

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN  
– Drucksache 17/598 –**

### **Regional ungleicher Zugang zu Heilmitteln**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Die gesetzliche Krankenversicherung ist dem Grundsatz verpflichtet, allen Versicherten den gleichen Zugang zu den medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Dabei erfolgt die Konkretisierung der Leistungsansprüche der Versicherten über Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die bundeseinheitlich gelten. Diesem Grundsatz des einheitlichen Leistungsanspruchs scheinen die Ergebnisse des Heilmittelberichts 2009/2010 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK klar zu widersprechen. Darin werden regional sehr unterschiedliche Zugänge der Bevölkerung zu Heilmitteln festgestellt. Eine räumlich unterschiedliche Behandlungsintensität ist bei allen Arten von Heilmitteln (Physio-, Ergo-, Sprachtherapie) ersichtlich und deutet auf ein sehr unterschiedliches Ordnungsverhalten der Vertragsärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) hin.

Bei der Physiotherapie variierten 2008 die Leistungen je 1 000 AOK-Versicherte zwischen Sachsen (750,5), Berlin (677,4), Baden-Württemberg (625,1), Sachsen-Anhalt (612,6), Bayern (564,4) sowie Westfalen-Lippe (233,7), Nordrhein (314,1), Hessen (339,3). Der Bundesdurchschnitt beträgt 500. Der Unterschied zwischen der Region mit der höchsten und der mit der niedrigsten Behandlungszahl beträgt das 3,21-Fache.

Bei der Ergotherapie variierten 2008 die Leistungen je 1 000 AOK-Versicherte zwischen Sachsen (51,6), Schleswig-Holstein (44,6), Hamburg (43,3), Saarland (42,7) sowie Westfalen-Lippe (23,9), Hessen (24,5), Nordrhein (29,5). Der Bundesdurchschnitt beträgt 34. Der Unterschied zwischen der Region mit der höchsten und der mit der niedrigsten Behandlungszahl beträgt das 2,16-Fache.

Bei der Sprachtherapie variieren 2008 die Leistungen je 1 000 AOK-Versicherte zwischen Baden-Württemberg (43,9), Nordrhein (38,2), Schleswig-Holstein (36,7), Berlin (33,9), Westfalen-Lippe (26,3) sowie Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt (22,7), Rheinland-Pfalz (25). Der Bundesdurchschnitt beträgt 30,8. Der Unterschied zwischen der Region mit der höchsten und der mit der niedrigsten Behandlungszahl beträgt das 1,9-Fache.

Die Leistungen der Ergo- und der Sprachtherapie werden besonders häufig von Kindern in Anspruch genommen. Mehr als die Hälfte aller sprachtherapeutischen Leistungen werden von Kindern zwischen dem sechsten und neunten Lebensjahr beansprucht. Am häufigsten wird Sprachtherapie vor Abschluss der Sprachentwicklung verordnet. Mithin entscheidet die Entwicklung der Sprachfähigkeit über die Bildungschancen von Kindern. Auch bei der Ergotherapie ist ein Verordnungsgipfel bei Kindern im Grundschulalter zu verzeichnen.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, wenn diese notwendig sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (§§ 23 und 32 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Zu den Heilmitteln gehören Maßnahmen der physikalischen Therapie (z. B. Krankengymnastik), der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie. Die Versorgung mit Heilmitteln muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§§ 2 und 12 SGB V).

Der gesetzliche Leistungsanspruch der Versicherten wird durch die Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) konkretisiert. Diese legen insbesondere die Verordnungsgrundsätze fest und enthalten einen Katalog verordnungsfähiger Heilmittel, in dem die einzelnen Heilmittel bestimmten Diagnosegruppen zugeordnet und Verordnungsmengen im Regelfall bestimmt sind. Die Richtlinien sind für die Vertragsärzte, Krankenkassen, Versicherten und Leistungserbringer verbindlich. Ob und gegebenenfalls welches Heilmittel zu verordnen ist und wie viele Behandlungen notwendig sind, muss in jedem Einzelfall unter Beachtung der Vorgaben in den Heilmittel-Richtlinien und unter Berücksichtigung möglicher alternativer Maßnahmen nach ärztlichem Ermessen entschieden werden.

Die Verweigerung medizinisch notwendiger Heilmittelverordnungen aus Angst vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressen ist mit den vertragsärztlichen Pflichten nicht vereinbar. Für medizinisch notwendige und zweckmäßige Verordnungen soll niemand in Regress genommen werden. Das Gesetz sieht vielmehr ausdrücklich die Anerkennung von etwaigen Praxisbesonderheiten vor.

Die näheren Vorgaben zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit bei der Verordnung von Heilmitteln, insbesondere das Ausgabenvolumen für Heilmittel und die Richtgrößen sowie die Einzelheiten der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, sind auf regionaler Ebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu vereinbaren. Dabei können auch zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten bereits vorab vertraglich anerkannt werden.

Die Koalitionspartner haben sich darauf verständigt, angesichts der vielfältigen Steuerungsinstrumente zu überprüfen, ob weiterhin eine Notwendigkeit für Richtgrößen für ärztliche Verordnungen besteht.

1. Wie erklärt sich die Bundesregierung die Diskrepanz bei den Verordnungen der
  - a) Physiotherapie,
  - b) Ergotherapie,
  - c) Sprachtherapie

zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus, und wie denkt sie dieser Diskrepanz entgegenzuwirken?

2. Sind der Bundesregierung morbiditätsbezogene Gründe bekannt, die erklären, warum die Heilmittelverordnungen um etwa das Zwei- bis Dreifache zwischen den KVen mit den höchsten und den mit den niedrigsten Verordnungen variieren?

Falls ja, welche sind das?

3. Welche anderen plausiblen Gründe rechtfertigen nach Ansicht der Bundesregierung das unterschiedliche Ordnungsverhalten in den KVen?

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

Es gibt eine Vielzahl möglicher Gründe, die sich in ihrer Gesamtheit als regionale Besonderheiten auswirken und eine regional unterschiedliche Verordnungshäufigkeit von Heilmitteln bedingen können. Hierzu zählen beispielsweise

- patientenbezogene Faktoren wie Altersstruktur, Geschlechterverteilung, Morbidität und Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten;
- die bestehenden Versorgungsstrukturen wie Arztdichte, Fachärzteanteil, Leistungserbringerdichte, Art und Anzahl stationärer Einrichtungen;
- die Therapie- und Verschreibungsgewohnheiten der Vertragsärztinnen und -ärzte einschließlich der Erbringung entsprechender Leistungen in Arztpraxen;
- die Verfügbarkeit anderer Versorgungsangebote (z. B. Frühförderung) oder Verlagerungseffekte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sowie auch
- etwaige Kampagnen oder sonstige Maßnahmen, die eine zusätzliche Nachfrage nach Heilmitteln induzieren.

Nach Auffassung der Bundesregierung kann regionalen Besonderheiten am besten auf regionaler Ebene von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen oder deren Landesverbänden Rechnung getragen werden, wie es das geltende Recht vorsieht. Insoweit wird auch auf die Vorbemerkung der Bundesregierung und die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

4. a) Ist davon auszugehen, dass Richtgrößen das Verordnungsgeschehen maßgeblich beeinflussen?

Falls ja, weshalb, und in welcher Form?

Falls nein, weshalb nicht?

- b) Wie erklärt sich die Bundesregierung die so stark differierenden Richtgrößen?

- c) Welche Richtgrößen erscheinen der Bundesregierung für die Physio-, die Ergo- und die Sprachtherapie als notwendig und angemessen?

Die Richtgrößen sollen zu einer rationalen und wirtschaftlichen Verordnung von Heilmitteln beitragen. Es ist davon auszugehen, dass sie in diesem Sinne eine relevante Steuerungswirkung entfalten.

Für eine Beurteilung der Angemessenheit von Richtgrößen ist die Bundesregierung nicht zuständig.

Das Ausgabenvolumen für Heilmittel und die daraus abgeleiteten Richtgrößen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits auf der Grundlage bundesweiter Rahmenvorgaben unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedingungen festgelegt. Diese Regelung ist grundsätzlich sachgerecht.

5. a) Sind der Bundesregierung KVen bekannt, die Vertragsärzte beim Umgang mit den Budgetgrenzen beraten?  
Falls ja, welche sind dies, und in welcher Form geht die Beratung vonstatten?
- b) Sofern eine solche Beratung nicht erfolgt, weshalb nicht?
- c) Werden geeignete Softwareprogramme eingesetzt, um einen besseren Überblick über die Spielräume beim Heilmittelbudget zu haben?  
Falls nein, weshalb nicht?

In diesem Zusammenhang muss zunächst klargestellt werden, dass es sich bei dem Richtgrößenvolumen der Arztpraxen nicht um ein starres Budget handelt. Maßgeblich für die Verordnung von Heilmitteln bleibt die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall. Einem medizinisch begründeten höheren Verordnungsbedarf von Ärztinnen und Ärzten, deren Patientinnen und Patienten in überdurchschnittlichem Maße Heilmittel benötigen, ist gegebenenfalls durch die Anerkennung von Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen beraten ihre Mitglieder im Hinblick auf eine rationale und wirtschaftliche Ordnungsweise sowie zu Richtgrößen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und der Geltendmachung von Praxisbesonderheiten. Die konkreten Beratungsangebote der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen stellen sich unterschiedlich dar. Sie umfassen im Wesentlichen schriftliche Informationen, Informationsveranstaltungen sowie telefonische oder persönliche Beratungsgespräche.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass geeignete Softwareprogramme zum Einsatz kommen, die die Dokumentation und Steuerung von Heilmittelverordnungen im Hinblick auf die Einhaltung des Richtgrößenvolumens unterstützen. Nähere Informationen hierzu liegen ihr nicht vor.

6. In welchen KVen sieht die Bundesregierung eine Unter- bzw. Überversorgung in der
  - a) Physiotherapie,
  - b) Ergotherapie,
  - c) Sprachtherapie?Welches Ausmaß erreicht dabei in den einzelnen KVen die Unter- bzw. Überversorgung in den jeweiligen Heilmittelbereichen?

Wegen der Vielzahl möglicher Einflussfaktoren hält die Bundesregierung es für problematisch, aufgrund der unterschiedlichen Verordnungshäufigkeiten eine Unter- oder Überversorgung mit bestimmten Heilmitteln festzustellen.

7. a) Wie bewertet die Bundesregierung den regional sehr unterschiedlichen Zugang von Kindern zu Sprach- und Ergotherapie?  
b) Welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?
8. Gibt es, gab es oder plant das Bundesministerium für Gesundheit Aktivitäten, damit Kinder mit einer funktionellen Sprachstörung einen besseren und

einheitlichen Zugang zu professionellen Leistungen der Sprachtherapie erhalten?

Falls ja, welche sind dies?

Falls nein, weshalb nicht?

Wegen des sachlichen Zusammenhangs werden die Fragen 7 und 8 gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass unterschiedliche Verordnungshäufigkeiten und damit Unterschiede im tatsächlichen Zugang zu bestimmten Heilmitteltherapien durch regionale Besonderheiten gerechtfertigt sein können. Sie hält eine Vereinheitlichung daher insoweit nicht für geboten. Insbesondere kann es nicht im Interesse der Solidargemeinschaft und auch der betroffenen Versicherten sein, einen Behandlungsbedarf zu postulieren, der sich ohne differenziertere Betrachtung an den oberen Vergleichswerten der statistischen Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK orientiert.

Die bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen ermöglichen grundsätzlich eine bedarfsgerechte Versorgung aller Versicherten mit Heilmitteln. Der Leistungsanspruch der Versicherten ist bundeseinheitlich geregelt. Er wird durch die Heilmittel-Richtlinien des G-BA verbindlich konkretisiert. Auch die Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist dem Grunde nach gesetzlich vorgegeben. Diese einheitlichen Vorgaben können durch die regionalen Vereinbarungen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit bei der Verordnung von Heilmitteln nicht in Frage gestellt werden.

9. Mit welchen Maßnahmen trägt die Bundesregierung dazu bei, dass die Empfehlung aus dem Bericht über die Lebenssituation junger Menschen „95 Prozent aller Kinder sollen bei der Einschulung über adäquate Sprachkompetenzen verfügen“ (Bundestagsdrucksache 16/12860, S. 262) für alle Regionen im Bundesgebiet wirksam werden kann?

Die unabhängige Sachverständigenkommission verfasst den Kinder- und Jugendbericht stets in eigener Verantwortung. Die Haltung der Bundesregierung wird demgegenüber in ihrer Stellungnahme verdeutlicht. Zu Aussagen und Schlussfolgerungen des Berichts, zu denen sich die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme nicht äußert, kann weder von ihrer Zustimmung noch von ihrer Ablehnung ausgegangen werden.

Unabhängig davon ist die frühe Förderung der Sprachentwicklung ein Schwerpunkt der Politik der Bundesregierung. Die Unterstützung und Förderung der sprachlichen Entwicklung aller Kinder in den Bildungsplänen der Länder hat für die Kindertageseinrichtungen ein besonderes Gewicht. In der Qualifizierungsinitiative für Deutschland, die die Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel und die Regierungschefin sowie die Regierungschefs der Länder anlässlich des Bildungsgipfels vom 22. Oktober 2008 in Dresden beschlossen haben, haben die Länder zugesagt, flächendeckend bis 2010 die Voraussetzungen für verbindliche, auf alle Kinder rechtzeitig vor der Einschulung anzuwendende Sprachstandsbeobachtungen bzw. -feststellungsverfahren zu schaffen und bis 2012 flächendeckend eine kostenfreie, bedarfsgerechte intensivierete Sprachförderung vor der Einschulung sicherzustellen. Der Bund wird die frühe Sprachförderung mit Integrationskursen für Eltern flankieren.

Die Bundesregierung unterstützt zudem die Bemühungen der Länder bereits seit Jahren durch empirische Bildungsforschung zu Sprachdiagnostik und darauf basierender Sprachförderung. Sprachdiagnostik/Sprachförderung ist ein Schwerpunkt des Rahmenprogramms zur Förderung der empirischen Bildungsforschung.

Die Bundesregierung wird, wie im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vereinbart, die Ausgaben für Bildung und Forschung bis 2013 um insgesamt 12 Mrd. Euro erhöhen. Auf der Besprechung der Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel mit der Regierungschefin und den Regierungschefs der Länder am 16. Dezember 2009 wurde beschlossen, dass der Bund im Rahmen seiner Zuständigkeiten Maßnahmen insbesondere auch im Bereich frühkindliche Sprachförderung und Bildung ergreift und den Ländern anbietet, sie unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten in prioritären bildungspolitischen Handlungsfeldern, insbesondere auch im Bereich frühkindliche Sprachförderung, zu unterstützen.

Aktuell unterstützt der Bund die Bemühungen der Bundesländer mit folgenden Projekten:

- Im Auftrag und mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurde von Februar 2006 bis Juli 2008 mit Beteiligung von sechs Bundesländern (Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Thüringen) das Projekt „Sprachliche Förderung in der Kita“ vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) durchgeführt. Dieses Projekt hat curriculares Fördermaterial entwickelt, das aufzeigt, wie eine anregungsreiche, ganzheitliche Bildungsarbeit Kinder in ihrem natürlichen Spracherwerb unterstützt und ihre sprachlichen Kompetenzen erweitert. Ein früher Start und langfristige Fördermaßnahmen zahlen sich aus, das gilt für alle Kinder, aber ganz besonders für Kinder, die Deutsch als Zweitsprache erwerben. Die Projektergebnisse wurden Anfang 2009 veröffentlicht.
- Das auf zwei Jahre angelegte Projekt „Sprachliche Bildung und Förderung für Kinder unter Drei“ wird vom BMFSFJ gefördert und vom DJI von April 2009 bis März 2011 durchgeführt. Ziel ist die Entwicklung von Qualifizierungsmaterial für pädagogische Fachkräfte und Tagespflegepersonen.
- Im Auftrag und mit Fördermitteln des BMFSFJ wurden zweisprachige Elternbriefe für die Hauptgruppen der in Deutschland lebenden Eltern mit Migrationshintergrund bis Mitte 2009 entwickelt. Damit sollen Eltern Hilfestellung erhalten, um ihre Kinder bei der Sprachentwicklung und beim Erlernen der deutschen Sprache unterstützen zu können.
- Eine vom BMFSFJ in Auftrag gegebene Evaluationsstudie untersucht die Eignung und Effizienz der im Zusammenhang mit der „Sendung mit dem Elefanten“ vom Bildungsverlag EINS gemeinsam mit dem WDR publizierten Materialien zur Sprachförderung.



