

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink,  
Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 17/9637 –**

### **Verbesserung der Heilmittelversorgung**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Nach § 12 und § 70 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt für die gesetzlichen Krankenkassen und die Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebot, nach dem die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, um das Behandlungsziel zu erreichen. Gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Aus dem Solidarprinzip des Krankenversicherungssystems und dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ergibt sich der Grundsatz des gleichen Zugangs zu medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat bei der Konkretisierung der Leistungsansprüche der Versicherten über die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) den besonderen Belangen behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen (§ 1 Absatz 2 HeilM-RL).

Der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011 des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen kommt trotz alledem zu dem Schluss, dass es in Deutschland eine Fehlversorgung mit Heilmitteln gibt. Der Zugang zur Heilmittelversorgung ist nicht nur vom Wohnort einer Person abhängig, sondern auch vom Alter, Geschlecht und den sozialen Lebensumständen. Zudem bleiben nach der Beantwortung der Bundesregierung von mehreren Kleinen Anfragen zum Thema Heilmittel noch offene Fragen zur Bedeutung von Richtgrößen im Heilmittelbereich, zur angemessenen Vergütung der Heilmittelerbringer und die Erstattungsfähigkeit therapeutischer Maßnahmen.

Der G-BA wollte mit dem 2011 neu geschaffenen Verfahren nach § 8 Absatz 5 HeilM-RL die erforderlichen Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls für Patienten mit schweren und dauerhaften Behinderungen oder Erkrankungen sicherstellen. Die Umsetzung des Verfahrens hat in der Praxis zu Schwierigkeiten geführt. Seit dem 1. Januar 2012 ist § 32 Absatz 1a SGB V in Kraft, der regelt, dass die Genehmigungsvoraussetzungen für Verordnungen

bei langfristigem Behandlungsbedarf der G-BA in der Heilm-RL festlegt. Dem hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vorgegriffen, indem er in Bearbeitungshinweisen vom 16. Dezember 2011 formulierte, in welcher Weise Ärzte einen längerfristigen Heilmittelbedarf zu belegen haben. Die Auslegung in den Bearbeitungshinweisen, dass es dabei um eine fortlaufend gleichbleibende Heilmitteltherapie geht, lassen Zweifel aufkommen, ob schwerstbedürftige und fortlaufend behandlungsbedürftige Versicherte davon profitieren und die Regelung den gedachten Zweck erfüllt.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Durch die gesetzlichen Vorgaben im SGB V und die Heilmittel-Richtlinie des G-BA ist die Heilmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene einheitlich geregelt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen ermöglichen grundsätzlich eine bedarfsgerechte Versorgung aller Versicherten mit den benötigten Heilmitteln. Auch im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung in den letzten Jahren geht die Bundesregierung davon aus, dass im Bereich der Heilmittelversorgung keine systematischen Defizite bestehen. Die gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten für die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots kann jedoch in Einzelfällen zu Meinungsverschiedenheiten und Konflikten führen, die aber auf der Grundlage des geltenden Rechts lösbar sind. Dies gilt auch für die Umsetzung neuer gesetzlicher Vorschriften. Insoweit erwartet die Bundesregierung, dass sich die Beteiligten zügig auf praxisgerechte Lösungen im Interesse der betroffenen Versicherten verständigen, und wird die weitere Entwicklung sorgfältig beobachten. Ein weitergehender Handlungsbedarf wird derzeit nicht gesehen.

1. Ist der Bundesregierung bekannt, wann der G-BA seiner Aufgabe nachkommen wird, Einzelheiten zur Ausgestaltung des Genehmigungsverfahrens nach § 32 Absatz 1a SGB V wie z. B. die Konkretisierung des begünstigten Personenkreises und Anforderungen an die ärztliche Begründung bei langfristigen Verordnungen festzulegen?

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde Versicherten, die langfristig Heilmittel benötigen, die Möglichkeit eingeräumt, sich die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum von ihrer Krankenkasse genehmigen zu lassen. Der Gesetzgeber hat damit eine vom G-BA im Rahmen der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie getroffene Regelung aufgegriffen und weiterentwickelt. Der G-BA ist nun gehalten, seinen Beschluss unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und der Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung zu überprüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln. Entsprechende Beratungen sind derzeit anhängig. Der weitere Fortgang bleibt zunächst abzuwarten.

2. Welchen Stellenwert haben aus Sicht der Bundesregierung die Bearbeitungshinweise vom 16. Dezember 2011 des GKV-Spitzenverbands, die im Detail die Voraussetzungen des Genehmigungsverfahrens formulieren?

