

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0053(2.4)
gel. VB zur öAnh am 16.1.2019 -
TSVG
15.1.2019



BUNDESVERBAND

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

Zum Thema zahnärztliche Versorgung

§ 55 SGB V Anpassungen Festzuschusshöhen zum 01.01.2020

§ 87e SGB V Begrenzung des Steigerungsfaktors

§ 55 SGB V Lücke im Bonusheft

§ 56 SGB V Anpassung der Regelversorgung

§ 87 SGB VMehrkostenregelung

**im Kabinettsentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bes-
sere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)**

Bundestagsdrucksache 19/6337 vom 07.12.2018

Stand 14.01.2019

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

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

I. Stellungnahme zum Terminservice- und Versorgungsgesetz

Artikel 1 Nr. 47 § 87e SGB V Zahlungsanspruch bei Mehrkosten

Folgeänderung zur Mehrkostenregelung aufgrund der Aufnahme von Mehrkostenregelungen für die Kieferorthopädie.

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Aufnahme des § 29 Abs. 5 in das SGB V sollen zukünftig auch für den kieferorthopädischen Bereich die Mehrleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte privat mit dem Versicherten abgerechnet werden können. Deshalb soll § 87e Satz 1 als Folgeregelung entsprechend ergänzt werden.

B Stellungnahme

§ 87e ist Abrechnungsgrundlage für die bisher bereits etablierten Mehrkostenregelungen wie zum Beispiel für den Füllungsbereich und für Zahnersatz. Mit der Aufnahme des Absatz 5 im § 29 SGB V werden die Mehrkostenregelungen auf den kieferorthopädischen Bereich ausgeweitet und das Sachleistungsprinzip, welches den gesetzlich Krankenversicherten eine kostenfreie Versorgung garantiert, weiter eingeschränkt.

Für gesetzlich Versicherte ist die an den Zahnarzt privat zu zahlende Rechnung für Mehrleistungen im Bereich Zahnersatz gemäß § 87e Satz 2 auf das 2,3-fache des Gebührensatzes begrenzt. Gemäß § 87e Satz 3 sind die Mehrkosten für lichthärtende Composite-Füllungen im Seitenzahnbereich auf das 3,5-fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begrenzt abrechnungsfähig.

Allerdings werden die aktuellen gesetzlichen Begrenzungsregelungen durch die Sätze 4 und 5 im § 87e SGB V obsolet.

Deshalb muss zum Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung eine dauerhafte Begrenzung der Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ) in das SGB V durch die Streichung der Sätze 4 und 5 etabliert werden.

Diese Steigerungssätze beziehen sich jedoch noch auf die Bewertungen in der bis zum 31.12.2011 geltenden GOZ. In der ab dem 01.01.2012 geltenden Verordnung wurden die Punktzahlen für Kronen und Brücken sowie für adhäsiv befestigte Composite-Füllungen deutlich erhöht, so dass nun die Mehrleistungen gegenüber den BEMA Leistungen deutlich höher honoriert sind.

Insofern sollten in einem zweiten Schritt die Gebührensätze für den gesetzlich Krankenversicherten entsprechend auf das 1,7-fache bzw. bei Composite-Füllungen auf das 2,3-fache begrenzt werden.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 47 wird wie folgt gefasst:

Die Aufnahme (Folgerregelung) des Absatz 5 im § 29 SGB V, im § 87e Satz 1 wird abgelehnt.

Die Sätze 4 und 5 werden ersatzlos gestrichen.

Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe a) bis c) § 55 SGB V Leistungsanspruch beim Zahnersatz: Erhöhung der befundbezogenen Festzuschüsse im Bereich Zahnersatz

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Bereich der Prothetik sollen die befundbezogenen Festzuschüsse von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht werden. Diese Maßnahme soll zum 01.01.2021 in Kraft treten. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Anhebung der Bonusregelung auf 70 bzw. 75 Prozent (regelmäßiger Nachweis der zahnärztlichen Untersuchung nach 5 Jahren bzw. 10 Jahren).

B Stellungnahme

Ziel dieser Regelung ist die finanzielle Entlastung der gesetzlich Krankenversicherten und daher zu begrüßen. Ein in Kraft treten sollte bereits zum 01.01.2020 erfolgen, auch wenn jährliche Mehrkosten in Höhe von € 570 Mio. für die GKV insgesamt und für die AOK in Höhe von € 200 Mio. zu erwarten sind. Um feststellen zu können, ob diese Gesetzesinitiative tatsächlich einen Beitrag zur finanziellen Entlastung der Gesetzlich Krankenversicherten leisten kann, sollte das BMG eine Evaluierung der GKV Finanzmittel veranlassen und diese nach drei Jahren durchführen.

Die Erhöhung der befundbezogenen Festzuschüsse erfordert darüber hinaus eine Anpassung der Härtefallregelung bzw. des sogenannten gleitenden Härtefalls.

C Änderungsvorschlag

§ 55 Abs. 1 SGB V tritt zum 01.01.2020 in Kraft.

