

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. Götz Frömming, Birgit Bessin, Gereon Bollmann, Sebastian Maak, Kerstin Przygodda, Dr. Anna Rathert, Martin Reichardt, Lukas Rehm, Angela Rudzka, Christian Zaum und der Fraktion der AfD**

### **Transparenz bei der Vergabe von Kindertherapieplätzen**

Autismusdiagnosen sind bundesweit gestiegen ([www.pharmazeutische-zeitung.de/warum-die-fallzahlen-von-autismus-ansteigen-159175/seite/alle/?cHash=28e60ee35a8aaa51883c8d44dd58da4a](http://www.pharmazeutische-zeitung.de/warum-die-fallzahlen-von-autismus-ansteigen-159175/seite/alle/?cHash=28e60ee35a8aaa51883c8d44dd58da4a)) und führen zu langen Wartelisten für Therapieplätze ([www.autismus.de/was-ist-autismus/diagnostik.html](http://www.autismus.de/was-ist-autismus/diagnostik.html)). Gleichzeitig sind die Ausgaben für Logopädie- und Sprachtherapien stark gestiegen, wobei sich bei allen Heilmittelverordnungen die Kosten pro Verordnung innerhalb von 10 Jahren mehr als verdoppelt haben (vgl. [www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2024/heilmittelbericht-2024/?L=0](http://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2024/heilmittelbericht-2024/?L=0); [www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido\\_hei\\_heilmittelbericht\\_2024p.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_heilmittelbericht_2024p.pdf)). Die relative Mehrheit der Verordnungen für Logopädie- und Sprachtherapien geht an Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren (ebd.).

In Berlin liegt der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in vielen Bezirken bei über 50 Prozent (vgl. Berliner Bezirksstatistiken 2024). Vor-Ort-Erfahrungen aus Therapiepraxen legen nach Kenntnis der Fragesteller nahe, dass dieser Anteil in logopädischen und Autismustherapie-Einrichtungen noch deutlich höher liegt.

Berichte aus Therapie- und Förderpraxis weisen darauf hin, dass Kinder, die primär gezielte Deutschförderung über steuerfinanzierte Programme benötigen würden, häufig auf logopädische oder therapeutische Plätze verwiesen werden (vgl. Projekt Mehrsprachige Kinder – Sprachentwicklungsstörung, MeKi-SES, Hochschule Bremen, 2016 bis 2027). Das Projekt zeigte auf, dass nicht ausreichend zwischen Sprachförderbedarf (aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse) und tatsächlichem Therapiebedarf (aufgrund einer Sprachentwicklungsstörung) unterschieden wird. Daraus begründet sich die Notwendigkeit der differenzialdiagnostischen Abklärung bei mehrsprachigen Kindern, um Fehlversorgung zu vermeiden und eine angemessene, individualisierte Therapie zu gewährleisten (vgl. Positionspapier „Sprachentwicklungsstörungen bei Mehrsprachigkeit, Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V., dpl Oktober 2016). Hinzu kommt, dass zwar standardisierte Diagnoseverfahren bei Autismus existieren (z. B. ADOS, ADI-R), aber keine bundeseinheitliche Mindeststandards für die Diagnosestellung.

Sprachauffälligkeiten bei mehrsprachigen Kindern sind nicht per se als Sprachentwicklungsstörungen anzusehen. Festgestellte Defizite müssen vielmehr in allen Sprachen diagnostizierbar sein, um als Sprachentwicklungsstörung gelten zu können. Eine klare Abgrenzung zwischen einer speziellen Sprachförderung für Kinder mit Migrationshintergrund und therapeutischen Maßnahmen, die

über Krankenkassen sowie Jugendämter abgerechnet werden, ist jedoch aufwändig.

Zusammengefasst: Defizitäre Sprachstände bei Mehrsprachigkeit stellen keine Sprachstörung dar, so dass Unterschiede im Sprachstand von echten Entwicklungsstörungen differenziert werden müssen. Bundesweit fehlen jedoch umfassende Daten darüber, wie Mehrsprachigkeit oder Migrationshintergrund die Diagnosestellung bei Sprachstörungen oder Autismus beeinflussen.

Es ist daher in den Augen der Fragesteller von hoher Bedeutung, die Vergabe von Therapieplätzen transparent und nach klaren Kriterien zu gestalten.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Auswirkungen hat nach Kenntnis der Bundesregierung die erhebliche Zunahme von Autismusdiagnosen auf Wartelisten und Therapieplatzvergabe?
2. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung ggf., um eine einheitliche, standardisierte Diagnostik bei Autismus sicherzustellen?
3. Welche Richtlinien oder Maßnahmen verhindern nach Kenntnis der Bundesregierung Fehlverordnungen von Logopädie bei Kindern mit Mehrsprachigkeit, bei denen keine diagnostizierte Sprachentwicklungsstörung vorliegt?
4. Sind der Bundesregierung spezialisierte NGOs, Beratungsstellen oder Integrationsdienste bekannt, die gezielt Familien mit Migrationshintergrund an Autismustherapie-/Logopädie-Träger vermitteln?  
Gibt es Kooperationen/Vereinbarungen, die eine priorisierte Platzvergabe ermöglichen?
5. Verfügt die Bundesregierung über valide Daten zur Entwicklung des Anteils von Kindern mit Migrationshintergrund in Therapie- und Heilmittelpraxen?
6. Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung sichergestellt, dass die Vergabe von Therapieplätzen transparent und nach klaren Kriterien erfolgt?
7. Welche Kontrollmechanismen bestehen, um die korrekte Abrechnung und Verordnung von Therapieplätzen zu überwachen?
8. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung ggf., um die Abgrenzung zwischen steuerfinanzierter Sprachförderung und therapeutischen Maßnahmen, die über Krankenkassen abgerechnet werden, klarzustellen und Fehlbelegungen zu vermeiden?
9. Liegen der Bundesregierung valide Zahlen zur tatsächlichen Verteilung von Sprachstörungen, Autismusdiagnosen und Mehrsprachigkeit unter Kindern vor, und wie sollen diese Daten in Zukunft ggf. erfasst werden?
10. Welche Strategien verfolgt die Bundesregierung ggf., um die Versorgung von Kindern mit tatsächlichem therapeutischem Bedarf sicherzustellen und Wartezeiten zu reduzieren?

Berlin, den 26. März 2026

**Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion**