

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/3765 –

Heilmittelversorgung und Situation der Heilmittelerbringer nach dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz

Vorbemerkung der Fragesteller

Um die Situation der Heilmittelerbringer und damit die Heilmittelversorgung zu verbessern, wurden 2016 mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG), Bundestagsdrucksache 18/10186, verschiedene Maßnahmen beschlossen. So wurde für die Jahre 2017 bis 2019 die Begrenzung von Anhebungen der Vergütungen durch die Grundlohnrate für die Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Verbänden der Heilmittelerbringer aufgehoben. Zudem wurden zeitliche Vorgaben für die Schiedsverfahren im Heilmittelbereich gesetzt, damit sie zügiger zum Abschluss kommen und mögliche Vergütungserhöhungen schneller bei den Leistungserbringern ankommen. Um zu erproben, ob die sogenannte Blankoverordnung, bei der die Heilmittelerbringer unter bestimmten Bedingungen selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, für eine Überführung in die Regelversorgung geeignet ist, soll in jedem Bundesland ein Modellvorhaben durchgeführt werden. Durch ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 27. Oktober 2009 – B 1 KR 4/09 R) wurde klargestellt, dass Heilmittelerbringer ärztliche Verordnungen auf Korrektheit und Vollständigkeit hin überprüfen müssen. Mit der Behandlung darf erst begonnen werden, wenn bestimmte Angaben auf der Verordnung korrekt sind. Darüber hinaus müssen alle Angaben korrekt sein, damit die Verordnungen letztlich auch abgerechnet werden können. Etwaige Änderungen müssen durch den ausstellenden Arzt vorgenommen werden. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) sind Ärzte verpflichtet, für die Ausstellung von Verordnungen eine zertifizierte Software zu nutzen, die die Rezepte automatisch prüft und ggf. auf Fehler hinweist.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 7. Februar 2018 (www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1) wurde beschlossen, dass die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in einem Gesamtkonzept neu geordnet und gestärkt und das Schulgeld abgeschafft

werden soll. Zudem soll den Gesundheitsfachberufen mehr Verantwortung übertragen werden. Dabei will die große Koalition die Ergebnisse der Modellprojekte der Heilberufe berücksichtigen.

Ein aktuelles Gutachten von LOGO Deutschland e. V. zur beruflichen und ökonomischen Situation von Selbständigen in der Logopädie (www.logo-deutschland.de/wirtschaftlichkeitsgutachten-lotse/) hat ergeben, dass die Verdienste von Praxisinhaberinnen und deren Angestellten in der Logopädie weit unter dem durchschnittlichen Gehalt einer Anstellung im öffentlichen Dienst liegen. Teilweise wurden in einigen Regionen durch die Aussetzung der Grundlohnsummenbindung Abschlüsse für Logopädinnen erzielt, nach denen die Sätze im Jahr 2019 30 Prozent höher liegen werden als im Jahr 2016. Doch auch damit ist noch immer nicht das Niveau von Angestellten mit TVöD (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst) 9b erreicht, das in der Studie als Vergleich herangezogen wird.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beschließen jährlich Rahmenvorgaben für die Heilmittelvereinbarungen nach § 84 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für das darauffolgende Jahr. In den aktuellen Rahmenvorgaben für das Jahr 2018 wurde eine pauschale Anpassung der Ausgaben um plus 3,9 Prozent vereinbart. Darin sind die Aufnahme der Ernährungstherapie in den Heilmittelkatalog und die Kosten für die Modellversuche zur Blankoverordnung enthalten. Weitere Anpassungen aufgrund von Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten, der Preise, der indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität von Verordnungen sowie der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven werden von den regionalen Vertragspartnern bestimmt. Den regionalen Vertragspartnern wird weiterhin nahegelegt zu prüfen, ob auf Landesebene die Richtgrößenprüfungen durch eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Heilmittel auf der Grundlage vereinbarter Versorgungsziele abgelöst werden können. Zudem wird ihnen empfohlen, auf KVEbene gemeinsame Arbeitsgruppen zur unterjährigen Steuerung der Heilmittelversorgung einzurichten (www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgaben_Heilmittel.pdf). Entsprechend sind zusätzlich zu den Heilmittelvereinbarungen Heilmittelzielvereinbarungen entstanden, die u. a. fachgruppenspezifische Mengenziele definieren, wie bspw. in der Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) mit den Krankenkassenverbänden. Hintergrund dafür sei die im Bundesvergleich höhere Anzahl an Behandlungseinheiten in Schleswig-Holstein. Das bedeutet, für die Verordnung bestimmter Therapien wurden Obergrenzen vereinbart (vgl. www.kvsh.de/db2b/upload/news/Newsletter_Zielvereinbarung-Heilmittel.pdf). In Niedersachsen haben die Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) „zur Verbesserung der wirtschaftlichen Ordnungsweise“ das Ziel vereinbart, die Verordnungskosten je Betriebsstätte und je Fall um 3,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr zu senken. Dabei erfolgt keine Bereinigung um Verordnungen mit Praxisbesonderheiten und Langfristgenehmigungen, also für chronisch kranke und Menschen mit Behinderungen (vgl. § 2 Absatz 2 der Heilmittelzielvereinbarung gemäß § 84 Absatz 1 SGB V zwischen der KVN und den Verbänden der Krankenkassen).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Angesichts einer älter werdenden Gesellschaft wird die Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln immer wichtiger. Sie heilen Krankheiten, unterstützen ihre Behandlung und verhindern die Verschlimmerung von Symptomen und tragen so zum Erhalt und zur Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten bei. Dieser Bedeutungsgewinn von Heilmittelleistungen drückt sich

