

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)0053(2.2)**  
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -  
TSVG  
10.1.2019

**AOK**  
Die Gesundheitskasse.

BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes  
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses  
am 16.01.2019**

**Zum Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD 19 (14) 51.4.  
vom 04.01.2019**

**sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktion DIE LINKE**

**19 (14) 51.1. vom 13.12.2018**

**19 (14) 51.2. neu vom 13.12.2018**

**19 (14) 51.3. vom 13.12.2018**

Stand 09.01.2019

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299  
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

## Inhaltsverzeichnis:

<b>I. Zusammenfassung</b> .....	<b>- 3 -</b>
<b>II. Stellungnahme Änderungsantrag 1 zur Änderung Art. 1 SGB V</b> .....	<b>- 5 -</b>
<b>Entbürokratisierung – Wegfall des Genehmigungsverfahrens</b> .....	<b>- 5 -</b>
Nr. 1 § 32 SGB V Heilmittel .....	- 5 -
<b>Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen</b> .....	<b>- 6 -</b>
Nr. 7 § 106b SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen .....	- 6 -
<b>Einheitlicher Vertrag auf Bundesebene</b> .....	<b>- 7 -</b>
Nr. 8 § 124 SGB V neu (Verträge) .....	- 7 -
<b>Einheitlicher Bundespreis für Heilmittel zum 01.04.2019</b> .....	<b>- 8 -</b>
Nr. 8 § 124 a SGB V neu (Bundesweit einheitliche Preise).....	- 8 -
<b>Ablösung des Zulassungsverfahrens</b> .....	<b>- 10 -</b>
Nr. 8 § 125 SGB V neu (Zugangsregelung) .....	- 10 -
<b>Blankoverordnung</b> .....	<b>- 12 -</b>
Nr. 8 § 125a SGB V neu (Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung) .....	- 12 -
<b>III. Änderungsanträge der Mitglieder im Ausschuss für Gesundheit der Fraktion DIE LINKE.</b> .....	<b>- 15 -</b>
Beibehaltung des direkten Zugangs zur Psychotherapie .....	- 15 -
Vollständige Kostenübernahme bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz .....	- 16 -
Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen – ambulante Pflegedienste stärken .....	- 18 -

## I. Zusammenfassung

Der Änderungsantrag sieht eine Ablösung der bisherigen regionalen, krankenkassen-spezifischen Vertragsabschlüsse mit den Berufsverbänden der Leistungserbringer durch eine einzige, bundesweite Vertragsverhandlung zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer vor. Ab dem 01. Januar 2020 soll es pro Heilmittelbereich nur noch eine Vertragsvereinbarung geben, die auch den bundesweit gültigen Einheitspreis regelt. Bereits zum 1. April 2019 werden die bislang nach Region und Vertragspartner in unterschiedlicher Höhe vereinbarten Preise durch einen einheitlichen Bundespreis, der dem höchsten aller bisher vereinbarten Preise entspricht, ersetzt. Die Grundlohnsummenanbindung wird vollständig abgeschafft. Das Zulassungsverfahren, in dem der Leistungserbringer die fachliche Qualifikation sowie geeignete Räumlichkeiten nachweisen muss, entfällt. Gleichzeitig wird dem Heilmittelerbringer die Ausgestaltung von Art und Menge der Therapie übertragen, die Blankoverordnung wird als Teil der Regelversorgung etabliert. Die Verantwortung des verordnenden Arztes für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung entfällt.

Die vorgesehene Gesetzesänderung trägt einseitig den Interessen der Leistungserbringer an höheren Vergütungen Rechnung und setzt drastisch steigende Preise zu Lasten der Versichertengemeinschaft durch. Wettbewerbsaspekte, qualitätssichernde Maßnahmen, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeitsinstrumente die einer qualitativ hochwertigen aber auch wirtschaftlichen Versorgung dienen, werden hingegen vernachlässigt. Mit der Zentralisierung wird einer Feinsteuerung von Versorgungsangeboten auf Regional- und Landesebene umfassend die Grundlage entzogen. Der Ansatz des Änderungsantrags geht damit diametral in eine gegenläufige Richtung, als sie für eine flexible sektorenübergreifende und regionale Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung notwendig wäre.

