



An die
Mitglieder der Fraktionen der
SPD und Bündnis 90/Die Grünen
im Deutschen Bundestag

Ulla Schmidt

Bundesministerin
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Am Propsthoof 78a, 53121 Bonn
POSTANSCHRIFT 53108 Bonn

TEL +49 (0)1888 441-1000

FAX +49 (0)1888 441-4900

E-MAIL poststelle@bmgs.bund.de

Bonn, den 13. Februar 2004

Neuregelung der Versorgung mit Heilmitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung (Heilmittelrichtlinie)

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der aktuellen politischen Diskussion spielt die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit **Heilmitteln** eine große Rolle. Von interessierter Seite wird versucht, mit zum Teil hanebüchenen Behauptungen Stimmung gegen eine Neuregelung, und auch gegen die Gesundheitsreform insgesamt zu machen. Ich möchte nachfolgend einiges dazu klarstellen:

Im Recht der Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V) werden Leistungsansprüche der Versicherten und Behandlungsumfang in der gesundheitlichen Versorgung nur generell und abstrakt geregelt. Die Einzelheiten bestimmen die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltungen (also die Verbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen; sog. Bundesausschuss; heute: Gemeinsamer Bundesausschuss) in **Richtlinien und Verträgen**. Solche Richtlinien werden auch für die **Versorgung mit Heilmitteln** (z. B. Physiotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie) verabschiedet.

Nach der letzten Novellierung dieser Richtlinien im Jahr 2001 hat ein überproportionaler Ausgabenanstieg die Kosten in diesem Versorgungsbereich um über 20% in die Höhe getrieben, ohne dass hierfür zwingende medizinische Gründe ersichtlich sind. Deshalb hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung den Bundesausschuss

Ärzte/Krankenkassen im Frühjahr 2003 aufgefordert, die Ursachen dieses Ausgabenanstiegs zu analysieren und entsprechende Konsequenzen in den Heilmittelrichtlinien zu ergreifen.

Dieser Aufgabe ist der Ausschuss noch im alten Jahr gerecht geworden und hat eine **Neufassung der Heilmittelrichtlinien** vorgelegt, die prinzipiell den Intentionen des Gesetzes gerecht wird. Dabei ist einerseits zu beachten, dass **alle Versicherten die notwendige medizinische Versorgung** bekommen. Andererseits sind die Ressourcen so einzusetzen, dass die Grundsätze der **Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit** beachtet werden.

In zahlreichen Diskussionen mit Krankenkassen, Vertragsärzten, Heilmittelerbringern und betroffenen Gruppen wurde deutlich, dass die **grundsätzliche Richtung der Überarbeitung akzeptabel ist, im Detail aber Verbesserungen** notwendig sind. Das BMGS hat deshalb in Aussicht gestellt, diese Richtlinien nicht zu beanstanden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss, der nach der Neuregelung im GMG zuständig ist, folgende Vorgaben zwingend umsetzt:

1. Ermöglichung der Dauerverordnung

Auch nach Überschreiten der in den Richtlinien geregelten sog. **Gesamtverordnungsmengen** (beispielsweise 30 Einheiten für physikalische Therapie bei einem Kind mit einer angeborenen Fehlbildung des Fußes) ist eine Fortsetzung der Heilmittelbehandlung möglich, wenn dies medizinisch angezeigt ist. Deshalb muss der **Begriff der längerfristigen Verordnung** ausdrücklich in die Richtlinien aufgenommen werden. Der behandelnde Arzt muss allerdings auf einem Verordnungsblatt begründen, dass der Patient einer weiteren Heilmittelbehandlung bedarf. Folglich erhalten das Kind mit einer schweren spastischen Lähmung, der Patient mit einem Schlaganfall, die Patientin mit einer schweren Multiplen Sklerose oder ähnliche Fälle die notwendige Behandlung ohne Unterbrechung und ohne weiteren bürokratischen Aufwand.

