist für alle Beteiligten bindend.

Die Rechtsaufsicht des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration über die landesunmittelbaren Krankenkassen erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem maßgebendem Recht (§ 87 Abs.1 Satz 2 Sozialgesetzbuch SGB IV). Hierzu gehört auch, darauf zu achten, dass höchstrichterliche Rechtsprechung von den gesetzlichen Krankenkassen beachtet wird.

Im Rahmen der Rechtsaufsicht können nur eindeutige Rechtsverstöße geahndet werden. Es können daher weder strittige Fragen, wie z.B., ob eine Heilmittelverordnung falsch ausgefüllt ist oder nicht, noch offene Rechtsfragen bewertet werden.

Diese Vorbemerkungen vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Wie viele Rezeptabsetzungen gibt es in der Physiotherapie in Hessen (bitte nach Kassenarten aufgeschlüsselt)?

AOK Hessen:

Laut Auskunft der AOK Hessen vom 13.03.2019 betrage die durchschnittliche Absetzungsquote bei Abrechnungen in der Physiotherapie 0,52 % der Gesamtausgaben (im Schnitt der letzten drei Jahre).

IKK classic:

Wie die IKK classic am 13.03.2019 mitgeteilt hat, sei in Hessen im Jahr 2018 auf Basis von 43.850 geprüften Verordnungen lediglich in neun Fällen eine Vollabsetzung des Rezeptes vorgenommen worden. Teilabsetzungen erfolgten in 923 Fällen.

Weitere Zahlen liegen der Hessischen Landesregierung nicht vor.

Frage 2. Wie viele Patienten bzw. Versicherten wird bezogen auf Frage 1 ihre Therapie damit verwehrt?

Nach Aussage der hier um Auskunft gebetenen gesetzlichen Krankenkassen erfolgen Absetzungen ggf. bei Abrechnungen nach Einreichung der vertragsärztlichen Verordnung und bereits erfolgter Behandlung. Insofern würden durch Absetzungen an Abrechnungen keine Leistungen verwehrt.

Frage 3. Wie kann die zeitnahe Versorgung von zum Teil schwer belasteten Patienten sichergestellt werden, wenn die Therapie z.B. aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts, BSG, 27.10.2009 - B 1 KR 4/09 R nicht begonnen werden kann, weil der Therapeut bei einem Rezept, das z.B. offensichtlich falsch im Drucker "eingezogen wurde", darauf bestehen muss, dass sich jedes "Kreuz exakt im jeweiligen Kästchen" und nicht 1 bis 2 mm daneben befindet?

Nach der Heilmittel-Richtlinie sind Vertragsärzte und Leistungserbringer verpflichtet, eng zusammen zu arbeiten (§§ 14 ff der Heilmittel-Richtlinie). In den Fällen, in denen wegen einer unkorrekten Verordnung eine Absetzung droht, sind die Leistungserbringer daher verpflichtet, notwendige Korrekturen der Verordnungen bzw. fehlende Angaben durch die verordnende Ärztin oder Arzt einzuholen.

Wir mir z.B. die AOK Hessen am 13.03.2019 mitgeteilt hat, achte sie bei ihrer Rechnungsprüfung darauf, ob das Kreuz erkennbar „verrutscht“ ist. Hierzu würden insbesondere bei chronisch kranken Patienten ggf. vorherige Abrechnungen gesichtet. In aller Regel erfolgten bei der AOK Hessen dadurch keine Absetzungen, sondern nur dann, wenn z.B. ein entsprechendes Kreuz bei einem abgerechneten Hausbesuch komplett fehle.

Von den übrigen Krankenkassen in Hessen liegen der Landesregierung hierzu keine näheren Informationen vor.

Frage 4. Wie hoch belaufen sich die Kosten je Krankenkasse für externe Rechnungsprüfungen (bereits geleistete und nicht bezahlte Therapie) und den damit verbundenen Verwaltungsaufwand?

Nach Aussage verschiedener Krankenkassen beinhalten externe Rechnungsprüfungen eine Vielzahl von Aufgaben, die der Dienstleister zu erbringen habe. Eine separate Bezifferung der Kosten für die Prüfleistung sei daher nicht möglich.

Frage 5. Wie hoch belaufen sich die Einsparungen je Krankenkasse durch externe Rechnungsprüfungen (d.h. geleistete, aber nicht bezahlte Leistungen der Physiotherapeuten)?

Die Korrektur fehlerhafter Abrechnungen führe nach Aussage verschiedener Krankenkassen nicht zu Einsparungen, sondern zur Begrenzung der Ausgaben auf den gesetzlich vorgesehenen bzw. vertraglich vereinbarten Umfang. Eine Nichtabsetzung würde einen Schaden zu Lasten der GKV-Solidargemeinschaft verursachen.

Frage 6. Inwiefern hat sich der Verwaltungsaufwand durch die Prüfungen erhöht und welche Konsequenzen entstehen dadurch für die Therapie des Versicherten (bezogen auf Aufwand, Zeit für Therapie etc.)?

Der Verwaltungsaufwand sei durch die Rechnungsprüfungen nach Aussage verschiedener Krankenkassen geringfügig erhöht. Auswirkungen auf die Versorgung von Patienten würden sich nicht ergeben, da der Arzt über Notwendigkeit, Art und Umfang der Therapie entscheidet und die verordneten Leistungen entsprechend der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben erbracht würden. Eine Rechnungsprüfung im Nachgang habe ebenfalls keine Auswirkungen auf die für die Patienten erbrachten Leistungen.

Frage 7. Inwiefern ist der Landesregierung die Problematik bekannt und wie will sie Physiotherapeuten unterstützen, damit sie Patienten bestmöglich behandeln können?

Aufgrund der Vertragsautonomie der Physiotherapeuten und der gesetzlichen Krankenkassen sowie der gesetzlichen Vorgaben und der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat die Landesregierung keine rechtliche Handhabe, die Physiotherapeuten zu unterstützen.

Eine Unterstützung könnte im Einzelfall nur im Wege der Rechtsaufsicht bei Vorliegen eindeutiger Rechtsverstöße erfolgen.

Frage 8. Inwiefern will sich die Landesregierung für einheitliche Prüfkriterien einsetzen, um mehr Transparenz, aber auch Sicherheit für Ärzte, Physiotherapeuten und Patienten zu schaffen, damit Leistungen erbracht und bezahlt werden?

Hierzu wird auf die Beantwortung der Frage 7 verwiesen.

Wiesbaden, 2. April 2019

Kai Klose