



Stellungnahme im Dialogprozess „Bürokratieabbau im Heilmittelbereich“



Christine Donner GF BED e.V.

Zunächst möchte ich mich sehr herzlich bei Ihnen Herr Minister Spahn und dem gesamten Team des BMG dafür bedanken, dass man unsere proaktiven Rückmeldungen zum Bürokratieabbau aufgenommen hat, die sich jetzt in den gestellten Fragen seitens des BMG widerspiegeln. Das haben wir in der Vergangenheit so nicht erlebt, daher möchten wir deutlich anzeigen, dass wir sehr froh über diese Entwicklung im Sinne einer bestmöglichen Versorgung mit Heilmitteln sind. Danke!

DIE EIGENTLICHEN ENTDECKUNGSREISEN
BESTEHEN NICHT IM KENNENLERNEN NEUER
LANDSTRICHE, SONDERN DARIN, ETWAS MIT
ANDEREN AUGEN ZU SEHEN...

Marcel Proust
(1871-1922) *französischer Schriftsteller und Kritiker*

Thema A Zertifizierung der Praxissoftware/Beteiligung der Berufsverbände

Frage 1:

Wie hat sich die Situation aus Ihrer Sicht seit dem Jahr 2017 entwickelt und konnte das angestrebte Ziel, fehlerhaft ausgestellte Verordnungen zu verhindern oder zumindest weitgehend zu reduzieren, erreicht werden?

Antwort auf Frage 1:

1

Nein, das Ziel fehlerhaft ausgestellte Verordnungen zu verhindern konnte nicht bewirkt werden.

Zur Begründung, warum die zertifizierte Arztsoftware bislang nicht zum Ziel führte:

Der Anforderungskatalog nach § 73 SGB V für die Verordnung von Heilmitteln lässt in relevanten Punkten (auch zukünftig) Änderungen zu.

Unter 1.3 Allgemeine Anforderungen an die Software besagt der Anforderungskatalog auch ab Oktober 2020:

„P1-03 Nutzereinstellungen für Verordnungen Dem Anwender muss die Möglichkeit gegeben werden, in den Nutzereinstellungen der Software eine Vorbelegung für einzelne Verordnungsdaten (Felder auf dem Verordnungsvordruck) vorzunehmen.“

Als Begründung heißt es: Um den Aufwand für die Ausstellung einer Verordnung zu verringern, soll der Anwender die Möglichkeit haben, bestimmte Verordnungsdaten (Felder) vorzubelegen.

Das heißt am konkreten Beispiel: Ein Arzt hat viel Hausbesuchsklientel. Daher belegt er das Feld Hausbesuch mit JA vor. Doch nicht alle seine Patienten bekommen Hausbesuche...

Durch die Vorbelegung geschieht es jedoch immer wieder, dass Verordnungen mit Hausbesuch ausgegeben werden, die keinen Hausbesuch bekommen sollen. Resultat: Der Therapeut muss die Verordnung häufig ändern und Korrekturen vornehmen.

Derzeit: Wird der Hausbesuch auf Grund dieses Wissens therapeutenseitig gestrichen und damit nicht durchgeführt, erfolgen Komplettabsetzungen der betreffenden Verordnungen. Dem BED liegen solche Absetzungen gegenwärtig vor.

Generell: Es steht zu befürchten, dass auf Grund des mit den Heilmittelerbringern nicht abgestimmten neuen Heilmittelverordnungsvordrucks und den Änderungen in der neuen Heilmittelrichtlinie zum Behandlungsbeginn sich die Fehler wieder häufen, denn statistisch gibt es die häufigsten Probleme beim Behandlungsbeginn.

Behandlungen sind innerhalb von 28 Tagen, in dringenden Fällen innerhalb von 14 Tagen zu beginnen. Bringt der Patient eine neue Verordnung während eines bereits laufenden Behandlungsfalles zu früh (z.B. da der Facharzt sonst keine späteren Termine mehr frei hatte, oder dieser in den Urlaub geht), ist jene neu ausgestellte Verordnung bereits mit Beendigung der laufenden Verordnung veraltet. Die Verordnung kann anders als bislang über einen spätesten Behandlungsbeginn **nicht**

mehr geheilt werden. Es bleibt nur die Ausstellung einer neuen Verordnung. Bis dahin erhält der Versicherte lt. Richtlinie keine Therapie!

Unabhängig davon steht auch zu befürchten, dass Ärzte durch die Hinweisformulierung der Software davon abgehalten werden die orientierende Behandlungsmenge, trotz vorliegen medizinischer Gründe, zu überschreiten, denn der Text, der von der KBV der eigenmächtig ohne Einvernehmen festgelegt wurde, heißt:

2 „Die orientierende Behandlungsmenge des Verordnungsfalls ist **überschritten**. Es sind weitere Verordnungen möglich, sofern das angestrebte Therapieziel nicht erreicht wurde. *In diesem Fall sind die individuellen medizinischen Gründe in die Patientendokumentation zu übernehmen.*“

Siehe Seite 31:

https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_29_Anforderungskatalog_Heilmittel.pdf

Wir stoßen uns an der Formulierung, denn etymologisch bedeutet der Begriff „überschreiten“ eine Grenze oder einen Punkt hinter sich zu lassen. Die hier gewählten Worte haben einen psychologischen Effekt auf die Verordner. Immer wieder hören wir von nicht ausgestellten Verordnungen aus Budgetgründen.

Die neue Anlage 3 der Heilmittelrichtlinie bräuchte es nicht und auch die formale Prüfung der Verordnung durch den Therapeuten nicht, wenn die Arztsoftware denn zumindest zukünftig sicherstellen würde, dass keine falsch ausgestellten Verordnungen mehr möglich sind.

Frage 2:

Wie hoch ist nach Ihrer Einschätzung der Anteil fehlerhafter oder unzureichender Verordnungen. Was sind die wichtigsten Gründe?

Antwort auf Frage 2:

Anteil fehlerhaft ausgestellter Verordnungen auf Grund einer Zufallsstichprobe: 177 zu ändernde Verordnungen innerhalb des Jahres 2019/2020 bei 5 Vollzeitkräften. Das sind 15 zu ändernde Verordnungen jeden Monat.

Häufigste Probleme, die trotz der Änderungen ab Okt. 2020 bestehen bleiben:

1. Behandlungsbeginn bereits veraltet
2. Hausbesuch unklar
3. Anzahl der Behandlungseinheiten fehlt oder wurde überschritten
4. Angabe der Behandlungsfrequenz fehlt

Frage 3:

Können die Heilmittelerbringer an dem Zertifizierungsverfahren beteiligt bzw. ihre Erkenntnisse und Erfahrungen eingebracht werden und wenn ja, in welcher Art und Weise?

Antwort auf Frage 3:

Die maßgeblichen Berufsverbände sind überall dort einzubeziehen, wo die Belange der Therapeuten berührt werden, indem sich die Beteiligten ins Benehmen setzen. Das ist bislang schlichtweg nicht der Fall. **Hierzu sind die Gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, da eine Selbstverpflichtung nicht erkennbar ist.**

3

Thema B: Prüfpflicht der Heilmittelerbringer/Regressrisiko

a. Abschaffung der Prüfpflicht bzw. Abschaffung der Regresse

Frage 4:

Können die Heilmittelerbringer bei der Wahrnehmung der Prüfpflichten über die getroffenen bzw. in dieser Frageliste enthaltenden Maßnahmen hinaus unterstützt werden?

