



Wortprotokoll der 33. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 16. Januar 2019, 14.30 Uhr
Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 6

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und
bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

BT-Drucksache 19/6337

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Haushaltsausschuss

b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und
bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

-19/6337-

Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 19/6436

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Haushaltsausschuss



- c) Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Michael Theurer, Christine Aschenberg-Dugnus, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätswahrende Behandlung zur Regelleistung machen

BT-Drucksache 19/2689

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

- d) Antrag der Abgeordneten Dr. Robby Schlund, Dr. Axel Gehrke, Detlev Spangenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Aussetzung der Budgetierung für Ärzte

BT-Drucksache 19/3393

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss

Haushaltsausschuss

- e) Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben

BT-Drucksache 19/4833

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

- f) Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall

BT-Drucksache 19/6417

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit



- g) Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern

BT-Drucksache 19/4887

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

- h) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten

BT-Drucksache 19/6130

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Möhring, Cornelia Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14.33 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Meine sehr geehrte Damen und Herren, ich darf Sie herzlich zur unserer Anhörung begrüßen. Es ist die 33. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit in dieser Legislaturperiode. Ich begrüße auch die Zuschauerinnen und Zuschauer und natürlich ganz besonders die Sachverständigen. Zu meiner Rechten begrüße ich den Parlamentarischen Staatssekretär, Dr. Thomas Gebhart und die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. Wir beschäftigen uns heute mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für schnellere Termine und bessere Versorgung, kurz TSVG sowie der dazugehörigen Unterrichtung. Zu dem Gesetzentwurf haben die Koalitionsfraktionen einen Änderungsantrag und die Fraktion DIE LINKE. drei Änderungsanträge eingebracht. Auch diese Änderungsanträge sind Gegenstand der Anhörung. Außerdem sind ein Gesetzentwurf der Fraktion der FDP, ein Antrag der AfD, zwei Anträge der FDP, ein Antrag der Fraktion DIE LINKE. sowie ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Anhörungsgegenstand. Meine sehr verehrten Damen und Herren, mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz strebt die Bundesregierung umfangreiche Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger an. Dazu gehört, die Wartezeiten auf Arzttermine zu verkürzen, das Sprechstundenangebot zu erweitern und vertragsärztliche Leistungen besser zu vergüten. Außerdem sollen die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag besser praktisch nutzen können, um Ihnen nur einige der zahlreichen geplanten Änderungen des TSVG zu nennen. AfD und FDP fordern in ihren Anträgen, die Budgetierung für Ärzte auszusetzen bzw. aufzuheben. Darüber hinaus geht es in der Anhörung um den Gesetzentwurf der Fraktion der FDP, mit dem fertilitätserhaltende Behandlungen von Krebspatienten in den Leistungskatalog der Krankenkassen übernommen werden sollen sowie um einen Antrag der selben Fraktion zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen mit der Forderung, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angeordnete Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie bis zum 1. Juli 2019 umzusetzen. Schließlich beschäftigen wir uns heute mit Anträgen der Fraktion DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Stärkung der

Heilmittelversorgung. Während DIE LINKE. die Vergütung der Heilmittelerbringer um 30 Prozent anheben will, fordern BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die Anbindung der Vergütung an die Grundlohnsomme dauerhaft aufzuheben. Wir haben viele verschiedene Vorschläge zu ganz unterschiedlichen Themenbereichen auf dem Tisch, die wir mit Ihnen, liebe Sachverständige, in den nächsten drei Stunden diskutieren wollen. Ich möchte vorsorglich daran erinnern, dass sich alle Fragen und Antworten auf den vorliegenden Gesetzentwurf, die dazu bereits vorliegenden Änderungsanträge sowie auf die Vorlagen der Oppositionsfraktionen beziehen müssen. Sollte das nicht der Fall sein, werde ich die Fragen und Antworten nicht zulassen. Der Ausschuss hat in seiner heutigen Sitzung beschlossen, eine weitere Anhörung zum TSVG durchzuführen. Diese findet am Mittwoch, den 13. Februar in der Zeit von 18 Uhr bis 20 Uhr statt. Hier besteht noch einmal die Gelegenheit, Fragen zum TSVG zu stellen und Antworten zu erhalten. Bevor wir in die Anhörung einsteigen, möchte ich das Anhörungsverfahren kurz erläutern. Uns stehen für diese Anhörung 180 Minuten zur Verfügung. Diese wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke auf zwei Runden verteilt. Die erste Frage- und Antwortrunde dauert 120 Minuten, danach machen wir eine Pause, dann geht es noch einmal 60 Minuten weiter. Für die zweite Runde sind vornehmlich Fragen zu den Heilmittelerbringern geplant, aber es können auch Fragen zu anderen Themen gestellt werden. Die Zeitkontingente der einzelnen Fraktionen finden Sie in schriftlicher Form auf Ihrem Sitzplatz. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich kurz zu fassen und ich bitte darum, das Mikrofon zu benutzen und Ihren Namen und Verband zu nennen, damit auch die Zuschauer wissen, wer die Frage stellt und wer antwortet. Das macht die Protokollierung und das Nachverfolgen durch die Zuschauerinnen und Zuschauer leichter. Ich danke allen Verbänden und Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Wenn wir einen Klingelton hören, die Mitarbeiter sind darauf geschult, zu eruieren, wo es geklingelt hat, kostet das fünf Euro. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und live im Parlamentsfernsehen gezeigt wird. Außerdem ist die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages anzusehen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des



Ausschusses veröffentlicht. Wir steigen jetzt in die Anhörung ein und die erste Frage stellt die CDU-Fraktion.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Greiner. Wir wollen direkt in die Sachthemen einsteigen und deswegen hätte ich gerne gewusst, wie Sie die Erweiterung der Aufgaben bei den Terminservicestellen beurteilen.

ESV Prof. Dr. Wolfgang Greiner: Die Terminservicestellen haben den Sinn, eine bessere Verteilung von vakanten Arztterminen unter den Patienten zu ermöglichen. Das ist zunächst sinnvoll. Wir haben in unserem Sachverständigenratsgutachten letzten Sommer zu diesem Punkt etwas geschrieben. Allerdings nur kurz, weil das Ganze nicht die Sicht auf die größeren Herausforderungen und Themen vorstellen soll. Die jetzige Bedarfsplanung führt manchmal zu Resultaten, die merkwürdig anmuten. Das ist der Fall, wenn es z. B. in Regionen, in denen eine hundertprozentige oder sogar darüber liegende Versorgung stattfindet, zu langen Wartezeiten kommt. Wir haben dem als Sachverständigenrat eine andere Herangehensweise entgegengesetzt, indem man sich von den Arztsitzen als Abrechnungs- oder Planungseinheit trennt und in Leistung denkt. Ich will aber gerne zum Thema zurückkommen. Kurzfristig ist eine effizientere Allokation von vakanten Arztterminen sinnvoll. Angebot und Nachfrage kommen in anderen Wirtschaftsbereichen häufig auch nicht von alleine zueinander. Hier wäre es so, dass die Patientinnen und Patienten gezwungen werden, im Grunde genommen in der gesamten Region nach einem Termin zu suchen. Das kann man in einem digitalen Zeitalter nicht mehr akzeptieren. Deswegen ist es gut, dass es diese Stellen gibt. Man hätte sich auch vorstellen können, dass das Ganze über Online-Systeme der Einzelpraxen auf einer Meta-plattform zusammengeführt wird. Ich könnte mir vorstellen, dass die Terminservicestellen diesen Weg gehen werden. Was ist notwendig, um zu einem ausgeglichenen Kosten-Nutzen-Verhältnis zu kommen? Die Kosten sind weitgehend fix und im Gesetzentwurf mit neun Millionen Euro angegeben. Das kann ich nicht überprüfen. Auf der Nutzenseite hängt alles davon ab, dass sich die Bekanntheit erhöht. Das wird durch die Umstellung auf die

bundesweit einheitliche Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 vermutlich der Fall sein. Ich könnte mir vorstellen, dass die Marke 116 117 durch die zusätzliche Funktion der Vermittlung von Terminen profitieren wird. Dazu kommt die Akzeptanz von beiden Seiten, also von Angebot und Nachfrage. Das bedeutet nicht, dass 100 Prozent der Patientinnen und Patienten und der Ärztinnen und Ärzte das machen müssen, aber dass eine bestimmte Gruppe daran interessiert ist. Es darf nicht die Erwartung bestehen, keine längeren Wege gehen zu müssen. Im Gesetz steht eine zumutbare Wegstrecke. Es können im Ergebnis längere Wege und nicht die Wunschärzte sein. Auch müssen Vakanzen vorhanden sein, die vermittelt werden können. Hier kann ich auf unser Gutachten rekurrieren. Das Volumen wird vermutlich nicht dadurch erhöht, dass man die Sprechstundenzeit von 20 auf 25 Stunden in der Woche ausweitet. Auf diese Parameter wird es wenig Einfluss haben, weil die Zahl der betroffenen Ärzte sehr klein ist. Es ist für die Terminservicestellen eine Evaluation vorgesehen. Das macht zurzeit die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Man könnte sich aber auch eine unabhängige Evaluation vorstellen. Zurzeit soll vor allem auf Häufigkeit, Vermittlungsquote und Einhaltung der Vier-Wochen-Frist geachtet werden. Es sollte überdacht werden, ob man das Ganze nicht breiter anlegt und z. B. die tatsächliche Inanspruchnahme, das Wissen um das Angebot oder die Akzeptanz einbezogen werden. Das gilt auch für das Notfallmanagement, wenn es in welcher Form auch immer kommt und für die Frage, ob die bessere Leistung, die wir uns wünschen, tatsächlich stattfinden kann.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Bei meiner Frage geht es um die Terminservicestellen. Ich würde den GKV-Spitzenverband bitten darzulegen, wie er das Thema Erweiterung des Aufgabenspektrums bzw. Verkürzung von Wartezeiten bewertet und ob die Terminservicestellen hier einen Beitrag leisten können?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Wir bewerten es positiv. Wer kennt das nicht, es sind keine Einzelfälle, dass Sie berichtet bekommen: „Ich habe wieder kein Termin bekommen.“ Ich finde es gut, dass die Terminservicestellen rund um die Uhr besetzt und erreichbar sein



sollen. Es ist eine gute Idee, die der GKV-Spitzenband voll unterstützt. Ich finde es auch gut, wenn Haus- und Kinderärzte mit einbezogen werden. Mich wundert es, dass bei der Psychotherapie die Vermittlung von Langzeitbehandlungen noch nicht thematisiert wurde. Das rege ich an, denn das ist ein großes Thema, wie Sie wissen. Sie haben im Gesetz die Langzeitbehandlung angesprochen. Wir haben schon die Erstbehandlung und die probatorische Behandlung im Gesetz. Ich würde dringend überlegen, ob das nicht zum Aufgabenspektrum dazugehören sollte. Bei der Budgetierung und bei der Frage der Vergütung wäre ich vorsichtig. Wir haben Skepsis, die neuen Fälle so wie vorgesehen zu vergüten. Außerbudgetär ist vollkommen richtig und das unterstützen wir. Das, was Sie hier als Volumen ausloben, sollten Sie lieber für die Förderung von Abendsprechstunden und von Sprechstunden am Wochenende, sprich am Sonnabend-nachmittag ausloben. Das ist das, was wir ursprünglich versucht haben, zu erklären und was die Presse vollkommen missverstanden hat. Schon überbelastete Ärzte sollen noch weiter überbelastet werden – das ist totaler Unsinn. Es wäre aber sinnvoll zu überlegen, ob man Abendsprechstunden und auch die Nachmittagssprechstunden am Sonnabend nicht mit einem außerbudgetären Zuschlag fördert. Die reine Vermittlung über die Terminservicestelle außerbudgetär abzurechnen würde Nachfragen bringen. Wenn Sie eine einfache Erkältung haben und plötzlich der gesamte Fall bzw. das gesamte Quartal außerbudgetär vergütet wird, bringt das Komplikationen mit sich. Da würde ich Ihnen raten, Sprechstunden zur Unzeit außerbudgetär mit Zuschlägen zu fördern. Das scheint mir eine gute Sache zu sein. Insgesamt, um es kurz zu fassen, ist die Idee gut, sie sollte in Einzelheiten verbessert werden und dann sollte man loslegen.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten. Mit dem TSVG sollen die hausärztliche Versorgung und die sprechende Medizin besser vergütet werden. Wie beurteilen Sie die dafür vorgesehenen Maßnahmen?

Sve **Ariadne Sartorius** (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)): Im TSVG ist ein Passus eingebaut worden, nachdem besonders qualifizierte Behandler zunächst schauen sollen, ob die

Patienten tatsächlich eine psychotherapeutische Versorgung benötigen. Wir sehen das sehr kritisch, weil wir befürchten, dass damit nicht alle Behandlungsbedürftigen in der Versorgung ankommen, weil zusätzlich Kapazitäten benötigt werden. Wir rechnen mit ungefähr zehn Prozent der Kapazitäten, die doppelt geleistet werden müssten, weil jeder Behandler im Anschluss für die Diagnostik und die Indikation für eine Psychotherapie verantwortlich ist. Wir befürchten, dass damit bestimmte Patientengruppen aus der Versorgung eher ausgeschlossen werden würden, weil es für sie nicht einfach ist, Hilfe aufzusuchen. Das gilt insbesondere für die Patienten, die gemeint sind, nämlich jene mit einem komplexen Behandlungsbedarf. Oft entscheidet sich gerade im ersten Kontakt, ob ein Hilfeangebot angenommen werden kann oder nicht. Deshalb plädieren wir dringend dafür, diesen Passus aus dem Gesetz zu streichen.

Der **Vorsitzende**: Der Fragesteller ist mit der Beantwortung noch nicht zufrieden, weil an seiner Frage vorbei geantwortet worden ist.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Mir geht es um die bessere Vergütung derprechenden Medizin. Ich würde gerne wissen, wie Sie das TSVG in diesem Zusammenhang bewerten.

Sve **Ariadne Sartorius** (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)): Wenn wir uns anschauen, in welchen Arztgruppen es einen Nachwuchsmangel gibt, sind das diejenigen, die viel sprechen und nicht viel mit Geräten arbeiten. Dazu gehören die Hausärzte und wir Psychotherapeuten erst recht. Wenn man sich den Überschuss von Praxen in derprechenden Medizin im Vergleich zu den anderen Arztgruppen ansieht, verwundert es niemanden, dass es Schwierigkeiten in der Gewinnung von Nachwuchs von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen gibt, die bereit sind, in dieprechende Medizin zu gehen. Ganz eklatant ist das beim Mangel an Psychiaterinnen und Psychiatern festzustellen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CSU/CDU): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband Medizintechnologie. Wie bewerten Sie die im Gesetzesentwurf vorgesehene Verbesserung des Zugangs zu neuen



Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) mit Medizinprodukten?

SV Björn Kleiner (BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V.): Laut Koalitionsvertrag sollen medizinische Innovationen schneller in die Regelversorgung gelangen. Hierfür sollen Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beschleunigt werden, indem der Aufgabenkatalog in seiner Ablaufstruktur gestrafft und schnellere Entscheidungen über NUB herbeigeführt werden. Das TSVG greift dies in den §§ 137e und h SGB V auf. Für die Unternehmen der Medizintechnologie steht die Patientensicherheit an erster Stelle. Wir stellen uns einer transparenten Nutzenbewertung. NUB sollen Patienten, die sie benötigen, zeitnah zur Verfügung gestellt werden. In den letzten zwei Jahren haben wir bei NUB-Verfahren mit Medizinprodukten gewisse Defizite gehabt. Diese sind erheblich zurückgegangen. Ursache dafür war aus unserer Sicht, dass die Verfahren zu bürokratisch waren und zu lange dauerten. Eine strenge Auslegung des Potenzialbegriffs hat ebenfalls dazu beigetragen. Momentan sind vier Verfahren im Rechtsstreit. Folgende Punkte sind für den BVMed wichtig: Bei einer erstmaligen Antragstellung für ein NUB durch das Krankenhaus mit Medizinprodukten hoher Klasse ist das Einvernehmen zwischen Hersteller und Krankenhaus herzustellen. Das gilt sowohl für die Antragstellung als auch für die zu übermittelnden Daten. Wichtig ist, dass vollständige klinische Daten und Studien zur Verfügung gestellt werden. Das zweite Thema ist der zeitnahe Beginn von Erprobungsstudien. Wir befürworten die Möglichkeit, dass die Unternehmen selbst auf eigene Kosten Erprobungsstudien beauftragen können. Das ist ein Vorteil für die Unternehmen. Für die anderen Unternehmen ist die Kostentragung zu vereinfachen. Wir bitten zu berücksichtigen, dass es Start-up-Unternehmen oder seltene Erkrankungen gibt und sich die Kosten im Rahmen halten. Wir haben das Beratungsverfahren für die Unternehmen durch den G-BA. Nun kommen zusätzlich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] sowie das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK] in diesem Prozess dazu. Das finden wir gut. Aus unserer Sicht wäre eine stärkere Verbindlichkeit dieses Verfahrens wichtig.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die KBV. Wie beurteilen Sie es, wenn bei den Terminservicestellen künftig auch die Informationen zur Barrierefreiheit von Arztpraxen hinterlegt und von den Patienten abgefragt werden können? Mich interessiert zudem, ob das umgesetzt werden könnte.

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich möchte eine Sache vorausschicken. Wir reden über die Terminservicestelle und ich habe den Eindruck, man erwartet von dieser wahre Wunder. Ich möchte auf ein Faktum hinweisen: Wir verlieren allein, wenn man sich die letzten Jahre anschaut, durch die Umwandlung von bisher inhabergeführten Praxen in Praxen mit Angestelltenverhältnissen pro Stunde rund 400 Stunden Arztzeit. Während der Dauer dieser Anhörung verlieren wir also auf das Jahr gerechnet über 1 000 Stunden Arztzeit. Insofern muss man die Limitation einer Terminservicestelle auch unter diesem Gesichtspunkt sehen. Die Möglichkeit abzufragen, inwieweit Barrierefreiheit in den Praxen vorhanden ist, gibt es bereits jetzt, und zwar relativ unbürokratisch über die KVen. Die Arztsuche bildet das bereits ab. Das gesondert gesetzlich zu regeln, ist überflüssig. Das ggf. in der Terminservicestelle zu implementieren ist technisch sicherlich nicht das Problem. Die Frage ist, ob man das Instrument der Terminservicestelle ab einem gewissen Punkt nicht überfrachtet.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich würde gerne den GKV-Spitzenverband auf die Regelungen ansprechen, die sich auf die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) beziehen. Da geht es im Gesetz um die Erbringer von Dialyseleistungen und deren Beschränkung auf fachbezogene MVZ. Können Sie dazu eine Einschätzung abgeben?

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Der Gesetzentwurf enthält eine Reihe von Neuregelungen zur Gründung von MVZ. Im Kern zielen die Neuregelungen darauf ab, das Verhältnis zwischen niedergelassenen Ärzten und MVZ erneut zu regulieren. Es sind restriktive Regelungen für kapitalgeführte Gesellschaften, die MVZ und hier im spezi-



ellen Dialyseeinrichtungen gründen wollen, vorhanden. Diese spezielle Regelung im TSVG begrüßen wir. Die halten wir für sachgerecht. Wir möchten aber an dieser Stelle darauf hinweisen, dass der GKV-Spitzenverband sich weiterhin für die Gründung von MVZ stark macht und wir davon ausgehen, dass MVZ für jüngere Ärztinnen und Ärzte, die in den Arztberuf streben, ein Modell für die Zukunft sind. Das liegt an den Arbeitszeitmodellen, die hier angeboten werden können.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Das sektorenübergreifende Konfliktlösungsinstrument der Selbstverwaltung soll neu strukturiert und weiterentwickelt werden. Vorgesehen ist ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium. Wie beurteilen Sie das vorgesehene Instrument der Konfliktlösung bei der dreiseitigen Vereinbarung?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir beurteilen das durchweg positiv. Es sind im Laufe der Jahre in die bestehenden Schiedsinstitutionen Aufgaben hineingekommen, die dreiseitig waren, obwohl z. B. die Konstruktion der Schiedsinstitution „Unterschiedsamt im niedergelassenen Bereich“ zweiseitig war und wir, die Krankenhäuser, nur hinzu kooptiert wurden. Wir hatten z. B. keine Mitspracherechte bei der Auswahl des Vorsitzenden des Bundesschiedsamtes im Krankenkassen- und KBV-Bereich. Jetzt wird das alles in allen dreiseitigen Verträgen auf eine gleichschenklige, gemeinsame und gleichgerechte Basis mit gleichen Abläufen und Rechten gestellt. Auch die Zahlungspflichten für die Institution sind gleich. Damit wird der Grundgedanke des Ausgleichs im dreiseitigen Bereich deutlich verbessert.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. Versicherte mit substanziellen HIV-Infektionsrisiko erhalten mit dem TSVG einen Anspruch auf Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Wie beurteilen Sie die vorgesehene Regelung?