Der einheitliche Bundespreis führt zu einem dauerhaft erheblich erhöhten, überregional identischen Preisniveau. Das bisherige sukzessive Schließen der Schere zwischen den historisch gewachsenen, regional und kassenspezifisch unterschiedlichen Preisen durch die auf fünf Jahre angelegte Regelung über eine Preisuntergrenze (PUG) des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) von 2015 wird mitten im laufenden Prozess durch eine radikale Preiserhöhung nach dem Gießkannenprinzip abgelöst. Durch das Vorziehen der bereits für die Jahre 2019 - 2020 vereinbarten Preisanpassungen auf den 01.04.2019 kommen selbst auf die Krankenkassen in bisherigen Hochpreisregionen Vorzieheffekte zu, die bei ca. 5 - 10% liegen. In Regionen mit niedrigem Preisniveau sind abrupt Preissteigerungen von 25% und mehr zu bewältigen. Die Ausgaben der GKV für Heilmittel werden sich 2019 um mindestens 1,2 Mrd. € erhöhen.

In Folge des GKV-VSG - zudem unterstützt durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vom 4. April 2017 - wurden mehrstufige Preiserhöhungen von oft 25 - 30% über einen Zeitraum von drei Jahren vereinbart. Diese deutlichen Vergütungserhöhungen kommen mittlerweile in der Versorgung an, der Anstieg der Ausgaben beschleunigt sich derzeit von Quartal zu Quartal (KV 45 III/2018: +10,0%). Lagen die GKV-Heilmittelausgaben 2015 noch bei 6,1 Mrd. €, sind für 2018 bereits Ausgaben von insgesamt 7,4 Mrd. € zu erwarten. Für 2019 ist angesichts der mehrstufigen Preisvereinbarungen auch ohne erneuten gesetzlichen Eingriff mit GKV-Heilmittelausgaben von 8,2 Mrd. € zu rechnen.

Auf neue ausgabenwirksame Regelungen sollte daher verzichtet werden. Zur langfristigen Konsolidierung und Aufwertung der Heilmittelversorgung wäre vielmehr eine geordnete Einführung der Blankoverordnung unter Beachtung von Therapiesicherheit und Wirtschaftlichkeit sowie Maßnahmen zur Entbürokratisierung, z.B. des Zulassungsverfahrens wie auch zur Stärkung der Digitalisierung bei Beibehaltung der föderalen Vertragsgestaltung, angezeigt.

Diese Stellungnahme greift nur einige wesentliche Punkte des Änderungsantrages auf, ansonsten schließt sich der AOK-Bundesverband der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes an.

## II. Stellungnahme Änderungsantrag 1 zur Änderung Art. 1 SGB V

### Entbürokratisierung – Wegfall des Genehmigungsverfahrens

#### Nr. 1 § 32 SGB V Heilmittel

##### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Verordnungen, die über die vom G-BA in der Heilmittel-Richtlinie festgelegten Verordnungsmenge des Regelfalls (neu: „orientierende Behandlungsmenge“) hinausgehen, sollen zukünftig keiner Genehmigung mehr bedürfen.

##### **B Stellungnahme**

Bestimmte Heilmittelverordnungen bereits per Gesetz von einem etwaigen Genehmigungsverfahren freizustellen, erscheint fraglich. Grundsätzlich sollten alle Heilmittel als ärztlich veranlasste Hilfeleistungen Dritter weiterhin dem Steuerungs- und Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse unterliegen. Ob und wie ein derartiges Genehmigungsverfahren dann praktiziert wird, ist Ausdruck der kassenspezifischen Entscheidung zur Ausgestaltung der jeweiligen leistungsrechtlichen Bewilligungspraxis. Daraus, dass derzeit nur wenige Krankenkassen von dieser Option in der Heilmittelversorgung Gebrauch machen, kann nicht der Schluss gezogen werden, dass dieses Instrument vollständig verzichtbar ist.

Gerade bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls, bei denen oft Heilmittel über einen längeren Zeitraum und in großer Zahl verordnet werden, kann eine kritische Überprüfung nicht nur unter Wirtschaftlichkeitsaspekten, sondern auch im Sinne des Patienten angezeigt sein. So gelingt es durch gezieltes Hinterfragen von Dauertherapien mit Hilfe des Medizinischen Dienstes immer wieder, unzureichende Therapieansätze zu erkennen und in geeignetere Versorgungsformen (z.B. Reha) zu überführen oder unwirtschaftliche Arten der Leistungserbringung umzusteuern.

