Bundesministerium
für Gesundheit

Präsident des Deutschen Bundestages
- Parlamentssekretariat -
11011 Berlin

Ulrike Flach
Parlamentarische Staatssekretärin
Mitglied des Deutschen Bundestages
HAUSANSCHRIFT Friedrichstr. 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18441-1070
FAX +49 (0)30 18441-1074
E-MAIL ulrike.flach@bmg.bund.de

Berlin, 8. Dezember 2011

Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Heidrun Dittrich, Jutta Krellmann, Yvonne Ploetz, Ingrid Remmers, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann und der Fraktion der DIE LINKE. betreffend „Situation der Heilmittelerbringung in Deutschland", BT-Drs. 17/7898

Sehr geehrter Herr Präsident,

namens der Bundesregierung beantworte ich die o. a. Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung der Fragesteller:
Seit geraumer Zeit weisen unterschiedliche Heilmittelerbringerinnen und -erbringer auf Schwierigkeiten bei der Gewährung und Abrechnung von Heilmitteln gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen hin. Zudem wird das Vergütungsniveau insgesamt als sehr niedrig beschrieben, wobei es bei unterschiedlichen Kassen zudem noch zu erheblichen Unterschieden der Vergütung in Ost- und Westdeutschland kommt. Auch kann die Vergütung zwischen unterschiedlichen Kassenarten bei gleicher Leistungserbringung differieren.

Vorbemerkung der Bundesregierung:
Die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, die Preise, deren Abrechnung sowie die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung werden in Verträgen zwischen den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden bzw. Arbeitsgemeinschaften und den Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer geregelt. Dabei ist es Aufgabe der Vertragspartner, sich auf praxisgerechte Regelungen zu verständigen. Auch die Vereinbarung der Preise fällt grundsätzlich in die Vertragsautonomie der Heilmittelerbringer und der Krankenkassen. Da eine Einigung über angemessene

Preise nur schwer zu erreichen sei, wurde von Heilmittelerbringern und ihren Verbänden in der Vergangenheit immer wieder die Einführung eines Schiedsverfahrens gefordert. Dem ist der Gesetzgeber inzwischen nachgekommen. Die Schiedsregelung ist am 25. März 2009 in Kraft getreten. Sie hat in der Folge dazu geführt, dass Preise zum Teil deutlich angehoben werden konnten.

Frage Nr.1:

Wie viele Heilmittelerbringerinnen und -erbringer sind, insgesamt und jeweils, in den Sparten Physiotherapie, Podologie, Logopädie und Ergotherapie ausgewiesen für Deutschland und jeweils die einzelnen Bundesländer tätig? Wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Frage Nr. 2:

Wie viele Heilmittelerbringerinnen und-erbringer, ausgewiesen nach Heilmittelart sind freiberuflich bundesweit und jeweils in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen tätig und wie viele im Angestelltenverhältnis? Wie viele Leistungserbringerinnen und –erbringer arbeiten in einer Praxis, die räumlich und/oder organisatorisch an eine Facharztpraxis angeschlossen ist, mit ähnlichen Tätigkeitsfeldern (z. B. Physiotherapie und Orthopädie). Wie haben sich diese Zahlen jeweils in den letzen zehn Jahren entwickelt?

Frage Nr. 3:

Wie viele Heilmittelerbringerinnen und-erbringer sind, ausgewiesen nach Heilmittelart, in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen bundesweit und in den einzelnen Bundesländern beschäftigt und wie viele sind in ambulanten Praxen tätig? Wie haben sich diese Zahlen in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Antwort:

Wegen des sachlichen Zusammenhangs werden die Fragen 1 bis 3 gemeinsam beantwortet.

Die vorhandenen Statistiken lassen eine Antwort in der gewünschten Differenzierung nicht zu. Nach den Daten aus der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2009 bundesweit 194.000 Physiotherapeuten, Masseure und medizinische Bademeister tätig gegenüber 125.000 im Jahr 2000. Davon waren im Jahr 2009 111.000 Physiotherapeuten, Masseure und medizinische Bademeister in ambulanten und 51.000 in stationären/teilstationären Einrichtungen tätig gegenüber 63.000 in ambulanten und 45.000 in stationären/teilstationären Einrichtungen im Jahr 2000. Der Anteil der selbständig Tätigen liegt bei etwa 30 Prozent. Podologen, Logopäden und Ergotherapeuten werden im Rahmen der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes nicht gesondert erfasst. Über die Anzahl der Leistungserbringerinnen und -erbringer, die in einer Praxis mit räumlicher bzw. organisatorischer Nähe zu einer Facharztpraxis mit ähnlichen Tätigkeitsfeldern arbeiten, liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

Frage Nr. 4:

Wie hoch sind die Ausgaben für Heilmittelleistungen insgesamt sowie ausgewiesen nach Art der Kostenträger? Wie haben sich diese Zahlen in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Antwort:

Die Ausgaben von gesetzlicher und privater Krankenversicherung für Leistungen von Heilmittelerbringern betrugen einschließlich der Zuzahlungen gesetzlich Krankenversicherter im Jahr 2010 rd. 5,8 Mrd. Euro.

Davon entfielen im Jahr 2010 rd. 4,6 Mrd. Euro auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und 436 Mio. Euro auf die Zuzahlungen der Versicherten. Die GKV-Ausgaben für Heilmittel lagen im Jahr 2000 bei 3,1 Mrd. Euro, damit ergibt sich ein Zuwachs für die vergangenen 10 Jahre um rd. 50 Prozent, berücksichtigt man die von den Versicherten geleisteten Zuzahlungen, so liegt der Zuwachs sogar bei rd. 64 Prozent.

Die Ausgaben der privaten Krankenversicherungsunternehmen für Heilmittel betrugen im Jahr 2010 fast 801 Millionen Euro. Im Jahr 2000 wurden dem gegenüber nur rd. 412 Mio. Euro verausgabt. Damit haben sich die Ausgaben der privaten Krankenversicherungsunternehmen für Leistungen von Heilmittelerbringern in den letzten 10 Jahren fast verdoppelt (+94,39 Prozent).

Im Sozialen Entschädigungsrecht erfolgt die Heilmittelerbringung nach dem Bundesversorgungsgesetz über die gesetzlichen Krankenkassen im Auftragsverhältnis. Die Kosten für Heil- und Krankenbehandlung werden mit den Krankenkassen über eine Pauschale abgerechnet. Gesonderte Zahlen für Heilmittelerbringung werden daher nicht ausgewiesen. Soweit im Einzelfall darüber hinaus Heilmittelerbringung durch die Versorgungsverwaltung erfolgt, liegen zu den Kosten keine Zahlen vor.

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung erbringen für ihre Versicherten ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. § 15 SGB VI). Nach § 15 Absatz 1 Satz 1 SGB VI in Verbindung mit § 26 Absatz 2 Nummer 4 SGB IX umfassen diese Leistungen auch die erforderlichen Heilmittel einschließlich physikalischer Therapie, Sprach- und Beschäftigungstherapie. Die Ausgaben für Heilmittel werden im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Auskunft der Deutschen Rentenversicherung Bund von den Trägern der Deutschen Rentenversicherung jedoch nicht gesondert erhoben und statistisch erfasst. Es können daher keine Angaben über die Entwicklung der diesbezüglichen Ausgaben der Rentenversicherung in den letzten zehn Jahren gemacht werden. In der

gesetzlichen Unfallversicherung werden Heilmittel im Rahmen der allgemeinen Heilbehandlung und medizinischen Rehabilitation erbracht. Die Ausgaben für Heilmittelerbringung werden hingegen nicht gesondert erfasst. Aufgrund der insgesamt deutlich geringeren Fallzahlen ist davon auszugehen, dass die Ausgaben weit unter denen der gesetzlichen Krankenversicherung liegen.

Frage Nr. 5:

Wie hoch ist das Pro-Kopf-Einkommen (Realeinkommen in Vollzeitäquivalenz) der Heilmittelerbringerinnen und -erbringer und wie hat dieses sich in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte ausweisen nach Heilmittelart [Physiotherapie, Ergotherapie etc.], Bundesland bzw. Kassenärztlicher Vereinigung und falls abweichend nach Krankenkasse)?

Antwort:

Die vorhandenen Statistiken lassen eine Antwort in der gewünschten Differenzierung nicht zu.

Die Höhe der Einkommen von Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringern lässt sich für in diesem Wirtschaftszweig abhängig Beschäftigte aus der Verdienststrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes ermitteln. Demnach verfügten im Jahr 2006 – neuere Angaben liegen hierzu derzeit nicht vor – angestellte Personen in den Berufen "Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe" über einen Bruttojahresverdienst in Höhe von 29.980 Euro. Im früheren Bundesgebiet lag dieser Wert bei 31.017 Euro, in den neuen Bundesländern bei 24.759 Euro. Weitere Differenzierungen sind auf Basis der Verdienststrukturerhebung nicht möglich.

Weiterhin werden vom Statistischen Bundesamt in der Kostenstrukturstatistik die Umsätze von ausgewählten Einrichtungen des Gesundheitswesens erfasst. Nach Abzug der Aufwendungen wies demnach eine durchschnittliche Heilmittelerbringerpraxis im Jahr 2002 Bruttoeinnahmen in Höhe von ca. 59.000 Euro auf, im Jahr 2006 waren dies rund 66.700 Euro.

Frage Nr. 6:

Wie hoch ist das Pro-Kopf-Einkommen (Realeinkommen in Vollzeitäquivalenz) von Heilmittelerbringerinnen und -erbringern (nach Heilmittelart) in Deutschland und in anderen Mitgliedsländern der EU bzw. OECD-Staaten absolut und in Relation zum Durchschnittseinkommen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte?

Antwort:
Die vorhandenen Statistiken lassen eine Antwort in der gewünschten Differenzierung nicht zu.

Ausweislich der Verdienststrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes verfügten angestellte "Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe" im Jahr 2006 mit dem in der Antwort auf Frage 5 genannten Bruttojahreseinkommen über etwa 40 Prozent des Bruttojahreseinkommens von angestellten Ärzten (dieses lag damals bei rd. 76.000 Euro).

Arztpraxen (inklusive Medizinischer Versorgungszentren) haben gemäß Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2007 durchschnittlich einen Reinertrag – dabei handelt es sich um den Saldo aus Einnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit je Praxis und Aufwendungen insgesamt je Praxis – in Höhe von 194.000 Euro erwirtschaftet. Damit lag der durchschnittliche Reinertrag einer Arztpraxis um rd. 191 Prozent über den in der Antwort auf Frage 5 angeführten Bruttoeinnahmen (nach Abzug der Aufwendungen) einer Heilmittelerbringerpraxis.

Informationen, die einen Vergleich mit anderen EU- bzw. OECD-Staaten zulassen, liegen der Bundesregierung nicht vor.

Frage Nr. 7:
Wie hoch sind die Ausgaben für ärztliche verschriebene Heilmittelleistungen insgesamt und prozentual gemessen an den Gesamtausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Wie hoch sind die Ausgaben für verschriebene Heilmittelleistungen innerhalb den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen? Wie haben sich diese Zahlen in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Antwort:
Im Jahr 2010 betrugen die GKV-Ausgaben für Heilmittel 4,6 Mrd. Euro. Dies entspricht einem Anteil von rd. 2,8 Prozent an den gesamten Leistungsausgaben der GKV. In den Finanzstatistiken der gesetzlichen Krankenversicherung findet eine gesonderte Aufgliederung der Ausgaben zu den einzelnen Leistungsbereichen nach Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) nicht statt.

Auskunft über die regionale Verteilung der Heilmittelausgaben gibt das GKV-Heilmittel-Informations-System (GKV-HIS) des GKV-Spitzenverbandes. Über das GKV-HIS werden Berichte zur Ausgaben- und Verordnungsentwicklung im Heilmittelbereich bereit gestellt. Die Berichte basieren auf den Abrechnungsdaten aller gesetzlichen Krankenkassen. Damit sol-

len die Verordnungsstrukturen in den Kassenärztlichen Vereinigungen transparent gemacht, Trendinformationen zur Ausgabenentwicklung gegeben und Kennzahlen für regionale Vergleichsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Der Bundesbericht 2010 ist als Anlage beigefügt. Ein 10-Jahres-Vergleich der Entwicklungen in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen ist nicht möglich, weil entsprechende Statistiken erst seit 2004 vorliegen.

Frage Nr. 8:

Wie viele Heilmittelsitzungen werden insgesamt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verschrieben und geleistet? Wie verteilen sich diese auf die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen absolut und in Relation zur Anzahl der jeweils gesetzlich Versicherten einer Kassenärztlichen Vereinigung?

Antwort:

Auf die Antwort zu Frage 7 nebst Anlage wird verwiesen.

Frage Nr. 9:

Wie hoch sind die Ausgaben bzw. die Anzahl der Heilmittelsitzungen im internationalen Vergleich?

Antwort:

Entsprechende Informationen liegen der Bundesregierung nicht vor.

Frage Nr. 10:

Wie ist der Zugang zu Heilmitteln im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung in anderen Ländern der EU geregelt (Verordnungspflicht, Genehmigungspflicht durch Kostenträger, Festlegung von Art und Dauer der Therapie durch die Ärztin bzw. den Arzt etc.)?

Antwort:

Eine entsprechende EU-weite Übersicht liegt der Bundesregierung nicht vor.

Frage Nr. 11:

Wie ist die Vergütung von Heilmittelerbringerinnen und -erbringern bei Privatpatienten bzw. Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern geregelt? Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass unterschiedlich hohe Vergütungen nicht zu unterschiedlicher Versorgungsqualität, bspw. bei Wartezeiten führen?

Antwort:

Die Höhe der Vergütung für Heilmittelleistungen bei Privatpatientinnen und -patienten bzw. Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern richtet sich nach der mit dem Heilmittelerbringer jeweils individuell getroffenen vertraglichen Vereinbarung. Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, ist nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen. Die notwendige Versorgungsqualität bei der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter mit Heilmitteln einschließlich der erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung ist in Verträgen zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln geregelt. Aus den Verträgen ergibt sich auch, wann – unter Berücksichtigung der Vorgaben in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – mit der verordneten Behandlung spätestens begonnen werden muss.

Frage Nr. 12:

Bei wie vielen Heilmittelverordnungen, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verschrieben werden, wird die Gewährung der Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen abgelehnt und bei wie vielen dieser Heilmittelverordnungen wird durch Widerspruch die Gewährung letztlich doch erreicht und bei wie vielen nicht? Wie haben sich diese Zahlen jeweils in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Antwort:

Entsprechende Informationen liegen der Bundesregierung nicht vor. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass etliche Krankenkassen auf die Genehmigung begründungspflichtiger Verordnungen nach § 8 Absatz 4 der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verzichtet haben. Verzichtet die Krankenkasse auf ein entsprechendes Genehmigungsverfahren, hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung. Die Krankenkasse informiert hierüber die Kassenärztliche Vereinigung. Die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichen die Listen der Krankenkassen, die auf die Genehmigung verzichtet haben, im Internet.

Frage Nr. 13:

Sind der Bundesregierung Beschwerden bekannt, denen zu Folge sich die Ablehnungsquote in den letzten Jahren erhöht hat?

Antwort:

Entsprechende Beschwerden sind der Bundesregierung nicht bekannt.

Frage Nr. 14:

Welches sind die häufigsten Gründe für die Ablehnung der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen bei Heilmittelverordnungen (bitte quantifizieren)?

Antwort:

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über die Häufigkeit einzelner Ablehnungsgründe durch die Krankenkassen.

Frage Nr. 15:

Sind der Bundesregierung Klagen bekannt, nach denen sich der Therapiebeginn nach Vorlage der Verordnung bei der Heilmittelerbringerin bzw. dem Heilmittelerbringer zu lange verzögert? Welche Daten liegen der Bundesregierung zur Dauer zwischen Vorlage der Verordnung und Therapiebeginn vor?

Antwort:

Der Bundesregierung sind keine grundsätzlichen Klagen über zu lange Verzögerungen im Hinblick auf den Therapiebeginn bekannt. Nach den Vorgaben in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses soll, sofern die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt auf dem Verordnungsvordruck keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen begonnen werden, bei Podologinnen und Podologen innerhalb von 28 Tagen. Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

Frage Nr. 16:

Inwieweit ist durch die Verpflichtung der Leistungserbringerinnen und -erbringer, Verordnungen auf Richtigkeit zu überprüfen und falsch ausgestellte Rezepte an die Ärztinnen und Ärzte zurückzuschicken, mit Verzögerungen des Therapiebeginns bei den einzelnen Heilmittelarten zu rechnen und in welcher zeitlichen Größenordnung lassen sich diese quantifizieren?

Antwort:

Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss mögliche Verzögerungen aufgrund von Prüfpflichten bei der Festlegung der Fristen berücksichtigt hat und hierdurch ein rechtzeitiger Therapiebeginn nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird. Die vorliegenden Informationen lassen eine systematische Quantifizierung möglicher Verzögerungen nicht zu.

Frage Nr. 17:

Trifft es zu, dass Kassen die Honorierung von bereits geleisteten Heilmitteln aufgrund von Formfehlern im Rezept ablehnen können, auch wenn diese keine Auswirkung auf die zu leistende Therapie haben? Wird diese Praxis ausgeübt? Sollte den Leistungserbringerinnen und -erbringern die Möglichkeit zur Heilung von Formfehlern eingeräumt werden? Sieht die Bundesregierung hier Handlungsbedarf?

Antwort:

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann eine Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen die Honorierung bereits geleisteter Heilmittelbehandlungen ablehnen, soweit diese auf der Grundlage einer fehlerhaften vertragsärztlichen Verordnung erbracht wurden. Die Verordnungsvoraussetzungen einschließlich der Anforderungen an die Verordnung, die Durchführung der Heilmittelbehandlung sowie die Heilung von Formfehlern ergeben sich aus der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie aus den vertraglichen Regelungen über die Versorgung mit Heilmitteln, mit denen die gesetzlichen Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln umgesetzt werden. Dabei ist es zunächst Sache der entsprechenden Akteure, sich auf praxisgerechte Regelungen zu verständigen. Einen weitergehenden Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung derzeit nicht.

Frage Nr. 18:

Ist es richtig, dass in Folge eines falsch ausgestellten Rezepts entweder die Heilmittelerbringerinnen und -erbringer bzw. die Patientinnen und Patienten finanziell belastet werden oder aber die Patientinnen und Patienten mit einer Verzögerung des Therapiebeginns rechnen müssen? Ist es ferner richtig, dass Ärztinnen und Ärzte, die ein Rezept falsch ausstellen, keine Sanktionen erfahren? Welche Sanktionen oder Anreize existieren, um falsche Rezeptausstellungen seitens der Ärztinnen und Ärzte zu verringern?

Antwort:

Auf die Antworten zu den Fragen 15 bis 17 wird verwiesen. Im Übrigen ist die Überwachung der Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei etwaigen Verstößen stehen den Kassenärztlichen Vereinigungen die üblichen Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung (vgl. § 81 Absatz 5 SGB V).

Frage Nr. 19:

Wie beurteilt die Bundesregierung Klagen von Patientinnen und Patienten einerseits bzw. von Heilmittelerbringerinnen und -erbringern andererseits darüber, dass Krankenkassen bestimmte Leistungen unter Genehmigungsvorbehalt stellen, diese Einschränkung der Leistungsgewährung jedoch den Versicherten nicht mitteilen (Beispiel: Genehmigungspflicht für

Heilverordnungen außerhalb des Regelfalles ab 1. Juli 2011 bei der AOK Nordost, in der die ehemalige AOK Berlin-Brandenburg aufgegangen ist)?

Antwort:

Auf die Antwort zu Frage 12 wird verwiesen.

Frage Nr. 20:

In welcher Art und Weise sind die Kosten für Heilmittelleistungen in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Gesamtvergütung der Ärztinnen und Ärzte verknüpft? Gibt es Regelungen, nachdem nicht in Anspruch genommene Heilmittelleistungen in die Gesamtvergütung der Ärztinnen und Ärzte eingehen und damit für die Honorierung der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen? In welchen Kassenärztlichen Vereinigungen ist das der Fall? Könnten daraus Anreize entstehen, notwendige Heilmittel nicht zu verordnen?

Antwort:

Der Bundesregierung sind keine aktuellen Verträge bekannt, nach denen nicht in Anspruch genommene Heilmittelleistungen in die Gesamtvergütung der Ärztinnen und Ärzte eingehen und damit für die Honorierung der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. Sofern Krankenkassen oder ihre Landesverbände bzw. Kassenärztliche Vereinigungen in ihrem Vertragsgeschäft gegen geltendes Recht verstoßen bzw. Anreize zum Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten setzen, ist gegebenenfalls die zuständige Aufsichtsbehörde in der Pflicht, etwaigen Rechtsverstößen nachzugehen.

Frage Nr. 21:

Kann die Bundesregierung Aussagen entkräften, nach denen zunehmend Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund Logopädie vorenthalten wird mit dem Verweis auf den Vorrang pädagogischer Förderung?

Antwort:

Der Bundesregierung liegen keine konkreten Informationen vor, wonach Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund Logopädie mit dem Verweis auf den Vorrang pädagogischer Förderung vorenthalten wird. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass ein Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse auf Versorgung mit Heilmitteln generell nur bei einer medizinischen Indikation besteht. Auch in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ausdrücklich geregelt, dass Heilmittel bei Kindern nicht verordnet werden dürfen, wenn an sich störungsbildspezifische pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind.

Frage Nr. 22:

Durch welche Maßnahmen wird sichergestellt, dass alle Patienten und Patientinnen in angemessener Zeit eine notwendige Behandlung durch eine Heilmittelerbringerin bzw. einen Heilmittelerbringer erhalten? Welche Daten liegen über die Versorgungssituation mit Heilmitteln vor?

Antwort:

Die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Heilmitteln obliegt den Krankenkassen und wird in Verträgen mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden geregelt. Zum zweiten Teil der Frage wird auf die Antworten zu den Fragen 1 bis 4, 7 und 8 nebst Anlage verwiesen.

Frage Nr. 23:

Welche Zuzahlungen müssen gesetzlich Versicherte bei Heilmittelverordnungen leisten? Wie viel Euro Zuzahlungen sind beispielsweise für ein Sechserrezept Krankengymnastik zu bezahlen? Sind der Bundesregierung Zahlen bekannt, nach denen Hilfsmittelverordnungen nicht eingelöst werden, um die Zuzahlung zu sparen?

Antwort:

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel 10 v. H. der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung zu leisten. Liegen die Kosten für eine Krankengymnastikeinheit beispielsweise bei 13 Euro, beträgt die Zuzahlung für eine Verordnung mit sechs Behandlungseinheiten danach grundsätzlich 17,80 Euro. Belastungsgrenzen sorgen dafür, dass kranke und behinderte Menschen die notwendige medizinische Versorgung erhalten und durch die gesetzliche Zuzahlungen nicht unzumutbar belastet werden. Zahlen, in welchem Umfang Heilmittelverordnungen nicht eingelöst wurden, um die Zuzahlung zu sparen, liegen der Bundesregierung nicht vor.

Frage Nr. 24:

Gibt es eine Bedarfsplanung für die Heilmittelversorgung analog der ärztlichen ambulanten Planung? Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass eine flächendeckende Heilmittelversorgung in Deutschland gewährleistet ist?

Antwort:

Eine Bedarfsplanung für die Heilmittelversorgung analog der ärztlichen ambulanten Planung ist nicht vorgesehen. Heilmittelerbringer, die die gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, haben einen Rechtsanspruch auf Zulassung zur Versorgung der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 22 verwiesen.

Frage Nr. 25:

Wie beurteilt die Bundesregierung das vorliegende Zahlenmaterial zum Bereich der Heilmittelerbringung sowie zum Behandlungsbedarf und hält sie es für ausreichend bzw. sieht sie hier die Notwendigkeit zu einer Verbesserung der Datenlage? Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, die Datenlage zu verbessern, wenn sich die im Vergleich zur Ärzteschaft kleinen Berufsverbände dazu nicht in der Lage sehen? Wird die Bundesregierung Maßnahmen zur Verbesserung der Datenlage einleiten?

Antwort:

Die Bundesregierung hält die vorhandene Datenlage grundsätzlich für ausreichend. Maßnahmen zur Verbesserung der Datenlage sind derzeit nicht geplant.

Frage Nr. 26:

Welche Probleme entstehen nach Ansicht der Bundesregierung daraus, dass die Verhandlungen zu neuen gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgebrochen wurden?

Antwort:

Nach den im Bundesministerium für Gesundheit vorliegenden Informationen sollen die Verhandlungen über neue Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 SGB V wieder aufgenommen werden. Konkrete Probleme in Bezug auf einen Abbruch von Verhandlungen sind daher derzeit nicht absehbar.

Frage Nr. 27:

Inwieweit kann aus Sicht der Bundesregierung auf die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen eingewirkt werden, an den Bundesverbänden der Heilmittelerbringerinnen und -erbringer relevante Informationen bezüglich der Leistungserbringung weiterzugeben, die sich aus dem Abbruch der Verhandlungen zu neuen gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V ergeben (beispielhaft sei hier der Umgang mit der maximaler Unterbrechungszeiten von Heilmittelmaßnahmen genannt, die gemäß der seit 1. Juli 2011 gültigen Heilmittel-Richtlinie 14 Tage beträgt, aber in Anlehnung an die nunmehr ungültigen Rahmenempfehlungen in der Praxis in bestimmten Ausnahmefällen auf bis zu 28 Tage ausgedehnt werden konnte)?

Antwort:

Auf die Antwort zu Frage 26 wird verwiesen.

Mit freundlichen Grüßen