Einwände, diese Gesamtverordnungsmengen seien nicht ausreichend bemessen, sind nicht zutreffend. Bei erwachsenen Patienten mit Störungen des zentralen Nervensystems (z. B. infolge eines Schlaganfalls) ist eine Gesamtverordnungsmenge von 30 Einheiten vorgesehen. Bei empfohlenen 2 Heilmittelbehandlungen je Woche wäre die Gesamtverordnungsmenge also erst nach rund 3 Monaten ausgeschöpft. Bei Kindern mit

Erkrankungen des zentralen Nervensystems (beispielsweise bei angeborenen Hirnschädigungen) oder bei Kindern mit Mukoviszidose betragen die Gesamtverordnungsmengen sogar 50 Einheiten bei einer empfohlenen Behandlungshäufigkeit von 2 Einheiten pro Woche. Damit vergeht also rund ein halbes Jahr, bis die Gesamtverordnungsmenge ausgeschöpft und für weitere Behandlungseinheiten die Genehmigung der Krankenkasse erforderlich ist.

2. Unbürokratisches Genehmigungsverfahren

Damit sicher gestellt ist, dass durch das **Genehmigungsverfahren bei der Krankenkasse keine Behandlungsunterbrechungen** entstehen, gilt die Genehmigung als erteilt, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von **5 Werktagen** entschieden hat.

3. Altersgrenzen bei Kindern mit zentralen Bewegungsstörungen

Die **zunächst vorgesehene Einführung** einer festen Altersgrenze von 12 Jahren bei Kindern mit zentralen Bewegungsstörungen ist medizinisch umstritten. Deshalb muss die bisherige Regelung beibehalten werden, wonach die Entscheidung über den Grad der Hirnreife bei Eintreten der Schädigung und sich daraus ergebene Folgen für die Behandlung **einzelfallbezogen in das ärztliche Ermessen** gestellt wird.

4. Verordnungsfähige Mengen pro Verordnungsblatt („Rezept“)

Gesetzlich beträgt die **maximale Verordnungsmenge** pro Verordnungsblatt („Rezept“) im Regelfall 6 Einheiten für die physikalische Therapie und 10 Einheiten für Maßnahmen der Ergotherapie sowie der Stimmen-, Sprech- und Sprachtherapie. Allerdings sind Ausnahmen (beispielsweise für Patienten mit Störungen des zentralen Nervensystems oder Patienten nach einem Schlaganfall) möglich. Diese Verordnungsmengen dienen nicht der Rationierung medizinischer Leistungen, sondern sind ein **sachgerechtes Instrument der Qualitätssicherung** der Heilmittelbehandlung. Eine zwischenzeitliche ärztliche Überprüfung des Erfolgs der Heilmittelbehandlung sowie der Motivation und Mitarbeit des Patienten liegen im ureigenen Interesse des Patienten. Gleichzeitig wird mit dieser Verordnungsmenge jeweils nur eine Zuzahlung ausgelöst. In den Fällen allerdings, in denen die Patienten die Gesamtverordnungsmenge überschreiten, also eine längerfristige Verordnung erforderlich ist, kann der Arzt die Verordnungsmenge pro Rezept selbst bestimmen.

5. Wechselwirkung mit Frühförderung

Die bisherige Regelung in den Heilmittelrichtlinien zur Frühförderung konnte so missdeutet werden, dass Heilmittel bei Kindern, die Leistungen der Frühförderung bedürfen, nicht verordnet werden dürften. Die neuen Richtlinien müssen deshalb um eine Klarstellung ergänzt werden, dass der **Anspruch auf Heilmittelversorgung durch den Anspruch auf Frühförderung nicht eingeschränkt** wird. Zugleich muss gewährleistet werden, dass sich die zuständigen Sozialhilfeträger nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung aus der Komplexleistung Frühförderung nach SGB IX zurückziehen.

Mit diesen durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorgegebenen **Änderungen** müsste gewährleistet sein, dass die Verordnung von Heilmitteln sich lediglich an der medizinischen Notwendigkeit, nicht aber an ökonomischen Anreizen orientiert. Die Richtlinien können so am 1. April 2004 in Kraft treten. Um Gewissheit zu erhalten, dass dies in der Praxis funktioniert, wird das BMGS den Gemeinsamen Bundesausschuss auffordern, die Neuregelungen nach einem Jahr auszuwerten und zu berichten.

Mit freundlichen Grüßen