Die Möglichkeit, Verordnungen außerhalb des Regelfalls einer Prüfung zu unterziehen, sollte daher erhalten bleiben. Dies nützt letztlich auch dem Therapeuten, der sich bei erteilter Genehmigung sicher sein kann, dass er die erbrachten Maßnahmen bezahlt bekommt, ohne sich in einer nachgelagerten Prüfung rechtfertigen zu müssen.

##### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung des § 32 Absatz 1b.

## Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

### Nr. 7 § 106b SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Durch Ergänzung des Absatzes 4 um eine neue Nummer 3 sollen Heilmittelverordnungen im Rahmen der sogenannte Blankoverordnung nach § 73 Absatz 11 i. V. m. § 125a SGB V (neu) nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung des Arztes unterliegen.

#### B Stellungnahme

Eine Herausnahme der Blankoverordnungen aus der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung erscheint nicht sachgerecht. Der Arzt, der das „Ob“ einer Heilmitteltherapie auch in der Blankoversorgung weiterhin maßgeblich bestimmt, muss für die Veranlassung einer Heilmittelbehandlung prinzipiell auch weiterhin die wirtschaftliche Verantwortung übernehmen. Entsprechende Regelungen hierzu könnten in den Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 getroffen werden.

Aufgrund der mit der Blankoverordnung verbundenen Verlagerung der Entscheidungsfreiheit auf den Heilmittelerbringer müssten zudem geeignete Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung auch für Heilmittelerbringer getroffen werden. Wird die Auswahl von Art und Menge der Therapie vollständig dem Leistungserbringer überlassen, setzt dies falsche Anreize für ein unwirtschaftliches Verhalten. Hier bedarf es der Einführung eines institutionalisierten Verfahrens durch externe Prüfstellen, vertraglich wird man die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung angesichts der gegensätzlichen Interessen nicht annähernd stringent steuern können (Siehe auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 8 zu § 125a SGB V).

#### C Änderungsvorschlag

§ 106b Absatz 4 Nummer 3 wird gestrichen.

§ 106b Absatz 1 wird Satz 4 wie folgt geändert:

In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein; dabei sind bis zum 31.03.2020 auch Regelungen zu Art und Umfang der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Vertragsärzten für Verordnungen nach § 73 Absatz 11 SGB V vorzusehen.

## Einheitlicher Vertrag auf Bundesebene

### Nr. 8 § 124 SGB V neu (Verträge)

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Das für die Heilmittelversorgung bisher einschlägige Konstrukt aus § 124 (Zulassung) und § 125 (Rahmenempfehlungen und Verträge) soll durch die neu gefassten §§ 124 (Verträge), 124a (bundesweit einheitliche Preise), 125 (Zugangsregelungen) und 125a (Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung) ersetzt werden.

#### B Stellungnahme

Das bewährte Verfahren, unter Beachtung der gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen (Heilmittel-Richtlinie des G-BA, Rahmenempfehlungen von GKV-SV und Leistungserbringerverbänden) regionale Vereinbarungen zwischen Leistungserbringerverband und Krankenkasse zu schließen, wird ohne Not aufgegeben. Damit entfällt die Möglichkeit, die Preise entsprechend der allgemeinen örtlichen Lohn- und Kostensituation zu vereinbaren oder auf regionale Bedarfe zu reagieren, z.B. Maßnahmen zu Sicherung der Versorgung vor Ort durch innovative Hausbesuchsregelungen oder zur Forcierung der Digitalisierung zu implementieren. Regionale Versorgungsakzente können dann nicht gesetzt werden.

Damit geht der direkte Kontakt zwischen Leistungserbringern und Krankenkasse verloren, die Möglichkeit im operativen Geschäft erkannte Verbesserungspotentiale kontinuierlich in die Vertragsverhandlungen einzubringen, ist bei der Verlagerung auf eine anonyme überregionale Ebene nicht mehr gegeben. Die Zwangskollektivierung der Leistungserbringerverbände, die zukünftig nur noch einen gemeinsamen Vertrag abschließen können, der trotzdem den teilweise heterogenen Interessen der jeweiligen Mitglieder entsprechen soll, wird zu einer zusätzlichen Erstarrung des Systems mit Fokussierung allein auf den Preis führen. An regionalen Vertragsvereinbarungen sollte daher weiter festgehalten werden.

