

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses
am 16.01.2019 zu den Anträgen**

- Fraktion der FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen BT-Drs. 19/2689
- Fraktion der AfD: Aussetzung der Budgetierung für Ärzte BT-Drs. 19/3393
- Fraktion der FDP: Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben BT-Drs. 19/4833
- Fraktion der FDP: Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall BT-Drs. 19/6417
- Fraktion DIE LINKE: Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern BT-Drs. 19/4887
- Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten BT-Drs. 19/6130

Stand 09.01.2019

Inhaltsverzeichnis:

Fraktion der FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen 19/2689 - 3 -

Fraktion der AfD: Aussetzung der Budgetierung für Ärzte 19/3393 - 4 -

Fraktion der FDP: Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben 19/4833..... - 6 -

Fraktion der FDP: Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall 19/6417 - 8 -

Fraktion DIE LINKE: Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern 19/4887 - 11 -

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten 19/6130..... - 12 -

Fraktion der FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen 19/2689

Mit der von der FDP geforderten Neuregelung soll in § 27 SGB V der Leistungsanspruch von Versicherten um die Entnahme, Aufbereitung, Kryokonservierung, Lagerung und spätere Wiederverwendung von weiblichen und männlichen Keimzellen und Keimgewebe für eine natürliche oder künstliche Befruchtung in Fällen, in denen die Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit aufgrund einer erforderlichen Therapie gefährdet ist, erweitert werden.

Die Gesetzesänderung wird in der vorgeschlagenen Art und Weise abgelehnt. Der im parlamentarischen Verfahren befindliche Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes enthält in Artikel 1, Nummer 10 bereits einen entsprechenden Vorschlag zur Erweiterung des § 27a SGB V (Künstliche Befruchtung). Diese Regelung wird durch die AOK-Gemeinschaft unterstützt, da sie sachgerecht formuliert ist.

Fraktion der AfD: Aussetzung der Budgetierung für Ärzte 19/3393

Die AfD fordert die unverzügliche Einleitung aller Maßnahmen zur Abschaffung der Budgetierung für Ärzte. Begründet wird dies mit:

- Budgetierung grenzt vertraglich gesicherte freie Berufsausübung unzulässig ein
- Budgetierung darf nicht über individuelle Art und Weise der medizinischen Behandlung entscheiden
- Keine Behandlungseinschränkung aufgrund der Budgetierung

Der Antrag zur Abschaffung der Budgetierung ist vollständig und grundsätzlich abzulehnen.

Der Vorschlag vernachlässigt grob fahrlässig die Realität und die eigentlichen Herausforderungen an eine austarierte Versorgungssteuerung und -vergütung.

Der Vorschlag ist u.a. deshalb abzulehnen, weil mit der geplanten Regelung keine Sicherstellung insbesondere in strukturschwachen ländlichen Räumen erreicht werden kann. Es besteht die Gefahr, dass mit der beabsichtigten Regelung weitere Konzentrationseffekte ärztlicher Tätigkeit in attraktiveren Regionen einhergehen. So würden beispielsweise im hausärztlichen Versorgungsbereich auch und insbesondere Regionen wie Hamburg, Berlin und Bremen von einer Entbudgetierung profitieren; in Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern oder auch Baden-Württemberg oder Bayern dagegen, wo die Entbudgetierung im hausärztlichen Versorgungsbereich mit Kappungen von max. 3 % und weniger de facto längst Realität ist, trägt dies in keiner Weise zu einer Stärkung und Attraktivitätssteigerung der Tätigkeit als Landarzt bei. Hier sind andere Maßnahmen ausschlaggebender.

Die in den vergangenen Jahren politisch gesetzten finanziellen Anreize zur Verbesserung der Versorgungssituation zeigen, dass ein Mehr an Geld nach dem Gießkannenprinzip zu kaum spürbaren Verbesserungen in der Wahrnehmung der Versorgung führen. Dies auch trotz der Tatsache, dass diese Maßnahmen mehrheitlich außerhalb des Rahmens der Budgetierung geschaffen wurden. Einer zielgerichteten Anreizsetzung und Vergütung zur Gewährleistung und Verbesserung einer flächendeckenden wenn nicht gleichen, so doch zumindest einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung ist daher zwingend Vorrang zu gewähren.