auch in dem deutlichen Anstieg sowohl der Verordnungen (2011 bis 2017: +12,2 Prozent) als auch der Ausgaben der Krankenkassen (2011 bis 2017: +42,6 Prozent) für Heilmittelleistungen aus.

Auf diesen Bedeutungsgewinn hat der Gesetzgeber in der vergangenen Legislaturperiode mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) reagiert. Damit bei den Vergütungsverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Verbänden der Heilmittelerbringer die steigenden Anforderungen an die Heilmittelerbringer besser berücksichtigt werden können und um die Attraktivität einer Tätigkeit in einem Therapieberuf zu verbessern, wurden für die Jahre 2017 bis 2019 Vergütungsvereinbarungen oberhalb des Anstiegs der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermöglicht. Infolge dieser Regelung haben die Verbände der Heilmittelerbringer und die Krankenkassen erhebliche Vergütungsanhebungen miteinander vereinbart.

Allerdings ist die mit dem HHVG für die Jahre 2017 bis 2019 erfolgte Abkoppelung der Preisvereinbarungen von der Grundlohnsummenentwicklung nicht gleichbedeutend mit der Aufgabe des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Leistungen der GKV müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dieser für die GKV konstitutive Grundsatz gilt auch für die Versorgung mit Heilmitteln.

Auch nach den in der vergangenen Legislaturperiode beschlossenen Maßnahmen besteht weiterer Handlungsbedarf zur Stärkung der Heilmittelversorgung. Dem trägt der zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages geschlossene Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 Rechnung. Das Schulgeld für die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen soll entfallen. Zudem wird die Zahlung von Ausbildungsvergütungen in weiteren Berufen wie etwa den Sozial- und Pflegeberufen angestrebt.

Modellvorhaben

1. Wie viele Modellvorhaben zur Blankoverordnung gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell (bitte nach Bundesländern und entsprechendem Gesundheitsfachberuf auflisten)?
2. Wann sollen die Modellvorhaben zur Blankoverordnung nach Kenntnis der Bundesregierung abgeschlossen und evaluiert sein?
3. Welche Kosten entstehen nach Schätzung der Bundesregierung den Beteiligten, die ein solches Modellvorhaben zur Blankoverordnung durchführen (bitte nach Bundesländern und Leistungserbringern sowie Krankenkassen getrennt auflisten)?
4. Gibt es Überlegungen seitens der Bundesregierung, die Ziele der Modellvorhaben zu verändern, und wenn ja, in welche Richtung?

Die Fragen 1 bis 4 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf Grundlage des § 63 Absatz 3b SGB V haben in den vergangenen Jahren zwei Modellvorhaben stattgefunden, in deren Rahmen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bei bestimmten Indikationen selbstständig über die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen konnten. Diese von der Innungskrankenkasse Brandenburg und

Berlin (IKK BB) und dem Verband Physikalische Therapie (VPT) bzw. der Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG direkt gesund) und dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) durchgeführten Modellvorhaben lassen aufgrund ihrer regionalen Begrenzung und des Umstands, dass an beiden Modellvorhaben zusammen nur rund 70 Praxen und nur rund 550 Versicherte an den Interventionsgruppen beteiligt waren, keine ausreichenden Rückschlüsse zu, ob die sogenannte Blankoverordnung von Heilmitteln geeignet ist, in die Regelversorgung überführt zu werden. Um eine weitere Informationsgrundlage zu erhalten, wurde mit dem HHVG den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in § 64d SGB V vorgegeben, in allen Bundesländern mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Verbänden die Durchführung von Modellvorhaben zu vereinbaren. Bisher ist es nach Kenntnis der Bundesregierung noch zu keinen Vereinbarungen gekommen.