§ 55 Abs. 3 ist wie folgt redaktionell anzupassen:

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrags nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrags nach Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

II. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 55 SGB V Zahnärztliche Untersuchung

Vorgeschlagene Neuregelung

Ziel des AOK-Vorschlags ist es, eine einmalige Unterbrechung zur Erlangung der Boni im befundbezogenen Festzuschuss-System zuzulassen.

Die bestehenden Bonusregelungen zur Erhöhung des Festzuschusses sind versichertenfreundlicher auszugestalten. Bisher hat der gesetzlich Krankenversicherte nur Anspruch auf einen erhöhten befundbezogenen Festzuschuss, wenn dieser seine Zähne regelmäßig pflegt und in den letzten fünf Kalenderjahren bzw. in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die vertragszahnärztliche Untersuchung ohne Unterbrechung und damit regelmäßig in Anspruch genommen hat.

Zukünftig soll nur in begründeten Ausnahmefällen ein einmaliges Versäumen einer zahnärztlichen Untersuchung folgenlos bleiben.

Änderungsvorschlag

In § 55 Abs. 1 Nr. 2 wird nach Satz 5 ein neuer Satz 6 eingefügt:

„In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen von Satz 5 abweichen und eine einmalige Unterbrechung innerhalb der zehn Kalenderjahre gewähren.“

§ 56 SGB V Festsetzung der Regelversorgung im Bereich Zahnersatz

Vorgeschlagene Neuregelung

Dieser Änderungsvorschlag beabsichtigt, die keramisch vollverblendeten oder vollkeramischen Kronen und Brücken von der gleichartigen Versorgung in die Regelversorgung des befundbezogenen Festzuschuss-Systems zu überführen.

Eine tatsächliche finanzielle Entlastung der gesetzlich Krankenversicherten kann dadurch erreicht werden, dass die am häufigsten erbrachten teilverblendeten (vestibulär verblendete Verblendkrone) Kronen und Brücken, die gegenüber dem Versicherten heute nach der GOZ mit diesem privat liquidiert werden, in die Regelversorgung überführt werden.

Kassenseitig (Kassenreport aus 2013) wurde festgestellt, dass mittlerweile über 80 Prozent der Kronen und über 60 Prozent der Brückenglieder im Rahmen der gleichartigen Behandlung erbracht und damit nach der GOZ liquidiert werden.

Mit dieser Gesetzesinitiative würde sowohl die Versorgung verbessert als auch die finanzielle Belastung der Versicherten reduziert.

Die AOK würde jährlich mit Mehrkosten in Höhe von 140 Mio. € belastet werden. Diese Regelung soll in Analogie zur Erhöhung der befundbezogenen Festzuschüsse zum 01.01.2020 in Kraft treten.

Änderungsvorschlag

§ 56 Absatz 2 Satz 8 wird wie folgt geändert:

„Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer keramisch vollverblendete sowie vollkeramische Kronen und Brücken bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier.“

§ 56 Abs. 2 Satz 9 wird angefügt:

„Satz 8 tritt zum 01.01.2020 in Kraft.“

§ 87 Abs. 2h SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Vorgeschlagene Neuregelung

Ziel des Änderungsvorschlags ist es, die mehrkostenpflichtigen Leistungen, die dem Gesetzlich Krankenversicherten bisher nach der GOZ in Rechnung gestellt werden, in den BEMA zu überführen, um Transparenz in das Versorgungsgeschehen im Segment der zahnmedizinischen Versorgung zwischen Regelversorgung und mehrkostenpflichtigen Leistungen herzustellen.

Durch die Ausweitung der Mehrkostenregelung in der vertragszahnärztlichen Versorgung werden die Versicherten immer häufiger mit privat Zahnärztlichen Rechnungen konfrontiert und damit immer stärker finanziell überfordert. Dabei dient der BEMA nur noch als Bezuschussungsgrundlage von GKV-Leistungen. Um die Mehrkosten für die Versicherten zumindest transparent gegenüber den vertragszahnärztlichen Leistungen darzustellen, soll ein separater BEMA Teil geschaffen werden, der die Mehrkostenregelungen für die jeweiligen Leistungsbereiche beschreibt und entsprechend auch bewertet.

Mehrkosten für die AOK werden grundsätzlich nicht erwartet. Die bematisierten Mehrleistungen trägt der gesetzlich Krankenversicherte selbst.

Änderungsvorschlag

An § 87 Abs. 2h wird der folgende Satz 4 angefügt:

„In dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für die Zahnärztlichen Leistungen sind in einem eigenen Abschnitt auch die Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2, und nach § 55 Abs. 4, deren Mehrkosten die Versicherten selbst zu tragen haben, zu beschreiben und zu bewerten.“

Folgeänderung in § 87e

§ 87e wird folgendermaßen formuliert:

„Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2 und § 55 Abs. 4 ist der Abschnitt des Bewertungsmaßstabs nach § 87 Absatz 2h Satz 4. Die Krankenkasse trägt die Kosten der vergleichbaren in den anderen Abschnitten des Bewertungsmaßstabs für Zahnärztliche Leistungen abgebildeten Leistungen.“