Die vollständige Aufhebung der Budgetierung würde ein finanzielles Risiko für die Gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von zusätzlich grob 3 Mrd. EUR im Jahr vor dem Umstieg bedeuten, eigentliche Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten danach gäbe es für sie nicht. Allerdings wären dann auch die Kassenärztlichen Vereinigungen eines Großteils ihrer Aufgaben, Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten beraubt. Vertragsärzte erhalten mit der Zu- und Niederlassung auch jetzt schon eine Einkommensgarantie. Budgetierung ist insoweit auch ein Kostensteuerungsinstrument. Aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung ist es wesentlich, die Ausgabensituation zu sichern und auch die Wirtschaftlichkeit überprüfen zu können. Zudem führt eine Aufhebung der Budgetierung zu einer weiteren Leistungsausweitung.

Eine generelle und undifferenzierte Aufhebung der Budgetierung ist abzulehnen. Ein Mehr an Geld nach dem Gießkannenprinzip für Vertragsärzte löst keine Probleme. Im Gegenteil, es verschärft gegenwärtige Herausforderungen. Es sind primär Rahmenbedingungen und Anreize zu schaffen, welche eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Wirkung entfalten können.

Fraktion der FDP: Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben 19/4833

Die FDP-Fraktion fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf mit folgenden Inhalten vorzulegen:

1. Schrittweise Aufhebung der Budgetierung ärztlicher Leistungen
2. Beginnend mit der Entbudgetierung der grundversorgenden Haus- und Fachärzte
3. Reduzierung der Bürokratie und Berichtspflichten.

Der Antrag zur Aufhebung der Budgetierung ist vollständig und grundsätzlich abzulehnen. Der Vorschlag vernachlässigt grob fahrlässig die Realität und die eigentlichen Herausforderungen an eine austarierte Versorgungssteuerung und -vergütung.

Der Vorschlag ist u.a. deshalb abzulehnen, weil mit der geplanten Regelung keine Sicherstellung insbesondere in strukturschwachen ländlichen Räumen erreicht werden kann. Es besteht die Gefahr, dass mit der beabsichtigten Regelung weitere Konzentrationseffekte ärztlicher Tätigkeit in attraktiveren Regionen einhergehen. So würden beispielsweise im hausärztlichen Versorgungsbereich auch und insbesondere Regionen wie Hamburg, Berlin und Bremen von einer Entbudgetierung profitieren; in Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern oder auch Baden-Württemberg oder Bayern dagegen, wo die Entbudgetierung im hausärztlichen Versorgungsbereich mit Kappungen von max. 3 % und weniger de facto längst Realität ist, trägt dies in keiner Weise zu einer Stärkung und Attraktivitätssteigerung der Tätigkeit als Landarzt bei. Hier sind andere Maßnahmen ausschlaggebender.

Die in den vergangenen Jahren politisch gesetzten finanziellen Anreize zur Verbesserung der Versorgungssituation zeigen, dass ein Mehr an Geld nach dem Gießkannenprinzip zu kaum spürbaren Verbesserungen in der Wahrnehmung der Versorgung führen. Dies auch trotz der Tatsache, dass diese Maßnahmen mehrheitlich außerhalb des Rahmens der Budgetierung geschaffen wurden. Einer zielgerichteten Anreizsetzung und Vergütung zur Gewährleistung und Verbesserung einer flächendeckend(en) wenn nicht gleichen, so doch zumindest einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung ist daher zwingend Vorrang zu gewähren.