Antwort auf Frage 4:

Zeitnahe Nutzung der vollen Möglichkeiten der Digitalisierung

Anbindung und Nutzung der TI auch für Ergotherapeuten parallel zur freiwilligen Anbindung der Physiotherapeuten

b. Vereinfachung der HeilM-RL bei fehlerhaft ausgestellten Verordnungen

Frage 5:

Trägt die neue Anlage 3 zur HeilM-RL zur Klärung bei?

Antwort auf Frage 5:

Die Anlage 3 der Heilmittelrichtlinie trägt zwar zur Klärung bei, aber nicht zur Lösung der Problematik. Jede Änderung ausgestellter Verordnungen ist für den Therapeuten mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden. Zeit, die besser in der Patientenversorgung genutzt werden sollte.

Es gilt nicht die Symptome falscher Regulierung zu behandeln, sondern die Ursachen abzustellen bzw. sinnvoll zu lösen. Sinnvoll ist, die Gründe für die Problematik zu eruieren, Lösungsansätze zu probieren und sodann immer weiter mit Hilfe aktueller Datenlagen zu verbessern.

Eine gesetzliche Grundlage zur Zusammenarbeit aller Beteiligten mit den maßgeblichen Berufsverbänden im Heilmittelbereich überall dort wo die Belange der Therapeuten berührt werden, wird dauerhaft zu guten Lösungen führen, die in den

meisten Fällen dann nicht mehr der Unterstützung des BMGs bedürfen, die wir derzeit noch dringend benötigen.

c. Gesetzliche Verkürzung der Verjährungsfrist für Regresse

Frage 6:

Wie bewerten Sie die Forderung nach einer Verkürzung der Verjährungsfristen? Halten Sie eine vertragliche Regelung für möglich?

4

Antwort auf Frage 6:

Es kommt darauf an, was genau mit der Verjährungsfrist für Regresse gemeint ist. Aus unserer Sicht ist die Forderung im Hinblick auf die Regresse bei Ärzten berechtigt. Ein Arzt darf bei der Entscheidung über die Ausstellung einer Heilmittelverordnung nicht beeinflusst werden dürfen. Faktisch ist das aber durch die Regressregelung der Fall. In der Lebenswirklichkeit gibt es etliche Fälle abgelehnter Heilmittelverordnungen durch Ärzte auf Grund von Regressen oder Regressandrohungen, die sich auf Vorjahre beziehen, an die sich, mit Verlaub, selbst die Oma nicht mehr erinnern kann.

Bezüglich der Fristen in den Rahmenverträgen bitten wir das BMG zu bedenken, dass seitens des GKV-SV die, zwischenzeitlich bereits ausgehandelten kürzeren, Beanstandungsfristen mit Verweis auf das Vorliegen einer „*möglichen*“ Abrechnungsmanipulation auszuhebeln sind. Damit liegt die Prüfmöglichkeit wieder bei 4 Jahren gem. § 45 SGB I.

d. Keine Abschlüge bei fehlerhaften Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements

Frage 7:

Wie beurteilen Sie die aktuelle Sachlage hinsichtlich dieses Themas?

Antwort auf Frage 7:

Es scheint derzeit eine Einigung in Sicht durch die Formulierung: „Verordnungen aus dem „Entlassmanagement“ müssen klar und eindeutig als solche zu erkennen sein, andernfalls gelten sie als reguläre Verordnungen.“ Ob das in der Praxis dann auch zur gewünschten Wirkung führt, oder vertraglich noch nachjustiert werden muss, wird sich dann ab Oktober 2020 zeigen.

Frage 8:

Kann die Problematik der mangelhaften Erkennbarkeit der Verordnungen im Entlassmanagement auf der Ebene der Vertragspartner gelöst werden, wenn der Fehler auf der Verordnung auf der Krankenhausebene liegt?

Antwort auf Frage 8:

Siehe Antwort auf Frage 7. Unabhängig davon haben wir zu dem Problem, Dr. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft angefragt.

Thema C: Heilmittelvereinbarungen nach §84 SGB V

Frage 9:

Welche Steuerungswirkungen haben die Heilmittelvereinbarungen für den einzelnen Vertragsarzt oder die einzelne Vertragsärztin in Bezug auf die Verordnung von Heilmitteln?

Antwort auf Frage 9:

Die Steuerungswirkung ist, dass alleinig als Informationsschreiben getarnte Drohbriefe im Falle von möglichen Überschreitungen des durchschnittlichen Verordnungsvolumens bereits dazu führen, dass ein Großteil der Vertragsärzte die Verordnung von Heilmitteln einstellt, unabhängig davon, ob ein medizinischer Bedarf an Heilmitteln besteht. Unter anderem deshalb ist es so wichtig, dass diese Beteiligten sich mit den maßgeblichen Berufsverbänden im Heilmittelbereich dazu ins Benehmen setzen müssen.

Frage 10:

Ist es in den letzten zwei Jahren in den KV-Regionen zu Überschreitungen der vereinbarten Ausgabenvolumina für Heilmittel gekommen? Wenn ja, welche Konsequenzen waren damit für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verbunden?

Antwort auf Frage 10:

Ja, es ist zu Überschreitungen gekommen. Wie in der Vergangenheit auch, liegt die Anzahl der Ärzte, die am Ende tatsächlich einen Regress bezahlen müssen, nur im einstelligen Bereich. Das ist aber nur deshalb so, weil die von der Einleitung eines Regressverfahrens betroffenen Ärzte große Anstrengungen unternehmen die medizinische Notwendigkeit der Heilmittelverordnungen zu belegen. Dazu ist es häufig notwendig, Verordnungen über einen Zeitraum von 4 Jahren durchzuschauen und mehrere hunderte Verordnungen zu begründen. Diese Arbeit der Rechtfertigung wird nicht bezahlt. Die von der Einleitung eines Regressverfahrens betroffenen Ärzte stellen nach solch einer Erfahrung häufig für lange Zeit die Ausstellung von Heilmittelverordnungen prophylaktisch ein.

Siehe auch: TAL-Analyse Arztregresse:

<https://tal-ggmbh.de/wp-content/uploads/2020/01/%C3%84rtzliche-Sicht-auf-Heilmittelregresse-TAL-gGmbH.pdf>

Frage 11:

Welche konkreten Auswirkungen haben die Heilmittelvereinbarungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Heilmitteln?

Antwort auf Frage 11:

Patientinnen und Patienten mit Heilmittelbedarf, erhalten keine Heilmittelbehandlungen mehr.

Siehe unter Anderem:

<https://tal-ggmbh.de/die-aerztliche-sicht-auf-heilmittelregresse-ergebnisse/>

Frage 12:

Wie hat sich die Abschaffung der Richtgrößenprüfung auf die Heilmittelvereinbarungen ausgewirkt?

Antwort auf Frage 12:

Die Abschaffung der Richtgrößenprüfung wurde durch andere Prüfungen ersetzt, die den Ärzten ein bisschen mehr Spielraum bieten. Dies schlägt sich allerdings nicht maßgeblich auf das Ordnungsverhalten wieder, siehe Antworten 10 und 11

Thema D: Einzug von Zuzahlungen**Frage 13:**

Wie bewerten Sie diese Forderung?

Frage 14:

Gibt es andere Möglichkeiten, den Aufwand, der den Heilmittelerbringern durch den Einzug der Zuzahlung entsteht, zu reduzieren?

Frage 15:

Können auf der vertraglichen Ebene Regelungen getroffen werden, die den Einzug der Zuzahlung erleichtern?

Antwort auf die Fragen 13-15:

Wir konnten mit dem GKV-SV eine Vereinbarung treffen. Die tatsächliche Auswirkung der Regelung bleibt zunächst abzuwarten, es kann jedoch stark davon ausgegangen werden, dass die Heilmittelerbringer damit deutlich entlastet werden.

Grundsätzlich wäre es sozialpolitisch sinnvoll, die Zuzahlungen gänzlich abzuschaffen, denn die Zuzahlung belastet vor allem Menschen mit niedrigem Einkommen überproportional. Als Mengensteuerungsinstrument hat die Zuzahlung jedoch laut verschiedener Studien keinerlei Wirkung.

Thema E: Digitalisierung**a. Einführung eines 2-dimensionalen Barcodes**

Frage 16:

Wie bewerten Sie diesen Vorschlag?

Antwort auf Frage 16:

Wir halten diesen Vorschlag für sinnvoll.

Frage 17:

Könnte der Barcode dazu beitragen, die Prüfung von Verordnungen zu erleichtern?

Antwort auf Frage 17:

Ja, man kann erwarten, dass ein Barcode die Verordnungsprüfung erleichtert. Allerdings ist zu bedenken, dass mit einer Codierung keine Änderungen mehr auf den Verordnungen vorgenommen werden können, da diese dann im Barcode nicht ersichtlich sind. Die betreffenden Verordnungen sind dann neu auszustellen, womit wieder ein höherer Aufwand einhergeht.

Frage 18:

Welche (zusätzliche) technische Ausstattung wäre für das Aufbringen eines maschinenlesbaren Barcodes auf den Verordnungen in den Arztpraxen erforderlich?

Antwort auf Frage 18:

Es ist ein Barcodegenerator notwendig, sowie entsprechende Schnittstellen zur Arztsoftware.

Frage 19:

Welche (zusätzliche) technische Ausstattung wäre dafür in den Heilmittelpraxen erforderlich, um den Barcode zu scannen und in die Software zu übertragen?

Antwort auf Frage 19:

Es sind Barcodescanner erforderlich, sowie entsprechende Schnittstellen zur Übertragung in die Praxissoftware der Therapiepraxen.

Frage 20:

Welcher Zeithorizont wäre für die Einführung des maschinenlesbaren Barcodes erforderlich?

Antwort auf Frage 20:

Zwischen ein bis zwei Jahren

b. Ermöglichung der digitalen Unterschrift unter der Empfangsbestätigung durch den Versicherten**Frage 21:**

Könnte die Vorgabe, dass die Unterschrift auch digital erbracht werden kann, einen Beitrag zur Entbürokratisierung leisten?

Antwort auf Frage 21:

Ja, die Möglichkeit zur digitalen Unterschrift würde einen Beitrag zur Entbürokratisierung leisten.

Frage 22:

Gibt es aus Ihrer Sicht Punkte, die gegen eine entsprechende vertragliche Vereinbarung sprechen?

Antwort auf Frage 22:

Wenn der GKV-SV die gesetzliche Vorgabe dazu erhält, sehen wir keine Hemmnisse.

c. Videobehandlung

Frage 23:

Sollten Videobehandlungen auch über den 30. Juni 2020 hinaus ermöglicht werden?

Antwort auf Frage 23:

Ja, es gibt viele Vorteile, die sich aus der Möglichkeit ergeben Videobehandlungen durchzuführen. Selbiges gilt für die Möglichkeit einer telefonischen Beratung, da Ergotherapeuten in ihrer Leistungsbeschreibung in einem nicht unerheblichen Umfang Beratungen erbringen.

Frage 24:

Welche Bedeutung können Videobehandlungen in den verschiedenen Heilmittelbereichen künftig haben? Wie hoch ist der Anteil der Behandlungsmaßnahmen in den verschiedenen Heilmittelbereichen, der grundsätzlich für Videobehandlungen in Frage kommt?

Antwort auf Frage 24:

Die Möglichkeit der Videobehandlung schafft eine bessere Versorgungslage mit Heilmitteln. Die Höhe des Anteils an Behandlungen, die grundsätzlich als Videobehandlung durchgeführt werden können, werden wir nach unserer Umfrage dazu konkret beantworten.