Die Bearbeitungshinweise sollen den Krankenkassen als Hilfestellung für die Durchführung des Genehmigungsverfahrens dienen. Sie sind nicht verbindlich.

3. War es Absicht des Gesetzgebers, bei langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V, die Heilmittelbehandlung ausschließlich als fortlaufend gleichbleibende Therapie mit dauerhaft gleichbleibenden Heilmitteln zu formulieren?

Welcher Kreis von Patientinnen und Patienten mit schweren Behinderungen oder chronischen Erkrankungen würde davon profitieren, welcher nicht?

Nach Auffassung der Bundesregierung kann die Regelung Anwendung finden, wenn bei schweren und persistierenden Schädigungen zur Linderung der Beschwerden regelmäßig eine langfristige Behandlung mit bestimmten, in geeigneter Weise näher zu definierenden Heilmitteln medizinisch erforderlich ist. Die Konkretisierung obliegt dem G-BA.

4. Ist es nach Auffassung der Bundesregierung gewährleistet, dass alle Versicherten mit schweren Behinderungen oder chronischen Erkrankungen stets die im Einzelfall bedarfsgerechte Therapieviefalt in Anspruch nehmen können?

Wenn ja, warum?

Versicherte mit schweren Behinderungen oder chronischen Erkrankungen können auf der Grundlage des geltenden Rechts bedarfsgerecht mit Heilmitteln versorgt werden. Unabhängig von der neu eingeführten Genehmigung langfristig benötigter Heilmittel können nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie des G-BA alle medizinisch notwendigen Behandlungen verordnet werden.

5. Wie bewertet die Bundesregierung die Übernahme der Bearbeitungshinweise des GKV-Spitzenverbands für langfristige Verordnungen von Heilmitteln durch einzelne Kassenärztliche Vereinigungen (KV) – wie z. B. durch die KV Bayern (KVB Verordnung Aktuell vom 29. Februar 2012)?

Es bleibt den Kassenärztlichen Vereinigungen unbenommen, ihre Mitglieder über die Verfahrensweisen der Krankenkassen bei der Durchführung der Genehmigungsverfahren zu informieren.

6. In der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 17/738) benennt die Bundesregierung als Antwort zu den Fragen 1 bis 3 mögliche Gründe für regionale Besonderheiten für eine unterschiedliche Verordnungshäufigkeit von Heilmitteln. Liegen der Bundesregierung gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse vor, die die genannten Faktoren als mögliche Gründe für das in den Ländern höchst unterschiedliche Ordnungsverhalten belegen:
- a) patientenbezogenen Faktoren (Altersstruktur, Geschlechterverteilung, Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten),
  - b) Kampagnen und sonstigen Maßnahmen, welche die Verordnung nach Heilmitteln reduzieren bzw. verstärken,
  - c) Versorgungsstruktur wie Arztdichte, Fachärzteanteil, Art und Anzahl stationärer Einrichtungen?

Welche sind das genau?

In ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 17/738) hat die Bundesregierung aus ihrer Sicht mögliche Gründe für eine regional unterschiedliche Verordnungshäufigkeit von Heilmitteln genannt. Gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung insoweit nicht vor.

7. Kann die Bundesregierung bestätigen, dass es in den Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedliche Prüfvereinbarungen über die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Heilmittelverordnungen gibt?

Wenn ja, wie unterscheiden sich diese und wie bewertet die Bundesregierung diese?

8. Wie ist nach Ansicht der Bundesregierung sicherzustellen, dass sich aus den Unterschieden bei den Prüfvereinbarungen und der Prüfrichtlinie in letzter Konsequenz keine ungleichen Voraussetzungen für eine angemessene Behandlung von Patienten und Patientinnen ergeben?

Die Fragen 7 und 8 werden wegen ihres sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Prüfvereinbarungen werden auf regionaler Ebene zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen und sind demzufolge nicht einheitlich. Bedeutsam sind insbesondere Unterschiede bezüglich der Anerkennung von Praxisbesonderheiten, unabhängig davon, ob die entsprechenden Regelungen in den Prüfvereinbarungen enthalten sind oder an anderer Stelle getroffen wurden. Wegen der bisher regional sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aufgegeben worden, erstmals bis zum 30. September 2012 bundesweit geltende Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln festzulegen, die bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen anzuerkennen sind. Dadurch wird Transparenz hergestellt und einer Verunsicherung der verordnenden Vertragsärztinnen und -ärzte entgegengewirkt.

9. Welche Maßnahmen müssen aus Sicht der Bundesregierung von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ergriffen werden, um zu gewährleisten, dass die Verordnungspraxis der Vertragsärzte für Heilmittel dem tatsächlichen Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten entspricht?

Die Vertragspartner auf der regionalen Ebene müssen sich insbesondere auf bedarfsgerechte Ausgabenvolumina für Heilmittel, auf sachgerechte Richtgrößen und praxismgerechte Verfahren zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten verständigen. Auch der Beratung der Vertragsärztinnen und -ärzte über eine wirtschaftliche Verordnungsweise kommt ein hoher Stellenwert zu. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen zudem auf eine ordnungsgemäße Erfüllung des Versorgungsauftrags durch ihre Mitglieder achten. Die Verweigerung medizinisch notwendiger Heilmittelbehandlungen aus Angst vor Regressen ist mit den vertragsärztlichen Pflichten nicht vereinbar.

10. a) Wie begründet die Bundesregierung ihre Aussage in der Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 17/738, die Notwendigkeit von Richtgrößen für die ärztliche Verordnung von Heilmitteln überprüfen zu wollen?

Welches sind nach Auffassung der Bundesregierung die dort genannten „vielfältigen Steuerungsinstrumente“, die an deren Stelle treten könnten?

- b) Hat die Bundesregierung inzwischen die Notwendigkeit für Richtgrößen für ärztliche Verordnungen überprüft?

Wenn ja, welche Erkenntnisse liegen vor?

Wenn nein, wieso nicht?

Wirtschaftlichkeitsprüfungen anhand von Richtgrößen haben in der Vergangenheit zum Teil zu erheblicher Verunsicherung geführt. Da neben den Richtgrößen verschiedene weitere Steuerungsinstrumente (z. B. indikationsbezogene Vorgaben in der Heilmittel-Richtlinie, Zuzahlungen, Genehmigungsvorbehalt für bestimmte Verordnungen, Beratungen, Zufälligkeitsprüfungen) zur Anwendung kommen, war eine Überprüfung der Notwendigkeit von Richtgrößen geboten und im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien ausdrücklich vereinbart worden. Die Überprüfung ist insbesondere im Zusammenhang mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz erfolgt. Im Ergebnis hat der Gesetzgeber an Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel zwar grundsätzlich festgehalten. Es wurden aber wichtige gesetzliche Änderungen im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorgenommen, mit denen die Verordnung und Inanspruchnahme von Leistungen erleichtert wird.

11. Wie häufig wurde nach Einführung der Schiedsregelung im März 2009 ein Schiedsverfahren für die Aushandlung von Vertragspreisen oder deren Anpassung im Heilmittelbereich einberufen (bitte unterscheiden nach KV)?
12. Zu welchem Ergebnis kamen die einzelnen Schiedsverfahren, und zu welchen Schlussfolgerungen gelangt die Bundesregierung in der Gesamtbetrachtung?

Die Fragen 11 und 12 werden wegen ihres sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach Auskunft der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände wurden in Baden-Württemberg, Berlin, Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein insgesamt fünf Schiedsverfahren angestrengt. In der Mehrzahl der Fälle konnte letztlich doch noch eine Verständigung über eine differenzierte Anhebung der Vergütungen im Verhandlungswege erzielt werden.

Die Bundesregierung sieht sich durch die bisherigen Erfahrungen in ihrer Auffassung bestärkt, dass die Schiedsregelung zur Festlegung angemessener Vergütungen und zum Abbau sachlich nicht gerechtfertigter Vergütungsunterschiede beitragen kann.

13. Wie ist der stark variierende Bruttoumsatz je Heilmittel in den Kassenärztlichen Vereinigungen, belegt durch das GKV-Heilmittel-Informationssystem, zu erklären?

Nach Einschätzung der Bundesregierung liegen den im GKV-Heilmittel-Informationssystem des GKV-Spitzenverbandes ausgewiesenen Unterschieden beim Bruttoumsatz je Heilmittel neben unterschiedlichen Vergütungen insbesondere Unterschiede beim Verordnungsspektrum zugrunde.

14. Welche Vergütung erhalten Heilmittelerbringer und Heilmittelerbringerinnen in den einzelnen Bundesländern?

15. Zu welchen maximalen Vergütungsunterschieden nach § 125 Absatz 2 SGB V bei den Heilmittelerbringern kommt es in den einzelnen Bundesländern, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

Die Fragen 14 und 15 werden wegen ihres sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Vergütungen für Heilmittelbehandlungen werden zwischen den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden bzw. Arbeitsgemeinschaften und den Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer vertraglich vereinbart. Die Vergütungsvereinbarungen sind den für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Der Bundesregierung liegt keine vollständige Übersicht über die von den verschiedenen Vertragsparteien aktuell vereinbarten Vergütungen vor.

16. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um insbesondere die weiterhin notwendige Ost-West-Angleichung der Vergütungen für Heilmittelerbringer und Heilmittelerbringerinnen voranzutreiben?

Es ist primär Sache der Vertragspartner, sich auf für beide Seiten akzeptable Vergütungsregelungen zu verständigen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die 2009 eingeführte Schiedsregelung auch zu einer weiteren Ost-West-Angleichung der Vergütungen führen wird. Auf die Antwort zu den Fragen 11 und 12 wird verwiesen. Weitere Maßnahmen sind derzeit nicht geplant.

17. Wird die Bundesregierung finanzielle Mittel bereitstellen, um die Versorgungsforschung im Heilmittelbereich zu intensivieren?

Wenn ja, welche?

Wenn nein, wieso nicht, insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schon 2005 (Bundestagsdrucksache 15/5670) auf die Notwendigkeit hingewiesen hat, die Wirksamkeitsforschung im Heilmittelbereich zu intensivieren?

Die Bundesregierung hat im Laufe der Legislaturperiode mit Förderrichtlinien zur Versorgungsforschung den Themenbereich in Deutschland gestärkt. Im Rahmen dieser Aktivitäten werden aktuell auch Versorgungsforschungsprojekte im Heilmittelbereich gefördert. So liegt beispielsweise im Förderschwerpunkt „Versorgungsnaher Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“, der seit 2006 gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, den gesetzlichen Krankenkassen, der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung Bund finanziert und von den Bundesministerien für Gesundheit sowie Arbeit und Soziales mitgetragen wird, ein Schwerpunkt auf der Rehabilitation. Ein Projekt befasst sich mit der Reha-Optimierung bei Patienten mit Polyarthritiden oder Spondylarthritiden durch ein individuell vereinbartes Kraft-, Ausdauer- und Koordinationstraining. Im Rahmen eines weiteren Förderschwerpunkts werden Studien in der Versorgungsforschung gefördert mit dem Ziel, den Nutzen von Behandlungen u. a. aus dem Heilmittelbereich insbesondere im Versorgungsalltag zu belegen. So untersucht eine Studie beispielsweise den Nutzen einer intensiven Sprachtherapie für Patientinnen und Patienten mit Sprachstörungen nach einem Schlaganfall.

Im gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und Bundesministerium für Gesundheit getragenen Rahmenprogramm Gesundheitsforschung besteht u. a. im Aktionsfeld Versorgungsforschung die Möglichkeit, Anträge zur Forschung im Heilmittelbereich einzureichen.

18. Wie ist die Belastung durch Zuzahlung für Menschen, die aufgrund einer behandlungsbedürftigen Krankheit Heilmittel erhalten, im Sinne der Krankenkassen als Solidargemeinschaft zu rechtfertigen?

Durch eine angemessene Beteiligung an ihren Krankheitskosten leisten die Versicherten einen individuellen Beitrag für die ständige Verbesserung der Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung. Die Kostenbeteiligung soll zudem bewirken, dass die Versicherten im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine kostenbewusste und verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Leistungen Wert legen. Zugleich sorgen Belastungsgrenzen dafür, dass alle Versicherten, auch kranke und behinderte Menschen, die medizinische Versorgung in vollem Umfang erhalten und durch die gesetzlichen Zuzahlungen nicht unzumutbar belastet werden.

19. Wie hoch waren die Einnahmen der Krankenkassen in den Jahren 2006 bis 2011 durch die Zuzahlung zu Heilmittelleistungen?
20. Liegen der Bundesregierung Informationen oder Hinweise darauf vor, welche Anteile davon auf
- a) chronisch Kranke,
  - b) psychisch Kranke,
  - c) Menschen mit Behinderung,
  - d) Menschen über 65 Jahren,
  - e) Erwerbslose und
  - f) Menschen mit Migrationshintergrund entfallen?

Die Fragen 19 und 20 werden wegen ihres sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Angaben zum Gesamtbetrag der Zuzahlungen für Heilmittelleistungen für die genannten Zeiträume können dem Heilmittel-Informationen-System der gesetzlichen Krankenversicherung entnommen werden ([www.gkv-his.de](http://www.gkv-his.de)). Ab dem Jahr 2007 werden nach Altersgruppen differenzierende Statistiken zur Verfügung gestellt. Weitergehende Informationen liegen der Bundesregierung nicht vor.