SV **Robin Rüsenberg** (Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung

HIV-Infizierter (dagnä) e. V.): Der TSVG-Gesetzentwurf sieht einen neuen § 20j SGB V zur gesetzlichen Verankerung der PrEP vor. Diesen Schritt begrüßen wir ausdrücklich. Den Koalitionsfraktionen sowie dem Minister ist dafür zu danken. Die vorliegenden Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass die PrEP einen sehr nachhaltigen, positiven Einfluss auf die HIV-Neuinfektionszahlen haben kann. Richtig gemacht ist ein solcher Effekt auch für Deutschland zu erwarten. Deswegen sehen wir mit Spannung, was die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren werden. Hierbei wäre zu überlegen, ob man nicht für sexuelle übertragbare Infektionen generell weitere Regelungen trifft und den Apothekern ein Signal gibt, dass hier PrEP verordnet wurde.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V. und es geht mir darum, wie die vorgesehenen Regelungen zur Klarstellung des Großhandelszuschlags bewertet werden.

SV **Dr. Thomas Trümper** (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V. (PHAGRO)): Wir begrüßen grundsätzlich, dass der Gesetzgeber einen Hinweis des Bundesgerichtshofs aus dem vergangenen Jahr aufgegriffen hat und in § 2 der Arzneimittelpreisverordnung [AMPreisV] rechtssicher formulieren will. Das ist in der vorliegenden Form leider nur teilweise gelungen. Im ersten Teil, der den Festzuschlag betrifft, ist das sehr korrekt ausgedrückt. Der zweite Teil allerdings lässt Interpretationen zu und konterkariert damit den ersten Teil. Das ist schade und man kann das besser machen. Wie man es besser machen kann, zeigte ein Referentenentwurf, der dem heutigen Vorschlag vorausgegangen ist, der zwischen dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ausgearbeitet wurde und der unserer Meinung nach in der Begründung den Sachverhalt besser trifft und mehr Rechtssicherheit gibt.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Fragen gehen noch einmal zum MVZ zurück und richten sich an den Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung und an den BKK-Dachverband. Träger von



Dialyseeinrichtungen sollen künftig nur noch fachbezogene MVZ gründen dürfen, um den Zugang von versorgungsfernen Kapitalinvestoren zur vertragsärztlichen und insbesondere zur vertragszahnärztlichen Versorgung zu beschränken. Was halten Sie von dieser Regelung und den vorgesehenen Beschränkungen insbesondere aus Sicht der Versorgung der Patientinnen und Patienten? Gibt es Unterschiede zwischen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung?

SV Dr. Peter Velling (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ)): Wir haben die Erfahrung gemacht, dass wir mit der Beschränkung von Gründereigenschaften nicht das vermieden haben, was wir erreichen wollten. Eine fachbezogene Versorgung der Niere als Organ, was in der Dialyse sehr wichtig ist, betrifft mehrere Fachgruppen. Zumindest ist die internistische Medizin, aber auch die Chirurgie gefordert, sodass der Fachbezug ein sehr weites Feld sein muss. Es gibt bisher kein zahnmedizinisches MVZ, was aus einem Dialysezentrum gegründet worden ist. Wir vermeiden hier etwas, was es gar nicht gibt. Deswegen finde ich den Fachbezug sehr sinnvoll, wenn er wirklich fachbezogen ist und für alle Erkrankungen, die durch die Niere verursacht werden können, auch aufrechterhalten wird. So macht ein MVZ für die Patienten am meisten Sinn, dass nicht nur die Dialyse angeschlossen und wieder abgelöst werden kann. Wenn ein Fachbezug gefordert wird, dann so, dass die Nierenerkrankung, da gehört auch das Auge als Organ und der Diabetes usw. dazu, rundum versorgt werden kann. Die Zahnmedizin stellt insofern eine Besonderheit dar, weil es keine Bedarfsplanung gibt. Das heißt, alle Humanmedizin-Arztstellen sind im Bedarfsplan dargestellt und werden von verschiedenen Zentren genutzt. Eine Ausdehnung von Arzt-sitzen über die Neugründung eines MVZ ist in der Humanmedizin, im Gegensatz zur Zahnmedizin, nicht möglich.

SV Franz Knieps (BKK Dachverband e. V.): Ich schließe mich der Auffassung meines Vorredners an und sehe es etwas anders als der GKV-Spitzenverband. Ich halte die vorgesehenen Einschränkungen für nichtärztliche Dialyseleistungserbringer so nicht für sachgerecht. Wer sich in der Versorgungs-

welt die großen Anbieter, insbesondere die freige-meinnützigen Anbieter ansieht, wird feststellen, dass diese MVZ nicht nur Nephrologen, sondern z. B. auch Internisten und Hausärzte beschäftigen und damit ein integriertes Versorgungsangebot leisten. Mit der Neuregelung würde das erschwert bzw. unmöglich gemacht. Das halte ich nicht für sachgerecht. Die Frage zielte auch darauf ab, ob überhaupt Einschränkungen angebracht sind, um Fremdeinflüsse auf die ärztliche Leistungserbringung auszuschließen. Da bin ich durchaus der Meinung, dass man einschränken kann. Die bisherigen Vorschläge der Koalitionsfraktionen und aus dem BMG, aber insbesondere die der Ländern behandeln an diesem Problem nur die Symptome, denn sie schränken den Kreis derjenigen ein, die etwas gründen können. Die Einflussnahme erfolgt beim Betrieb solcher MVZ. Ich halte es für sinnvoll darüber nach-zudenken, wie die ärztliche Unabhängigkeit in diesen Zentren gestärkt werden kann. Im Übrigen halte ich es für hochproblematisch zu differenzieren, ob hier gutes oder weniger gutes Geld verdient wird. Das ist dem SGB V nicht angemessen. Deshalb halte ich insgesamt die diskutierten und auch die über den Gesetzentwurf hinaus diskutierten Einschränkungen für nicht sachgerecht.

Abg. Bettina Müller (SPD): Ich habe eine Frage an den Deutschen Hausärzterverband. Sie weisen in Ihrer Stellungnahme darauf hin, dass es dringend erforderlich ist, die Rahmenbedingungen für die hausärztliche Tätigkeit zu verbessern, damit sich in Zukunft eine ausreichende Zahl an Hausärztinnen und Hausärzten zur Verfügung stellt. Bitte erläutern Sie das.

SV Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzterverband e. V.): Wir haben uns das Gesetz daraufhin intensiv angesehen und stellen fest, dass vom Koalitionsvertrag ausgehend der Wunsch da war, die sprechende und die hausärztliche Medizin zu stärken. Die hausärztliche Medizin ist im Gesetzentwurf so nicht mehr anwesend. Wir stellen fest, dass die meisten Regelungen in Richtung der fachärztlichen Versorgung positiv wirken sollen. Zur Vermittlungen durch die Terminservicestellen: bereits angesprochen ist die extrabudgetäre Behandlung von Neupatienten. Das ist ein deutliches Ungleichgewicht zwischen der hausärztlichen und fachärztli-



chen Versorgung. Insofern würden wir uns wünschen, dass wir gestärkt werden, z. B. die hausärztzentrierte Versorgung. Dafür gibt es von uns Änderungsvorschläge zur Bonifizierung der Patienten und zur Fortgeltung von Verträgen, die verpflichtend sind und bleiben. Wir sehen in der Frage der offenen Sprechstunde ein Missverhältnis zur hausärztlichen Versorgung. Wenn die zusätzlichen, offenen fachärztlichen Sprechstunden extra vergütet werden, was immer man davon halten will, so müssen wir sagen, dass wir diese offene Sprechstunde auch freihalten. Es gibt keine Hausarztpraxis, die nicht im Terminkalender täglich offene Sprechstundenanteile für Akutpatienten vorhält. Insofern sehen wir es als gleichberechtigt an, wenn diese Sprechstundenzeiten analog der fachärztlichen offenen Sprechstunde mit einem Zuschlag versehen werden. Dazu kommt, dass die Vermittlung von fachärztlichen Terminen über die Hausärzte, die in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) normal sind, wie eine Terminvermittlung über eine Terminservicestelle bewertet werden. Insofern hätten wir hier noch einigen Änderungs- und Anpassungsbedarf und würden das sehr begrüßen.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer. Im TSVG ist vorgesehen, § 92 SGB V zu verändern, um eine neue Regelung für einen gestuften Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu finden und dies für einen zeitnahen Behandlungszugang anhand individueller Bedarfe. Halten Sie eine Regelung für einen solchen verbesserten Zugang für erforderlich und wenn ja, ist es diese Regelung oder können Sie Alternativen benennen?

SV **Dr. Dietrich Munz** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Die vom Gesetzgeber vorgesehene Einführung eines Paragraphen zur gestuften und gesteuerten Versorgung durch den G-BA halten wir für nicht zielführend als neue Prüfinstanz. Es wird sicher zusätzlich Ressourcen von Kolleginnen und Kollegen, die dafür vorgesehen sind, verbrauchen. Deshalb lehnen wir diesen Vorschlag ab. Durch die Einführung der Sprechstunde in der Psychotherapie-richtlinie im April 2017 ist der kurzfristige Zugang für Patientinnen und Patienten zur Diagnostik im Vergleich zur vorherigen Situation deutlich verbessert worden. Die Patientinnen und

Patienten erhalten recht zügig einen Termin. Das Problem beginnt, wenn die Patientinnen und Patienten eine Behandlung brauchen. Das heißt, wenn die Indikation für eine Psychotherapie gestellt wird. Dann sind die Wartezeiten eindeutig zu lang. Insbesondere in den ländlichen Regionen und im Ruhrgebiet haben wir hier enorme Probleme mit sehr langen Wartezeiten. Diese liegen teilweise über sechs Monate, manchmal sogar bei sieben bis neun Monaten. Hier ist es nach unserer Einschätzung erforderlich, dass mehr Psychotherapeuten zugelassen werden. Das ist in § 103 SGB V für andere Arztgruppen vorgesehen. Es wäre sinnvoll, die Zulassungsbeschränkung in den ländlichen Regionen und im Ruhrgebiet vorübergehend befristet aufzuheben, bis etwa die durchschnittliche Dichte der anderen Facharztgruppen erreicht ist. Das wäre eine Lösung des Problems. Wir sehen aber auch noch ein anderes Problem, das gelöst werden sollte. Viele Patienten benötigen häufig nicht nur eine Psychotherapie, sondern ggf. eine zusätzliche Behandlung mit Psychopharmaka. Hier funktioniert die Kooperation mit den Ärzten, insbesondere den Hausärzten und Psychiatern derzeit schon ganz gut, aber es gibt eine kleinere Gruppe von Patienten, die nicht nur Psychotherapie und Pharmakotherapie brauchen, sondern eine weitergehende Unterstützung durch bspw. Soziotherapie, psychiatrische Krankenpflege oder Ergotherapie. Es wäre außerordentlich sinnvoll, die Kooperation zwischen diesen Arztgruppen zu verbessern, indem bspw. der G-BA Rahmenbedingungen schafft und zunächst prüft, für welche Patienten es sinnvoll und notwendig ist, welcher Bedarf bei diesen Patienten besteht und welche beteiligten Gesundheitsberufe zu koordinieren sind. Wichtig wäre dabei zu prüfen, welcher Zeitaufwand für die Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen erforderlich wäre, wie dieser zu vergüten ist und welchen Unterstützungsbedarf die Angehörigen dieser Berufsgruppen haben, um die Patienten gut koordiniert zu versorgen und Behandlungsplanungen abzusprechen. Das heißt, keine neuen Hürden beim Zugang, sondern gute Modelle für eine gute Versorgung von Patienten mit komplexem Leistungsbedarf.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage geht an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und sie bezieht sich auf die MVZ im zahnmedizinischen Bereich. Wir beobachten eine zunehmende Gründung von zahnmedizinischen MVZ, auch



durch fachfremde Wettbewerber. Welche Auswirkungen werden dadurch auf die wohnortnahe Versorgung erwartet und wie sollte darauf reagiert werden?

SV Dr. Wolfgang Eßer (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Wir sehen im zahnärztlichen Bereich in der Tat, dass sich versorgungsfremde Finanzinvestoren in diesem Bereich massiv einkaufen und wir erkennen für die zukünftige Sicherstellung der Versorgung eine Bedrohung. An der Art, wo die Investoren Praxen gründen, nämlich im städtischen und im gut versorgten, einkommensstarken ländlichen Bereich, erkennen wir, dass die Niederlassungen mit dem Ziel der Renditeoptimierung betrieben werden, wohingegen sich die Zahnärzte entsprechend dem Bevölkerungsspiegel in der Bundesrepublik niederlassen. Insofern sehen wir hier eine aktive Gefährdung. Es gibt einen weiteren Punkt, der uns große Sorgen macht. Große Beratungsunternehmen empfehlen den Investoren für den zahnärztlichen Bereich die Konzentration auf sogenannte High-End Services. Damit ist die Implantologie, also kostenträchtiger Zahnersatz etc. gemeint. Wir sind in der Lage, das Abrechnungsverhalten zu scannen und sehen im Abrechnungsverhalten von investorengetragenen MVZ deutlich höhere Fallwerte im Vergleich zu anderen MVZ und Praxen in zahnärztlicher Hand. Wegen der Struktur der zahnärztlichen Versorgung bitten wir um eine Regulierung des bislang unregulierten Marktzutritts. Nach unserer Auffassung sollte der Erwerb einer Klinik, die grundsätzlich die Gründungsvoraussetzungen für den Investor erst ermöglicht, nur möglich sein, wenn diese Klinik vor ihrem Erwerb an der zahnärztlichen Versorgung teilgenommen hat. Der Erwerb eines Krankenhauses in Schleswig-Holstein sollte einen Investor nicht dazu berechtigen, eine zahnärztliche MVZ-Kette am Tegernsee aufzumachen. Die Gründungsberechtigung sollte an einen regionalen Bezug gekoppelt werden. Das könnte die Grenze der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sein.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Meine Frage geht an die KBV. Die Aufhebung der Budgetierung für die Ärzte wird von der KBV, BÄK und vielen anderen Verbänden und Organisationen gefordert. Aktuell arbeiten Vertragsärzte und Psychotherapeuten ca. 52 Stunden pro Woche, wenn das Budget das

zulässt. Würden die Ärzte durch die Aufhebung der Budgetierung mehr Wochenarbeitsstunden leisten bzw. deutlich mehr Patienten im Quartal behandeln?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Das ist so pauschal nicht zu beantworten. Die Budgetierung, das muss man vorausschicken, kommt aus einer Zeit, in der wir von der Ärzteschwemme sprachen und man Sorge hatte, dass die Unzahl von Ärzten, die auf den Markt drängte, bei einer nicht gedeckelten Vergütung Leistungsausweitung betreiben und eine angebotsinduzierte Nachfrage schaffen würde. Mit dieser Argumentation müssen wir uns heute immer noch befassen. Wir stellen aber fest, dass insgesamt ein Wandel eingetreten ist. Man möchte von den Ärzten heute, wo die Arztzeit weniger wird, mehr Leistungen abfordern. Samstags- und Abendsprechstunden wurden bereits erwähnt. Es ist davon auszugehen, wenn die Budgetierung, die aus meiner Sicht lange überfällig abgeschafft gehört, wegfallen würde, zumindest eine Vergütung für die bisher geleistete Tätigkeit erfolgt. Es ist anders, als sie es in Ihrer Frage formuliert haben. Wir haben jetzt schon eine Quotierung, die erkennen lässt, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte deutlich mehr arbeiten, als es die Budgetierung überhaupt zuließe. Sonst hätten wir keine Abschaffungsquoten von bis zu 25 Prozent im fachärztlichen Bereich. Selbst viele hausärztliche KVen können keine Vollquoten auszahlen. Bevor man sich über Ausweitung der Arbeitszeit unterhält, muss die abgeforderte und geleistete Arztzeit vergütet werden. Dann ist davon auszugehen, dass Praxen, die unter diesen Voraussetzungen endlich eine Vollvergütung für ihre Leistungen bekommen, zusätzliche Ressourcen schaffen können. Denn das muss alles gegenfinanziert werden und sei es nur durch die Anstellung von mehr medizinischen Fachangestellten. In den allermeisten Fachgruppen können sie nicht völlig alleine agieren. Wenn wir an die Samstagsprechstunde denken, ist das mit Überstundenzahlungen für medizinische Fachangestellte und vielem mehr verbunden. Ich kann nur bestätigen, die Budgetierung ist ein unnötiger Klotz am Bein der Versorgung und von daher gehört sie, je schneller je besser, abgeschafft.



Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. In Anbetracht der derzeit ca. 21 Milliarden Euro Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen werden die Stimmen nach Beitragssenkung lauter. Auf der anderen Seite stehen Meinungen, dass das angesparte Geld lieber in die Patientenversorgung fließen sollte, u. a. auch durch Aufhebung der Budgetierungen. Welcher Weg ist aus Ihrer Sicht im Sinne der ärztlichen Versorgung der optimalere und welche Verfahrensweise ist perspektivisch für die Patienten besser?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Budgetierung oder Entbudgetierung und damit vollkommen freie Vergütung ist ein stumpfes Schwert. Das ist nicht zielgerichtet. Wir haben z. B. gesagt, bei einer Förderung der Nachmittags- oder Abendsprechstunden und von Sprechstunden am Sonnabendnachmittag sollten die Zuschläge nicht budgetiert sein. Eine Freigabe der Budgets in eine vollkommen freie Vergütung berechnen wir mit drei Milliarden Euro. Wem bringt die Freigabe etwas? In der Versorgung bringt sie nach unserem Dafürhalten nichts. Die Versorgung verbessern Sie nicht. Wenn Sie Geld ausgeben wollen, ist es sinnvoll, das Geld für gezielte Maßnahmen einzusetzen und Sorge dafür zu tragen, dass es gezielt dort ankommt, wo Sie es wollen. Fangen wir z. B. bei den Terminservicestellen an. Ich sagte bereits, das ist eine gute Idee. Bei neuen Patienten würde ich es genauso machen wie die Bundesregierung es vorschlägt. Ich würde aber für die von mir schon mehrfach genannten Sprechstunden zur Unzeit am Abend und am Wochenende Zuschläge ausloben, die ich nicht budgetiere. Dann würde ich auch für die dringlichen Fälle, die binnen 24 Stunden beim Facharzt oder beim Arzt behandelt werden sollen, gezielt nicht budgetiertes Geld ausloben. Eine allgemeine Nichtbudgetierung ist ein Schrotflintenschuss und ich rate Ihnen dringend davon ab. Wenn Sie gezielt Geld in die Hand nehmen und das nachverfolgen, ist es sinnvoll, dieses Geld für die Versorgungsverbesserung zu verwenden. Ich rate dringend davon ab, mit der Schrotflinte Geld zu verteilen und darauf zu vertrauen, dass es gut geht. Für die Versicherten, aber auch für die Ärzte ist eine gezielte Förderung weitaus besser und erstrebenswerter.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage geht an die KBV. Niedergelassene Ärzte stehen teilweise im schlechten Licht da. Herr Kollege Prof. Dr. Lauterbach behauptet, sicherlich humoristisch gemeint, dass diese sich manchmal schon am Mittwochnachmittag auf dem Golfplatz befinden. Andererseits gibt es aber auch Zahlen vom GKV-Spitzenverband, die sagen, dass fast jede vierte Praxis weniger als 25 Stunden pro Woche an Sprechstunden anbietet. Wie hoch schätzen Sie die Arbeitsbelastung und die Budgeteinbußen durch Mehrarbeit außerhalb der festgelegten Budgetgrenzen ein und wie wird sich die Anhebung der Mindestsprechstundenzahl auf 25 Stunden und die Einführung der fünfstündigen offenen Sprechstunde auswirken?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Sie sehen, nicht alle Ärzte sind auf dem Golfplatz. Ich habe mich freigemacht und bin hier. Daher hoffe ich, Ihnen die Frage entsprechend beantworten zu können. Hier gibt es eine begriffliche Ungenauigkeit. Für die 20 oder 25 Sprechstunden, von denen immer gesprochen wird, habe ich bisher keine wirkliche Definition gehört, was das sein soll. Sind das Präsenzzeiten in der Praxis, die für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten zur Verfügung gestellt werden sollen? Sind es Zeiten, in denen der Arzt mit den Patienten spricht? Was ist mit Ärzten, die operativ arbeiten, wie ich zum Beispiel? Gilt die Zeit, in der ein Patient in Narkose liegt, als Sprechzeit? Das ist ein sehr grober Begriff. Von daher muss man sagen, es ist tatsächlich ein Schrotschuss, der ins Leere geht. Viel sinnvoller wäre es, die Arztzeit adäquat zu vergüten. Wir wissen, und das ist auch Gegenstand unserer Berechnung, die wir mit der GKV zusammen machen, dass wir nicht von 20 oder von 25 Stunden Zeit ausgehen, die Ärzte in ihren Praxen arbeiten, sondern von 144 000 Minuten im Jahr. Das sind überschlägig 52 Wochenstunden und variiert nach Fachgruppe. Um diese 50 Stunden sind sämtliche Praxen, die inhabergeführt werden, zu verorten, wenn sie einen vollen Versorgungsauftrag haben. Die, die das nicht erfüllen, sind Randphänomene. Da reden wir von weniger als fünf Prozent der Praxen. Anders sieht es bei Praxen aus, die mit überwiegend angestellten Ärztinnen und Ärzten arbeiten. Das ist völlig logisch. Diese haben Arbeitsverträge, die üblicherweise bei maximal 40 Stunden angesiedelt sind. Wir sehen



aber, dass rund dreiviertel aller angestellten Kolleginnen und Kollegen nicht Vollzeit, deshalb gehen sie auch in die Anstellung, sondern in Teilzeit arbeiten, sodass die Zeiten noch deutlich runter gehen. Insofern wundere ich mich, dass man die MVZ als Lösung der Versorgungsproblematik anpreist. Denn die MVZ zeichnen sich überwiegend dadurch aus, dass sie mit angestellten Kolleginnen und Kollegen arbeiten. Insofern ist es bei Beherrschung der vier Grundrechenarten völlig klar, dass damit nicht mehr Arztzeit auf die Straße kommen kann, sondern diese allenfalls anders verteilt wird und dies für die Kolleginnen und Kollegen ein besseres Work-Life-Balance-Verhältnis bedeutet. Es ist eine Scheindiskussion, von 20 oder 25 Stunden auszugehen. Unser Gesundheitsminister hat klipp und klar gesagt, er weiß und mit ihm auch viele Abgeordnete, dass der durchschnittliche niedergelassene Arzt oder die durchschnittliche niedergelassene Ärztin weit mehr als 25 Stunden arbeitet. Insofern geht die Diskussion über 20 oder 25 Sprechstunden meines Erachtens am Thema vorbei.

Abg. **Paul Viktor Podolay** (AfD): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Hausärzteverband. Die Einführung der fünfstündigen offenen Sprechstunde ist nicht nur eine organisatorische Herausforderung für die Ärzte, sondern auch eine finanziell nicht planbare Größe. Inwiefern wird dadurch die Grundversorgung der chronisch kranken Patienten eingeschränkt und wie sind die geplanten Zusatzvergütungen von 15 Prozent realistisch einzuschätzen?

SV **Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzteverband e. V.): In den fünf Stunden offene Sprechstunde sind wir Hausärzte derzeit nicht mehr mit einbezogen. Das ist für den hausärztlichen Versorgungsbereich, wenn Sie die chronisch kranken Patienten in der Dauerbetreuung ansprechen, eine relativ sinnlose Einrichtung. Deswegen haben wir gesagt, darauf können die Hausärzte keinen Wert legen. Wir versuchen, und das ist lange Zeit gefordert worden, termingerecht zu arbeiten und den wiederkehrenden Patienten Termine zu geben. Es müssen aber in den Terminkalendern der Praxen für jeden Tag Pufferzeiten eingebaut werden, im Prinzip fast nach jeder Stunde, damit akut kranke Patienten oder Patienten mit akuten Behandlungsbedarf oder

Verschlechterung jederzeit in die Praxis kommen können. Im Gegensatz dazu stehen die fünf Stunden, die unstrukturiert sind und bei denen nicht klar ist, ob sie im fachärztlichen Bereich überhaupt sinnvoll sind. Wenn hierfür ein extrabudgetärer Betrag ausgelobt wird, würde ich im Sinne des GKV-Spitzenverbandes sagen, sollte man gezielt festlegen, dass die Patienten, die in den hausärztlichen Praxen zusätzlich zu den Terminen akut versorgt werden, einen entsprechenden Zuschlag in der Honorierung auslösen.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Die Frage geht an den Deutschen Hausärzteverband und es geht nochmal um MVZ. Sie sollen im Zuge der Ausweitung des Terminangebotes mehr unterstützt werden. Öffnungszeiten von 6 bis 23 Uhr sowie Arbeiten im Schichtdienst werden u. a. von Herrn Prof. Dr. Lauterbach für möglich gehalten. Welche Folgen wird dieser Schritt für die niedergelassenen Kollegen nach sich ziehen, die keinem MVZ angehören? Wird dadurch nicht auch die Monopolstellung dieser Konzerne gefördert?

SV **Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzteverband e. V.): Das ist ein sehr komplexes Thema. Die Möglichkeit, sich im MVZ zu organisieren und MVZ zur Versorgung zu nehmen, ist das eine. Das andere ist, dass die Patienten die freie Wahl haben, ob sie ein solches Angebot für ihre Dauerbetreuung haben wollen oder ob nicht gerade bei chronischen Erkrankungen oder älteren Patienten der Wunsch oder das Bedürfnis besteht, einen wiederkehrenden Ansprechpartner und nicht heute diesen, morgen jenen Kollegen und übermorgen eine andere Kollegin zu haben. Damit sind entsprechende Kommunikationsbrüche und andere Dinge, die nicht unbedingt materiell zu sehen sind, sondern in der persönlichen Beziehung eine Rolle spielen, verbunden. Deswegen ist es für die hausärztliche Medizin nicht der Königsweg, MVZ über die Maße zu fördern. Die Problematik, wenn über Krankenhäuser oder andere Mechanismen Gewinnerwartungen von Kapitalgesellschaften eine Rolle spielen, ist bereits angesprochen worden. Das würde ich nicht ganz unter den Tisch kehren wollen. Wir erleben aber, dass dann Arztsitze zusammengezogen werden. Ob das tatsächlich die Versorgung in der Fläche verbessert, ist fraglich. Ob sich dort, wo wir bereits jetzt Schwierigkeiten haben, ein, zwei oder



drei Kolleginnen oder Kollegen niederlassen, halte ich für sehr fraglich. Insofern würden wir sagen, dass es MVZ gibt und weiter geben sollte. Aber ich glaube nicht, dass das der Königsweg ist, zumal sich rund 50 Prozent der Ärzte nach wie vor in einer eigenen Praxis niederlassen, obwohl man das nicht glauben mag. Das erfolgt oft alleine oder in kleineren Kooperationen. Aus internationalen Erfahrungen ist bekannt, dass in der hausärztlichen Medizin eine Praxisgröße von drei bis fünf oder sechs Kollegen optimal ist, weil die persönliche Arzt-Patientenbeziehung dort tatsächlich am besten funktioniert. Das zu fördern, würden wir im Vordergrund sehen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Neubauer. Ärzte müssen aus unserer Sicht zu viel Zeit für die Bewältigung der überbordenden Bürokratie aufwenden, die bei der Behandlung der Patienten fehlt. Wie erreichen wir einen dringenden notwendigen Abbau dieser Bürokratie?

ESV **Prof. Dr. Günter Neubauer**: Es gäbe einen relativ einfachen Trick. Zunächst einmal, was sind Bürokratie und bürokratische Leistungen? Das sind Leistungen, die eine vorgesetzte Stelle einer nachgeordneten Stelle abverlangt, ohne zu vergüten. Damit ist für den Arzt, der eine Leistung abliefern muss, die keine Patientenbehandlung ist und nicht vergütet wird, Bürokratie. Wie wandeln wir das um? Wir können Bürokratieleistungen in Serviceleistungen umwandeln, wenn diese Leistungen, die jemand für eine vorgesetzte Stelle zu erbringen hat, vergütet werden. Sobald diese vergütet werden, kann man diese Leistungen intern rationalisieren und entsprechend ökonomisch erbringen. Derjenige, der die Leistung abverlangt, muss sich überlegen, ob ihm diese abverlangte Leistung so viel wert ist. Das heißt, er wird fragen, kann ich sie selber erbringen und brauche ich sie überhaupt. Damit wird von beiden Seiten Bürokratie abgebaut und produktive Leistungen, nämlich Serviceleistungen daraus gemacht.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Ich bleibe bei dem Einzelsachverständigen und wende mich dem Themenkomplex Bedarfsplanung zu.

Kann man den Bedarf der Versorgung planen oder müssen wir für eine gute Patientenversorgung einfach neu denken?

ESV **Prof. Dr. Günter Neubauer**: Der Begriff Bedarfsplanung ist nicht nur irritierend, sondern schlichtweg falsch. Es wird nicht der Bedarf, auch wenn es seit 20 Jahren praktiziert wird, sondern die Versorgung geplant. Im Krankenhausbereich haben wir von der Bedarfsplanung bzw. der Krankenhausplanung Abschied genommen. Im niedergelassenen Bereich sprechen wir immer noch von Bedarfsplanung, was schlichtweg irritierend und falsch ist. Von daher kann man Bedarf nicht planen. Man kann die Versorgung planen und da ist die Frage wie man das Thema angeht. Dazu ist der G-BA aufgefordert worden. Die Versorgungsplanung schafft aber nicht mehr Versorgung. Sie zeigt nur auf, wo es mehr oder weniger Versorgung gibt. Die Frage ist, wie man mit diesen Unterschieden in der Versorgung umgeht und hier ist Versorgungsplanung gefragt. Die besten Lösungen sind aus meiner Sicht finanzielle Anreize. Diejenigen, die man irgendwohin locken oder steuern will, sollten eine entsprechende Vergütung erhalten und umgekehrt. In Bereichen, die für die Versorgung weniger gebraucht werden, sollte weniger vergütet werden.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Ich bleibe bei der Bedarfsplanung und meine nächste Frage richtet sich an den Spitzenverband Fachärzte Deutschland. Die FDP-Fraktion hat einen eigenen Antrag zur Regionalisierung der Bedarfsplanung vorgelegt, der vorsieht, dass Niederlassungssperren nur dann in Kraft treten, wenn der Zulassungsausschuss dieses auch explizit beschließt. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag?

SV **Dr. Dirk Heinrich** (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)): Die Niederlassungsfreiheit und die Selbstverwaltung haben bis 1993 zu dem hervorragenden ambulanten Versorgungssystemen geführt, dass wir in Deutschland haben. 1993 wurde die Budgetierung eingeführt und als notwendige Folge der Budgetierung die Bedarfsplanung. Budgetierung und Bedarfsplanung sind sozusagen die ungeliebten siamesischen Zwillinge der ambulanten medizinischen Versorgung. Diese kann man nicht einzeln auflösen, sondern nur die



Niederlassungsfrage ausrufen. Das würden wir uns wünschen, wenn man die Budgetierung vollständig beendet. Dann ist das möglich und dass die Budgetierung beendet werden sollte, haben Sie eben live und in Farbe miterlebt. Selbst Herr von Stackelberg, einer der glühendsten Vertreter der Bedarfsplanung, konnte sie inhaltlich nicht mehr begründen, sondern nur noch als Kostensparmodell anführen. Letztlich ist es nichts anderes, denn kein Mensch kann heute noch vernünftig erklären, warum ein Hausarzt in Baden-Württemberg alle seine Leistungen bezahlt bekommt und ein Hausarzt in Hamburg 21 Prozent seiner Leistungen nicht, zumal die Budgetierung Ärzte und Patienten in sozial schwierigen Stadtteilen der Städte und auf dem Land härter trifft, weil sie den Wegfall dieser budgetierten Einnahmen nicht durch andere Einnahmen ausgleichen können. Die Budgetierung muss weg. Dann können Sie auch die Niederlassungsfreiheit wieder einführen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und betrifft das Thema Kieferorthopädie. Wie bewerten Sie die geplante Regelung zur kieferorthopädischen Versorgung? Wird damit die angestrebte Transparenz für die Patienten erreicht?

SV **Dr. Wolfgang Eßer** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Wir begrüßen die vorgesehene Regelung im kieferorthopädischen Bereich und halten sie darüber hinaus für dringend erforderlich, weil mit diesen Regelungen die Patientenautonomie gestärkt, die Transparenz für die Versicherten erhöht und die Überprüfbarkeit der medizinisch notwendigen Leistungen hergestellt wird. Um diese mit den Regelungen verbundenen Ziele zu erreichen, sehen wir einen gewissen Klarstellungsbedarf. Wir sollten anstelle der in der Information vorgesehenen Aufklärung der Versicherten über sämtliche Behandlungsalternativen, die praktisch nicht umsetzbar ist, die im ursprünglichen Referentenentwurf vorgesehene schriftliche Aufklärung des Versicherten über die Behandlungsmaßnahmen und die konkreten Kosten der Behandlung bzw. eventueller zusätzlicher gewünschter Mehr- und Zusatzleistungen verankern. Darüber hinaus sollte der zu beschließende Katalog von Mehrleistungen nicht abschließend sein. Das würde der gelebten Versorgungswirklichkeit widersprechen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht wieder an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Neubauer und betrifft die Fragestellung der Budgetierung der ärztlichen Vergütungen. Wir haben eben gehört, dass die Budgetierung der ärztlichen Leistungen aus der Zeit der Ärzteschwämme stammt. Ist das überhaupt noch zeitgemäß?

ESV **Prof. Dr. Günter Neubauer**: Die Budgetierung ist aus meiner Sicht keine Lösung, sondern Teil des bestehenden Problems. Was aber ist das Problem, das wir haben und das wir mit dem TSVG und vielen anderen Gesetzen, letztlich ohne Erfolg, lösen wollten? Wir haben eine Entwicklung in der Form, dass der Versorgungsbedarf durch den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt steigt. Die Versorgungskapazitäten dürfen und können wir nicht mehr nach Köpfen, sondern müssen sie nach Leistungsvolumen in Stunden zählen. Dieses Leistungsvolumen nach Stunden geht zurück. Nun sagt der Ökonom, wenn die Nachfrage steigt und das Angebot sinkt, müssten die Preise steigen. Dieser Preissteigerungsmechanismus wird durch die Budgetierung außer Kraft gesetzt. Eine Steigerung der Preise und Vergütungen würde aber heißen, der Beruf wird wieder attraktiver. Der Minister muss nicht Ärzte oder Pflegekräfte aus der Schweiz zurückholen. Die Ärzte, die schon tätig sind, sind bereit, bei höherer Vergütung mehr Leistungen zu bringen und können damit wieder Überschüsse erzielen, was ihnen Finanzmittel für Investitionen gibt. Auf der anderen Seite ist diese Erhöhung der Preise gleichzeitig auch ein Signal für Berufsanfänger, in den Beruf zu gehen. Von daher würde eine Preis- und damit Einkommenssteigerung das Problem dadurch lösen, dass durch die Attraktivität des Berufes mehr Leistungen erbracht werden. Weil aber die Preise steigen, werden alle, die Leistungen erbringen, sehr stark rationalisieren wollen. Das heißt, durch die neue Möglichkeit der Digitalisierung werden die Leistungsprozesse verbessert und der Kostenaufwand verringert, d. h. die Produktivität steigt. Nur durch eine steigende Produktivität können wir unsere Probleme im Gesundheitssystem lösen. Deutschland ist das, was wir heute sind, durch die Steigerung der Produktivität, was Einkommen zur Folge hat. Ein zweites Problem, das immer angesprochen wird: Wenn die Leistungserbringer besser verdienen, Vergütungen erhöht werden und Investitionsmittel angesammelt werden



können, sind sie nicht so anfällig für Fremdinvestoren, die einen attraktiven Preis für die Übergabe der Praxis bieten. Das Problem der Investoren besteht auch darin, dass Praxisinhaber ihre Praxen verkaufen, weil sie einen höheren Preis erzielen und selbst die Investitionsmittel nicht haben, entsprechend zu investieren. Hier liegt auch ein Problem für die Diskussion über die MVZ, die von Investoren betrieben werden. Auf längere Sicht ist dies die günstigere Lösung als wenn man durch Budgetierung versucht, ein Problem zu lösen, das schlichtweg so nicht zu lösen ist.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht an die KBV und betrifft die offenen Sprechstunden. Welche Auswirkungen werden die offenen Sprechstunden auf die Terminvergabe und auf die Behandlung von chronisch kranken Menschen haben?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Es ist völlig klar, dass die offenen Sprechstunden, insbesondere wenn sie gesetzgeberisch vorgegeben und erzwungen werden, Auswirkungen auf den Praxisablauf haben müssen. Die Kollegen werden ihre Terminsprechstunden in gewissen Teilen in offene Sprechstunden umwandeln müssen. Es ist völlig klar, die offenen Sprechstunden werden nach der Maßgabe funktionieren: Wer zuerst kommt, malt zuerst, weil es keine medizinische Steuerung der offenen Sprechstunden gibt. Insofern muss man bei einem endlichen Sprechstundenangebot pro Praxisinhaber und einer Verlagerung zu gesetzgeberisch aufgezwungenen offenen Sprechstunden davon ausgehen und es ist durchaus nachvollziehbar, dass chronisch kranke Patienten, die einen ohne Zweifel bestehenden und vor allem wiederkehrenden Behandlungsbedarf haben, zweiter Sieger sind. Deshalb plädieren wir dafür, die offenen Sprechstunden als Angebot ins Gesetz zu schreiben. Dann können Fachgruppen je nach Notwendigkeit entscheiden. Der Hals-Nasen-Ohren-Arzt wird bei einer Grippewelle offene Sprechstunden anbieten, ein Rheumatologe, der gezielt vorgescreeente Patienten behandelt, eher nicht. So kann das Gesetz durchaus Wirkung entfalten. So, wie es im Moment im Gesetzesentwurf vorgesehen ist, sehen wir das Problem, das chronisch kranke Menschen an der Stelle am kürzeren Ende der Versorgungstrecke sitzen.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Unsere erste Frage geht an den Herrn Janßen. Der Gesetzesentwurf verspricht schnellere Termine und eine bessere Versorgung und honoriert das für die Ärztinnen und Ärzte außerbudgetär. Erwarteten Sie, dass dies die ambulante medizinische Versorgung verbessern wird? Wie bewerten Sie, dass Leistungen, die Ärztinnen und Ärzte sowohl nach Berufs- als auch nach dem Sozialrecht ohnehin erbringen, noch einmal extrabudgetär vergütet werden?