Frage 25:

Welchen Regelungsbedarf (datenschutzrechtlich, technisch, hinsichtlich der Voraussetzungen beim Patienten) gibt es?

Antwort auf Frage 25:

Es gibt bereits viele etablierte Anbieter auf dem Markt, die Videobehandlungen unter Wahrung des Datenschutzes und mit wenigen technischen Voraussetzungen ermöglichen, so dass bis auf geringfügige grundlegende Vorgaben wenig Regelungsbedarf gesehen wird.

Thema F: Verbesserung der Datenlage im Heilmittelbereich

Frage 26:

In welchen Bereichen, zu welchen Fragestellungen und mit welchen Zielen würden Sie die Gewinnung zusätzlicher Daten und die Erstellung statistischer Aufbereitungen für erforderlich halten?

Antwort auf Frage 26:

1. Korrekte, weil verpflichtende Meldung der Schulen und Hochschulen, zur **Entwicklung der Schülerzahlen/Studentenzahlen je Heilmittelbereich**. Die **Zahlen des Statistischen Bundesamtes sind** lt. eigenen Angaben **falsch**, da jene schlichtweg unvollständig sind. Anders als in der Pflege gibt es keine Verpflichtung für Therapeutische Schulen/Hochschulen, die Schüler/Studentenzahlen an die Statistischen Landesämter zu melden. –Die Entwicklung der Schülerzahlen korreliert jedoch mit der Entwicklung des Fachkräftemangels und ist daher ein wichtiger Indikator für die Beurteilung der Lage im Heilmittelbereich.
2. Es fehlt bislang eine Statistik über den **tatsächlichen Verbleib im Beruf** – Zweck: Wir erhalten Hinweise auf offenbare Hemmnisse im Beruf zu verbleiben.
3. Es fehlt bislang eine Analyse über die **Ursachen des hohen Krankenstandes innerhalb der Therapiefachberufe**. Lt. BGW sind **Heilmittelerbringer** im Jahr **20,4 Tage krank**. Das weicht deutlich vom Durchschnitt anderer Berufe nach oben hin ab. – Zweck: Indikator für die Arbeitsbedingungen der Berufe. Im Falle einer daraus resultierenden Verbesserung: Mehr mögliche Heilmittelbehandlungen durch geringere Krankenstände und Erhöhung der Attraktivität der Berufe durch bessere Arbeitsbedingungen.
4. Erhebung der **Versorgungsquoten im Heilmittelbereich mittels Versichertenpseudonym** – siehe § 303b SGB V, um überhaupt tatsächliche Aussagen zur Heilmittelversorgung treffen zu können.
5. Erhebung der Altersstruktur der Berufsangehörigen – im Hinblick auf den Fachkräftemangel und daraus resultierende Maßnahmen

6. Abgleich zwischen ausgestellten Verordnungen und tatsächlicher Inanspruchnahme, um valide Aussagen zum tatsächlichen Zugang zu Heilmittelleistungen treffen zu können.
7. **Fehl- Unter- und Überversorgung mit Heilmitteln** vermeiden. Im Gesundheitswesen sind die finanziellen Mittel begrenzt. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit soll mit dieser knappen Ressource die beste medizinische Versorgung gewährleistet werden. Daher sind unterschiedliche Behandlungsalternativen und deren Kombinationen (Heilmittel/Medikation/Operation/Hilfsmittel) wissenschaftlich zu untersuchen. Die Evaluierung der Wirtschaftlichkeit hat ausgerichtet an der tatsächlichen Versorgungsrealität und nicht nach Budget-Impact-Analysen zu erfolgen. Volkswirtschaftliche Produktivitätsverluste als auch die Auswirkung der Behandlung auf die Lebensqualität (Schmerz, Funktionalität, Stabilität, person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren, Beeinträchtigung der Aktivitäten) stehen dabei im Fokus.
8. Was fehlt ist zudem eine **Statistik**, die die **Mengenentwicklung der ambulanten Heilmittelbehandlungen nach 124 SGB V der Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen** abbildet, die keiner Zulassung bedürfen, aber Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzungen dafür erfüllen.
9. Zudem ist die **Anzahl der Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen** sowie den dort zu diesem Zwecke beschäftigten Leistungserbringern **zu erheben, die ambulante Heilmittelleistungen nach § 124 SGB V abrechnen**, um das **Versorgungsgeschehen** überhaupt **einschätzen** zu können. Der GKV-SV hat insbesondere hier darauf verwiesen, diese Statistik zu erstellen, wenn es einen gesetzgeberischen Auftrag dazu gäbe.
10. Es ist wieder regelmäßig eine **Krankheitskostenstatistik** zu führen. Das Statistische Bundesamt teilte auf Nachfrage mit, dass die Krankheitskostenstatistik aus Kostengründen nicht mehr erhoben wird. Nur aus der Krankheitskostenstatistik kann jedoch analytisch der monetäre Effekt einer besseren Versorgung/Prävention entnommen werden.
11. **Zahlen zum Entlassmanagement** von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, Zweck: Um überhaupt Aussagen zum Übergang der stationären in die ambulante Versorgung im Heilmittelbereich treffen zu können. Steigen die Zahlen oder sinken sie, werden die Verordnungen auch eingelöst? Werden die Heilmittelbehandlungen danach fortgeführt? Um welche Diagnosen handelt es sich? Ist die Versorgung mit Heilmitteln in diesem Kontext angemessen?
12. **Wiedereinführung der Kennzahl:** Wie hoch ist das ärztliche Verordnungsvolumen je Arztgruppe und Heilmittelbereich **absolut**. Seit der Überarbeitung der **GKV-HIS-Statistik** wird dieser Wert nur noch relativ auf die

gesamten Heilmittelausgaben angegeben, was die Weiterberechnung z.B. des ärztlichen Verordnungsvolumens je Arztgruppe/je GKV-Versicherter unnötig erschwert.

Anmerkungen:

- Grundsätzlich sollten sämtliche Statistiken neben einer PDF-Variante auch als CSV-Datei zur Verfügung stehen.
- Einige der hier benannten Statistiken werden durch Zeitreihenvergleiche sehr aussagekräftig
- Zudem sind **Plausibilitätsprüfungen** sinnvoll. Die **Anzahl** der Betriebsstätten/**Praxen** der **BGW differiert erheblich mit der benannten Anzahl der ARGE Zulassung**. 8.049 Ergotherapiepraxen 2019 lt. BGW (zum Ende 2018: 7.979) und 10.220 Ergotherapiepraxen zum 01. Quartal 2019 lt. ARGE Zulassung. Das ist eine **Differenz** von rund 2.200 Ergotherapiepraxen und damit **21 Prozent!** Für die wohnortnahe Versorgung und für politische Entscheidungen macht es einen Unterschied, ob es über 10.000 Ergotherapiepraxen gibt, oder nur rund 8.000 Ergotherapiepraxen.

11

Tragfähige und damit richtige politische Entscheidungen können nur mit einer ausreichenden und sinnvollen Datenbasis getroffen werden. Anderenfalls stochern wir weiter im Nebel und machen einen Blindflug mit unsicheren Instrumentenangaben.

Frage 27:

Durch wen könnten diese Erhebungen und Aufbereitungen erfolgen?

Antwort auf Frage 27:

Durch unabhängige Einrichtungen, wie:

- **Statistisches Bundesamt**
- **IQWiG**
- **Wissenschaftliche oder forschende Institute**
- **Hochschulen der Therapieberufe**

Herzliche Grüße



Christine Donner

Diplom-Betriebswirt

Geschäftsführender Vorstand BED e.V.

Mobil: 0173- 25 833 70 / c.donner@bed-ev.de