#### C Änderungsvorschlag

Die bisherige Einteilung der Paragraphen § 124 (Zulassung) und § 125 (Rahmenempfehlungen und Verträge) wird beibehalten. Verträge über die Einzelheiten der Versorgung werden weiterhin nach § 125 Absatz 2 in der bestehenden Form regional geschlossen.

## Einheitlicher Bundespreis für Heilmittel zum 01.04.2019

### Nr. 8 § 124 a SGB V neu (Bundesweit einheitliche Preise)

#### A Beabsichtigte Neuregelung

In die im Rahmen der Vertragspartnerschaft vereinbarten Vergütungen wird gesetzlich eingegriffen, zum 01.04.2019 sollen die Heilmittelpreise bundesweit einheitlich auf den höchsten Preis angehoben werden, der für die jeweilige Heilmittelposition bisher bundesweit vereinbart wurde. Dabei werden auch Preise berücksichtigt bzw. vorgezogen, die erst für zukünftige Zeiträume, bspw. aufgrund von stufenweisen Dreijahresverträgen, vereinbart wurden. Auf dieser Basis sollen dann ab dem 01.01.2020 zwischen GKV-SV und Spitzenorganisationen der Leistungserbringer Bundespreise ausgehandelt werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität braucht dabei nicht mehr berücksichtigt werden.

#### B Stellungnahme

Diese Regelung führt zu einem dauerhaft erheblich erhöhten, überregional identischen Preisniveau. Das bisherige sukzessive Schließen der Schere zwischen den historisch gewachsenen, regional und kassenspezifisch unterschiedlichen Preisen durch die auf fünf Jahre angelegte Regelung über eine Preisuntergrenze (PUG) des GKV-VSG wird mitten im laufenden Prozess durch eine radikale Preiserhöhung nach dem Gießkannenprinzip abgelöst. Durch das Vorziehen der bereits für die Jahre 2019 - 2020 vereinbarten Preisanpassungen auf den 01.04.2019 kommen selbst auf die Krankenkassen in bisherigen Hochpreisregionen Vorzieheffekte zu, die bei ca. 5 - 10% liegen. In Regionen mit niedrigem Preisniveau sind auf einen Schlag Preissteigerungen von 25% und mehr zu bewältigen. Die Ausgaben der GKV für Heilmittel werden sich bereits 2019 um mindestens 1,2 Mrd. € erhöhen.

Die derart verfügte Preisnivellierung auf den Bundeshöchstpreis widerspricht der Vertragsautonomie der Krankenkassen und greift dirigistisch in die im Rahmen der Selbstverwaltung vertragspartnerschaftlich geschlossenen Verträge ein. Derart zum höchsten Betrag festgelegte Preise entsprechen nicht mehr der regionalen ökonomischen Situation. Ein Gegenwert für den Versicherten, eine konkrete Verbesserung der Versorgung oder ein „Mehr an Leistung“, ist damit nicht verbunden. Die so verausgabten Mittel werden an anderer Stelle fehlen. Die ausdrückliche Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität verstärkt die Ausgabendynamik, die im Heilmittelbereich bereits durch den demographischen Wandel wie auch den Trend zu höherwertigen, teureren Leistungen geprägt ist.

Die Festlegung des Bundespreises entsprechend der höchsten in einer Region gezahlten Vergütung führt zudem zu einer wenig konsistenten Preisstruktur. Die Effekte der in der Vergangenheit auf Wunsch der Berufsverbände meist strukturell auf wenige umsatzstarke Positionen fokussierten Preisanpassungen werden so verstärkt. Notwendig wäre hingegen eine Neubewertung aller Leistungspositionen hinsichtlich ihrer Vergütung je Minute sowie der ggf. notwendigen Zusatzqualifikation.

Zudem bleibt in der vorgesehenen gesetzlichen Regelung offen, wie der bereits zum 01.04.2019 anzuwendende „Bundeshöchstpreis“ so rechtzeitig und gleichzeitig rechtsicher verkündet werden soll, dass er von Therapeuten und Krankenkassen ohne Friktionen oder aufwendige Nachberechnungen angewendet werden kann.

**C      Änderungsvorschlag**

§ 124a wird gestrichen.

## Ablösung des Zulassungsverfahrens

### Nr. 8 § 125 SGB V neu (Zugangsregelung)

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Das bisher in § 124 SGB V geregelte Zulassungsverfahren, nachdem der Heilmittelerbringer die Erfüllung von klar definierten fachlichen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen nachzuweisen hat, um anschließend Leistungen an GKV-Versicherte abgeben zu dürfen, wird gestrichen und durch vereinfachte Zugangsregelungen ersetzt. Leistungen dürfen künftig von allen ausgebildeten Heilmittelerbringern bereits dann abgegeben werden, wenn sie dem auf Bundesebene geschlossenen Vertrag beitreten.

#### B Stellungnahme

Eine Kontrolle, ob geeignete Räumlichkeiten für die Therapie vorhanden sind, findet nicht mehr statt. Der Patient, der bislang darauf vertrauen konnte, dass ein als Vertragspartner seiner Krankenkasse tätiger Therapeut auf grundsätzliche Mindeststandards hin überprüft wurde, wird jetzt auf sich allein gestellt. Auch der Leistungserbringer wird durch Wegfall des bei erfolgreichem Durchlauf des Zulassungsverfahrens ausgestellten rechtsmittelfähigen Bescheids schlechter gestellt.

Die mit dem Eckpunktepapier angestrebte höhere Verbindlichkeit bei gleichzeitiger Entbürokratisierung des Zulassungsverfahrens könnte auf anderem Weg einfacher erreicht werden. Die bisher auf Bundesebene abgegebenen Zulassungsempfehlungen sollten dazu zur Richtlinie aufgewertet werden. Das Zulassungsverfahren der Krankenkassen auf Landesebene, bei dem teilweise schon heute im Federführungsprinzip ein gemeinsamer Bescheid für alle Kassenarten erteilt wird, könnte so umgestaltet werden, dass ein gemeinsam und einheitlich durchzuführender Zulassungsprozess verpflichtend vorgeschrieben wird. Damit könnte das aktuelle Qualitätsniveau gesichert werden, der Leistungserbringer wäre dabei von mehrfach vorzulegenden Nachweisen entlastet.

#### C Änderungsvorschlag

§ 125 neu (Zugangsregelungen) wird gestrichen

§ 124 (Zulassung) wird wie folgend gefasst:

Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

(2) Zuzulassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt,
2. über eine Praxisausstattung und Präsenzzeiten verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

§ 124 Absatz 4 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

<sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt ~~Empfehlungen~~ Richtlinien für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach Absatz 2 ab. <sup>2</sup>Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sollen ~~gehört werden~~ beratend mitwirken.

§ 124 Absatz 5 wird wie folgend neu gefasst:

Leistungserbringer beantragen die Zulassung bei den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen bzw. deren Verband. <sup>2</sup>Die zulassende Stelle darf die für die Überprüfung der Anforderungen nach Absatz 1 erforderlichen Daten vom Leistungserbringer erheben, verarbeiten und nutzen. <sup>3</sup>Sie erteilt die Zulassung mit Wirkung für alle Krankenkassen und ist verpflichtet, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen elektronisch zu übermitteln. <sup>4</sup>Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können die Entscheidung über die Erteilung oder Aufhebung der Zulassung oder über den Widerspruch dagegen auf einen anderen Landesverband oder den Verband der Ersatzkassen übertragen, der zu diesem Zweck Verwaltungsakte erlassen darf.“

§ 124 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

(6) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1, 2 oder 3 nicht mehr erfüllt. ~~Die Zulassung kann auch widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer die Fortbildung nicht innerhalb der Nachfrist gemäß § 125 Absatz 2 Satz 4 erbringt. Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend.~~

§ 124 Absatz 7 kann aufgrund des Ablaufs der dort genannten Frist gestrichen werden.

## Blankverordnung

### Nr. 8 § 125a SGB V neu (Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung)

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Um die Versorgungsverantwortung der Heilmittelerbringer spürbar zu erweitern, sollen GKV-SV und Heilmittelerbringerverbände bis zum 31.03.2020 eine Vereinbarung über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen. In diesem Vertrag sind die Indikationen zu vereinbaren, bei denen der Heilmittelerbringer selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmt. Abweichungen von den Heilmittel-Richtlinien des G-BA sollen dabei vertraglich vereinbart werden können.

#### B Stellungnahme

Die sogenannte Blankverordnung wird damit ohne die bisher vorgesehenen Modellversuche unter wissenschaftlicher Begleitung direkt in die Regelversorgung überführt. Die konkrete Ausgestaltung der Therapie obliegt dann dem nichtärztlichen Leistungserbringer, nachdem der verordnende Arzt einmal initial die Indikation für eine Heilmittelbehandlung gestellt und verordnet hat. Ob alle Therapeuten, die höchst heterogene Aus- und Weiterbildungen durchlaufen haben und unterschiedlichste Berufserfahrungen aufweisen, sich teilweise auf bestimmte Störungsbilder spezialisiert haben und in unterschiedlich ausgestatteten Praxen tätig sind, geeignet sind, dieser Versorgungsverantwortung gerecht zu werden, ist zweifelhaft. Es fehlt an Ausgestaltungsvorgaben, etwa zur Möglichkeit des Therapeuten auf einer konkreten Verordnung zu bestehen, wenn er die Versorgungsverantwortung nicht übernehmen möchte. Haftungsfragen bleiben offen. Die Ablehnung einer Blankverordnung durch den Patienten oder den Arzt ist ebenfalls nicht vorgesehen.

Bereits ordnungspolitisch ist das Konstrukt, das die eigentlich für die Versorgung verbindlichen Richtlinien des G-BA durch einen Vertrag aufgehoben werden können, zweifelhaft. Auch ist zu befürchten, dass die tatsächliche Versorgung im Falle der Blankverordnung von sehr unterschiedlicher Qualität sein wird. Eine Kontrolle der Wirkung und ggf. Anpassung der Verordnung durch den Arzt ist aber nicht mehr möglich.

Wird die Auswahl von Art und Menge der Therapie vollständig dem Leistungserbringer überlassen, setzt dies zudem falsche Anreize für ein unwirtschaftliches Verhalten. Eine adäquate gesetzliche Regelung zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung - entsprechend der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung - fehlt. Damit ist zu befürchten, dass Versorgungsleistungen nicht effizient zum Abschluss gebracht werden, sondern hinsichtlich Anzahl und Inhalt abrechnungsoptimiert durchgeführt werden. Eine unbegrenzt gültige Heilmittelblankverordnung stellt zudem die Therapiesteuerung des Arztes in Frage, der ggf. im Rahmen des Behandlungsverlaufs andere Maßnahmen für angezeigt hält, während der nichtärztliche Therapeut die Heilmittelbehandlung unreflektiert fortsetzt.

#### C Änderungsvorschlag

§ 125 a neu wird wie folgt gefasst:

## § 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach § 125 Absatz 1 schließen bis zum 31.03.2020 eine Vereinbarung über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine entsprechende Vereinbarung getroffen werden. Gegenstand der Vereinbarung ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer auf Grund einer durch einen Vertragsarzt vertragsärztlich oder vertragszahnärztlich festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung im Rahmen der Vorgaben des Heilmittelkataloges gemäß § 92 Absatz 6 selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie, die Dauer einer Therapiesitzung sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können, es sei denn, es liegen wichtige medizinische Gründe vor, die es gebieten, dass der Vertragsarzt selbst über Auswahl und die Dauer der Therapiesitzung sowie die Frequenz entscheidet. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die in den Vereinbarungsprozess einzubeziehen ist.

(2) In der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist insbesondere zu regeln:

1. die Indikationen nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, bei der die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich ist,

2. die notwendigen Anforderungen an die Qualifikation der Heilmitteltherapeuten sowie die Teilnahmebedingungen,

3. inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Dauer einer Therapiesitzung sowie zur Frequenz der Behandlungseinheiten abweichen dürfen,

4. Vorgaben für die notwendigen Angaben der ärztlichen Verordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 Satz 2 den Verträgen nach § 125 Absatz 1 und 2 abweichen,

5. Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 zu veröffentlichen hat sowie

6. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die medizinisch nicht begründet sind; diese können auch in Form von Vergütungsabschlägen erfolgen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1 Satz 1 bestimmten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrages innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach § 124 Absatz 5 festgesetzt.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat aus den nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 zu übermittelnden Daten auch entsprechende Schnellinformationen für die Versorgungsform nach dieser Vorschrift sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen.

(5) <sup>1</sup>Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 erhobenen und nach Absatz 4 veröffentlichten Daten evaluieren die Vertragspartner nach Absatz 1 insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenentwicklung sowie der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 1. <sup>2</sup>Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.

(6) <sup>1</sup>Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 wird durch die Prüfungsstellen nach § 106c in entsprechender Anwendung der §§ 106 ff. und 296 gegen Kostenersatz in einer von einem unabhängigen Sachverständigen auf Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation ermittelten Höhe durchgeführt, soweit die Krankenkasse keine anderslautenden vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern getroffen hat.

### **III. Änderungsanträge der Mitglieder im Ausschuss für Gesundheit der Fraktion DIE LINKE**

#### **Beibehaltung des direkten Zugangs zur Psychotherapie**

DIE LINKE fordert in dem Änderungsantrag die im Entwurf des TSVG vorgesehene Regelung, mit der der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt wird, Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung in die Psychotherapie-Richtlinie aufzunehmen sowie die Qualifikationsanforderungen für die an der Behandlungssteuerung beteiligten Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten festzulegen, ersatzlos zu streichen.

Der Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE ist abzulehnen. Er beschreibt eine existierende Unterversorgung im Bereich Psychotherapie und fordert die Einrichtung von niedrigschwelligen Anlaufmöglichkeiten, die bei Bedarf Behandlungstermine vermitteln.

Die im Gesetzentwurf des TSVG vorgesehene Änderung greift die Defizite der Versorgung von psychisch kranken Menschen auf und soll diesen mit der Einrichtung einer gestuften und gesteuerten Versorgung, auch mit dem Ziel der Reduzierung von Wartezeiten, entgegenwirken. Hinzu kommt, dass bereits mit der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie die Psychotherapie-Richtlinie um eine psychotherapeutische Sprechstunde erweitert wurde, die genau diese Form der kurzfristigen und niedrigschwelligen Anlaufmöglichkeit bieten soll. Darüber hinaus sollen durch die Terminservicestellen neben Terminen für das Erstgespräch auch für die sich daraus ergebenden Behandlungen (Akutbehandlung, psychotherapeutische Behandlung) vermittelt werden. Die Einrichtung zusätzlicher Anlaufstellen schafft ggf. Doppelstrukturen.

Die geforderte Streichung der Regelung verhindert den Einstieg in eine gestufte Versorgung der ambulanten Psychotherapie, die durch das TSVG eröffnet wird. Die Regelung sollte stattdessen insbesondere die bessere Koordination der Angebote für das gesamte Leistungsspektrum der Behandlung von psychisch kranken Menschen in den Fokus nehmen.

## **Vollständige Kostenübernahme bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz**

DIE LINKE fordert in dem Änderungsantrag, dass die Festzuschüsse beim Zahnersatz nach § 55 SGB V generell 100 % der für die jeweilige Regelversorgung festgesetzten Beträge umfassen sollen. Darüber hinaus soll die Bonusregelung durch andere lebensweltbezogene Prävention, wie die Stärkung der Gesundheitsämter, getroffen werden. Die Härtefallregelung soll entfallen, da die Erhöhung der Festzuschüsse auf 100 % diese Regelung entbehrlich erscheinen lässt und die Kassen damit entlastet werden sollen.

Die Änderungsvorschläge sind abzulehnen. Im aktuellen Gesetzgebungsverfahren sollen die befundbezogenen Festzuschüsse von 50 auf 60 % zum 01.01.2021 erhöht werden. Dabei schätzt das BMG Mehrkosten in Höhe von 570 Mio. € ein.

Bereits in einer der ersten Stellungnahmen hat der AOK-Bundesverband darauf hingewiesen, dass eine finanzielle Entlastung für die Versicherten möglich wird, aber doch nur für die Regelversorgung. Selbst wenn die Forderung nach einer Anpassung von 50 % auf 100 % der Regelversorgung (geschätzte Mehrkosten wären dann ca. 1,3 Mrd. €) zugestimmt werden würde, so werden aktuell mehr als 60 % aller prothetischen Leistungen nach der GOZ (Gebührenordnung für zahnärztliche Leistungen) liquidiert und die Regelversorgung dient letztlich nur als Einstieg, um gleich- oder andersartige Versorgungen verkaufen zu können.

Solange und soweit der Zahnarzt die Möglichkeit hat, seine Wahlfreiheit auch in den Gebührenordnungen BEMA-Z und GOZ ausüben zu können, wird eine tatsächliche finanzielle Entlastung der privaten Haushalte im Bereich Zahnersatz nicht oder nur gering ermöglicht werden können; auch nicht mit einer Erhöhung auf 100 % der Regelversorgung.

Der AOK-Bundesverband vertritt daher die Auffassung, dass eine wirksame Entlastung der Versicherten nur mit einer Begrenzung des Steigerungsfaktors in der GOZ möglich werden kann. Eine Begrenzung der GOZ Leistungen besteht bereits heute schon im SGB V und soll aber im aktuellen Gesetzgebungsverfahren durch eine gesetzliche Anpassung langfristig legitimiert werden.

Im Übrigen besagt die aktuelle Härtefallregelung, dass die tatsächlichen Kosten der Regelversorgung übernommen werden, wenn der doppelte Festzuschuss die Regelversorgung nicht abdeckt. Das heißt wiederum, dass auch bei dieser neuerlichen Forderung der Versicherte nach wie vor bei der Regelversorgung zuzahlen müsste, auch bei einer Erhöhung auf 100 %.

Ein Entfallen der Härtefallregelung würde gerade diese Versicherten belasten und sie dazu motivieren, von einer notwendigen Versorgung Abstand zu nehmen. Demnach würden die Kassen zu Lasten der Härtefallversicherten finanziell entlastet werden. Dies ist sozialpolitisch abzulehnen.

Die Bonusregelung verfolgt das Ziel, dass jeder einzelne Versicherte im Rahmen einer präventionsorientierten Untersuchung bei einem niedergelassenen Zahnarzt die Mög-

lichkeit hat, zahnmedizinische Defekte schnellstmöglich erkennen und somit zahnmedizinische Maßnahmen, ob präventiv oder kurativ, erhalten zu können, um größere Läsionen oder Schäden zu vermeiden.

Maßnahmen zur lebensweltbezogenen Prävention, die über die Gesundheitsämter getroffen werden, unterliegen einem anderen Regelungskreis. Dabei richten sich lebensweltbezogenen Präventionsmaßnahmen an bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z.B. in der Gruppenprophylaxe an Kinder und Jugendliche in Kita und Schulen. Das etablierte Bonussystem zu Lasten von anderen präventionsförderlichen Maßnahmen abschaffen zu wollen, ist auch aus sozialpolitischen Gründen abzulehnen.

## **Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen – ambulante Pflegedienste stärken**

Mit diesem Änderungsantrag werden zwei Zielsetzungen verfolgt:

1. Bundeseinheitliche Standards für die Zulassung von Betreuungsdiensten festzulegen.
2. Vereinbarungsinhalte aus den Modellvorhaben nach § 125 SGB XI a.F. (QS; QM) sind Grundlage bis zur Einführung eines Qualitätssystems für Betreuungsdienste

Wie auch bei den Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI ist eine wesentliche Zulassungsvoraussetzung der Einsatz einer verantwortlichen Fachkraft. Das sieht das TSVG bereits vor. Hierfür bedarf es aber noch Konkretisierungen, vgl. AOK-BV-Stellungnahme zum TSVG. Darüber hinaus sind Regelungen in Rahmenverträgen der Länder zu setzen, die auch bundeseinheitliche Kriterien aufgreifen, wie zum Beispiel Maßstäbe und Grundsätze in § 113 SGB XI. Darüber hinaus gehende Regelungen zu treffen, bedarf es nicht.

Außerdem greift das TSVG über § 112a SGB XI Regelungen im Systemübergang auf, die bis zur Umsetzung der QS ambulant (Auftrag im Pflegequalitätsausschuss) gelten. Die Verortung der jährlichen Qualitätsberichtserstattung in § 71 SGB XI ist systemfremd und nicht sachgerecht, siehe Stellungnahme des AOK-BV zum TSVG.

Mit der Etablierung eines zusätzlichen Leistungserbringers (Betreuungsdienste) erweitert sich der Leistungserbringermix in der Versorgung von Pflegebedürftigen (wir nennen das hybride Strukturen); neben den Zu- und Angehörigen, den Pflegediensten und Assistenzdiensten kann nun auch noch ergänzend oder ersetzend ein Betreuungsdienst eingesetzt und als Sachleistung abgerechnet werden. Die Qualitätssicherungsregelungen prüft nur die eigenen erbrachten Leistungen, nicht aber das Zusammenspiel im Pflegearrangement mit anderen Beteiligten. Eigentlich müsste der Blick in der Qualitätssicherung personenzentriert erfolgen.