Die vollständige Aufhebung der Budgetierung würde ein finanzielles Risiko für die Gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von zusätzlich grob 3 Mrd. EUR im Jahr vor dem Umstieg bedeuten, eigentliche Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten danach gäbe es für sie nicht. Allerdings wären dann auch die Kassenärztlichen Vereinigungen eines Großteils ihrer Aufgaben, Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten beraubt. Vertragsärzte erhalten mit der Zu- und Niederlassung auch jetzt schon eine Einkommensgarantie. Budgetierung ist insoweit auch ein Kostensteuerungsinstrument. Aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung ist es wesentlich, die Ausgabensituation zu sichern und auch die Wirtschaftlichkeit überprüfen zu können. Zudem führt eine Aufhebung der Budgetierung zu einer weiteren Leistungsausweitung.

Darüber hinaus unterscheiden sich die Kappungen zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Versorgungsbereich erheblich in und zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Honorarverteilung obliegt gemäß § 87b SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß den entsprechenden Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Diese nehmen insoweit gestaltend Einfluss auf die Honorierung (und die Honorarhöhe) der Vertragsärzte. Dies führt folglich zu unterschiedlichen Kappungshöhen in den Regionen, Versorgungsbereichen und Fachgruppen und erklärt somit unterschiedliche Auszahlungspunktwerte für gleiche Leistungen unter Budget.

Es ist daher zu prüfen, inwieweit hier die Kassenärztlichen Vereinigungen selbst Lösungen für eine gerechtere Honorarordnung und -verteilung herstellen können.

Eine generelle und undifferenzierte Aufhebung der Budgetierung ist daher abzulehnen. Ein Mehr an Geld nach dem Gießkannenprinzip für Vertragsärzte löst keine Probleme. Im Gegenteil, es verschärft gegenwärtige Herausforderungen. Es sind primär Rahmenbedingungen und Anreize zu schaffen, welche eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Wirkung entfalten können.

Fraktion der FDP: Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall 19/6417

Der Antrag der FDP sieht folgende Regelungen vor

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angeordnete Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie bis zum 1. Juli 2019 umzusetzen.
2. Gleichzeitig werden die Niederlassungssperren in regionale Verantwortung gegeben. Dazu werden die Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung nach § 103 SGB V in eine Kann-Regelung umgewandelt. Das bedeutet, dass Zulassungsbeschränkungen nicht mehr unmittelbar bei einem Versorgungsgrad über 110 Prozent erfolgen. Niederlassungsfreiheit soll der Regelfall sein. Es obliegt den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen bei festgestellter Überversorgung, Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.
3. Die zuständigen Landesausschüsse entscheiden mit einfacher Stimmenmehrheit über die Einführung von Zulassungsbeschränkungen.
4. Die Regelungen zu zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf und Sonderbedarf bleiben bestehen.
5. Für ländliche und strukturschwache Gebiete wird im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein Strukturzuschlag eingeführt.

Zu 1. Bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, die Bedarfsplanung zu überprüfen. Bereits der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht vor, dass der G-BA nunmehr bis zum 1. Juli 2019 die geforderten Änderungen vornehmen soll. Eine Anpassung der Frist wurde aufgrund des hierfür durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Auftrag gegebenen umfangreichen Gutachtens notwendig. Vor dem Hintergrund, dass das Gutachten erst am 15. Oktober 2018 veröffentlicht wurde, wäre eine verlängerte Frist wünschenswert, um die Vorschläge adäquat auf Umsetzbarkeit prüfen zu können und spätere Nachbesserungen zu vermeiden. Da das Gutachten jedoch einen Großteil der aktuellen Bedarfsplanung bestätigt, wird eine Fristanpassung auf den 31. Dezember 2019 als ausreichend eingeschätzt.

Zu 2. Einen wesentlichen Bestandteil des Zulassungsrechts bildet die regionale Arztzahlsteuerung auf Grundlage bundeseinheitlicher Vorgaben. Die Zulassungssteuerung zielt auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung mit Vertragsärzten. Dies bedeutet auch, eine zu hohe Konzentration von Vertragsärzten in einigen wenigen Regionen zu vermeiden. Ziel ist es für alle Versicherten bundesweit einen angemessenen Zugang zur ambulanten Versorgung zu gewährleisten. Um entsprechende Verteilungswirkungen zu erreichen, ist es erforderlich, die Niederlassungsmöglichkeiten in beliebten Regionen – meist Ballungszentren – wirksam zu begrenzen. Nur dann besteht für Ärzte ein Anreiz, sich auch in ländlicheren Regionen niederzulassen. Gleichzeitig sollen in den für Niederlassungen besonders beliebten Regionen Fehlanreize vermieden werden, die durch eine zu hohe Zahl von Vertragsärzten entstehen. Insbesondere sollen die Versicherten vor einer medizinisch nicht indizierten Überversorgung geschützt und die finanzielle Stabilität der GKV erhalten werden.

In Deutschland besteht grundsätzlich eine Niederlassungsfreiheit für Vertragsärzte. Eingeschränkt ist diese nur dort, wo bereits ein sehr hohes Versorgungsniveau besteht. Eine Einschränkung der Niederlassungsfreiheit ist nur möglich, wenn dies durch übergeordnete Ziele gerechtfertigt werden kann. Die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht wurden in diesem Sinne mehrfach höchststrichterlich als Instrumentarium anerkannt.

Da die Zulassungsbeschränkungen einen Eingriff in die Niederlassungsfreiheit darstellen, erfordern diese ein hohes Maß an Rechtssicherheit. Regionale Entscheidungen dürfen daher nicht willkürlich erfolgen, sondern müssen in einen übergeordneten Rechtsrahmen eingebettet sein. Zudem dürfen regionalpolitische Entscheidungen das Ziel einer flächendeckenden Versorgung mit Vertragsärzten nicht konterkarieren.

Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen fest, ob eine Überversorgung vorliegt und ordnen ggf. Zulassungsbeschränkungen an. Damit liegen den Zulassungsbeschränkungen grundsätzlich bereits Entscheidungen auf regionaler Ebene zu Grunde. Der begrenzte Entscheidungsspielraum der Landesausschüsse bei der Festlegung von Zulassungsbeschränkungen trägt zur Rechtssicherheit bei und verbessert die Wirksamkeit der Steuerung. Ein ehemals bestehender, weiter Ermessensspielraum der Landesausschüsse wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz ganz bewusst auf das heutige Maß reduziert. Offensichtlich sah sich der Gesetzgeber seinerzeit zu einer deutlichen Verschärfung der Regelungen gezwungen, um deren Wirksamkeit ausreichend zu erhöhen.

Allerdings wurde die Bedarfsplanung in den letzten Jahren deutlich flexibilisiert. Sie ermöglicht es inzwischen, regionale Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen. Da die regionalspezifische Anpassung der Bedarfsplanung zielgenau auf die regionale Versorgungssituation abstellt und entsprechend auch auf die Zulassungsmöglichkeiten zurückwirkt, ist die vorgeschlagene Regelung nicht erforderlich. Sie könnte die Rechtssicherheit der Entscheidungen der Landesausschüsse und die Wirksamkeit der Zulassungssteuerung jedoch negativ beeinflussen und wird deshalb vom AOK-Bundesverband nicht befürwortet.

Zu 3. Da ein weiterer Ermessensspielraum der Landesausschüsse bei der Entscheidung über die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen nicht erforderlich oder sinnvoll ist, besteht auch keine Veranlassung, die bisherige Entscheidung von Amts wegen auf ein Verfahren umzustellen, dass eine Entscheidung mit einfacher Stimmenmehrheit erforderlich machen würde.

Zu 4. Die Regelungen zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf und zum Sonderbedarf ergänzen das Bedarfsplanungsinstrumentarium um sinnvolle Elemente zur gezielten Versorgungssteuerung. Entgegen einer ungesteuerten Niederlassungsfreiheit wird es hierdurch ermöglicht, regionale Versorgungsbedarfe gezielt zu adressieren und das Versorgungsangebot entsprechend auszurichten. Gerade der Sonderbedarf ermöglicht - im Gegensatz zur freien Niederlassung - eine gezielte Ausrichtung des Versorgungsangebotes an den Bedürfnissen der Patienten, da hier auch spezifische Versorgungsinhalte und Leistungsschwerpunkte adressiert werden können. Eine Beibehaltung der Regelungen wird daher begrüßt.

Zu 5. Der Änderungsantrag sieht vor, Strukturzuschläge einzuführen, um mit Vergütungsanreizen die Niederlassung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten attraktiver zu machen.

Für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Incentivierung der Niederlassung in ländlichen und strukturschwachen Regionen stehen bereits verschiedene Förderinstrumentarien und Vergütungsanreize zur Verfügung.

Zum Beispiel können die regionalen Vertragspartner (Kassenärztliche Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e vorsehen, um regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen, insbesondere in Regionen, für die von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen festgestellt wird, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht (§ 100 Abs. 1 SGB V) oder in nicht unterversorgten Planungsbereichen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht (§ 100 Abs. 3 SGB V).

Vor dem Hintergrund, dass bereits verschiedene Förderinstrumentarien und Vergütungsanreize zur Niederlassung und Verbesserung der Versorgung der Versicherten in Abhängigkeit des regionalen Versorgungsbedarfes bestehen, ist die Einführung eines Strukturzuschlages im EBM nicht erforderlich. Bevor weitere finanzielle Steuerungsmaßnahmen festgelegt werden, sind diese auf ihre Wirkung hin zu untersuchen.

Fraktion DIE LINKE: Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern 19/4887

Im Antrag der Linken werden bereits im TSVG angekündigte Maßnahmen aufgegriffen, aber auch darüber hinausgehend weitere Forderungen formuliert, insbesondere zu

1. Aufhebung Grundlohnsummenbindung und bundesweiten Angleichung der Vergütung
2. Zügige Umsetzung der Schulgeldfreiheit
3. Zügige Modernisierung der Ausbildung
4. Erprobung des Direktzugangs.

Zu 1. Die dauerhafte Aufhebung der Grundlohnsummenbindung ist im TSVG bereits enthalten und wird von der AOK-Gemeinschaft kritisch gesehen. Die Grundlohnsumme sollte als orientierende Größe für Vergütungsanpassungen erhalten werden. Zentrale Preisverhandlungen durch den GKV-Spitzenverband und bundesweit einheitliche Preise werden ebenfalls abgelehnt. Verbindliche Nachweispflichten für Leistungserbringer, die sicherstellen, dass die Vergütungssteigerungen von aktuell 30 % jetzt und zukünftig bei den angestellten Therapeuten ankommen, sind zu begrüßen.

Zu 2. Die Länder sind gefordert, für kostenlose Schulangebote zu sorgen und diese auch zu finanzieren. Grundsätzlich ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft die Schulgeldfreiheit in den Heilmittelberufen seit langem überfällig.

Zu 3. Eine zeitnahe Modernisierung der Ausbildungsgesetze wird seitens der Krankenkassen unterstützt, die Ausbildung sollte auch die derzeit im Rahmen von kostenpflichtigen Weiterbildungen erwerbenden Zertifikatspositionen umfassen.

Zu 4. Eine Erprobung des Direktzugangs könnte geprüft werden, allerdings erst nachdem die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen und die Ausbildungen diesbezüglich überarbeitet wurden.

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten 19/6130

Im Antrag der Grünen werden bereits im TSVG angekündigte Maßnahmen aufgegriffen, aber auch darüber hinausgehend weitere Forderungen formuliert, insbesondere zu

1. Aufhebung der Grundlohnsummenbindung und sofortige bundesweite Preisanhebung
2. Schaffung einer einheitlichen Gebührenordnung für Heilmittelberufe mit regelgebundenen jährlichen Vergütungsanpassungen
3. Modellversuche für den Direktzugang anstoßen und evaluieren
4. Anschluss Heilmittelpraxen an die Telematikinfrastruktur
5. Retaxationen bei Heilmittelerbringern ausschließen
6. Instrumente der Mengensteuerung sollen bedarfsgerechte Versorgung nicht behindern
7. Überarbeitung der Berufsgesetze: Abschaffung Schulgeld und Umsetzung Akademisierung
8. Modernisierung der Ausbildungsordnung.

Zu 1. Die dauerhafte Aufhebung der Grundlohnsummenbindung ist im TSVG bereits enthalten und wird von der AOK-Gemeinschaft kritisch gesehen. Die Grundlohnrate sollte als orientierende Größe für Vergütungsanpassungen erhalten werden. Verbindliche Nachweispflichten für Leistungserbringer, die sicherstellen, dass die Vergütungssteigerungen von aktuell 30 % jetzt und zukünftig bei angestellten Therapeuten ankommen, sind zu begrüßen, werden aber bislang im TSVG nicht näher konkretisiert. Die Vergütung einzelner Leistungspositionen, wie Hausbesuche und Dokumentationsaufwand, sind grundsätzlich im Rahmen von Vertragsverhandlungen zu bewerten.

Zu 2. Sowohl Heilmittel-Richtlinie als auch die von GKV-SV und Leistungserbringerverbänden geschlossenen Rahmenempfehlungen führen aktuell bereits zu einer bundesweit einheitlich strukturierten Versorgung; einer einheitlichen Leistungsbewertung im Sinne einer Gebührenordnung bedarf es daher nicht. Strukturelle Preisanhebungen haben teilweise allerdings zu unterschiedlichen Minutenvergütungen geführt, die geglättet werden sollten. Die Preisfindung selbst sollte allerdings auf der Landes- bzw. Kassenebene bleiben und die Dauer der Vertragslaufzeit von den Vertragspartnern bestimmt werden. Zentrale Preisverhandlungen durch den GKV-Spitzenverband und bundesweit einheitliche Preise werden von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt.

Zu 3. Die Blanko-Verordnung soll im TSVG in die Regelversorgung übernommen werden. Ein Direktzugang ist allerdings nicht vorgesehen. Eine Erprobung des Direktzuges könnte geprüft werden, allerdings erst nachdem die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen wurden und die Ausbildungen diesbezüglich überarbeitet wurden. Versorgungsqualität und Therapiesicherheit dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden.

Zu 4. Die Forderung ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft grundsätzlich zu begrüßen. Für eine vollständige Digitalisierung der Datenströme bedarf es neben der elektronischen Abrechnung auch einer elektronischen Verordnung mit entsprechender IT-Anbindung der Heilmittelpraxen.

Zu 5. Da Heilmittelverordnungen ohne vorherige Einbindung der Krankenkasse beim Therapeuten eingelöst werden, können diese nicht vollständig aus der Prüfpflicht entlassen werden. Mit der zertifizierten ärztlichen Praxisverwaltungssoftware sollen fehlerhafte Verordnungen weitgehend ausgeschlossen werden. In den Rahmenempfehlungen und Verträgen werden zudem weitreichende Korrekturmöglichkeiten eingeräumt, die zunehmend vereinheitlicht werden und für die Kassen verbindlich sind. Weiterer Änderungen bedarf es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht.

Zu 6. Durch bestehende Regelungen wird heute schon sichergestellt, dass Steuerungsinstrumente für eine wirtschaftliche Heilmittelversorgung eine bedarfsgerechte Versorgung nicht behindern. So ist die Versorgung von Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen über die Regelungen zu besonderen Verordnungsbedarfen und zum langfristigen Heilmittelbedarf weitgehend aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen.

Zu 7. Die Länder sind gefordert, für kostenlose Schulangebote zu sorgen und diese auch zu finanzieren. Die Schulgeldfreiheit in den Heilmittelberufen ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft seit langem überfällig. Die Heilmittelversorgung bedarf grundsätzlich einer kritischen Überprüfung der Evidenz der Methoden und Therapieansätze. Hierfür bedarf es akademisch ausgebildetes Personal, und auch für die Therapie vor Ort kann die Teil-Akademisierung einzelner Berufsgruppen sinnvoll sein.

Zu 8. Eine zeitnahe Modernisierung der Ausbildungsgesetze wird seitens der Krankenkassen unterstützt, die Ausbildung sollte auch die derzeit im Rahmen von kostenpflichtigen Weiterbildungen erwerbenden Zertifikatspositionen umfassen.