5. Warum wollte die Bundesregierung es durch das HHVG nicht ermöglichen, den Direktzugang modellhaft zu erproben, wie es u. a. der Bundesrat und die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (vgl. Bundestagsdrucksache 18/10247) vorgeschlagen haben?

Im Fall eines Direktzugangs erfolgt die „diagnostische Abklärung“ der Behandlungsnotwendigkeit durch die Physiotherapeutin bzw. den Physiotherapeuten. Dies ist eine Aufgabe aus dem Kernbereich heilkundlichen Handelns. Um die Diagnostik einschließlich Kontraindikationen umfassend sicherzustellen, sind den ärztlichen Kompetenzen vergleichbare Kompetenzen einschließlich der Befähigung erforderlich, über die Einbindung weiteren ärztlichen Sachverständes etwa im radiologischen, labormedizinischen oder neurologischen Bereich entscheiden zu können. Um diese Kompetenzen zu erlangen, wäre eine deutliche Veränderung und Ausweitung der Ausbildung von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erforderlich.

6. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den Ergebnissen des abgeschlossenen Modellversuchs zur Blankoverordnung, der vom Verband für Physikalische Therapie (VPT) und der IKK Brandenburg durchgeführt wurde (www.ikkbb.de/no_cache/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2017/detailansicht/article/physiotherapeutische-blankoverordnung-der-ikk-bb-ist-ein-erfolgsmodell.html) hinsichtlich der Überführung der Blankoverordnung in die Regelversorgung?

Es wird auf die Antwort zu den 1 bis 4 verwiesen.

Zertifizierte Software

7. Inwieweit ist nach Kenntnis der Bundesregierung durch die mit dem GKV-VSG eingeführte, für Ärzte verpflichtende Nutzung der zertifizierten Software für Heilmittelverordnungen die Anzahl fehlerhafter Verordnungen zurückgegangen (bitte prozentualen Anteil der fehlerhaften Verordnungen für die Jahre 2015, 2016 und 2017 sowie erste Hälfte 2018, getrennt nach Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen auflisten)?

Die deutlich zurückgegangene Zahl der an das Bundesministerium für Gesundheit gerichteten Beschwerden von Heilmittelerbringern und ihren Verbänden über fehlerhafte Heilmittelverordnungen lässt den Rückschluss zu, dass die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beschlossene Verpflichtung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, nur noch solche Praxisverwaltungssoftware zu nutzen, die die Informationen der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V in Verbindung mit dem Heilmittelkatalog nach § 92

Absatz 6 SGB V und über besondere Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V enthalten und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind, positive Wirkungen hat. Dennoch weist der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) auf noch bestehende Schwierigkeiten bei der Anwendung der Praxisverwaltungssoftware hin.

Der Bundesregierung liegen keine Daten über den Anteil fehlerhafter Verordnungen in der von den Fragestellenden gewünschten Differenzierung vor.

Ausbildung

8. Wann plant die Bundesregierung, das Schulgeld für die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen abzuschaffen?
9. Plant die Bundesregierung, eine Ausbildungsvergütung für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen einzuführen, und wenn ja, soll diese dann zeitgleich mit der Abschaffung des Schulgeldes eingeführt werden, und wenn nein, warum soll keine Ausbildungsvergütung eingeführt werden?
10. Wann und in welcher Weise will die Bundesregierung die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen neu ordnen, und will sie die Akademisierung in das Berufsgesetz oder die Berufsgesetze der Heilmittelerbringer integrieren, so wie es für die Pflegeausbildung mit dem Pflegeberufegesetz geschehen ist?

Die Fragen 8 bis 10 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Erhöhung der Attraktivität der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen ist ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung. Die Schaffung von Schulgeldfreiheit wird dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Ergänzend sind die Einführung von Ausbildungsvergütungen und akademischen Erstausbildungen zu realisieren. Dementsprechend hat sich die Bundesregierung entschlossen, die Themen im Rahmen eines Gesamtkonzepts anzugehen. Sie sieht sich hierin auf einer Linie mit den Ländern, die ebenfalls eine gemeinsame Lösung dieser übergreifenden Fragestellungen anstreben. Erste Vorarbeiten sind dabei bereits angelaufen. So hat sich eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit bereits Ende letzten Jahres konstituiert.

Unabhängig von dem Gesamtkonzept gilt in Bezug auf die Schulgeldfreiheit, dass es zu ihrer Umsetzung eines Rechtssetzungsverfahrens für die einzelnen Berufsgesetze bedarf. In Vorbereitung dieses Verfahrens sind insbesondere Fragen der Finanzierung zu klären, denn die Schulgeldfreiheit betrifft mit Blick auf die Kultushoheit der Länder deren Kompetenzen. Insofern sind die weiteren Beratungen abzuwarten.

Vergütung

11. Um wie viel Prozentpunkte sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Vergütungssätze für selbständige Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und Podologen seit Aussetzung der Grundlohnsummenbindung im Durchschnitt bisher angestiegen (bitte nach Jahren, Bundesländern und Berufen getrennt auflisten)?

Die für den Bereich der Physiotherapie seit 2017 vereinbarten Preissteigerungen sind der Aufstellung in der Anlage zu entnehmen.

Für den Bereich der Ergotherapie liegen der Bundesregierung die vereinbarten Preissteigerungen in den fünf Hauptpositionen vor. Dies sind die ergotherapeuti-

sche Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen (Heilmittelpositionsnummer 54102) und bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen (54103) sowie ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung (54104), die ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen (54105) und die Analyse/Diagnostik des ergotherapeutischen Bedarfs (54001/54002).

Krankenkasse – Bundesland	Laufzeit	Steigerung in %
vdek (West)	ab 1.1.17	+2,95
vdek (Ost)	Ab 1.1.17	+4,94
LKK	ab 1.9.17	+8,64
BKK/IKK/KBS Baden-Württemberg	1.8.17-31.12.17	+5,5
AOK Baden-Württemberg	1.11.17-31.12.17	+6,5
Primärkassen Bayern	1.11.17-30.6.18	+8,81
Primärkassen Berlin	1.4.17-30.11.17 ab 1.12.17	+4,76 +4,79
Primärkassen Bremen	1.6.17-31.1.18	+9
Primärkassen Hamburg	1.8.17-31.12.17	+7
Primärkassen Hessen	1.9.17-31.8.18	+9,5
Primärkassen Nordrhein-Westfalen	1.7.17-31.12.17	+5,4
Primärkassen Niedersachsen	1.6.17-31.1.18	+9
Primärkassen Rheinland-Pfalz	1.11.17-31.3.18	+6,0
Primärkassen Saarland	1.11.17-31.3.18	+6,0
AOK Schleswig-Holstein	1.6.17-31.10.17 ab 1.11.17	+2,49 +3,9
BKK/IKK/KBS Schleswig-Holstein	1.6.17-31.12.17 1.1.8-31.12.18	+5,59 +5,61
AOK Brandenburg/ Mecklenburg-Vorpommern	ab 1.8.17	+8,12
IKK Brandenburg	1.8.17-31.12.17	+7,15
KBS Brandenburg	1.8.17-31.12.17	+8,57
BKK Mecklenburg-Vorpommern	1.7.17-30.4.18	+14,89
IKK Mecklenburg-Vorpommern	1.7.17-30.4.18	+15,81
KBS Mecklenburg-Vorpommern	1.7.17-30.4.18	+15,81
BKK Brandenburg/Sachsen/ Sachsen-Anhalt/Thüringen	1.8.17-31.12.17	+8,66
IKK Sachsen	1.12.17-31.5.18	+13,41
KBS Sachsen	1.9.17-31.12.17	+7,99
KBS Sachsen-Anhalt	1.8.17-31.12.17	+9,61
AOK Thüringen	ab 1.11.17	+15,22
IKK Thüringen	1.12.17-31.5.18	+13,41
KBS Thüringen	1.12.17-31.3.18	+8,9

Quelle: Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)

Für den Bereich der Logopädie stellen sich die für den Zeitraum von 2017 bis 2020 vereinbarten Preissteigerungen kumuliert wie folgt dar. Angaben zur Höhe der Preissteigerungen in den einzelnen vereinbarten Stufen liegen der Bundesregierung nicht vor.

Krankenkasse - Bundesland	Laufzeit	Anzahl Stufen	Steigerung in %
vdek	1.10.17-31.3.19	2	1. Stufe: bundeslandabhängig 2. Stufe: +7
LKK	1.8.17-30.6.20	3	+33,1
BKK/IKK/KBS Baden-Württemberg	1.10.17-30.9.20	3	+27,1
AOK Baden-Württemberg	1.10.17-31.12.19	3	+25-32*
Primärkassen Bayern	1.8.17-30.4.20	2	+19,9
Primärkassen Berlin	1.2.18-31.3.20	3	+30
Primärkassen Bremen	1.10.17-31.3.20	3	+26
Primärkassen Hamburg	1.4.18-31.12.20	3	+25-35*
Primärkassen Hessen	1.7.17-31.8.20	3	+26
Primärkassen Rheinland	2.4.18-31.3.20	2	+23
Primärkassen Niedersachsen	1.7.17-30.6.20	3	+26
Primärkassen Rheinland-Pfalz	1.7.17-30.6.20	3	+26,7, +17-20*
Primärkassen Saarland	1.9.17-31.12.20	2	
AOK Schleswig-Holstein	1.6.17-31.10.20	3	+31,3
BKK/IKK/KBS Schleswig-Holstein	1.7.17-31.12.20		+31
Primärkassen Westfalen-Lippe	1.6.17-31.3.20	3	+24,6
AOK Brandenburg/ Mecklenburg-Vorpommern	1.10.17-30.9.20	3	+33
BKK/IKK/KBS Mecklenburg-Vorpommern	1.8.17-31.8.20	3	+35,3 für BKK +32,8 für IKK/KBS
BKK Brandenburg/Sachsen/ Sachsen-Anhalt/Thüringen	1.8.17-28.2.20	3	+17,6/+7,5/+7%/+35,3
IKK Sachsen-Anhalt	1.2.18-31.12.20	3	+32
KBS Thüringen	1.3.18-31.5.20	3	+32

* Hier wurden die einzelnen Preise strukturell innerhalb der angegebenen Steigerungsspanne erhöht.
Quelle: Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl)

12. Um wie viel sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Vergütungen für selbständige Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und Podologen seit Aussetzung der Grundlohnsummenbindung in absoluten Zahlen bisher angestiegen (bitte nach Jahren, Bundesländern und Berufen getrennt sowie nach durchschnittlichen Monatseinkommen bei Vollzeit und nach Vergütung pro Therapiestunde auflisten)?

Zum Anstieg der Preise für die Versorgung mit Heilmitteln seit Inkrafttreten des HHVG wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen. Soweit sich die Frage auf die Gewinne der Praxisinhaberinnen und -inhaber bezieht, liegen der Bundesregierung hierzu keine belastbaren Daten vor.

13. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das monatliche Einkommen von Therapeuten, die Vollzeit in stationären Einrichtungen angestellt sind und nach TVöD bezahlt werden (bitte nach Berufen aufschlüsseln, wenn es Abweichungen zwischen den Berufen gibt, und Tarifstufe sowie konkretes Gehalt nennen)?

Zur Beantwortung dieser Frage kann die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) herangezogen werden. Danach stellt sich der Median der monatlichen Bruttoarbeitsentgelte von sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten in den Berufen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie (Stichtag: 31. Dezember 2017) wie folgt dar:

Klassifizierung der Wirtschaftszweige Ausgabe 2008	Insgesamt (in Tsd.)	mit Angaben zum Entgelt (in Tsd.)	Median (in €)
861 Krankenhäuser	29 530	29 113	3 059
86101 Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken)	15 990	15 767	3 290
86102 Hochschulkliniken	1 692	1 676	3 517
86103 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken	11 848	11 670	2 516
869 Gesundheitswesen a.n.g. ¹	59 840	59 005	2 093
871 Pflegeheime	3 021	2 980	2 558
872 Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä.	538	531	X
873 Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime	1 699	1 668	2 644
879 Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	191	188	X

^{X)} Aus methodischen Gründen ist ein Ausweis von Entgeltverteilungen oder Quantilen nicht sinnvoll, wenn die Zahl der Beschäftigten mit Angaben zum Entgelt unter 1.000 liegt.

Eine Differenzierung nach den Heilmittelberufen ist auf Grundlage der amtlichen Statistik nicht möglich. Ob jeweils nach Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) oder einem anderen Tarifvertrag bezahlt wird, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

14. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den Ergebnissen des Gutachtens zur beruflichen und ökonomischen Situation von Selbständigen in der Logopädie von LOGO Deutschland (www.logo-deutschland.de/wirtschaftlichkeitsgutachten-lotse), nach dem die Verdienste von Praxisinhaberinnen und deren Angestellten in der Logopädie weit unter dem durchschnittlichen Gehalt einer Anstellung im öffentlichen Dienst liegen?
15. Lassen sich die Ergebnisse des Gutachtens von LOGO Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung auf die übrigen Gesundheitsfachberufe übertragen, und wenn ja, in welcher Hinsicht, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 14 und 15 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Da das Gutachten keine Angaben zur Zahl der untersuchten Praxen, ihrer Größe und ihrer regionalen Verteilung enthält, lassen sich aus den erhobenen Daten keine belastbaren Rückschlüsse auf die Situation von Selbstständigen in der Logopädie oder in anderen Gesundheitsberufen ziehen.

¹ =anderweitig nicht genannt

16. Plant die Bundesregierung, die Anbindung der Vergütungen an die Grundlohnsumme dauerhaft aufzuheben, und wenn nein, warum nicht?

Die Entscheidung, ob die Krankenkassen und die Verbände der Heilmittelerbringer auch künftig prozentuale Vergütungssteigerungen oberhalb der Veränderungsrate miteinander vereinbaren können, wird auf Grundlage der bis dahin gewonnenen Erkenntnisse vom Gesetzgeber voraussichtlich im Jahr 2019 zu entscheiden sein.

Heilmittelzielvereinbarungen

17. Welche Zielsetzung wurde nach Kenntnis der Bundesregierung ursprünglich durch die Ermöglichung von Heilmittelzielvereinbarungen verfolgt?
18. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Kriterien, denen eine Heilmittelzielvereinbarung entsprechen muss, und wenn ja, welche sind das, und wo sind sie festgelegt?

Die Fragen 17 und 18 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Gemäß § 84 Absatz 7 i. V. m. Absatz 6 SGB V haben die KBV und der GKV-SV bis zum 30. September eines jeden Jahres für das folgende Kalenderjahr Rahmenvorgaben für die Inhalte der Heilmittelvereinbarungen nach § 84 Absatz 1 SGB V zu treffen. Auf dieser Grundlage werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 30. November eines jeden Jahres die regionalen Heilmittelvereinbarungen für das folgende Kalenderjahr abgeschlossen. Die Heilmittelvereinbarung nach § 84 Absatz 1 SGB V umfasst ein Ausgabenvolumen für die von den Vertragsärztinnen und -ärzten veranlasste Versorgung mit Heilmitteln, Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und konkrete, auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichteten Maßnahmen sowie Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens innerhalb des laufenden Kalenderjahres. Regionale Heilmittelvereinbarungen sind erforderlich, weil allein die Umsetzung der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Heilmittelversorgung nicht gewährleisten kann. In Niedersachsen und Schleswig-Holstein erfolgt die Konkretisierung der Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele und der zu ihrer Umsetzung erforderlichen Maßnahmen in ergänzenden Heilmittelzielvereinbarungen. Rechtlich sind diese als Teil der regionalen Heilmittelvereinbarung zu verstehen. Zielvereinbarungen dienen gemäß § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V insbesondere zur Information und Beratung der verordnenden Ärztinnen und Ärzte.

19. Enthalten die Heilmittelzielvereinbarungen nach Kenntnis der Bundesregierung patientenbezogene Versorgungsziele, insbesondere für Patientengruppen, die laut Heilmittelreport noch zu wenig von den Potentialen der Heilmittel profitieren?

Patientenbezogene Versorgungsziele sind in den vorliegenden Heilmittelzielvereinbarungen nicht enthalten. Ziel der Heilmittelvereinbarungen und Heilmittelzielvereinbarungen ist die Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der Heilmittelversorgung. Die darüber hinaus erforderliche Hilfestellung zur Verordnung von Heilmitteln auf fachlicher Grundlage wird insbesondere durch die Heilmittelrichtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V und den Heilmittelkatalog nach § 92 Absatz 6 SGB V des G-BA geleistet.

20. Wie viele Heilmittelzielvereinbarungen liegen für das Jahr 2018 vor, in denen es statt Richtgrößenprüfungen eine Prüfung ärztlich verordneter Heilmittel auf der Grundlage vereinbarter Versorgungsziele gibt, und zwischen welchen Vertragspartnern (Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassenverbände) wurden diese Zielvereinbarungen geschlossen?

Als rechtlicher Teil der Heilmittelvereinbarungen werden auch die Heilmittelzielvereinbarungen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen. Gegenstand der in Niedersachsen und Schleswig-Holstein ergänzend zu den Heilmittelvereinbarungen geschlossenen Heilmittelzielvereinbarungen sind insbesondere Maßnahmen, um das in der Heilmittelvereinbarung festgesetzte Ausgabenvolumen einhalten zu können. Diese zielen vor allem auf die Information, Orientierung und Beratung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ab. Die in Schleswig-Holstein geschlossene Zielvereinbarung zur Steuerung der Heilmittelversorgung 2018 sieht Mengenziele für einzelne physiotherapeutische, logopädische und ergotherapeutische Behandlungsarten vor. Dabei handelt es sich um Kollektivziele je ärztlicher Fachgruppe, deren Nichterreichen keine unmittelbaren Konsequenzen für die einzelne Praxis hat. Detaillierte Festlegungen zum Inhalt und zur Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen erfolgen hingegen in den Prüfvereinbarungen nach §§ 106 ff. SGB V, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung schließen. Die in Niedersachsen geschlossene Prüfvereinbarung sieht u. a. eine Prüfung auf der Grundlage der durchschnittlichen Verordnungskosten je Fall vor. Vergleichsgruppe ist die jeweilige ärztliche Fachgruppe innerhalb der Vertragsregion. Besondere Ordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln sind vor Einleitung des Prüfungsverfahrens zu berücksichtigen. Weitere individuelle Praxisbesonderheiten können geltend gemacht werden. Die Durchschnittsprüfung soll für nicht mehr als 5 Prozent der Vertragsärztinnen und -ärzte einer Fachgruppe innerhalb der Vertragsregion erfolgen. Eine Vermutung der Unwirtschaftlichkeit wird angenommen, wenn die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe um mehr als 50 Prozent überschreitet. Die Prüfvereinbarung in Schleswig-Holstein sieht als Regelprüfmethode die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage morbiditätsbezogener Gruppen (MRG = morbidity related groups) vor. Die MRG beschreiben Gruppen von Patientinnen und Patienten, denen je nach Heilmitteldiagnose und Altersklasse durchschnittliche Verordnungskosten zugeordnet werden. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erhalten jährlich neu festgesetzte MRG-Garantievolumina basierend auf ihrem bisherigen Ordnungsverhalten. Bei der Auffälligkeitsprüfung sind die besonderen Versorgungsbedarfe und ggf. regionale Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Die Ordnungen für Patientinnen und Patienten mit langfristigem Heilmittelbedarf unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Auffälligkeitsprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 Prozent der Vertragsärztinnen- und -ärzte einer Fach- oder Vergleichsgruppe durchgeführt werden. Wird das Ordnungsvolumen um mehr als 12,5 Prozent überstiegen, werden qualifizierte Hinweise erteilt. Eine Regressfestsetzung erfolgt bei Überschreitung von mehr als 17,5 Prozent.

21. Haben nach Kenntnis der Bundesregierung alle Bundesländer, die eine Heilmittelzielvereinbarung abgeschlossen haben, auch eine Gemeinsame Arbeitsgruppe eingesetzt, und welche Aufgaben und Befugnisse haben diese Gemeinsamen Arbeitsgruppen (bitte nach Verträgen bzw. Bundesländern aufschlüsseln)?

Die Vereinbarungen in Niedersachsen und Schleswig-Holstein sehen jeweils die Bildung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und der beteiligten Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände vor. Die Aufgaben der Arbeitsgruppen bestehen insbesondere in der Beobachtung der Ausgabenentwicklung, der Erarbeitung von Beratungsinhalten, der Erstellung und Aktualisierung von gemeinsamen Informationen und Arbeitshilfen für die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie in der qualitativen Weiterentwicklung der Heilmittelvereinbarung.

22. In welchen Bundesländern gab es nach Kenntnis der Bundesregierung bereits im Jahr 2017 solche Heilmittelzielvereinbarungen, und wie haben sich diese auf die Kosten der Heilmittelverordnungen je Betriebsstätte und Fall sowie auf die Kosten der Heilmittelverordnungen in dem jeweiligen Bundesland insgesamt ausgewirkt (bitte Kosten 2017 im Vergleich zu 2016 darstellen und nach Bundesland und Art des Heilmittels aufschlüsseln)?

Heilmittelzielvereinbarungen wurden im Jahr 2017 in Niedersachsen und Schleswig-Holstein vereinbart. Die Heilmittelumsätze (Brutto einschließlich Zuzahlungen) haben sich in den beiden Bundesländern vom Jahr 2016 auf das Jahr 2017 nach dem GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS) wie folgt entwickelt:

Niedersachsen:

Bruttoumsatz	2016 (in Tsd. €)	2017 (in Tsd. €)	Veränderung (in %)
Gesamt	624 184	647 343	+3,71
Physiotherapie	442 040	458 857	+3,80
Ergotherapie	98 354	101 882	+3,59
Sprachtherapie	66 146	68 082	+2,93
Podologische Therapie	17 644	18 522	+4,98

Quelle: GKV-HIS

Schleswig-Holstein:

Bruttoumsatz	2016 (in Tsd. €)	2017 (in Tsd. €)	Veränderung (in %)
Gesamt	237 140	243 137	+2,53
Physiotherapie	169 434	174 863	+3,20
Ergotherapie	37 071	36 971	-0,27
Sprachtherapie	25 032	25 467	+1,74
Podologische Therapie	5 604	5 837	+3,33

Quelle: GKV-HIS

Die Kosten der Verordnung je Betriebsstätte werden im GKV-HIS nicht ausgewiesen. Der Bruttoumsatz je Verordnungsblatt ist in Niedersachsen von 172,71 Euro im Jahr 2016 auf 176,72 Euro im Jahr 2017 und in Schleswig-Holstein im selben Zeitraum von 167,27 Euro auf 169,51 Euro gestiegen. Rückschlüsse auf mögliche Auswirkungen der Heilmittelzielvereinbarungen auf das Verordnungsverhalten der Vertragsärztinnen und -ärzte lassen die genannten Daten nach Auffassung der Bundesregierung nicht zu.

23. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung in denjenigen Bundesländern, die 2017 bereits eine Heilmittelzielvereinbarung abgeschlossen haben, die Zahl der Heilmittelverordnungen gegenüber 2016 entwickelt (bitte nach Bundesland und Art des Heilmittels aufschlüsseln)?

Die Zahl der Verordnungsblätter für Heilmittelleistungen hat sich nach dem GKV-HIS in Niedersachsen und Schleswig-Holstein vom Jahr 2016 bis zum Jahr 2017 wie folgt entwickelt:

Niedersachsen:

Verordnungsblätter	2016 (in Tsd.)	2017 (in Tsd.)	Veränderung (in %)
Gesamt	3 614 096	3 574 823	-1,09
Physiotherapie	3 040 453	3 001 425	-1,28
Ergotherapie	245 435	245 690	+1,22
Sprachtherapie	165 416	163 294	-1,28
Podologische Therapie	162 792	164 414	+1,00

Quelle: GKV-HIS

Schleswig-Holstein:

Verordnungsblätter	2016 (in Tsd.)	2017 (in Tsd.)	Veränderung (in %)
Gesamt	1 417 739	1 401 744	-1,13
Physiotherapie	1 205 709	1 193 546	-1,01%
Ergotherapie	99 083	96 133	-2,98
Sprachtherapie	66 152	64 762	-2,10
Podologische Therapie	46 795	47 303	+1,09

Quelle: GKV-HIS

Rückschlüsse auf mögliche Auswirkungen der Heilmittelzielvereinbarungen auf das Verordnungsverhalten der Vertragsärztinnen und -ärzte lassen die genannten Daten nach Auffassung der Bundesregierung nicht zu.

24. Für welche Heilmittelverordnungen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung fachgruppenspezifische Mengenziele vereinbart (bitte gesondert nach Verträgen auflisten)?

Fachgruppenspezifische Mengenziele wurden von der Kassenärztlichen Vereinbarung Schleswig-Holstein und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen in ihrer Zielvereinbarung zur Steuerung der Heilmittelversorgung 2018 vereinbart. In der Vereinbarung enthalten sind Mengenziele für Krankengymnastik-Einzelbehandlung, Krankengymnastik-ZNS-Erwachsene, Klassische Massagetherapie, Krankengymnastik-ZNS Kind Sprachtherapie-45 min, Wärmepackungen, Ergotherapie-sensomotorisch/perzeptiv, Ergotherapie-psychisch-funktionelle Behandlung und Ergotherapie-motorisch-funktionell.

25. Welche Maßnahmen sind in den Bundesländern, die Zielvereinbarungen abgeschlossen haben, nach Kenntnis der Bundesregierung für den Fall geplant, dass die Ziele nicht eingehalten werden?

Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte werden zur Zielerreichung insbesondere durch Beratungen und durch Heilmittelinformationen unterstützt. Die Heilmittelzielvereinbarung für Niedersachsen sieht keine spezifischen Maßnahmen vor, die bei Nichteinhaltung der Ziele zu ergreifen sind. Die Vereinbarung in Schleswig-Holstein sieht vor, dass den Vertragsärztinnen und -ärzten im Rahmen der Mitteilung der MRG-Garantievolumina Orientierungsgrößen oder Durchschnittswerte zur Voraborientierung mitgeteilt werden. Vereinbart ist ferner, dass sich die Vertragspartner bei erkennbarer Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens auf nicht näher definierte Sofortmaßnahmen verständigen.