ESV **Michael Janßen**: Ich bin Hausarzt in Berlin und befinde mich auch nicht auf dem Golfplatz. Die Prämisse dieser Regelungen, die angesprochen werden, beruht darauf, dass es zu lange Wartezeiten bei den Fachärztinnen und -ärzten und zu wenige Sprechstunden, also einen Mangel an Menge gibt. Der Lösungsansatz hier, mehr an Sprechstundenzeiten anzubieten, die Terminbemühungen durch Vermittlung von Hausärzten oder in Terminservicestellen zu intensivieren, muss man kritisch beleuchten. Dieser Zweifel, um nur zwei Befunde zu nennen, nährt sich z. B. daraus, dass der Arztbericht der Barmer-GEK schon 2010 sagte, dass wir Weltmeister in Arztbesuchen sind. Damals waren es 18, gefolgt von Japan mit 13 Arztbesuchen pro Jahr. Ein zweiter Befund von vor wenigen Wochen, aus der Evaluation des AOK-HZV-Vertrages in Baden-Württemberg zeigt, dass eine bessere Versorgung hinsichtlich verschiedener relevanter Outcomes bei erheblichen Einsparungen mit deutlich weniger, im Millionenbereich liegenden Facharztbesuchen, möglich ist. Woran liegt das? Ich gehe davon aus, dass wir in Deutschland eine enorme Arztzentriertheit in der Versorgung haben. Das heißt, gerade auch im fachärztlichen Bereich gibt es einen einheitlichen ungesteuerten Zugang. Die Patientinnen und Patienten steuern sich quasi selbst. Auf der anderen Seite gibt es ein Honorarsystem im fachärztlichen Bereich, das die regelmäßige Wiedereinbestellung von Stammpatienten betriebswirtschaftlich gesehen sehr attraktiv macht. Auf der Gegenseite stehen neue Patienten, möglicherweise chronische Patienten, die dann auf der Strecke bleiben. Diese beiden Effekte werden durch die Regelungen im TSVG nicht angerührt. In diesem Sinne muss man sagen: Einfach mehr Menge, mehr Facharzttermine, mehr Sprechzeiten zu produzieren, bringt nicht unbedingt ein Mehr an besserer qualitativer Versorgung, gerade von chronisch und multimorbiden Versicherten. In diesem



Sinne sind auch die Honoraranreize, die nicht unerheblich sind, in diesen Anreizen für Bemühungen und extrabudgetären Vergütungen von Terminen und Sprechzeiten nicht gut aufgehoben. Sie bringen nicht mehr bedarfsorientierte Versorgung. Sie bringen allerdings, jetzt mache ich mich etwas unbeliebt, eher etwas für die Versorgung der betroffenen Fachärztinnen und Fachärzte, womit wir wieder beim Golfplatz wären.

Abg. **Sylvia Gabelmann** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Die sozialrechtliche Nutzenbewertung von Medizinprodukten steht seit langem wegen ihrer geringen Wirksamkeit in der Kritik. Im Gesetzentwurf werden die Potenzialbewertung und die verpflichtende Studienteilnahme von Krankenhäusern abgeschafft. Welche Auswirkungen erwarten Sie von diesen beiden Regelungen, insbesondere für die Patientensicherheit?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Wir haben die große Sorge, dass Patientinnen und Patienten in Deutschland zum Versuchskaninchen werden. Das müssen wir verhindern. Was ich so vor Augen habe: Da legt derjenige, der eine neue Idee für die Versorgung hat, klinischen Studien bis zu Phase 4 vor, die den Nutzen beweisen so dass wir in den entsprechenden Gremien [G-BA], mit Herrn Hecken zusammen, den Nutzen beurteilen können. Herr Hecken [G-BA] beurteilt das als Endentscheider und wir führen die Preisverhandlungen durch. Hier, bei den Produkten, gibt es offensichtlich die Vorstellungen, dass allein ein CE-Zeichen reicht, um das Produkt in die Versorgung zu bringen. Das halte ich für kritisch. Kritisch ist, dass wir keine Anreize haben, Studien, die wir selber auflegen, durchführen zu lassen. Warum? Weil wir neben den an der Studie teilnehmenden Krankenhäusern zulassen, dass diese neue Leistung gleichzeitig auch in anderen Krankenhäusern erbracht und vergütet werden kann. Das halte ich für einen grundsätzlichen Fehler und ich bitte Sie, dafür zu sorgen, dass bei diesen neuen, in den Studien laufenden Produkten nur die studienteilnehmenden Krankenhäuser und die dort versorgten Patienten die neue Leistung erhalten und vergütet bekommen. Alles andere führt dazu, dass wir keine Erkenntnisse über den Nutzen bekommen werden. Das halte ich für ein ernstzunehmendes Problem,

das hier eine self-fulfilling prophecy erzeugt wird. Das wird nichts bringen, wenn der Gesetzentwurf so verabschiedet wird, wie er jetzt formuliert ist.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Unsere nächste Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Nach dem geplanten § 71 Abs. 1 a SGB V sollen Betreuungsdienste künftig analog zu § 71 Abs. 1 SGB XI Leistungen zu den ambulanten Pflegediensten erbringen. Wie bewerten Sie dieses Vorhaben mit Blick auf den ganzheitlichen neuen Pflegebegriff? Wie kann die Qualität der Betreuungsdienste gesichert werden? Wie soll die Abgrenzung zu den schon bestehenden niedrighwelligen Betreuungsangeboten erfolgen?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ziel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs war es, die Dichotomie zwischen den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen aufzuheben. Mit der Einführung eines eigenen Dienstleistungssegments, nämlich den neuen Betreuungsdiensten, wird diese Dichotomie segmentiert, indem die Betreuungsleistungen als Fachleistung aus den Pflegeleistungen ausgegliedert werden. Sie haben in Ihrer Frage schon erwähnt, wie die Abgrenzung zu den niedrighwelligen Betreuungsdiensten vorzunehmen ist. Der geplanten Einführung der Betreuungsdienste ist ein Modellprojekt des GKV-Spitzenverbandes nach § 125 SGB XI vorausgegangen. In diesem Projekt konnte nicht klar zwischen den niedrighwelligen Betreuungsleistungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen und den Betreuungsleistungen, die künftige Betreuungsdienste erbringen sollen, abgegrenzt werden. Das wird wahrscheinlich nicht gelingen können. Zudem sehen wir das Problem, dass sich die Pflegedienste und die Betreuungsdienste den Markt mit dem im Grunde genommen gleichen Leistungsportfolio teilen werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die Qualität der neuen Betreuungsdienste gesichert werden kann. Das haben Sie erwähnt. Wir sind hier der Auffassung, dass die Regelungen im neuen § 112a SGB XI nicht ausreichend sind. Es muss klar festgestellt werden, ob es eigene Maßstäbe und Grundsätze für die Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI für die neu



einzuführenden ambulanten Betreuungsdienste gibt. An dieser Stelle wäre aus unserer Sicht gesetzgeberisch nachzubessern.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richte ich an den DGB. Wir haben einen Änderungsantrag, der die Festzuschüsse für Zahnersatz in der Regelversorgung auf 100 Prozent erhöhen möchte, also über die Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfs hinausgeht. Wie bewerten Sie diesen Änderungsantrag?

SV **Robert Spiller** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir haben zwar seit dem 1. Januar 2019 die Parität in der Erbringung der GKV-Beiträge, aber von einer echten Gleichverteilung der Gesundheitskosten für die Versicherten kann man nach wie vor nicht sprechen. In den vergangenen Jahrzehnten wurden viele Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte ausgegliedert. Das haben viele von Ihnen sicher in Erinnerung. Das waren neben Zahnersatzleistungen für Erwachsene auch Ausgaben für medizinische Dienstleistungen, Arznei- sowie Heil- und Hilfsmittel, die durch die versicherten Beschäftigten nun durch private Aufwendungen getragen werden müssen. Wir haben das über den Gesundheitsbericht des Bundes zusammengerechnet und kommen für das Jahr 2014 auf ca. 44 Milliarden Euro. Bei einer linearen Fortschreibung dieser Steigerungsrate wären das ungefähr 51 Milliarden Euro in diesem Jahr. Das ist für diejenigen, die ein kleines oder mittleres Einkommen haben, ein dicker Brocken, der privat getragen werden muss. Insofern sprechen wir uns ganz klar dafür aus, dass die 100-prozentige Kostenübernahme stattfindet.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Jacobi. Sehr überraschend ist eine Regelung zum Zugang zur Psychotherapie in dieses Gesetz aufgenommen worden. Wie bewerten Sie diese Regelung zu einer gestuften und gesteuerten Versorgung und ist sie geeignet, die Versorgung im Bereich der psychischen Erkrankungen zu verbessern?

ESV **Prof. Dr. Frank Jacobi**: In dem Gesetzentwurf gibt es mehrere Probleme, die auch schon angesprochen wurden. Insbesondere, wenn

zusätzlich zu der im letzten Jahr in Kraft getretenen Psychotherapierichtlinie weitere Ebenen eingezeichnet werden und dadurch der Zugang kompliziert wird. Das wurde an anderer Stelle schon gesagt. Wartezeiten können nur verkürzt werden, wenn entsprechende Versorgungskapazitäten bereitgehalten werden, es sei denn, es wäre festzustellen, dass es eine Über- und Fehlversorgung gibt. Das ist aber im Bereich der Psychotherapie nicht der Fall. Psychotherapiefälle sind schwere Fälle, wie wir aus vielen Studien wissen. Auch Vermutungen in Richtung angebotsinduzierter Fehlnachfrage können nicht bestätigt werden, wenn wir uns z. B. regionale Unterschiede anschauen, was Angebot und Nachfrage betrifft. Eine ungesteuerte Mengenausweitung von Psychotherapie kann nicht die Lösung sein. Wir haben z. B. Ansatzpunkte, wo wir regionale Ungerechtigkeiten ausgleichen und wo wir sehen können, wie man die Kapazität gezielt erhöhen könnte. Auch die Flexibilisierung und vereinfachte Auslastung von Kassensitzen ist noch optimierbar. Eine bessere Vernetzung zwischen verschiedenen Sektoren und Berufsgruppen, um dort Psychotherapie bei komplexem Hilfebedarf besser zu verankern, sollte das Ganze flankieren.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass vermehrte psychotherapeutische Leistungen auch jenseits der Richtlinienpsychotherapie hilfreich sein können. Das heißt, Entlastung der Richtlinienpsychotherapie durch weitere Angebote in Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung, Jugendhilfe, Krisendienste, Psychotherapie im Allgemein Krankenhaus und ähnliches. Zusammenfassend würde ich denken, dass eine Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung einerseits durch die gezielte bedarfsorientierte Ausweitung von Richtlinienpsychotherapie möglich, aber auch durch die verbesserte Auslastung von Praxen optimiert werden kann. Die Erweiterung psychotherapeutischer Leistungen jenseits der Richtlinienpsychotherapie könnte den Bereich weiter entlasten. Diese Maßnahmen sollten durch Evaluation begleitet werden, um eine Evidenzbasierung in diesem Bereich zu haben.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Es geht um die finanziellen Anreize für Akutmedizin. Inwiefern erkennen Sie in den vorgesehenen Honorarzuschlägen für die Behandlung



von Neu- und Akutpatientinnen und -patienten einen Fehlanreiz und damit die Gefahr, dass es zu einer Benachteiligung von chronisch Kranken kommt? Wie kann eine solche Benachteiligung verhindert werden?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Der Kabinettsentwurf sieht einen 25-prozentigen Vergütungszuschlag auf die Grund- und Versichertenpauschale für Erst- und Neupatienten sowie einen 15-prozentigen Vergütungszuschlag vor, sofern Erst- und Neupatienten in die offene Sprechstunde vermittelt werden. Zusammengenommen produziert der Gesetzentwurf in § 87 Abs. 2c SGB V den Fehlanreiz in der extrabudgetären Vergütung. Dass mindestens 40 Prozent Vergütungszuschlag für Akutpatienten vorgesehen werden können, wird zu einer Benachteiligung der chronisch kranken Patienten führen. Wir sind der Auffassung, dass das Hausarztprinzip gestärkt werden muss, sehen aber in dem Vergütungszuschlag von fünf Euro einen hilflosen Versuch, das Hausarztprinzip zu stärken. Herr Weigeldt hat das vorhin ausgeführt. Wir sind der Auffassung, dass die hausärztliche Versorgung gestärkt und Koordinationsleistungen, Lotsenfunktion, Steuerungsfunktion auskömmlich honoriert werden müssen. Das Konzept der dringlichen Überweisung durch den Hausarzt zum Facharzt sehen wir als Königsweg, um die Akutpatienten, die einer Facharztbehandlung bedürfen, gezielt zum Facharzt zu schleusen. Es sollten mehr als diese fünf Euro vorgesehen werden. Allerdings sollte die Ausgestaltung der Vergütungszuschläge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und nicht in der extrabudgetären Gesamtvergütung durch Ausdifferenzierung des pauschalen Systems erfolgen. Für die chronisch kranken Patienten sollte man darüber nachdenken, wie von einer Aufhebung der Staffelung der Punktwerte abgesehen werden könnte.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Mit welchen Effekten rechnen Sie durch die befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Pädiater und Psychiater? Welche Maßnahmen schlagen Sie vor, um Fehl-, Unter- und Überversorgung bis zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zu verringern?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Ich halte nichts davon, das für die genannten Arztgruppen vorübergehend aufzuheben. Es wird zu einem Run auf die dann freien Sitze kommen und in Berlin-Mitte plötzlich eine Zunahme von Sitzen geben. Dann wird das irgendwann wieder durch die Bedarfsplanung gesperrt. Wenn ich böswillig bin, ist es fast ein Geschäftsmodell für einen einzelnen Arzt, sich zeitweise niederzulassen, um bei gesperrter Bedarfsplanung den Sitz teuer zu verkaufen und wieder ins Krankenhaus zurückzugehen. Das habe ich mir nicht selber ausgedacht, diese Befürchtung wurde von einem Krankenhausarzt geäußert. Ich weiß nicht, ob es ein Witz war, denn so gut kannte ich ihn nicht. Die vorübergehende Freigabe halte ich für nicht zielführend. Entweder sind die Bedarfszahlen falsch, dann müssen wir mit Herrn Hecken [G-BA] reagieren. Das tun wir gerne, wenn die Zahlen falsch sind. Aber vorübergehende Freigaben können nur dort Niederlassungen erzeugen, wo der Arzt es will. Die Frage ist, ob die vom Arzt gewollte Niederlassung an dieser Stelle auch versorgungsnotwendig ist. Vermutlich haben wir die größten Versorgungsengpässe dort, wo wir die Ärzte anreizen müssen. Ich sehe deswegen durchaus Möglichkeiten, die Ärzte mit Zuschlägen anzureizen, so wie es die Regierung vorsieht, dass sie sich in bestimmten Versorgungsgebieten niederlassen. Über die Form würden wir gerne diskutieren. Eine vorübergehende Freigabe ist auf jeden Fall nicht zielführend.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Unsere nächste Frage geht an den Bundesverband der Medizinischen Versorgungszentren. Inwieweit gefährdet die Bedarfsplanung zur Nachbesetzung frei werdender angestellter Ärztinnen- und Arztstellen in MVZ durch den Zulassungsausschuss die MVZ in ihrem Bestand?

SV **Dr. Peter Velling** (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ)): Ich bin für diese Frage sehr dankbar, um zu erläutern, warum wir so dagegen sind, dieses einzurichten. Es ist in Gesprächen zum TSVG der Eindruck entstanden, MVZ würden gar nicht richtig zugelassen und nie geprüft. Das ist aber falsch. Bisher ist es für angestellte Ärzte und damit ausdrücklich für die Mehrheit außerhalb von



MVZ so, dass sie den gleichen Zulassungsbestimmungen wie Vertragsärzte unterliegen. Sie haben bei dem Inhabersitzwechsel das Zulassungsverfahren zu durchlaufen. Dazu gehört auch die Bedarfsprüfung für diesen Sitz. Sie werden wie jeder niedergelassene Arzt jährlich nach § 96 Abs. 3 SGB V auf ihre ausreichende Patientenversorgung geprüft. Diese Prüfungen finden bereits statt und sind auch wirksam. Da ich selber niedergelassener Arzt als Angestellter in einem MVZ und auch gewähltes Mitglied im Zulassungsausschuss bin weiß ich, dass sich der Zulassungsausschuss jährlich mit diesen Sachen befasst. Wir haben hier Dank des Versorgungssicherstellungsgesetzes ein Verfahren, das keinen Unterschied zwischen Vertragsärzten und angestellten Ärzten macht. Die Neuregelungen des TSVG bedeuten, dass es eine neue Zulassungshürde für Angestellte im Gegensatz zu Vertragsärzten gibt, die die Versorgungssicherheit auf einem Angestelltensitz in Frage stellt. Das stand im Referentenentwurf noch nicht drin. Im Kabinettsentwurf steht jetzt, dass man sich nicht länger als drei Monate Zeit lassen darf, um die Bedarfsplanung zu prüfen. Das ist für manche Zulassungsausschüssen schon sportlich. Es führt auf jeden Fall dazu, dass innerhalb dieser drei Monate kein Anstellender weiß, ob er diese Stelle überhaupt vergeben darf. Das heißt, bei der Nachbesetzung dieser Arztstelle entsteht eine Lücke in der Patientenversorgung. Lücken in einer Patientenversorgung führen regelhaft in den KVen, die nach Regelleistungsvolumen abrechnen, zur Senkung des Budgets. Das heißt, eine solche Regelung ist ein deutlicher Nachteil für die Patientenversorgung durch angestellte Ärzte, die aber mittlerweile schon ein Drittel der Patientenversorgung darstellen, und eine Ungleichbehandlung der Vertragsärzte und der angestellten Ärzte im gleichen Zulassungsrecht, das aus dem Vertragsarztrecht hervorgeht.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die KBV. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf enthaltende Einführung einer Dreiviertel-Zulassung für Vertragsärzte?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Planung, zu der haben wir vorhin schon einiges gehört, immer fragmentierter und kleinteili-

ger wird. Wenn wir jetzt anfangen, Viertel-Zulassungen zu entziehen oder einzuführen, wird das mit ziemlicher Sicherheit eine Reihe von Bürokratien zur Folge haben. Hierzu haben wir auch schon etwas gehört. Dass das in irgendeiner Form wirksam wird, ist eine Frage, die ich kaum beantworten kann. Man kann sich schwerlich vorstellen, dass der Entzug oder das Hinzufügen einer Viertel-Zulassung, außer vielleicht für ein MVZ, einen Effekt auf die Versorgung entfalten kann. Ich würde grundsätzlich davor warnen, es zu kleinteilig zu machen. Wir haben schon so viele kleinteilige Regelungen und das wäre eine weitere.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Deutschen Hausärzteverband und dem Spitzenverband der Fachärzte. Wie würden Sie den Vorschlag bewerten, die HZV zu stärken, indem Krankenkassen verpflichtet werden, ihren Versicherten eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung zu gewähren, wenn diese sich in einen HZV-Vertrag einschreiben?

SV **Ulrich Weigeldt** (Deutscher Hausärzteverband e. V.): Wir haben Erfahrung mit dieser Bonuszahlung und mit der Bonifizierung von Patienten und Patientinnen. Es ist zur Evaluation in Baden-Württemberg darauf hingewiesen worden, dass dort sehr gute Erfahrungen damit gemacht worden sind. Kassen, die bisher schon die Beiträge zurückerstatten, wie die BKK Bosch, oder den Patienten die Zuzahlungsbefreiung für Medikamente geben, wie die AOK Baden-Württemberg, sind dennoch mit einem positiven Ergebnis aus diesen Verträgen herausgekommen. Das hat zwei Effekte. Der eine Effekt ist, dass Versicherte, die sich bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens nachgewiesenermaßen wirtschaftlich verhalten und sich nicht nur aus Qualitätsgründen, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen vernünftig benehmen, an den wirtschaftlichen Vorteilen beteiligt gehören. Das ist die Auffassung, die dort gelebt wird. Zum zweiten ist es so, dass damit auch die HZV insoweit gestärkt wird, weil die Nichtinanspruchnahme nochmal gefördert wird, wenn man diesen Vertrag eingeht und sich daran hält. Die positiven Effekte der Steuerung der Patienten sowie der zeit- und auch sachgerechten Steuerung, wenn eine fachärztliche oder eine Krankenhausbehandlung notwendig ist, werden damit gefördert. Ich glaube, dass der Effekt



auch in Bezug auf die Wartezeiten deutlich günstiger ist als der, sich über überlastete Terminservicestellen Termine bei einem Facharzt zu besorgen, der zwar Termine angegeben hat, aber vielleicht gar nicht der Wunschfacharzt der Patientinnen oder Patienten ist. Insofern würden wir einen sehr großen Wert drauf legen, dass den Versicherten in der HZV, das, was ihnen zusteht, auch gewährt wird.

SV Dr. Dirk Heinrich (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)): Der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands sieht das aus mehreren Gründen sehr kritisch. Erstens fehlt bis heute leider immer noch harte unabhängige wissenschaftliche Evidenz für die HZV. Zweitens wird die HZV bis heute schon erheblich finanziell gefördert. Drittens muss sich der Nutzen für einen Patienten aus einer besonderen Versorgungsform bereits aus dem Vertrag und dem Programm ergeben. Das ist für die Motivation von Patienten essenziell. Er muss freiwillig an dem Programm teilnehmen, weil er einen Nutzen für sich sieht. Der rein finanzielle Anreiz birgt das große Risiko, dass sich Patienten nur wegen dieses finanziellen Anreizes an diesem Vertrag beteiligen. Das stellt anschließend eine Voreingenommenheit für die Evaluation dar und wäre in dem Fall eine reine Geldverschwendung.

Abg. Emmi Zeulner (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Hufelandgesellschaft. Der aktuelle Gesetzesentwurf sieht die Streichung des Wahltarifs für Arzneimittel der besonderen Therapieeinrichtungen vor. Begründet wird es mit dem hohen Bürokratieaufwand für die geringe Zahl der Nachfragen. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag, auch vor dem Hintergrund, dass entsprechende Satzungsleistungen der Krankenkassen unberührt bleiben sollen?

SV Dr. Thomas Breitkreuz (Hufelandgesellschaft e. V.): Die Hufelandgesellschaft ist der Dachverband der ärztlichen Fachgesellschaften im Bereich Naturheilkunde, Komplementärmedizin und integrative Medizin. Ich spreche aus der Perspektive der über 60 000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, die naturheilkundige und komplementärmedizinische Verfahren in ihrer Arbeit anwenden. Die Abschaffung des Wahltarifs hat an dieser Stelle keine Vorteile. Wir haben eine große Nachfrage, die steigt. 75 Prozent der Deutschen befürworten

integrative Medizin und wir brauchen Instrumente, um diese Versorgung in der Kassenarztpraxis zu realisieren. Wir wollen nicht, dass das woanders stattfindet. Der Wahltarif ist für uns ein wichtiges und auch gesetzliches verankertes Instrument, um integrative Medizin in der Kassenarztpraxis zu realisieren. Wichtig scheint uns, dass der Wahltarif eine freiwillige Kann-Leistung ohne eine finanzielle Mehrbelastung der Krankenkassen ist, da der Versicherte die mit einem Wahltarif entstehenden Mehrkosten selbst zahlt. Die Kassen berücksichtigen den bürokratischen Aufwand bereits in ihrer Kalkulation des Tarifes. Das bestätigt auch die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes. Derzeit ist es so, dass ärztliche Komplementärmedizin stärker im Bereich der Satzungsleistung in Anspruch genommen wird. Das kann sich aber ändern, wenn sich die finanzielle Situation der Krankenkassen verändert. Satzungsleistungen sind konjunkturanfällig, während Wahltarife ein kostenneutrales Wettbewerbsinstrument sind. Wir erwarten, dass wir diese Wahltarife in Zukunft brauchen werden. Insofern stellt sich die Frage, warum man jetzt ohne Not und finanziellen Druck die Wahltarife abschaffen will. Wir halten die Argumente des BMG für nicht stichhaltig und glauben, dass die Abschaffung des Wahltarifs für die naturheilkundlich integrativ tätige Ärzteschaft, für ihre Patienten und die Krankenkassen von Nachteil wäre und plädieren dafür, dass der Wahltarif erhalten bleibt.

Abg. Lothar Rietsamen (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und es geht um das Berufsbild der Notfallsanitäter. Welche Auswirkungen hätte eine Verlängerung der Übergangsfrist für Rettungsassistenten mit fünf Jahren Berufserfahrung für die Weiterbildung zum Notfallsanitäter?

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Als 2014 das neue Berufsrecht die Rettungsassistenten als Notfallsanitäter überführte, ist man davon ausgegangen, dass viele von denen, die konventionell ausgebildet waren und auch beruflich tätig sind, es rechtzeitig schaffen würden, in der Übergangsfrist in den neuen Beruf zu kommen. Es setzte voraus, dass sie fünf Jahre Arbeitserfahrung nachweisen konnten und dann binnen sieben Jahren seit 2014 die Prüfung abgelegt haben. Jetzt zeigt sich, dass das in der Praxis nicht



zu realisieren war, sodass die Verlängerung sinnvoll ist. Gleichzeitig braucht man aber die voll ausgebildeten Notfallsanitäter, um die Ausbildung des Nachwuchses durchlaufen lassen zu können, sodass man eine doppelte Engpasssituation hat. Deshalb wäre es wichtig, die Übergänge zu erweitern und die Ausbildungsberechtigungen aufrecht zu erhalten, damit man die nötige Anzahl in das System bekommt.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich bleibe bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft und bei den Notfallsanitätern. Können Sie mir sagen, wie die Bundesländer sicherstellen, dass im Falle eines Einsatzes die Haftpflichtversicherung für die Notfallsanitäter sichergestellt ist?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir haben auch in unseren Bereichen gehört, dass durch die neue berufliche Ausbildung das Leistungsspektrum des vollberuflichen Sanitäters ein Stück weiter in Richtung ärztlich heilberuflicher Bereich verschoben worden ist. Damit besteht bei den voll ausgebildeten Notfallsanitätern eine größere medizinische Kompetenz. Jetzt stellt sich die Frage, ob diese volle medizinische Kompetenz von den Haftpflichtversicherern sachgerecht abgebildet ist. Da gibt es offensichtlich Probleme in der Praxis und es scheint so noch nicht vollständig bei den Versicherern angekommen zu sein. Wir würden dringend raten, dass die Versicherer auf einer fachlich kompetenten Dialogebene angesprochen werden, um sicherzustellen, dass sie ihre Haftpflichtversicherungsbedingungen so erweitern, dass die volle Tätigkeit von den Notfallsanitätern erbracht werden kann.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den G-BA. Sie haben bis zum 30. Juni 2019 Zeit, die Bedarfsplanung im Sinne einer kleinräumigen und bedarfsgerechteren Planung weiterzuentwickeln und die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung zu treffen. Kann diese Frist eingehalten werden?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich kann das uneingeschränkt mit ja beantworten. Die Arbeitsgruppenberatungen über das Gutachten der Ludwig-Maximilians-Universität

München laufen. Wir werden im März in das Stellungnahmeverfahren eintreten und im Mai die entsprechende Beschlussfassung im G-BA tätigen. Erlauben Sie mir eine zusätzliche Bemerkung. Das macht auch die Diskussion über die Frage, ob es befristet bis zum Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie einer Niederlassungsfreiheit für bestimmte Arztgruppen bedarf, ein Stück weit hinfällig, denn das würde dazu führen, dass für einen Zeitraum von zwei Monaten in Ballungsgebieten Niederlassungen erfolgen würden und nicht da, wo wir die knappe Ressource Arzt in realita brauchen, nämlich in ländlichen Gebieten. Ich will an dieser Stelle sagen, es ist egal, ob man das Bedarfs- oder Versorgungsplanung nennt. Häufig wird Ursache und Wirkung verwechselt. Ich habe heute trotz Bedarfs- und trotz Versorgungsplanung 2 600 Hausarztstühle in ländlichen Regionen frei. Die werden nicht besetzt, weil diese Bereiche aus vielerlei Gründen unattraktiv sind. Vor diesem Hintergrund habe ich die herzliche Bitte, diese Ausnahmemöglichkeit bis zur Beschlussfassung des G-BA nicht im Gesetz zu implementieren.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich bleibe beim Freund des klaren Wortes, Herrn Prof. Hecken und frage den G-BA. Wir haben einiges zur gestuften und gesteuerten Versorgung bei den Psychotherapeuten gehört. Der Entwurf sieht die Beauftragung des G-BA dazu vor. Jetzt interessiert mich, ob sich der G-BA dazu bereits Gedanken gemacht hat?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Selbstverständlich haben wir uns darüber Gedanken gemacht. Mich hat die Aufregung über diese gesetzliche Formulierung ein klein wenig irritiert, denn wir haben von Herrn Prof. Dr. Jacobi und anderen gehört, dass allein eine Mengenausweitung in der Versorgung die Versorgungsprobleme und die Wartezeitproblematik nicht regeln kann. Herr Prof. Dr. Jacobi hat ausdrücklich davon gesprochen, dass es einer strukturierten Versorgung der Patientinnen und Patienten bedarf und es gibt mit Beteiligung der Psychotherapeuten, der Psychiater und der Krankenkassen im KV-Bezirk Nordrhein ein sehr großes Innovationsfondsprojekt mit dem Titel Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. Darin wird die strukturierte Versorgung von besonders schwer von



psychischen Erkrankungen betroffenen Patientinnen und Patienten erprobt. Wir alle wissen, das ist eine Binsenweisheit, dass psychische und neurologische Krankheiten sehr häufig sehr lange andauernd und sehr leidensträchtig sind und das System erheblich belasten. Deshalb haben wir uns ausgehend von diesem Projekt in Nordrhein-Westfalen antizipierend Überlegungen gemacht. Über die in der Psychotherapierichtlinie bereits verankerte Sprechstunde und über die Vereinfachung der Möglichkeiten der Gruppentherapie im Haus hinaus, die beide noch nicht in der in der Richtlinie vorgesehenen Art und Weise funktionieren, müssen weitergehende Maßnahmen implementiert werden, die ein Nebeneinander der Behandlungsräume ohne enge berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit institutionalisieren. Bei keiner anderen schweren Erkrankung, und psychische Erkrankungen sind schwere Erkrankungen, gäbe es eine Diskussion darüber, ob die unterschiedlichen Leistungserbringer und Akteure in strukturierter und organisierter Form zusammenwirken müssen. Deshalb will niemand, jedenfalls nach meinem Verständnis, eine Rückkehr zum Delegationsprinzip, sondern es geht um die Frage, ob insbesondere bei besonders schweren psychischen Erkrankungen, bei denen die Versicherten und Kranken nicht im Stande sind, die Versorgungsangebote selbst zu steuern, eine Strukturierung über eine Vorgabe des G-BA erfolgt. In einem Projekt in Nordrhein-Westfalen haben wir Patienten mit schwerer manifester Depression, Schizophrenie, Demenz, Traumafolgestörung, Multiple Sklerose, Parkinson und Schlaganfall, die in einem strukturierten Versorgungskonzept behandelt werden. Darin stellen die unterschiedlichen Leistungserbringer in einem klar strukturierten Austausch fest, was das Beste für den jeweiligen Patienten ist, um die Behandlung zu optimieren und durch die Verbesserung der Versorgungsstrukturen, Kapazitäten an anderer Stelle freizumachen. Obwohl das Projekt noch bis 2021 läuft, zeigen die ersten Erfahrungen, dass es sowohl von den teilnehmenden Psychotherapeuten als auch von den Patienten positiv bewertet wird. Das ist am Montag im Petitionsausschuss ausdrücklich gesagt worden. Letzte Bemerkung: Diese vernetzte Versorgung durch Psychotherapeuten und Psychiater hätte den Vorteil, dass Versorgung dadurch verbessert und die Wartezeiten verkürzt werden könnten, dass bessere Kenntnis bei allen über das Spektrum des Angebots entstehen könnte, Qualitätsstandards

wie z. B. eine strukturierte Befundermittlung und Überweisungssteuerung erfolgen könnten. Es könnten, und das ist mir ganz wichtig, Schwerpunkte innerhalb dieses Netzes geschaffen werden, die z. B. gemeinsame Angebote von spezifischen Gruppentherapien möglich machen. Diese scheitern in der heutigen Versorgungspraxis häufig daran, dass einer sagt, ich bekomme die vier Patienten für eine Gruppentherapie nicht zusammen, also mache ich stattdessen vier Einzeltherapien. Das wäre ein wesentlicher Vorteil. Bei vorwiegend diagnostischen Fachärzten und Psychotherapeuten könnten damit raschere Weitervermittlungen von neuen Patienten erfolgen und es bestünde die Möglichkeit, über eine Diagnose schneller Zugang ins System zu finden.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich stelle die Fragen an den GKV-Spitzenverband und an die BAG SELBSTHILFE. Frau Dr. Fix hat sich vorhin zu den Betreuungsdiensten geäußert und Sorge gezeigt, dass bei der Einführung etwas zulasten der Pflege schiefläuft. Könnten Sie dazu Ausführungen machen?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Der GKV-Spitzenverband hat nach § 125 SGB XI die Modellvorhaben durchgeführt und einen Abschlussbericht vorgelegt. Es hat sich erwiesen, dass die Betreuung eine sinnvolle gute Ergänzung zum bestehenden Versorgungsangebot im ambulanten pflegerischen Bereich darstellt. Die Pflegebedürftigen mit komplexeren Bedarfen bzw. deren Angehörige, wir denken insbesondere an Menschen mit kognitiven Einschränkungen, haben von diesem Angebot besonders profitiert. Insofern begrüßen wir die Regelung im TSVG. Um es auf den Punkt zu bringen, wir haben vor dem Hintergrund der angespannten Personalsituation im ambulanten Pflegebereich festgestellt, dass die Betreuungsdienste durch die ergänzenden Leistungen und dem damit einhergehenden Personalmix eine gute Unterstützung sind und dem Fachkräftemangel begegnen. Eine weitere Erkenntnis war, dass wir Betreuer aus pflegefernen Ausgangsberufen finden konnten, die Dienste angeboten haben. Natürlich wurden sie vorher fachlich qualifiziert. Dies kann dem Fachkräftemangel begegnen. Wir weisen darauf hin, dass die Qualitätssicherung durchgeführt werden



muss. Wir müssen sicherstellen, dass die Qualitätskriterien für die externe Prüfung nach wissenschaftlichen Kriterien erarbeitet werden müssen, damit diese in das Qualitätssystem nach § 113b SGB XI eingebaut werden können. Eine Bitte haben wir noch an Sie. Im Gesetzentwurf ist für den GKV-Spitzenverband eine Bearbeitungszeit von drei Monaten für die Richtlinie vorgesehen. Wir würden Sie bitten, diese Frist auf sechs Monate zu verlängern. Die Bitte ist der Tatsache geschuldet, dass wir umfangreiche Stellungnahmeverfahren durchführen wollen. Um dies sicherzustellen, bitten wir Sie, die Frist zu verlängern.

SV Dr. Siiri Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Auch wir sehen die Betreuungsdienste als sinnvolle Ergänzung an. Wir sehen, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht in den Angebotsstrukturen angekommen ist. Die Betreuungsdienste können tatsächlich helfen, dass sich Patienten Zeitkontingente einkaufen können. So kommt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in den Angebotsstrukturen an. Uns ist es ein Anliegen, dass man darauf achtet, dass die ehrenamtlichen Strukturen nicht durch die Betreuungsdienste verdrängt werden. Die ehrenamtliche Struktur ist aber auch nicht durchgehend und flächendeckend vorhanden. Insofern sehen wir die Betreuungsdienste als sinnvolle Ergänzung an.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Ich habe eine Frage an den DGB zum § 274 SGB V. Das BMG soll im Rahmen seiner Prüfungen in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer und spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien mit einzelnen Bereichen der Prüfung beauftragen können. Wie stehen Sie dazu?

SV Robert Spiller (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir sehen diesen Vorschlag kritisch und warnen davor, über diesen Ansatz langfristig den gesetzlichen Krankenkassen einen nicht öffentlich-rechtlichen Prüfmechanismus zu oktroyieren, der das gegenwärtige Prinzip der Eigenprüfung durch den Prüfdienst der Krankenkassen auf Länderebene oder im Bereich des Bundes durch das BMG zu Gunsten einer privatwirtschaftlich geöffneten und

damit Gewinninteressen befürwortenden Prüfauftragung verdrängt. Konkret wird gefordert, die Prüfung im Bund durch das BMG mit Hilfe externer Beratungsleistungen durch Prüf- und Dienstleistungsunternehmen zu ermöglichen. Die Einbeziehung von Wirtschaftsprüfern ist in diesem Kontext nichts anderes als ein neuerlicher Versuch, Beratern und Beratungsunternehmen Milliardenumsätze im öffentlichen Sektor und im Krankenkassenbereich als neuem Geschäftsfeld zu erschließen, die bereits in anderen Politikfeldern einen ergiebigen Absatzmarkt entdeckt haben. Dieser Anlass schwächt die bestehenden und öffentlich-rechtlichen Verwaltungsstrukturen, indem ihnen der Aufbau eigener Prüf- und Fachkapazitäten zu Gunsten großer Dienstleistungskonzerne versagt wird. Wir fragen uns, ob durch diese verantwortungsbezogene Auslagerung langfristig die Frage von Kompetenzverlusten im Raum stünde. In einem solidarischen und an den Bedarfen der Versicherten orientierten Gesundheitssystem, das nicht zuvorderst auf Renditemaximierungsprinzipien oder die Förderung privatwirtschaftlicher Interesseneintragungen ausgerichtet ist, hat eine solche Regelung unserer Meinung nach keinen Platz.

Abg. Claudia Moll (SPD): Meine Frage geht an den DGB und den BDA. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen Bezieher einer Teilrente in bestimmten Fällen auffordern können, einen Antrag auf Vollrente zu stellen. Ist dies ein Vorteil für die Beschäftigten und entlastet das Arbeitgeber, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger? Gibt es andere Lösungsvorschläge?

SV Robert Spiller (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ein Vorteil für die Beschäftigten ist das aus unserer Sicht nicht, im Gegenteil. In dieser Situation bedeutet es in erster Linie einen großen Nachteil oder eine große Belastung für die Versicherten und die Beschäftigten. Gegenwärtig ist es so, dass diese neben ihrer Altersrente mehr als 6 300 Euro im Jahr hinzuverdienen dürfen. Wenn sie erkranken, bekommen sie nach der Lohnfortzahlung erst einmal Krankengeld. Aufgrund des komplexen Hinzuverdienstrechts, das werde ich hier nicht in aller Tiefe ausführen, kann das Krankengeld aber rückwirkend entfallen. Sie bekommen zwar eine



Nachzahlung für die Rente, die ist aber mit zusätzlichen Abschlägen behaftet und wird mit dem gezahlten Krankengeld aufgerechnet, sodass sie tatsächlich keine Nachzahlung bekommen. Überzahltes Krankengeld dürfen die Versicherten immerhin behalten. Obwohl die Beschäftigten einen wesentlichen Anteil ihres Einkommens aus Lohn bestreiten und den regulären Beitrag zum Krankengeld zahlen, verlieren sie über diese Bande ihren Krankengeldanspruch. Sie verlieren, auch wenn es etwas paradox klingt, ihr Krankengeld, weil sie erkrankt sind. Der Gesetzesentwurf wird das verschlimmern. Das Krankengeld soll nicht rückwirkend entfallen, sondern möglichst schon während der Erkrankung eingestellt werden. Die Beschäftigten sollen statt Krankengeld ihre Rente mitsamt den Abschlägen darauf in Anspruch nehmen. Zugespißt bedeutet das Zusammenspiel aus Rentenrecht und Krankengeld, dass die Krankenkasse Krankengelder einbehält weil die Versicherten krank sind. Das ist nicht akzeptabel für uns. Die Versicherten haben ihren vollen Beitrag zur Krankenkasse gezahlt und sollen nun dafür keine Leistung erhalten. Entgegen der Aussage in der Gesetzesbegründung bedeutet der Vorschlag für die Arbeitgeber, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger nicht weniger, sondern mehr Bürokratie. Ich würde das gern kurz ausführen. Die Krankenkasse muss bei jeder Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit prüfen, ob eine neue Prognose einen Sinn ergibt. Je höher der Zuverdienst ist, desto später ist dies der Fall, oft erst im November oder Dezember. Dann muss die Krankenkasse die Aufforderung an den Versicherten versenden. Dieser muss innerhalb von vier Wochen einen Antrag auf erneute Prognose bei der Rentenversicherung stellen. Die Rentenversicherung muss den Antrag prüfen und einen Bescheid erteilen und diesen an den Versicherten senden. Sollte eine Vollrente ab dem Antragsmonat bewilligt werden, muss der Arbeitgeber die Abrechnung ändern. Aufgrund dieses Zeitbedarfs, der, wie Sie sich vorstellen können, ziemlich umfänglich ist, sind der Antragsmonat und ggf. ein weiterer Monat beendet, sodass der Arbeitgeber regelmäßig ein oder zwei vergangene Kalendermonate neu abrechnen muss. Die Rentenversicherung zahlt nachträglich einen zusätzlichen Teil der Rente aus. Der Arbeitgeber fordert Beiträge von der Krankenversicherung zurück. Zahlt der Arbeitgeber einen Krankengeldzuschuss, endet dieser und kann für die betroffenen Monate zurückgefordert werden. Unser Gegenvorschlag: Es muss das

Ziel sein, dass die Versicherten vor der Regelaltersgrenze vollen Anspruch auf Krankengeld haben und diesen nicht von Amts wegen gestrichen bekommen, weil sie eine Rente beziehen. Das wäre machbar, indem das Krankengeld unabhängig davon, ob eine Vollrente gezahlt wird oder nicht, gezahlt wird. Aus unserer Sicht sollte die vorgesehene Änderung in diesem Verfahren gestrichen werden.

Sve **Dr. Anne Thomas** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitsverbände e. V. (BDA)): Auch wir halten die aktuelle Regelung für sehr bürokratisch und aufwendig. Das hat der DGB gerade ausführlich beschrieben. Wir würden es als bessere Lösung empfinden, wenn das bei der Zahlung von Krankengeld zugrundeliegende Bemessungsentgelt als Hinzuverdienst berücksichtigt werden würde.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich noch einmal an den DGB. Der GKV-Spitzenverband hat einen Abschlussbericht des Modellvorhabens gemäß § 125 Abs. 2 SGB XI zur Erprobung der Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste vorgelegt. Wie bewerten Sie Durchführung und Ergebnisse dieses Modellvorhabens im Hinblick auf die regelhafte Zulassung von Betreuungsdiensten?

SV **Robert Spiller** (Deutscher Gewerkschaftsbund DGB): Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zielt darauf ab, dass verrichtungsbezogene Pflegeverständnis zu überwinden. Deshalb wurde mit der Einführung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im SGB XI ein ganzheitlicher Leistungsansatz eingeführt. Mit den im Gesetzesentwurf skizzierten eigenständigen Betreuungsdiensten, die sich ausschließlich auf Betreuungsmaßnahmen und ggf. hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen konzentrieren, wird dieser ganzheitliche Pflegebegriff wieder in Frage gestellt. Pflege darf nicht wieder in verrichtungsbezogene körperliche Pflegemaßnahmen auf der einen Seite und Betreuungsmaßnahmen auf der anderen Seite unterteilt werden. Deshalb sollte die Forderung nach einem ganzheitlichen, teilhabeorientierten Pflegeverständnis im Sinne von fachlich gesicherter, ganzheitlicher Leistungserbringung durch ambulante Pflegedienste aus gewerkschaftlicher Sicht voll unterstützt werden.



Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an den G-BA und betrifft § 137h SGB V. Der Gesetzentwurf versucht die Nutzenbewertung von Hochrisiko-Medizinprodukten gängig zu machen. Sehen Sie diese Notwendigkeit und wie bewerten Sie die Regelungen im Gesetzentwurf? Was sind Ihre Vorschläge?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Es ist ganz wichtig, §137h SGB V gängig zu machen, denn er hat in den vergangenen vier Jahren nicht funktioniert. Ich möchte Herrn von Stackelberg, der eben gesagt hat, es muss unser gemeinsames Anliegen sein, Patientengefährdungen zu vermeiden, ungerne widersprechen. Selbstverständlich ist das unser gemeinsames Anliegen. Wir wollen Patienten nicht zu Versuchskaninchen machen, aber wir haben im Rahmen des § 137h SGB V in den vergangenen vier Jahren insgesamt zehn Anträge erhalten. Von diesen zehn Anträgen sind acht einer Bewertung unterzogen worden, weil sie die Kriterien erfüllt haben. Von diesen acht Anträgen haben sich allein sieben auf eine Methode zur Anwendung des hochfokussierten Ultraschalls bei diversen onkologischen Erkrankungen bezogen. Zwei sind im ersten Anlauf positiv bewertet und zwei abgelehnt worden, weil das Potenzial nicht gegeben war. Im Nachhinein ist es doch zu einer positiven Bewertung gekommen. Das heißt, das ist ein gigantischer Verfahrensaufwand mit einem relativ bescheidenen Ertrag, der das Hauptproblem nicht löst. Dieses ist, dass nur diejenigen Verfahren, die entgeltrechtlich über einen NUB-Antrag in die Versorgung kommen, in die Bewertung einbezogen werden, während maximal-invasive und möglicherweise auch auf neuen Konzepten beruhende Medizinprodukte, die über das klassische DRG-System in die Versorgung implementiert werden, nicht bewertet werden. Deshalb schlagen die unparteiischen Mitglieder des G-BA dem Gesetzgeber vor, dieses sehr komplexe Verfahren nach § 137h SGB V bis zum vollständigen Inkrafttreten der EU-Konformitätsrichtlinie, die wesentlich strengere Anforderungen an die Überwachung der Zulassung als eine klassische CE-Zertifizierung von Medizinprodukten stellt, auszusetzen. Wenn diese Richtlinien Geltung beanspruchen, diskutieren wir darüber, was an Anforderungen definiert werden kann, um den Potenzialbegriff zu erfüllen, der heute regelhaft nicht erfüllt werden

kann. Eine letzte Bemerkung dazu, was die Patientengefährdung angeht. Es geht um die Anwendung von neuen Methoden im Krankenhaus. Wir haben 40 Jahre mit dem Verbotsvorbehalt im Krankenhaus gelebt, ohne dass wir ernsthaft davon sprechen können, dass es zu systematischen Gefährdungen des Patientenwohls gekommen ist. Die entscheidende Frage ist, ob es für einen Übergangszeitraum bis 2021, bis die Konformitätsrichtlinie in Kraft tritt, Sinn macht, das alte, nicht funktionierende Verfahren durch ein neues komplexes Verfahren zu ersetzen. Dann setzen wir vier neue Studien auf und sagen in zwei Jahren, bevor diese Studien abgeschlossen sind, das war hübsch, dass wir sie gemacht haben, aber wir brauchen sie nicht mehr, weil die Konformitätsrichtlinie andere Anforderungen stellt. Das ist also ein Schritt in die richtige Richtung. Aber kann man nicht das Risiko eingehen und bis zum Inkrafttreten der Konformitätsrichtlinie warten und alles auf einer europarechtlich belastbaren Bewertungsbasis diskutieren?

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den Bundesverband Medizinische Versorgungszentren mit der Bitte um eine kurze und komprimierte Antwort. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass angestellte Ärzte in einem MVZ Gesellschafteranteile und damit die Gründereigenschaft erst übernehmen können, wenn alle ursprünglichen Gründer z. B. aus Altersgründen ausgeschieden sind. Wie beurteilen Sie diese Regelung und gibt es aus Ihrer Sicht weitergehende Vorschläge?

SV **Dr. Peter Velling** (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ e. V.)): Das Problem, das im Jahr 2004 bei der Gründung von MVZ nicht bedacht wurde ist, dass die Lebenserwartung von Vertragsärzten nicht unendlich ist. Das heißt, wir haben bisher keine Nachfolgeregelung für angestellte Ärzte in einem MVZ, wenn der Vertragsarzt ausscheidet. Das heißt, das MVZ schließt oder, um die Heuschrecken-Diskussion aufzugreifen, das gesamte MVZ müsste von einem anderen MVZ gekauft werden. Das ist beides nicht das, was wir unbedingt möchten. Deswegen ist es dringend erforderlich, Nachfolgeregelungen von Angestellten für ihr MVZ so zu schaffen, dass die Versorgungssicherheit weiterhin gegeben ist und das Modell



MVZ sich nicht an der Lebenserwartung der Vertragsärzte, die immerhin die überwiegende Zahl der MVZ führen, entscheidet. Diese Nachfolgeregelung ist dringend notwendig, wenn wir kein anderes Wunder auf dieser Welt erwarten können.

Der **Vorsitzende**: Wir haben den ersten Teil unserer Anhörung geschafft. Wir haben uns eine Pause verdient. Danach starten wir in den zweiten Teil.

Schluss des ersten Teils: 16.41 Uhr

Pause

Beginn des zweiten Teils: 16.55 Uhr

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich frage den GKV-Spitzenverband und den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie zum Thema Impfstoffe. Mich würde interessieren, wie Sie die Neuregelung zum Thema Referenzpreise und Rabatte bewerten.

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Ich rate Ihnen aus der Erfahrung mit dem Herstellerabschlag, dass Sie, wenn Sie so vorgehen, ein Preismoratorium bei Impfstoffen vorsehen. Das ist ein bisschen kompliziert, weil Impfstoffe jedes Jahr neu vorgelegt werden. Verbunden mit dem Preismoratorium wäre das aus unserer Sicht vollkommen in Ordnung.

SV **Dr. Kai Joachimsen** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)): Wir sehen das überraschenderweise nicht ganz so. Will der Gesetzgeber die Impfstoffversorgung der Menschen in Deutschland sicherstellen, müssen die Impfstoffe aller Hersteller zur Verfügung stehen. Insofern ist das richtig erkannt worden. Gleichzeitig sollen nun Impfstoffe mit einem Zwangsrabatt belegt werden und das ohne die Sicherheit, dass die Einsparungen für Impfprogramme aufgewendet werden. Für Schutzimpfungen zahlen die gesetzlichen Krankenkassen seit 2011 nur noch den europäischen Durchschnittspreis. Die GKV-Ausgaben für Impfungen sind dementsprechend seit Jahren

konstant. Das schließt Neueinführungen und Innovationen ausdrücklich mit ein. Wenn die Impfstoffversorgung auf sicheren Füßen stehen soll, müssen pharmazeutische Unternehmen verlässliche Rahmenbedingungen in Deutschland für diese sehr aufwendige und risikoreiche Produktion von Impfstoffen vorfinden. Einen passenden Impfstoff für Millionen von Menschen herzustellen, ist alles andere als trivial. Der Herstellungsprozess ist kompliziert und langwierig. Es braucht bis zu zwei Jahre Vorlaufzeit, bis die Herstellung eines 4-fach-Impfstoffes erfolgen kann. Angesichts dessen und potenziert durch den Faktor globaler Wettbewerb weniger Anbieter, begrenzte Produktionskapazitäten und den weltweit steigenden Bedarf an Impfstoffen ist eine mehrfache Rabattierung von Impfstoffen versorgungspolitisch äußerst riskant. Festpreisvereinbarungen und andere Rabattvertragsmodelle wie auch Open-House-Verträge für Impfstoffe müssen deshalb abgeschafft werden. Es braucht klare gesetzliche Vorgaben, die die Impfstoffversorgung eindeutig regeln. Wenn der Gesetzgeber die Impfstoffversorgung und die Gesundheitsvorsorge der Menschen sicherstellen will, müssen die Krankenkassen zudem verpflichtet werden, die Einsparungen aus den Impfstoffabschlägen in Impfprogramme zu investieren. Abrechnungsdaten der KVen zeigen, dass sich in der Saison 2016/2017 nur knapp 35 Prozent der Personen ab 60 Jahren impfen ließen, Tendenz rückläufig. Die Ziel-Grippeimpfrate der WHO liegt für Personen über 65 Jahren bei 75 Prozent. Diese wird in Deutschland ganz erheblich unterschritten. Die verheerende letzte Grippesaison mit 5,3 Millionen Fällen von Arbeitsunfähigkeit, über 60 000 Hospitalisierungen und über 1 000 Todesopfern alleine in Berlin hat gezeigt, dass die Menschen in Deutschland zur Prävention angehalten werden müssen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich bitte Herrn Prof. Dr. Greiner uns zu sagen, ob Sie den Änderungsantrag für geeignet halten, die Situation der Heilmittelerbringer nachhaltig zu verbessern.

ESV **Prof. Dr. Wolfgang Greiner**: Wir haben uns mit diesem Themenkomplex im letzten Sachverständigenratsgutachten beschäftigt. Bisher ist es so, dass die Ärzte über die Art und Länge der physiotherapeutischen Behandlung entscheiden. Es wird schon seit längerem, auch vor dem Hintergrund



eines neuen Professionen-Mix diskutiert, dass Verantwortung auch von anderen Medizinberufen übernommen werden soll. Dies geschieht angesichts der Situation im ärztlichen Bereich, aber auch als Attraktivitätssteigerung für diese Berufe, d. h. hier für die Physiotherapeuten. Der Gesetzgeber war aber nicht untätig. 2008 sind in § 63 SGB V Modellversuche zugelassen worden. Relativ kurzfristig wurde 2017 im Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) eine Vorschrift erlassen, dass die Krankenkassen solche Modellvorhaben durchführen sollen. Seitdem ist nicht so viel passiert. Wir haben versucht, die entsprechende Evidenz zu screenen. Wir sind dabei auf zwei Evaluationen gestoßen, die von einer höheren Zufriedenheit der Behandelten ausgehen, allerdings auch von Mehrbehandlungen und einer längeren Behandlungsdauer sowie entsprechend höheren Kosten. Zu beobachten ist aber auch eine höhere Nachhaltigkeit. Das ist im Gutachten des Sachverständigenrates nachzulesen. Insgesamt ist die Evidenz eher dünn. Dieser Beschluss kommt etwas früh. Die vorgesehene Blankoverordnung vollzieht im Grunde genommen etwas nach, was sich in der Praxis bereits niedergeschlagen hat. Wenn ärztlicherseits eine Therapie vorgeschlagen wird, die von Physiotherapeutenseite als nicht angemessen beurteilt wird, tauscht man sich ohnehin aus. Zum Teil anekdotisch, das kann man natürlich nicht messen, wird gesagt, dass dann eben entsprechend anders therapiert wird. Da ist es besser, dass auf diese Weise zu machen. Allerdings sollte man eine strenge Evaluierung zu Wirksamkeit, Kosten, Nachhaltigkeit, Akzeptanz und der Bedeutung der Qualifikation der Leistungserbringer vorsehen. Das habe ich so nicht gefunden. Auch die Frage, ob der akademische Hintergrund etwas bringt, muss evaluiert werden. Ich möchte noch etwas zur Honorierung sagen. Es ist verhandlungsseitig ein bundeseinheitlicher Preis mit entsprechenden regionalen Zuschlägen vorgesehen. Dazu haben wir den Krankenhäusern einen Vorschlag gemacht, den ich hier einbringen würde. Die Verhandlungslösungen bei den Krankenhäusern, auf regionaler als auch auf Ebene der Länder, sind nicht sehr effizient. Man sollte überlegen, ob man hier mit Preisindizes arbeitet, um das Ganze etwas abzukürzen. Das würde Aufwand sparen und den eigentlichen Sinn der Maßnahme erfüllen, nämlich regionale Besonderheiten im Preisniveau vermutlich exakter abbilden als es durch die Verhandlungslösung möglich ist.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e. V. (VPT). Die Prüfung der Rezepte ist Aufgabe der Therapiepraxen. Wie ist dies aus Ihrer Sicht zu bewerten und welche Vor- und Nachteile ergeben sich dadurch?

SV **Karl-Heinz Kellermann** (Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e. V. (VPT)): Die Problematik der Rezeptprüfung, die uns als Physiotherapeuten auferlegt wurde, stellt in der täglichen Praxis für uns ein großes Problem dar. Auch die Einführung der Software in den Arztpraxen hat nicht zu einer Lösung des Problems geführt. Das heißt, wir haben heute immer noch fehlerhaft ausgestellte Heilmittelverordnungen von Ärzten und sind gezwungen oder verpflichtet, diese korrigieren zu lassen. Wir müssen die Heilmittelverordnungen prüfen und entweder selbst zum Arzt fahren, um die Heilmittelverordnung korrigieren zu lassen oder den Patienten zum Arzt zurückschicken. Das führt zu einer großen Verärgerung der Patienten. Natürlich ist der Arzt nicht sehr erfreut darüber, wenn er täglich von fünf bis zehn Physiotherapeuten kontaktiert wird, um Rezepte zu korrigieren. Hier gibt es einen sehr großen Korrekturbedarf. Die Software in den Arztpraxen muss nachgebessert werden, damit fehlerhafte Heilmittelverordnungen verhindert werden.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK). Die angestrebte Überführung der Modellvorhaben zur Blankoverordnung in die Regelversorgung ist ein weitreichender Schritt. Gibt es aus Ihrer Sicht darüber hinausgehenden Änderungsbedarf, der die Versorgung der Versicherten mit therapeutischen Maßnahmen schneller und effizienter machen würde? Ich denke primär an internationale Maßstäbe.

SVe **Ute Repschläger** (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.): Ich muss Herrn Prof. Dr. Greiner widersprechen. Ich möchte zuerst dafür danken, dass Sie sich mit diesem Gesetz für uns einsetzen. Sie haben erkannt, dass wir einen Fachkräftemangel haben und die Attraktivität des Berufes im Sinne von mehr Autonomie und



besserer Bezahlung steigern müssen. Herr Dr. Kühne, Sie haben recht, es gibt international gute Studien zum Thema Direktzugang, die beweisen, dass Patienten schneller zum Arzt kommen und die Versorgung über den direkten Zugang Kosten einspart. Nun komme ich auf Herrn Prof. Dr. Greiner zu sprechen. Wir haben bereits im Rahmen der Möglichkeiten ein Modellprojekt zusammen mit der BIG (Bewegung als Investition in Gesundheit) durchgeführt, das von der Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften evaluiert wurde. Diese Studie befasste sich mit einem Modell, das der Blankoverordnung von heute entspricht. Diese Studie hat eine Evidenz von Stufe 1b. Das war eine multizentrische randomisierte Interventionsstudie mit Kontrollgruppe. Diese hat klar gezeigt, dass es keine Kostenausweitung gab und die Physiotherapeuten verantwortlich mit ihrer Autonomie umgegangen sind. Im Gegenteil, sie haben Heilmittel individuell eingesetzt und dadurch wurden Patienten schneller wieder gesund. Aufbauend darauf könnte man weitere Studien zum Thema Direktzugang durchführen. Das erachten die BIG, andere Heilmittelerbringer und auch wir für sinnvoll. Man könnte darauf aufbauen. In der Studie wurde ein Simulationsmodell gefahren, in dem 50 Prozent der Patienten ausfindig gemacht wurden, die für den direkten Zugang interessant sind. Warum jetzt nicht diesen Schritt wagen? Wir denken an Studien, in denen drei Stränge geprüft werden. Man kann die konventionelle Therapie der Blankoverordnung und dem Direktzugang gegenüberstellen. Das wäre sinnvoll.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Die Frage geht an den Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK). Die therapeutischen Berufe sind derzeit für den Einbehalt der durch die Versicherten zu tragenden Selbstkostenanteile zuständig. Wie bewerten Sie den damit verbunden bürokratischen Mehraufwand? Sehen Sie Alternativen?

Sve **Andrea Rädlein** (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V.): Die Zuzahlung, die der Patient derzeit in unseren Praxen leisten muss, ist mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Wir würden uns wünschen, dass die Zuzahlung, ähnlich wie in den Arztpraxen, wieder zurückgenommen wird und die Krankenkassen dafür zuständig sind, die Zuzahlungen der Patienten

einzuziehen. Wir haben ständige Probleme, auch in Kombination mit falsch ausgestellten Rezepten, die bei der Rezeptprüfung zur Absetzung bei den Krankenkassen wieder zur Zurückrechnung der Zuzahlungen bei den Patienten führen. Das ist ein bürokratisches Monster, das sehr viel Zeit der Therapeuten in Anspruch nimmt, aber derzeit nicht vergütet wird.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den GKV-Spitzenverband. Inwieweit könnten aus Ihrer Sicht regionale Besonderheiten, bspw. die Kosten für die Miete einer Praxis, in den vorgesehenen Verträgen zur Heilmittelversorgung entweder auf Bundesebene oder auf regionaler Ebene berücksichtigt werden?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Ich fürchte, mit der Zentralisierung haben Sie es im Gesetzentwurf ein bisschen übertrieben. Sie haben auch nicht für alle Landesparlamentarier bundeseinheitliche Vergütungen. Das hat seinen Sinn. Da wird auch keiner auf die Idee kommen. Wir haben die Erfahrung mit den Ärzten, dass wir vor zehn Jahren, als wir das neu kalibriert haben, bundeseinheitliche Preise mit dem Argument verworfen haben, dass es sinnvoll ist, dass die Regionen berücksichtigt werden. Sie wissen, dass in Baden-Württemberg andere Mietpreise gelten als in Mecklenburg-Vorpommern. Das kann man nicht immer so punktgenau steuern. Es gibt auch Unterschiede zwischen der Schwäbischen Alb und Stuttgart und zwischen Ländern und Stadtstaaten erst recht. Ich bitte Sie herzlich, vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen das Kind nicht mit dem Bade auszuschütten. Auf der Bundesebene ist es sinnvoll, dass die Bundesebene das macht. Eine Vergütungsordnung wie wir sie im Krankenhaus- und im zahnärztlichen Bereich haben, ist sinnvoll, weil die Leistung untereinander in Relation bewertet wird und die Landesebene mit der Multiplikation ihren jeweiligen landesspezifischen Gegebenheiten Rechnung tragen kann. Das ist ein bewährtes System.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Ich frage den Bundesverband der Ergotherapeuten. Wir haben eine Regelung zum Thema Barrierefreiheit. Mich würde interessieren, welche Auswirkung wird es



haben, wenn man einem Vertrag beitrifft und Barrierefreiheit bei den Praxen eingefordert wird. Können das alle erfüllen? Gibt es einige, die das nicht erfüllen können? Wie stufen Sie die Praktikabilität einer solchen Regelung ein?

Sve Christine Donner (Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED)): Die Landesbauordnungen geben letzten Endes in jedem einzelnen Bundesland vor, dass eine Barrierefreiheit notwendig ist. In der Praxis führt das tatsächlich zu Schwierigkeiten und Problemen. Man muss in den Landesbauordnungen immer auf den Passus verweisen. Wenn der Aufwand den Ertrag nicht widerspiegelt, darf ein Ingenieur oder ein Architekt darauf verweisen und bestätigen und dann genehmigt auch das Gesundheitsamt vor Ort. Das heißt, es gäbe in der Praxis Schwierigkeiten, wenn man das jetzt im Gesetz verankern würde.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Im Gesetzentwurf ist die Erweiterung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung um die Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen vorgesehen, wenn eine keimzellschädigende Behandlung z. B. bei Krebs oder auch bei anderen Erkrankungen einen Fertilitätsverlust herbeiführen kann. Wie ist diese Regelung zu beurteilen?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir begrüßen diese Regelung, denn sie unterstützt Patientinnen und Patienten, die sich wegen einer Erkrankung der Durchführung einer keimzellschädigenden Therapie unterziehen müssen und mit Blick auf einen möglichen Kinderwunsch vorsorgen wollen. Dass die ansonsten für die Kostenübernahme von Verfahren der assistierten Reproduktion geltende untere Altersgrenze von 25 Jahren bei diesen Fällen keine Anwendung findet, halten wir von Seiten der Ärzteschaft im Interesse der betroffenen Patientinnen und Patienten für eine sehr sinnvolle Regelung, die wir begrüßen.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Spitzenverband der Heilmittlerbringer. Können Sie uns Zahlen nennen, wie oft es zur Retaxierung von Heilmittelleistungen kommt?

SV Heinz Christian Esser (Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V.): Wenn Sie die Frage, wie viel Prozent der Verordnungen von den Krankenkassen wertmäßig abgesetzt werden, ganz eng sehen, so sind das ungefähr drei bis dreieinhalb Prozent. Davor liegt ein erheblich höherer Aufwand, um die Rezepte, die in der Arztpraxis, wie eben schon mal dargestellt wurde, fehlerhaft ausgestellt werden, ordnungsgemäß einreichen zu können. Da ist, wenn die Praxis den Fehler sofort entdeckt, der Kontakt zum Arzt. Manche Rezepte werden erst als fehlerhaft identifiziert, wenn es zur Abrechnung durch ein Abrechnungszentrum kommt. Das wird versuchen zu retten, was zu retten ist. Sie können davon ausgehen, dass zehn bis zwölf Prozent der Verordnungen fehlerhaft sind und die Vergütung gefährden. Etwa drei bis dreieinhalb Prozent werden wertmäßig abgesetzt.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Ich frage die Bundesärztekammer, wie sie die Etablierung der Blankoverordnung bewertet.

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Im Grundsatz befürworten wir das. Man sollte die Richtlinien des G-BA weiter beachten und die Blankoverordnung auf bestimmte Indikationen begrenzen. Bei zwei Punkten gibt es Vorbehalte. Der Arzt muss weiterhin die Möglichkeit haben, selbst über Art, Dauer und Frequenz einer Therapie zu entscheiden. Die Blankoverordnung ist nur eine, aber nicht die ausschließliche oder entscheidende Möglichkeit. Ein entsprechender Satz findet sich bisher nur in der Gesetzesbegründung. Wir hätten hier gerne die Klarstellung im Gesetz. Es sollte ein Katalog mit Indikationen für die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden, die die Interessen der Heilmittlerbringer vertreten, ausgehandelt werden. Hier ist dringend ärztlicher Sachverstand erforderlich. Wir raten dazu, die Ärzteschaft als Indikationssteller, hier in Form der BÄK, zu beteiligen.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage geht an den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). Die Änderungsanträge sehen weitreichende Vergütungsverbesserungen für Heilmittlerbringer vor. Für die angestellten Therapeuten sind keine



Regelungen über die seinerzeit im HHVG schon eingeführten Transparenzregelungen hinaus vorgehen. Was sollte Ihrer Meinung nach ergänzend geregelt werden, damit die Transparenzregelung besser funktioniert und das zusätzliche Geld auch bei den angestellten Therapeuten ankommt?

Sve **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Es ist tatsächlich so, dass wir schon jetzt eine Transparenzregelung im Gesetz haben, die aber in der Praxis nicht umgesetzt wird. Wir bekommen derzeit keine Daten zu den Entgelten der angestellten Therapeuten. Wir schlagen deshalb vor, dass die jetzige Transparenzregelung ergänzt und weiter präzisiert wird und zwar dergestalt, dass die Daten der Meldungen an die Berufsgenossenschaften über die Anzahl der Therapeuten und über die jeweilige Entgelte auch an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden. Dieser kann diese Daten insgesamt transparent veröffentlichen, sodass wir über diesen Transparenzgedanken sicherstellen, dass zusätzliche Entgelterhöhungen tatsächlich bei den angestellten Therapeuten ankommen.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und den Spitzenverband der Heilmittelverbände. Es ist so, dass das Zulassungsverfahren mit dem Gesetzesentwurf künftig durch ein Beitrittsrecht zu dem auf Bundesebene geschlossenen Vertrag nach § 124(neu) SGB V ersetzt werden soll. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV **Johann-Magnus von Stackelberg** (GKV-Spitzenverband): Wir haben ein funktionierendes Zulassungsverfahren. Ehrlich gesagt erschließt sich mir der Sinn dieses Beitrittsverfahrens nicht so ganz. Es ist für uns aufwendig. Das Zulassungsverfahren als solches funktioniert. Es stellt sich die Frage, was dazu geführt haben könnte, dass jemand gesagt hat: Warum muss bei jeder Kasse eine Zulassung erfolgen? Man kann das über alle Krankenkassen hinweg vereinheitlichen. Wenn Sie das aber vereinheitlicht haben, braucht es meiner Meinung nach nicht diese komplizierten Neuregelungen. Die Begehungen nach dem neuen Verfahren sollen durch die regionale Ebene geführt werden. Ich halte es auch nicht für erstrebenswert, dass der

GKV-Spitzenverband mit Sitz in Berlin Leistungserbringer im Bayerischen Wald, in München, in Hamburg und in Schleswig-Holstein oder auf den Halligen zulässt. Wir haben funktionierende, regionale Verfahren. Ich sehe keinen Vorteil im neuen Verfahren und rate dringend ab. Wir werden nach dem Vorschlag Vertragsregelungen schaffen müssen. Es kann dabei auch vertragslose Zustände geben. Wenn Sie etwas vereinheitlichen wollen, dann das bestehende Zulassungsverfahren auf ein Zulassungsverfahren je Leistungserbringer und für alle Kassen und nicht dieses komplizierte Beitrittsverfahren. Da sehe ich keine Vorteile für die Versicherten oder die Leistungserbringer.

SV **Heinz Christian Esser** (Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V.): Ich will das gerne ergänzen. Aus der Praxis vor Ort, Herr von Stackelberg, kann ich nicht bestätigen, dass das Zulassungsverfahren so läuft, wie Sie es hier ansprechen. Deshalb wird hier eine Änderung gewünscht. Wir sind uns zunächst einmal einig, dass es Sinn macht, dass nicht fünf verschiedene Kassenverbände das Zulassungsverfahren betreiben. Es muss von uns aus auch nicht notwendig beim GKV-Spitzenverband aufgehängt sein, solange es bei einer Kasse im Auftrag für alle Kassen erfolgt. Wichtig für uns ist, dass wir per Vertrag die Zulassungsregeln festlegen und sie uns nicht wie bisher per Verordnung vorgegeben werden. Das war sehr bürokratisch und wurde bis zum Bundessozialgericht beklagt. Sie kennen diese Fälle. Unser Gedanke ist, vom Beitrittsverfahren zu einem vereinfachten Zulassungsverfahren zu gelangen, weil es unseres Erachtens den Antragsteller, also den, der die Praxis eröffnet, mehr schützt, wenn er am Anfang das Verfahren durchlaufen hat und seine Zulassung per Verwaltungsakt bekommt. Dann ist er geschützt und es kann nicht nach sieben Jahren jemand kommen und sagen, wir uns damals geirrt.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an den Spitzenverband der Heilmittelverbände und an den Deutschen Bundesverband für Logopädie. Um die regionalen und kassenspezifisch unterschiedlichen Preise für Heilmittelleistungen schrittweise anzupassen und das Preisniveau insgesamt anzuheben, hat der Bundesgesetzgeber in der vergangenen Legislaturperiode verschiedene gesetzgeberische Maßnahmen auf den Weg



gebracht. Die Vergütungserhöhungen müssten, so auch die Krankenkassen, inzwischen in der Versorgung angekommen sein. Führte dies zu einer Steigerung der Vergütung?

SV Heinz Christian Esser (Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e. V.): In der Tat haben die gesetzgeberische Maßnahmen für die letzten drei Jahre bereits deutliche Einkommenszuwächse bewirkt, die die Praxen nach unserer Übersicht auch an ihre Mitarbeiter weitergegeben haben. Das entnehmen wir den Statistiken, die die Bundesanstalt für Arbeit (BA) vorlegt. Das entnehmen wir aber auch Auswertungen, die z. B. über die großen Steuerberatergesellschaften möglich sind. Da sind wir für jedes Gespräch und weitere Klarstellungen im Interesse der Sache offen. Wenn es zu einer Vereinheitlichung der Preise zum 1. Mai 2019 auf Bundesebene kommen soll, halten wir das für einen sehr wichtigen Schritt nach vorne. Die Unterschiede in der Kaufkraft in Deutschland zwischen Ost und West bzw. Nord und Süd bedürfen dringend einer Anpassung. Es sind dieselben Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten, die ihre Leistungen in gleicher Qualität erbringen. Das verdient auch eine gleiche Vergütung.

Sve Frauke Kern (Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)): Ich kann dem nicht viel hinzufügen. Wir sehen das genauso. Sowohl das GKV-Versorgungsstrukturgesetz mit den Preisuntergrenzen als auch das HHVG dank der Aussetzung der Grundlohnsumme, haben uns Vorteile beschert. In der Verhandlungsführung haben wir seitens der Kassen bisher trotz der Gesetze leider keine großen Veränderungen gesehen. Trotz der Einführung von Regelungen zum Schiedsverfahren wurden Verhandlungen weiterhin verzögert, sodass wir wieder Nullrunden in Kauf nehmen mussten und wir haben z. B. erst letzte Woche die letzte Kassenverhandlung abgeschlossen. Wir haben in den Ländern, wie Herr Esser gerade sagte, in drei Stufen ca. zehn Prozent mehr aushandeln können, also drei Mal zehn Prozent. Das klingt für einen Außenstehenden erst einmal nach sehr viel Geld, aber wir sind durch die vielen Nullrunden und die Verzögerungen in den vergangenen Jahrzehnten von einem sehr niedrigen Vergütungsniveau gestartet. Von dem neuen Gesetz erhoffen wir uns einen großen Schritt, der die Patientenversorgung sichert, dem

Fachkräftemangel entgegenwirkt und die ambulanten Praxen vor dem Aussterben bewahrt. Zur Einführung der Verhandlungen auf Bundesebene begrüßen wir wie der SHV, dass die zukünftigen Verhandlungen zwischen den maßgeblichen Verbänden und dem GKV-Spitzenverband geführt werden. Wir gehen davon aus, dass es zu deutlichen Verbesserungen bei der Verhandlung kommt. Die vielen Außentermine in den jeweiligen Regionen werden wegfallen und das führt zu personeller und auch finanzieller Ressourcenschonung. Ferner gehen wir davon aus, dass es mit der Einführung der Verhandlungen auf Bundesebene zu weniger Verzögerungstaktiken und Blockierungen kommen wird und wir weniger Schiedsverfahren zu erwarten haben. Sicherlich wird durch § 124 SGB V ein neuer Prozess angestoßen, der uns alle lernen lässt. Wir sehen sehr positiv in diese Richtung, denn wir, der dbl, sowie der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie und der Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen) für die ich hier heute auch spreche, stehen bislang in guter Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Meine Frage geht an den Bundesverband Selbstständiger Physiotherapeuten und den GKV-Spitzenverband. Ich hätte gerne eine Antwort auf die Frage, wie Sie die Regelung im Gesetzentwurf zur Herausnahme der Verordnungen aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung bewerten. Wie bewerten Sie, dass Ärztinnen und Ärzte, so steht es in der Begründung der Vorschrift im Gesetzentwurf, bei Indikationen, für die künftig die Blankoverordnung möglich ist, in medizinisch begründeten Fällen selbst über Auswahl, Dauer und Frequenz der Therapie entscheiden?

SV Ute Repschläger (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK e. V.): Wenn Ärzte in diesem Rahmen nicht nur über die Indikation, sondern auch über die Art und Frequenz entscheiden, ist das keine Blankoverordnung, sondern das alte Modell der Versorgung. Also müssen die Ärzte die komplette wirtschaftliche Verantwortung tragen. Das kann nicht anders sein. Wenn es aber eine wirkliche Blankoverordnung ist, muss die Wirtschaftlichkeit aufgeteilt werden. Dann ist der Therapeut für die Dauer der Behandlung und für



die Art des Heilmittels zuständig, der Arzt als Aussteller der Verordnung weiterhin für die Menge der Verordnung. So kann man es teilen.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Es ist selten genug, dass ich mit den Leistungserbringern fast einig bin. Wenn eine Blankoverordnung in einem reinsten Maße vorliegt, bedarf es einer geteilten Wirtschaftlichkeitsverantwortung. Der Arzt bleibt nach wie vor verantwortlich. Das kann auch Wirtschaftlichkeitsfragen nach sich ziehen. Intelligente Prüfungen aufzusetzen ist für die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsverantwortung bei den Heilmittelerbringern selbstverständlich. Das gibt mir Gelegenheit, ein bisschen Skepsis in die Reinform der Blankoverordnung zu schütten. Ich will nicht verhehlen, dass der GKV-Spitzenverband ein Modell vorzieht, in dem Rückmeldungen von den Heilmittelerbringungen an den Arzt vorgesehen sind. Das führt letztlich zur Frage, ob es nicht sinnvoll ist, die Zahl der Therapiestunden durch den Arzt festlegen zu lassen. Ich verweise dazu auf unsere Stellungnahme.

Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke (AfD): Meine Frage geht an den Verband der Ersatzkassen. Im Bereich der Versorgung mit Heilmittelleistungen sieht das TSVG vor, dass bundesweit für jede Krankenkasse und für jede Leistungsposition der höchste von einer Krankenkasse bereits vereinbarte Preis gelten soll. Damit wird das Preisniveau in einem Schritt auf ein Höchstniveau gezogen. Wie hoch sind Ihrer Einschätzung nach die Mehrkosten, die den Krankenkassen dadurch entstehen und halten Sie diese Vorgehensweise für sinnvoll?

SVe Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Es wird technisch sehr schwierig sein, den höchsten Preis zu ermitteln, weil wir keine einheitliche Gebührenordnung haben. Das muss im nächsten Schritt erarbeitet werden. Dazu hat Herr von Stackelberg bereits ausgeführt. Jenseits dieser technischen Schwierigkeiten erwarten wir Mehrausgaben in Höhe von 500 Millionen Euro im Jahr 2019 und dann noch einmal in gleicher Höhe für das darauf folgende Jahr. Ich verweise darauf, dass über die Regelungen aus dem HHVG in den letzten Jahren bereits erhebliche Entgeltsteigerungen seitens der Krankenkassen verhandelt worden

sind, sodass es sich mir nicht erschließt, warum wir jetzt in so einem Galoppverfahren, das auch technisch schwierig umzusetzen ist, noch einmal mit diesen massiven Ausgabensteigerungen für die Beitragszahler konfrontiert werden.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Halten Sie die Neuregelung zum mobilen Zugriff auf Patientendaten zur elektronischen Patientenakte für geeignet, die Versorgung der Patienten zu verbessern, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung bzw. Zugriffsrechte der Ärzte? Wo sehen Sie die Gefahren?

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich danke Ihnen für die Frage aber die Antwort ist so komplex, dass sie wahrscheinlich nicht nur Ihre Zeit, sondern die gesamte Anhörung sprengen würde. Natürlich sind wir für einfache mobile Zugriffsmöglichkeiten aber uns erscheint, und damit will ich es kurz beantworten, die technische Ausgereiftheit nicht so, dass man das Patienten und Ärzten zumuten kann. Das ist aber die Zukunft, das ist überhaupt keine Frage.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten. Sie kritisieren den Zusatz in § 92 Abs. 6a SGB V, die so genannte gestufte Steuerung, mit der ein Gremium vorgeschaltet wird. Bundesminister Spahn hat dazu gesagt, das werde nicht vorgeschaltet, sondern daneben gestellt. Hat Sie diese Antwort zufriedengestellt und befürchten Sie nicht mehr, nachgeordnet zu sein?

SVe Ariadne Sartorius (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp)): Solange es noch im Gesetzentwurf enthalten ist, bin ich nicht zufrieden. Das muss erst einmal herausgenommen werden. Es gibt ein Missverständnis zwischen Herrn Spahn und uns. Gegen eine gestufte Versorgung hat keiner etwas. Wir haben etwas gegen eine Stufung der Behandler. Wir sind für eine Stufung der Behandlungsbedürfnisse der Patienten, d. h. eine patientenorientierte Stufung. Solange das im Gesetzentwurf steht, bin ich unsicher, ob es tatsächlich gestrichen ist. Ich wäre sehr zufrieden, wenn dieser Passus aus den TSVG gestrichen werden würde.



Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage geht an den Spitzenverband der Fachärzte in Deutschland. Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung für fachärztliche Termine sollen in Terminservicestellen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung umgewandelt und unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer rund um die Uhr betrieben werden. Können Wartezeiten auf Termine so tatsächlich verkürzt werden oder gibt es sinnvollere Wege?

SV **Dr. Dirk Heinrich** (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa)): Terminservicestellen vermehren grundsätzlich keine Arzttermine. Sie können sich das wie eine Patientenschlange vorstellen. Sie nehmen am Ende der Schlange drei Personen heraus und stellen sie an den Anfang. Im Ergebnis warten alle anderen um diese drei Termine länger. Eine Erhöhung der Anzahl von Terminen findet nicht statt. Insofern ist die Ausweitung sehr fraglich zu beurteilen. Denkbar wäre die Entbudgetierung für Patienten, die über diese Stellen vermittelt werden. Die 24 Stunden-Ausweitung an sieben Tagen in der Woche erschließt sich uns nicht. Ich weiß nicht, ob nachts um drei Uhr wegen akuter Beschwerden noch ein Arzttermin beim Dermatologen vereinbart werden muss. Das kann man mit Online-Terminbuchungen abhandeln. Insofern ist die Ausweitung wenig sinnvoll. Online-Angebote können aber helfen.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Die Frage geht an die KBV. Die Kassenärztliche Vereinigung soll Eigeneinrichtungen betreiben. Sehen Sie die Gefahr, dass dadurch die Bereitschaft zur Niederlassung noch geringer und die KV selbst auf Dauer zum alleinigen Anbieter ambulanter ärztlicher Leistung wird? Halten Sie es für realistisch, dort, wo sich keine Ärzte niederlassen wollen, selbst Ärzte zu finden, die für Sie dort arbeiten wollen?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Herr Prof. Gehrke, Sie haben die Antwort auf die Frage eigentlich schon selbst gegeben. Es ist sicherlich ambitioniert, dass wir in Regionen, wo wir partout keine Ärzte bekommen, nur aufgrund der Tatsache, dass die KVen Eigeneinrichtungen errichten, mehr Ärzte bekommen. Möglicherweise kann man den ein oder anderen

begeistern, der nur angestellt arbeiten möchte. Es kann aber bezweifelt werden, dass dadurch das grundsätzliche Problem gelöst wird.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Die Frage geht an LOGO Deutschland. Nach der regelhaften Ausbildung der Physiotherapeuten muss eine Vielzahl zusätzlicher kostenpflichtiger Weiterbildungen absolviert werden, um Zertifizierungen für bestimmte Leistungserbringungen zu erhalten. Halten Sie das Konzept einer der Ausbildung nachgelagerten Zertifizierung zur Leistungserbringung für sinnvoll?

Sve **Diethild Remmert** (LOGO Deutschland e. V.): In der Logopädie gibt es keine Zertifikate und wir würden auch keine Zertifikate haben wollen. In unserer Berufsgruppe haben Praxen überwiegend entweder keine Angestellten oder arbeiten mit ein bis zwei Teilzeit-Fachkräften. Jetzt stellen Sie sich vor, eine Therapeutin in Brandenburg wird krank. Der Säugling, der versorgt wird, der saugen, schlucken und kauen lernen soll, weil er mit der Intensivmedizin als Frühchen überlebt hat, kann nicht versorgt werden, weil die Angestellte oder die Kollegin andere Zertifikate erworben hat. Auch kann man sich allein aus Kostengründen nicht alle Zertifikatspositionen leisten. Das Baby bliebe unverorgt. Zertifikate gibt es bei uns nicht und wir würden auch keine wollen. Wir wissen, dass die Physiotherapeuten uns vielfach darum beneiden. Wir sind umfassend ausgebildet und entscheiden selber, auch ohne Blankoverordnung, welche Methode wir anwenden. Zertifikate ziehen aus unserer Sicht einen bürokratischen Aufwand nach sich und verkomplizieren die Abrechnung. Sie sind auch nicht zu refinanzieren und in der Physiotherapie gibt es sogar Positionen, die schlechter bezahlt werden als die normale Krankengymnastik und dafür haben die Kolleginnen bezahlt. Kurz gesagt: Die Einführung von Zertifikaten in der Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie würde aus unserer Sicht eine Versorgungsgefährdung nach sich ziehen. Das kann niemand wollen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Es geht noch einmal um die pflegerischen Betreuungsdienste. Wie bewerten Sie angesichts



der offenen Stellen in der Pflege das Arbeitskräftepotenzial für die neuen Betreuungsdienste?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir haben in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass wir nicht an eine wundersame Personalvermehrung glauben. Bei den Pflegediensten gibt es einen erheblichen Personalmangel, einen Pflegefachkraftmangel und auch einen Mangel an Betreuungskräften, denn die Pflegedienste halten nicht nur Pflegepersonal vor, sondern auch Betreuungskräfte. Das ist anders als das vorher Herr von Stackelberg in Bezug auf das Modellprojekt ausgeführt hat. Von daher sehen wir wenig Potenzial, das Personal der Betreuungsdienste künftig mit entsprechendem Fachpersonal zu füllen. Wir glauben auch nicht, dass die Betreuungsdienste das Angebot erweitern werden.

Abg. Dr. Wieland Schinnenburg (FDP): Ich habe eine Frage an die Bundespsychotherapeutenkammer zum Stichwort gestuft und gesteuert. Es ist zumindest ein gewaltiger bürokratischer Aufwand, der etabliert wird und der Energien von der eigentlichen Patientenbehandlung abziehen wird. Dazu kann es nur eine Rechtfertigung geben, nämlich dass es bisher eine gigantische Fehlsteuerung gab, die man korrigieren muss. Deshalb frage ich Sie als Fachmann: Haben Sie den Eindruck, dass eine erhebliche Fehlsteuerung im Bereich der Psychotherapie stattfand, dass z. B. Psychotherapeuten falsch behandeln oder die falschen Menschen behandeln oder etwas schief läuft und daher Steuerungsbedarf besteht?

SV Dr. Dietrich Munz (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Wir haben keine Fehlsteuerung durch Psychotherapeuten, sondern wir haben eine gut gesteuerte Versorgung durch die neue Richtlinie. Das sollte man einfach festhalten. In der Richtlinie gibt es eine Abstufung, nämlich zunächst die Sprechstunde, auf die habe ich schon hingewiesen, die von unseren Kolleginnen und Kollegen sehr rasch umgesetzt wurde. Es gibt die Akutversorgung. Wir haben Belege, dass die Patientinnen und Patienten zügig in die Akutversorgung kommen, wenn es notwendig ist. Das von den Kolleginnen und Kollegen zurückgemeldete Problem ist allerdings,

dass dadurch für die reguläre Behandlung Kapazitätsprobleme entstehen, sowohl für die Kurzzeit-Psychotherapie als auch für Langzeitbehandlungen. Das heißt, die Versorgung ist schon gut koordiniert und auch gesteuert und gestuft. Wir haben Probleme in der Koordination der Versorgung schwerkranker Patienten. Hier sollten möglichst rasch Lösungen gesucht und gefunden werden, dass die verschiedenen Berufsgruppen gut koordiniert zusammenarbeiten können. Nach Krankenhausentlassungen stellen wir immer wieder fest, dass Patienten oft zu lange warten müssen. Es wäre sinnvoll, wenn auch wir eine Überweisungsbefugnis bekommen könnten. Bevor man mit dem Gesetz über gestufte oder gesteuerte Versorgung in das System eingreift, sollte man erstmal das System, wie es jetzt funktioniert, evaluieren. Wir sehen nach ersten Befragungen von Kolleginnen und Kollegen, dass die neue Richtlinie sehr gut greift. Man sollte dort Konsequenzen ziehen, wo es weiterhin Probleme gibt. Das Versorgungsproblem, das wir schwerpunktmäßigen in ländlichen Regionen haben, wo es zu wenige Psychotherapeuten gibt, wird dadurch nicht gelöst.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine Frage geht an den Verband der Ersatzkassen. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme einen Vorschlag zur in § 140a SGB V geregelten besonderen Versorgung gemacht. Demnach sollen nicht nur Krankenkassen, sondern auch ihre Verbände selektiv Verträge zur besonderen Versorgung abschließen dürfen. Wie bewerten Sie den Vorschlag vor allem im Hinblick auf faire Wettbewerbsbedingungen?

Sve Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir bewerten den Vorschlag positiv. Bisher können Krankenkassen Verträge zur besonderen Versorgung abschließen. Sie können aber auch ihre Verbände ermächtigen. Das hat einen Vorteil für kleinere Krankenkassen, die mangels Nachfrage solche Verträge schwer alleine abschließen können. Wenn das originär bei den Kassen bzw. bei den Kassenverbänden mit verortet wird, ist das, auch mit Blick auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, sehr gut.



Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Unsere erste Frage richtet sich an Herrn von Stackelberg vom GKV-Spitzenverband. Ich komme noch einmal auf die Transparenzregel zurück. Mit dem HHVG sollte Transparenz für die Weitergabe von Vergütungserhöhungen an angestellte Therapeutinnen und Therapeuten hergestellt werden. Wie ist hier Ihrer Ansicht nach der aktuelle Sachstand? Besteht weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf, um die Weitergabe sicherzustellen? Welche Lösungsansätze halten Sie für denkbar?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (GKV-Spitzenverband): Es besteht Handlungsbedarf. Frau Elsner hat Ihnen ausgeführt, dass wir keine Transparenz haben. Diese Transparenz haben die Berufsgenossenschaften. Wir brauchen eine Regelung, dass die Vergütungserhöhungen in pseudonymisierter Form an die Krankenkassen und an den GKV-Spitzenverband weitergeleitet werden. Ich bitte Sie herzlich darum, eine Regel zu schaffen, die die Berufsgenossenschaften verpflichten, die dort gesammelten Daten in pseudonymisierter Form an uns weiterzuleiten.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Die zweite Frage geht an Frau Kern vom Deutschen Bundesverband für Logopädie und bezieht sich auf die wirtschaftliche Situation. Können Sie uns einen kurzen Eindruck der wirtschaftlichen Lage selbstständiger Therapeutinnen und Therapeuten geben? Inwieweit konsolidiert sich die wirtschaftliche Situation mit den Regelungen, die im Änderungsantrag der Koalition vorgesehen sind, dass die bundesweite Vergütung an die Höchstpreise angepasst werden soll?

SVe Frauke Kern (Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)): Die wirtschaftliche Lage sieht so aus, dass die BA nachgewiesen hat, dass der Fachkräftemangel auch im Bereich Logopädie und Sprachtherapie angekommen ist. Dabei geht es nicht nur um die Flächenländer, sondern auch um die Ballungsgebiete. Es gibt Praxisschließungen, weil die Praxisinhaber keine Fachkräfte mehr finden oder weil die Mietkosten wie hier in Berlin eklatant gestiegen sind und die laufenden Kosten und die Gehälter auf Dauer so nicht mehr finanziert werden können. Es gibt wenig Nachwuchs und

einige Berufseinsteiger haben, wenn sie in die Praxis kommen, Gehaltsvorstellungen, die nicht den realen Gegebenheiten entsprechen. Wer es schafft, in den Kliniken Bindung an den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) bezahlt zu werden, hat im Vergleich zu einem Angestelltendasein in einer Praxis Glück. Andere wandern in andere Berufe ab oder setzen mit einem Studium noch ein paar Jahre Ausbildung obendrauf. Hierzu gibt es einige Studien, die das belegen. Die Anpassung aller Länder an den Höchstpreis ist ein erster wichtiger Schritt und schließt zunächst die Einkommensschere zwischen Ost und West bzw. Nord und Süd. Sie ist der Auftakt für eine Verbesserung für uns alle.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Die nächste Frage geht an die Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme den Direktzugang als Substitutionsmodell bezeichnet. Was sind Ihre Vorstellungen zum Thema Direktzugang?

SV Jürgen Hohnl (Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK e. V.)): Das Thema wurde schon am Rande erwähnt, als es um die Blankoverordnung ging. Die Innungskrankenkassen haben sich schon immer für Modelle der Substitution und Delegation ausgesprochen. Ich gehe davon aus, dass die beiden von Herrn Prof. Dr. Greiner genannten Modellvorhaben zum Thema Blankoverordnung von Innungskrankenkassen kommen. Das eine war die Blankoverordnung, dass andere der Direktzugang. Wir würden uns dafür aussprechen, dass man die Option des Direktzugangs weiterhin ermöglicht. Wir sehen die Streichung des § 63 Abs. 3b Satz 2 und 3 SGB V, wo Modellvorhaben noch möglich waren, kritisch. Das wird jetzt gestrichen und damit sind die Themen Substitution und Direktzugang komplett raus. Das ist schade, weil wir der Auffassung sind, dass es noch viele Fragen gibt, die man klären kann. So z. B. die Frage, welche Auswahl das auf die Qualität der Therapeuten hat, d. h. die Versorgungsergebnisse usw. Man könnte viele qualitative Sachen bewerten und evaluieren lassen, wenn man weiterhin die Möglichkeit hätte, Modellvorhaben zu machen. Dafür müsste man aber die Streichung des § 63 Abs. 3b SGB V aufheben und im Sinne eines möglichen Modellvorhabens Direktzugang konkretisieren.



Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Die nächste Frage geht an den Bundesverband der Ergotherapeuten. Sie haben sich positiv auf die Ankündigung der Koalition bezogen, die Schulgeldfreiheit einzuführen. Meine Fraktion hat den Antrag gestellt, diese Schulgeldfreiheit auch rückwirkend einzuführen, so sie denn hoffentlich bald kommt. Wie bewerten Sie das?

Sve **Christine Donner** (Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED)): Wir halten das für nahezu unumgänglich, dass eine Regelung gefunden wird, die Schulgeldfreiheit auch rückwirkend einzuführen. Falls es jemand hier in diesem Raum noch nicht bemerkt haben sollte, darauf weist der eine oder andere Kommentar hin, wir haben einen eklatanten Versorgungsmangel. Die Patienten sind nicht mehr mit Heilmitteln versorgt. Wir müssen daher alles tun, was möglich ist, um für Nachwuchs zu sorgen. Viele Schüler warten auf eine Zusage und ein Signal vom Bund, dass die Schulgeldfreiheit rückwirkend eingeführt wird.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an LOGO Deutschland. Reichen aus Ihrer Sicht die geplanten Vergütungsschritte aus? Wie wird sich das z. B. auf die Vergütung der Hausbesuche auswirken?

Sve **Diethild Remmert** (LOGO Deutschland e. V.): Die Einführung von bundesweiten Höchstpreisen ist ein wichtiger, richtiger und mutiger Schritt, für den wir uns ausdrücklich bedanken. In der Logopädie allerdings sichern Einzel- und Kleinpraxen mit ein bis zwei Teilzeitkräften, insbesondere auf dem Land, die Versorgung. Wenn jetzt auf dem Land Hausbesuche durchgeführt werden müssen, gibt es in der Regel weite Wege zu bewältigen. Bisher ist es so, dass diese Wege in einer Pauschale mit abgegolten werden. Dadurch sind Hausbesuche betriebswirtschaftlich unsinnig. Es besteht die Befürchtung, wenn die Hausbesuchszeiten bei den bundesweiten Höchstpreisen nicht mit angepasst werden, dass die Betroffenen die Dummen sind, die keine Therapien mehr erwarten können. Wir haben einen Fachkräftemangel, das hat Frau Kern schon gesagt. Das gehört unbedingt dazu. Wenn auch Angestellte von Vergütungen profitieren

sollen, brauchen die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber vor allem in den Klein- und Kleinstpraxen eine sichere Wirtschaftlichkeit. Das heißt, sie haben momentan keine ausreichende Altersversorgung und keine Rückstellungsmöglichkeiten. Das Ziel unter vergleichbaren Bedingungen, Betriebsergebnisse in Höhe einer Vergütung nach TVöD zu erzielen, kommt näher, ist aber noch nicht erreicht.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland. Ist aus Ihrer Sicht der Versorgungsgrad der Bevölkerung mit Heilmitteln ausreichend? Wir haben heute eine Mengensteuerung. Wie sehen Sie das bezogen auf die Versorgung von Menschen mit einer schweren Erkrankung? Wenn Sie sehen, dass diese Versorgung nicht gewährleistet ist, was könnten wir tun, um dafür ein Bewusstsein zu schaffen?

Sve **Christine Donner** (Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED)): Sie haben es selber gerade angesprochen. Die Budgetierung verhindert eine Versorgung, die dem realen Bedarf entspricht. Im Bereich der Ergotherapie stammen die neuesten Zahlen aus dem Jahr 2014. Dort kann man für den Bereich der Ergotherapie sehen, dass von zehn Patienten mit schweren und sehr eindeutigen Diagnosen für eine ergotherapeutische Behandlung nur drei bis vier Betroffene überhaupt eine ergotherapeutische Behandlung bekommen haben. Die Versorgungsquoten seitens GKV-Spitzenverband und aller Krankenkassen müssten öffentlich und transparent dargestellt werden, weil wir nur so sagen können, wie viele Menschen die therapeutische Versorgung, die sie brauchen, bekommen. Das ist bis zum heutigen Tage ein großer Missstand. Man spricht hier viel über Vergütung, die für die Therapeuten bei weitem nicht ausreichend ist, obwohl wir einen so schlechten Versorgungsgrad und eine so schlechte Versorgungsquote im Bereich der Therapie haben.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den vdek. Wir haben in unserem Antrag eine Gebührenordnung für Heilmittelerbringer vorgeschlagen. Was halten Sie davon?



SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir haben große Sympathie für Ihren Vorschlag, denn wenn ich ihn richtig verstehe, heißt das, dass wir eine einheitliche bundesweite Gebührenordnung bekämen. Das hat Herr von Stackelberg vorhin schon ausgeführt. Das ist sehr sinnvoll. Diese Gebührenordnung würde die Leistungen zueinander bewerten und wir hätten davon ausgehend die Möglichkeit, auf Landesebene in die Preisverhandlungen einzusteigen. Das wäre sehr hilfreich und würde es bedarfsgerecht und ausgehend von den unterschiedlichen Kostenstrukturen in den Ländern ermöglichen, dass wir auf Landesebene Preise festlegen können. Dazu macht es Sinn, wenn die Bindung an die Grundlohnsumme wegfällt. Sie haben in Ihrem Vorschlag aufgenommen, dass wir einen Index bekämen, damit ein Maßstab da ist, anhand dessen verhandelt werden kann.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine letzte Frage geht an die BAG SELBSTHILFE. Wie bewerten Sie den Vorschlag, eine Berichtspflicht über die Versorgung mit Hilfsmitteln bei schweren Erkrankungen einzuführen und den Sachverständigenrat mit einem Sondergutachten zur Qualität der Heilmittelversorgung zu beauftragen?

SVe **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir begrüßen den Vorschlag sehr und würden uns dafür aussprechen.

Der **Vorsitzende**: Wir haben unsere Anhörung auf den Punkt genau beendet. Ich darf mich ganz herzlich bei allen für die konkreten Fragen, aber auch für die hervorragenden Antworten bedanken. Es wird sicherlich viel diskutiert und bewertet werden. Ich wünsche Ihnen allen einen angenehmen Abend.

Schluss der Sitzung: 18.00 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender