



**Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV),
der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
und des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ)
zum Regierungsentwurf
eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)

und zur diesbezüglichen Stellungnahme
des Bundesrates (BR-Drucks. 504/18)**

Die KZBV als Interessenvertretung der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte ("Kassenzahnärzte"), die BZÄK als berufsständische Vertretung aller behandelnd tätigen Zahnärzte in Deutschland und der FVDZ als größter unabhängiger zahnärztlicher Berufsverband in Deutschland begrüßen dem Grunde nach viele der mit dem Referentenentwurf des TSVG einhergehenden Änderungen im zahnärztlichen Bereich, soweit diese für mehr Rechtssicherheit sorgen oder bestehende Versorgungshemmisse abbauen.

Zu den einzelnen Regelungen des Regierungsentwurfs (RegE), soweit sie für die zahnärztliche Versorgung relevant sind, wird dabei wie folgt Stellung genommen:

1. Zur Mehrkostenregelung im Bereich der Kieferorthopädie (Art. 1 Nr. 12, 47 RegE / § 29 Abs. 5 SGB V-RegE)

Wie schon hinsichtlich des Referentenentwurfs, wird die durch den neuen § 29 Abs. 5 SGB V-RegE verfolgte Zielsetzung einer Stärkung der Patientenautonomie im kieferorthopädischen Bereich bei gleichzeitiger Erhöhung der Kostentransparenz und Erleichterung der Überprüfung des kieferorthopädischen Leistungsgeschehens begrüßt.

Gegenüber dem Referentenentwurf wurden im neuen § 29 Abs. 5 SGB V-E nunmehr allerdings mit dem Regierungsentwurf einige Veränderungen vorgenommen, die sich nicht als zielführend darstellen, weil sie das zuvor in sich geschlossene Regelungskonzept ohne Not aufweichen und wenig sachgerechte Konsequenzen nach sich ziehen:

a) *Definition Mehrleistungen (§ 29 Abs. 5 Satz 1 SGB V-RegE)*

Satz 1 des § 29 Abs. 5 SGB V-E lautet in der Fassung des Regierungsentwurfs nunmehr: „Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, die aber anders als abgebildet durchgeführt werden oder bei denen andere Behandlungsmittel eingesetzt werden (Mehrleistungen), so haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen.“

Nach dem RegE sind Mehrleistungen somit solche Leistungen, die im BEMA abgebildet sind, aber *anders als abgebildet durchgeführt* werden oder bei denen andere Behandlungsmittel eingesetzt werden. Zurzeit sind die Art der Durchführung oder die zu verwendenden Behandlungsmittel aber nicht konkret im BEMA „abgebildet“ (Bsp.: Der BEMA spricht von „Bracket“ nicht von „Standardbracket aus Edelstahl“). Die Norm könnte daher so verstanden werden, dass eine Mehrleistung immer nur dann vorliegt, wenn eine Abweichung von der Formulierung im BEMA objektiv feststellbar ist. Das würde dazu führen, dass ausnahmslos für sämtliche KFO-Positionen die GKV-Leistung hinsichtlich Durchführung und Behandlungsmittel abschließend beschrieben werden müsste. Das ist dem BEMA aus gutem Grund generell fremd. Nicht immer lässt sich die GKV-Leistung so prägnant darstellen wie etwa beim „konfektionierten, vestibulären, programmierten Standardbracket aus Edelstahl“. Auch beispielsweise bereits mit Blick auf die mögliche zukünftige Einbeziehung digitaler Verfahren, die technisch ggf. ganz unterschiedlich umgesetzt werden können, wird es oft nicht möglich und sinnvoll sein, ein konkretes Verfahren vorzugeben und im BEMA abzubilden bzw. zu benennen. Dem Bewertungsausschuss muss im Ausgangspunkt die Möglichkeit erhalten bleiben, dort, wo es sinnvoll ist, abstrakt-generelle Beschreibungen vorzusehen. Das gilt auch dann, wenn man den Begriff der „Abbildung“ etwas weiter dahingehend versteht, dass sich diese erst in der Zusammenschau mit dem vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Mehrleistungskatalog ergäbe. Auch dieser Katalog kann aus den genannten Gründen nicht jede kieferorthopädische

Maßnahme im Hinblick auf ihre Durchführung im Detail beschreiben. Dafür besteht auch kein Erfordernis.

Auch der GKV-SV beschränkt in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des TSVG die Leistungskonkretisierung in Satz 4 seines im RegE als Satz 6 des § 29 Abs. 5 aufgegriffenen Änderungsvorschlags auf Fälle, in denen Abgrenzungsschwierigkeiten auftreten: „Soweit es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistung und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung.“ (Hervorhebung nicht im Original).

Vorschlag: Bezuglich § 29 Abs. 5 Satz 1 SGB V-RegE und der dortigen Definition der "Mehrleistungen" sollte an der Formulierung des Referentenentwurfs festhalten werden, § 29 Abs. 5 Satz 1 SGB V-RegE also wie folgt gefasst werden:

„¹Wählen Versicherte im Falle von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die durch diese Mehrleistungen entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen.“

b) Anpassung von Satz 2 des § 29 Abs. 5 SGB V-RegE

Vorgeschlagen wird, die Formulierungen in Satz 2 an die Formulierungen der Parallelregelung in § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V anzupassen und Satz 2 des § 29 Abs. 5 Satz 2 SGB V insoweit wie folgt zu fassen:

„²In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt den Krankenkassen die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen.“

c) Mehrleistungskatalog (§ 29 Abs. 5 Satz 4 SGB V-RegE)

(aa) Während im Referentenentwurf in § 29 Abs. 5 Satz 3 SGB V-RefE vorgesehen war, dass die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen "zur näheren Konkretisierung der Leistungen nach Satz 1 einen Katalog der typischerweise als Mehrleistungen vereinbarungs-

und abrechnungsfähigen Leistungen“ vereinbaren, ist nunmehr in der "parallelen" Regelung des Regierungsentwurfs (§ 29 Abs. 5 Satz 4 SGB V-RegE) vorgesehen, dass der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen bis zum 31. Dezember 2022 die Mehrleistungen nach Satz 1 beschließt.

Diese Regelung des RegE sieht somit nun einerseits ausdrücklich vor, dass der Mehrleistungskatalog vom *Bewertungsausschuss* zu beschließen und nicht von den Bundesmantelvertragspartnern zu vereinbaren ist. Die Zuständigkeit des Bewertungsausschusses kann grundsätzlich als mit den Tendenzen in der Rechtsprechung konformgehend angesehen werden, wonach für die verbindliche Auslegung und Konkretisierung der Regelungen des BEMA der Bewertungsausschuss ggf. unter Einbeziehung von Arbeitsausschüssen berufen ist, und daher im Ergebnis mitgetragen werden.

(bb) Problematisch ist allerdings die vom Referentenentwurf abweichende Formulierung, dass der Bewertungsausschuss "*die Mehrleistungen nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 2022 beschließt*":

Denn zum einen legt dies einen gesetzlichen Auftrag nahe, einen abschließenden Katalog der Mehrleistungen abzubilden. Das ist aber aus den bereits oben zu a) genannten Gründen nicht sinnvoll umsetzbar. Hinzu kommt, dass dann nur diejenigen Leistungen als Mehrleistungen abgerechnet werden könnten, die im Zeitpunkt der Behandlungsplanung und der Vereinbarung mit dem Versicherten tatsächlich in dem Katalog gelistet sind. Alle anderen Leistungen wären – auch entgegen der aktuellen Versorgungsrealität – vom Versicherten insgesamt privat zu bezahlen, solange sie nicht verbindlich in dem Katalog als Mehrleistung beschlossen sind, und zwar auch dann, wenn sie sich bei typisierender Betrachtung zwangslässig in die Reihe der Mehrleistungen einfügen würden und vom Bewertungsausschuss, hätte er sie vor Augen gehabt, mit aufgenommen worden wären. Möglich wäre allein die spätere, fortlaufende Ergänzung des Katalogs mit Wirkung für die Zukunft, eine Abrechnung als Mehrleistung für den vorliegenden Behandlungsfall wäre hingegen ausgeschlossen. Soweit daher nicht an der hierüber hinweghelfenden Formulierung des Referentenentwurfs festgehalten werden kann, wonach ein Katalog der "typischerweise" als Mehrleistungen vereinbarungs- und abrechnungsfähigen Leistungen vereinbart werden kann, wird vorgeschlagen, Satz 4 wie nachfolgend dargelegt zu modifizieren, damit atypische Fälle nicht von vorneherein von der Abrechnung ausgeschlossen und mithin unmittelbar als Mehrleistungen abrechenbar sind.

Zugleich wird im Interesse einer frühzeitigeren Umsetzung vorgeschlagen, die vorgesehene Frist (31.12.2022) für die Vereinbarung des Kataloges auf den 31.12.2020 vorzuziehen, da die entsprechenden Konkretisierungen dem Bewertungsausschuss ohne weiteres innerhalb dieser Zeit möglich sein werden.

Vorschlag: Satz 4 des § 29 Abs. 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

"**4Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 zur näheren Konkretisierung der Leistungen nach Satz 1 einen Katalog von als Mehrleistungen vereinbarungs- und abrechnungsfähigen Leistungen."**

In der Begründung sollte zudem klargestellt werden, dass die Mehrkostenregelung unmittelbar mit Inkrafttreten des TSVG zur Anwendung kommt, auch wenn der konkretisierende Katalog noch nicht beschlossen ist.

- d) *Kostentransparente Mehrkostenvereinbarung (§ 29 Abs. 5 Sätze 7, 9, 11 SGB V-RegE)*

Anders als noch im Referentenentwurf (dort § 29 Abs. 5 Satz 4 SGB V-RefE) sieht die parallele Regelung des Regierungsentwurfs in § 29 Abs. 5 Satz 7 SGB V-RegE für den Fall einer Mehrkostenversorgung im Normtext keine Vereinbarung über die konkret gewählte Versorgung mit entsprechender, transparenter Kostenaufstellung mehr vor. Damit ist ein zentraler Punkt, der für mehr Kostentransparenz und erleichterte Überprüfbarkeit von Mehrleistungen durch die KZVen sorgen sollte, ohne erkennbaren Grund entfallen. Stattdessen ist nur noch vorgesehen, dass der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen und deren Kosten in Textform zu informieren ist. Dies bedeutet zum einen, dass der Zahnarzt zu jeder in Betracht kommenden Behandlungsalternative in Textform eine Darstellung mit Kostenaufstellung anzufertigen und auszuhändigen hätte. Das würde auch für solche Alternativen gelten, die der Versicherte von vorneherein ablehnt. Der damit verbundene erhebliche bürokratische Aufwand ist nicht zielführend und muss als unverhältnismäßig zurückgewiesen werden. Auch die mit dem Patientenrechtegesetz eingeführte Bestimmung des § 630e BGB (Aufklärungspflichten) sieht aus gutem Grund ausdrücklich vor, dass die umfassende Aufklärung des Versicherten mündlich zu erfolgen hat. Die umfassende Information des Versicherten über eine zuzahlungsfreie Behandlung und in Betracht kommende Behandlungsalternativen wird dabei über die gemäß § 29 Abs. 5 Satz

8 SGB V-RegE vorgesehene diesbezügliche Erklärung des Versicherten sichergestellt.

Die mit der Regelung des § 29 Abs. 5 Satz 4 im Referentenentwurf noch verfolgte eigentliche Intention der Neuregelung war es dagegen, für den Versicherten die nach erfolgter Aufklärung konkret gewählte Versorgung in einer schriftlichen Vereinbarung mit übersichtlicher Kostengegenüberstellung festzuhalten, wenn die Behandlung mit Mehrkosten verbunden ist. Auch in der bereits existierenden Mehrkostenregelung für Füllungsleistungen in § 28 Abs. 2 Sätze 2 ff. SGB V, auf welcher § 29 Abs. 5 SGB V-RegE dem Grunde nach aufbaut, ist das Erfordernis einer schriftlichen Vereinbarung aufgestellt (§ 28 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Schon vor diesem Hintergrund sollte dieses Erfordernis auch in § 29 Abs. 5 SGB V-RegE, wie noch im Referentenentwurf vorgesehen, aufrecht erhalten werden. Das stimmt auch mit der Zielrichtung des § 630c Abs. 3 BGB überein, wonach der Behandelnde den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der (konkreten) Behandlung in Textform informieren muss, wenn er weiß, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder sich hierfür hinreichende Anhaltspunkte ergeben. Für eine Vereinbarung über die gewünschte Behandlung und die Vereinbarung verbindlicher Vordrucke hierfür durch die Bundesmantelvertragspartner liefert der Regierungsentwurf nunmehr allerdings anders als der Referentenentwurf keine Grundlage mehr, ohne dass hierfür ein stichhaltiger Grund zu erkennen wäre. Das Fehlen einer entsprechenden kostentransparenten Vereinbarung hat außerdem zur Folge, dass die KZV den konkreten Sachverhalt nicht oder nur deutlich erschwert gemäß § 29 Abs. 5 Satz 10 SGB V-RegE anlassbezogen prüfen kann, womit eine weitere mit dem Referentenentwurf verfolgte wesentliche und sinnvolle Intention nicht weiter verfolgt wird.

Vorschlag: Die Regelung in § 29 Abs. 5 Satz 7 SGB V-RegE sollte – wie im Referentenentwurf – eine kostentransparente Mehrkostenvereinbarung vorsehen. Und zudem sollte die Kompetenz der Bundesmantelvertragspartner zur Vereinbarung verbindlicher Vordrucke (§ 29 Abs. 5 Satz 9 SGB V-RegE) folgerichtig auch wieder einen Vordruck für diese kostentransparente Vereinbarung umfassen, wie ebenfalls im Referentenentwurf noch vorgesehen (§ 29 Abs. 5 Satz 6 SGB V-RefE).. Auf die in Textform zu erfolgende Information über (sämtliche) in Betracht kommenden Behandlungsalternativen sollte hingegen verzichtet werden. Die Folgeregelungen sind entsprechend anzupassen. Vorgeschlagen wird insoweit folgende Fassung des Satzes 7 und des Satzes 9:

Satz 7: "7 Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist **vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden.**"

Satz 9: "9 Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für **die schriftliche Vereinbarung nach Satz 7 und für** die Erklärung des Versicherten nach Satz 8 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind."

Als Folgeänderung sollte dann hinsichtlich der dort geregelten Vorlagepflicht des behandelnden Zahnarztes in **Satz 11** des § 29 Abs. 5 SGB V-RegE nicht nur die "Erklärung nach Satz 8", sondern die "Unterlagen nach den Sätzen 7 und 8" in Bezug genommen werden.

- e) *Einwilligung bei Übermittlung von Versichertenunterlagen (§ 29 Abs. 5 Satz 14 SGB V-RegE)*

Auch wenn die unter a) bis d) erhobenen Forderungen deutlich vorrangig sind, wird zudem nochmals – wie bereits in der Stellungnahme zum Referentenentwurf – eine Überprüfung der intendierten datenschutzrechtlichen Anforderungen zur ergänzenden Überprüfung behandlungs- und rechnungsbegründender Unterlagen in § 29 Abs. 5 Satz 13 SGB V-RegE angeregt: Insoweit nämlich die korrekte wirtschaftliche Aufklärung nur anhand der dort genannten Unterlagen bestätigt werden kann und das Erfordernis einer Einsichtnahme seitens der bereits prüfenden Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) bejaht wurde, ist schwer nachvollziehbar, weshalb die Einsichtnahme hier von der Einwilligung des jeweiligen Versicherten abhängig gemacht wird, dessen Fall Veranlassung für die betreffende Überprüfung gibt. Es erscheint zum einen beispielsweise praxisfern, dass ein Versicherter inhaltlich zwischen den zu prüfenden Unterlagen unterscheidet, wenn er sich zwecks Überprüfung kieferorthopädischer Leistungen an eine KZV wendet. Die Einholung einer zusätzlichen Einwilligung dürfte in diesem Zusammenhang im Regelfall eine bloße Formalie darstellen, mit der sowohl ein erheblicher Verwaltungsaufwand als auch Zeitverlust einhergehen. Zum anderen kann parallel ein Interesse des betroffenen Kieferorthopäden bestehen, sich bei, aus

Sicht des Kieferorthopäden im Zweifel als belastend empfundenen, Überprüfung durch die Vorlage ergänzender Unterlagen vom im Raum stehenden Verdacht einer Pflichtverletzung exkulpieren zu können. Eine Einstellung von Überprüfungsverfahren aufgrund fehlender Einwilligung des Versicherten würde den Makel einer vermeintlichen Pflichtverletzung bzw. einer fehlenden Integrität der kieferorthopädischen Versorgung nicht hinreichend beseitigen und dürfte losgelöst vom bereits betriebenen Prüfaufwand der KZV auch im Ergebnis von Seiten aller Beteiligter als unbefriedigend empfunden werden.

Vor diesem Hintergrund sollte die Prüfung ergänzender behandlungs- und rechnungsbegründender Unterlagen bzw. die Übermittlung entsprechender Unterlagen für diesen Zweck auch ohne Einwilligung des Versicherten möglich sein, mithin in § 29 Abs. 5 Satz 14 SGB V-RegE auf das zusätzliche Erfordernis dieser Einwilligung verzichtet werden.

2. Zur Erhöhung der Festzuschüsse (Art. 2 Nr. 2 RegE / § 55 SGB V-RegE)

Die Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz gemäß § 55 SGB V-RegE von 50% auf 60% ist, vor allem auch aus Sicht der Patienten, zu begrüßen.

Begrüßt wird in diesem Zusammenhang ebenfalls die gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommene Klarstellung bzgl. des derzeit "doppelten" bzw. "zweifachen" Festzuschusses bei den sog. Härtefallregelungen in § 55 Abs. 2 und 3 SGB V dergestalt, dass die Versicherten im Falle einer unzumutbaren Belastung künftig Anspruch auf den Gesamtbetrag aus Festzuschuss (60%) und zusätzlichem Betrag (40%), mithin auf einen Betrag von 100% (jew. der nach § 57 für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der jeweiligen Regelversorgung festgesetzten Beträge) haben.

3. Zur Schiedsregelung bei den klinischen Krebsregistern (Art. 1 Nr. 31 RegE / § 65c Abs. 6 Satz 8 SGB V-RegE)

Nach § 65c Abs. 6 Satz 5 SGB V wird die Höhe der einzelnen Meldevergütungen u.a. von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, mithin also auch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, vereinbart. Für den Fall, dass eine solche Vereinbarung nicht zustande kommt, soll künftig das sektorenübergreifende

Schiedsgremium nach § 89a SGB V-RefE entscheiden. Da im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sektorenübergreifende Verträge keine besondere Bedeutung haben, gelten indes gemäß § 89a Abs. 12 SGB V-RegE die Regelungen des § 89a Abs. 1 bis 11 SGB V-RegE zur Bildung sektorenübergreifender Schiedsgremien zu Recht nicht für die KZVen und die KZBV, so dass nunmehr allerdings für die an sich unter Beteiligung der KZBV zu schließende Vereinbarung nach § 65c Abs. 6 Satz 5 SGB V für die KZBV keine Schiedsmöglichkeit besteht. Daher sollte die im Regierungsentwurf vorgesehene Neufassung des § 65c Abs. 6 Satz 8 SGB V vorsehen, dass das Schiedsgremium nach § 89a Abs. 2 SGB V-RegE abweichend von § 89a Abs. 5 SGB V-RegE zusätzlich mit zwei Vertretern der Zahnärzte besetzt wird. Im Übrigen wird auf die Stellungnahme zu § 89a Abs. 12 SGB V-RegE verwiesen.

4. Zur digitalen Kommunikation (Art. 1 Nr. 32 RegE / § 67 SGB V-RegE)

Es wird grundsätzlich begrüßt, dass mit der vorgesehenen Änderung in § 67 SGB V künftig auch Versicherte in die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen einbezogen werden sollen. Dabei muss jedoch sichergestellt sein, dass auch im Rahmen der hierzu angebotenen Lösungen der Sozialdatenschutz und insb. der Grundsatz der Datensparsamkeit eingehalten wird bzw. nicht dergestalt ausgehebelt wird, dass Versicherte über die elektronische Einwilligung in Nutzungsbedingungen o.ä. zugleich auch in Datenverarbeitungen einwilligen, die für den nach dem Gesetz verfolgten Zweck im datenschutzrechtlichen Sinne nicht erforderlich sind.

5. Zum Haftungsumfang der VV-Mitglieder und Vorstandsmitglieder nach § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V-RegE i.V.m. § 42 Abs. 1 bis 3 SGB IV (Art. 1 Nr. 40 Buchst. b, aa)

Durch die vorgesehene Änderung von § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V-RegE soll klar gestellt werden, dass der bisher schon in § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V enthaltene Verweis auf die Haftungsregelungen in § 42 Abs. 1 bis 3 SGB IV, insb. die Haftungsfreistellung für einfache Fahrlässigkeit gemäß § 42 Abs. 2 SGB IV, ausdrücklich nur für die VV-Mitglieder gilt, nicht auch die Vorstandsmitglieder, da

diese keine Selbstverwaltungsorgane sind, für die § 42 Abs. 1 bis 3 SGB IV unmittelbar aber nur gilt.

Diese Klarstellung ist nicht erforderlich und daher abzulehnen. Dies gilt insbesondere insoweit, als hiermit ausweislich der Gesetzesbegründung die Folgerung verbunden wird, dass angesichts des insoweit vorgesehenen ausdrücklichen Ausschlusses der Haftungsprivilegierung des § 42 Abs. 2 SGB IV für die hauptamtlichen Vorstandsmitglieder auch die Vereinbarung umfassender vertraglicher Haftungsbeschränkungen auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit unzulässig sei. Denn es ist kein Grund erkennbar, warum solche Haftungsbeschränkungen, die bis dato durchaus üblich und im Übrigen ggf. gemäß § 79 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 35a Abs. 6a SGB V genehmigt worden sind, auf einmal nicht mehr vertraglich vereinbar sein sollen, insbesondere wenn sie sich für die Rückgriffshaftung bereits weitgehend aus Artikel 34 des Grundgesetzes ergeben. Der in der Gesetzesbegründung gegebene lapidare Hinweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot, welches keinesfalls sämtliche beliebigen Restriktionen zu rechtfertigen vermag, geht jedenfalls auch schon deshalb fehl, weil Haftungsfragen keine Mittelverwendungen im Sinne des § 69 Abs. 2 SGB IV darstellen, sondern bestenfalls Resultat rechtswidriger resp. nicht-wirtschaftlicher Mittelverwendungen sein können. Zudem ist ein zumindest vertraglicher Haftungsausschluss bei leichter Fahrlässigkeit wegen der zunehmenden Verrechtlichung des Vorstandshandelns mit einer Vielzahl ungeklärter Rechtsbegriffe bei gleichzeitig zunehmender Betonung von Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten, die angesichts der uferlosen Weite dieses völlig unbestimmten Rechtsbegriffes nahezu beliebig und unvorhersehbar von Aufsicht und Rechtsprechung behauptet und eingefordert werden können, mehr als angemessen und sachgemäß, um eine präventiv-defensive, jegliches eventuelle Haftungsrisiko von vornherein im Keim vermeidende Ausübung der Vorstandstätigkeit zu verhindern.

Forderung: Auf die vorgesehene Änderung in § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V-RegE ist daher zu verzichten. (Alternativ ist in der Normbegründung der Hinweis auf die Unzulässigkeit vertraglicher Haftungsbeschränkungen, mithin der gesamte zweite Satz der Normbegründung zu eliminieren; der erste Satz der Normbegründung gibt den Normgehalt zutreffend und hinreichend wieder.)

6. Zur Begrenzung der Vorstandsvergütungen nach § 79 Abs. 6 Sätze 4 ff., § 323 SGB V-RegE (Art. 1 Nr. 40 Buchst. b, bb, Art. 103)

Die mit den Regelungen in § 79 Abs. 6 Sätze 4 ff. SGB V-RegE und § 323 SGB V-RegE vorgesehenen Beschränkungen hinsichtlich der Vorstandsvergütungen sind unverhältnismäßig, in keiner Weise hinnehmbar und in Gänze abzulehnen:

Die intendierten Regelungen in § 79 Abs. 6 Sätze 4 ff. und § 323 SGB V-RegE stellen nach den zahlreichen Beschneidungen der Selbstverwaltungskörperschaften auf Bundesebene, die mit dem „GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ vorgenommen wurden, einen weiteren schwerwiegenden, zudem anlasslosen sowie durch nichts gerechtfertigten Eingriff in die zahnärztliche Selbstverwaltungsautonomie dar, indem die wirtschaftliche Grundlage für die Vorstandstätigkeit auf Bundesebene generell in mehrerlei Hinsicht begrenzt, zudem für zehn Jahre festgeschrieben bzw. "eingefroren" und perspektivisch tendenziell konstant abgesenkt wird. Darüber hinaus erfolgen Eingriffe in die aktuell bestehenden, vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 79 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 35a Abs. 6a SGB IV bereits genehmigten Vorstandsdienstverträge, was gegen rechtsstaatliche Grundsätze, insbesondere das Prinzip des Vertrauensschutzes verstößt und verfassungsrechtlich die grundrechtlich geschützte Berufs- und insb. Eigentumsfreiheit verletzt.

Mit den verschiedenen vorgesehenen Begrenzungen der Vorstandsvergütungen sowie der zehnjährigen Festschreibung der aktuellen Vergütungen werden den betroffenen Körperschaften die notwendigen finanziellen Freiräume für die Gewinnung von geeignetem und qualifiziertem Personal für die Spitzenämter in der Selbstverwaltung auf Bundesebene genommen. Um hierfür das erforderliche Spitzenpersonal gewinnen zu können, bedarf es der Möglichkeit, den finanziellen Vergütungsrahmen gegebenenfalls modifizieren und anpassen zu können. Dies nicht nur, um den Anforderungen an diese Spitzenpositionen im Gesundheitswesen und der damit verbundenen Verantwortung für einen gesamten Berufsstand finanziell in angemessener Weise Rechnung tragen zu können, sondern auch deshalb, um innerhalb der von vornherein geringen Anzahl von Personen, die überhaupt für ein solches Spitzenamt in Betracht kommen, gegebenenfalls einen angemessenen Anreiz für die Amtsübernahme und eine individuell auf deren Qualifikation, Erfahrung, bisherige Einkommenssituation und sonstige Bedingungen zugeschnittene Vergütungshöhe bieten zu können, wobei auch die sonstigen

Verdienstmöglichkeiten zu berücksichtigen sein können, die sich für derartiges Spitzenpersonal alternativ ergeben können.

Die vorliegenden Begrenzungen beseitigen diese Spielräume. Zum einen wird infolge der Festschreibung für die nächsten zehn Jahre keinerlei Anpassung der insoweit komplett „eingefrorenen“ (Grund-)Vergütungen mehr möglich sein. Anschließend werden Erhöhungen nur noch beim Amtsperiodenwechsel und dann auch nur noch in Höhe eines Ausgleichs für die Teuerungsrate(n) zulässig sein. Zudem wird die Möglichkeit zu individuell zugeschnittenen Versorgungsleistungen – was ggf. auch ein besonderes „Incentive“ darstellen kann – ebenfalls beschnitten. Überdies wird der Aufsicht sogar eine Absenkungsbefugnis gegeben, die ausweislich der Entwurfsbegründung insbesondere dann greifen soll, wenn ein neuer Amtsinhaber über ein geringeres Maß an Erfahrung verfügt als der bisherige Amtsinhaber – was nahezu immer der Fall sein wird, so dass die Vorstandsvergütungen auch insoweit tendenziell noch zusätzlich abgesenkt werden dürften. Umgekehrt ist hingegen keine Möglichkeit vorgesehen, besondere Erfahrungen und Qualifikationen insb. eines neuen Amtsinhabers entsprechend mit einer Erhöhung berücksichtigen zu können bzw. überhaupt die sich steigernde Erfahrung eines Amtsinhabers während der Amtsausübung vergütungstechnisch durch Vergütungserhöhungen, die über die Teuerungsrate hinausgehen, abbilden zu können – wie es allgemein ein völlig anerkannter und praktizierter Vergütungsaspekt ist, der Gehaltserhöhungen zu tragen vermag. Die neuen Regelungen sind insoweit eine vergütungstechnische „Einbahnstraße“ nach unten, da die nur noch möglichen Anpassungen an die Teuerungsrate letztlich lediglich den Kaufkraftverlust der Vergütung ausgleichen und insoweit keine echte „Erhöhung“ darstellen, vielmehr lediglich werterhaltend wirken. Entsprechende "Erhöhungen" wären zudem nur noch beim Amtsperiodenwechsel zulässig, so dass dieser Werterhalt dem aktuellen Amtsinhaber innerhalb einer Amtsperiode nicht einmal zugutekommt, sondern er einen schlechenden Wertverlust seiner Vergütung hinnehmen muss.

In keiner Weise nachvollziehbar sind die in dieser Form beispiellosen Restriktionen auch deshalb, weil der Gesetzgeber bereits 2013 die Vorstandsdienstverträge und damit vor allem auch deren Vergütungsregelungen einem ausdrücklichen Genehmigungsvorbehalt gemäß § 35a Abs. 6a SGB IV i.V.m. § 79 Abs. 6 SGB V unterzogen und dabei auch materielle Kriterien für die Verträge und ins-

besondere die Vergütungen aufgestellt hat, die insoweit nunmehr der aufsichtsrechtlichen Kontrolle und Genehmigung unterliegen. Insbesondere wird bereits insoweit die "Angemessenheit" der Vorstandsvergütungen u.a. im Verhältnis zum Aufgabenbereich, zur Größe und zur Bedeutung der Körperschaft gefordert. Da aber auf diese Weise bereits erreicht wird, dass die Vorstandsvergütungen ein "angemessenes" Niveau nicht überschreiten können, ist auch insoweit für die vorliegend mit dem TSVG-RegE beabsichtigten Restriktionen keine sachliche Rechtfertigung erkennbar. Die in der Entwurfsbegründung angeführten, vermeintlichen praktischen Schwierigkeiten beim Auffinden "rechtssicherer Vergleichsmaßstäbe" auf der Bundesebene für die betroffenen Körperschaften und deren Spitzen sind jedenfalls – auch mit Blick auf die erst kürzlich als angemessen bewerteten und genehmigten Vergütungen – weder nachvollziehbar noch ausreichend, um derart weitreichende Eingriffe zu rechtfertigen. Vor dem Hintergrund des Genehmigungserfordernisses sind die mit dem TSVG intendierten Beschränkungen nicht erforderlich und somit bereits deshalb auch im verfassungsrechtlichen Sinne unverhältnismäßig.

Soweit in der Entwurfsbegründung zudem auf das Prinzip der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit abgestellt wird, wird dieses überspannt. Denn zu beachten ist, dass die Beitragsmittel der KZVen resp. der KZBV keine "Versichertengelder" darstellen, sondern Beiträge der Mitglieder der KZVen resp. der KZBV sind. Über die Vertreterversammlungen haben die Mitglieder dabei einerseits unmittelbaren Einfluss auf die Höhe der jeweiligen Beiträge (anders als im Falle der weitgehend gesetzlich vorgegebenen GKV-Beiträge der Versicherten), und zudem sind die Vertreterversammlungen als Vertretungsorgane der beitragsentrichtenden Mitglieder jeweils Vertragspartner der Vorstandsdienstverträge. Dieser unmittelbare Einfluss sowohl auf die Mittelerhebung als auch auf die konkrete Verwendung der Mittel als Vorstandsvergütungen steht einer überbordenden Betonung des Wirtschaftlichkeitsgebotes als Rechtfertigung für die intendierten Begrenzungen jedenfalls insoweit entgegen, als der Gesetzgeber – wie mit dem vorliegenden Entwurf – für sich in Anspruch nimmt, gestützt auf dieses Wirtschaftlichkeitsgebot nur noch eine einzige Vergütungshöhe als "maximal angemessen" betrachten zu müssen und im übrigen – nach Ablauf der zehnjährigen Festschreibung der Vergütungen – nur noch alle sechs Jahre beim Amtsperiodenwechsel eine werterhaltende Anpassung an die Teuerungsrate zu gestatten (soweit nicht zugleich eine Absenkung auf Grundlage von § 79 Abs. 6 Satz 6 SGB V-RegE angeordnet wird).

Aus vergleichbaren Erwägungen abzulehnen sind auch die intendierten Restriktionen bezüglich künftiger Regelungen zur Altersversorgung dahingehend, dass diese nur noch als "beitragsorientierte Zusagen" zulässig sein sollen und nicht mehr als Direktzusagen.

Zu guter Letzt sind schließlich auch die mit § 323 SGB V-RegE einhergehenden Eingriffe in die bestehenden Verträge nicht zu rechtfertigen und insbesondere verfassungswidrig. Insbesondere soweit § 323 Abs. 1 Satz 1 SGB V-RegE den Ausschluss von Vergütungserhöhungen während einer laufenden Amtsperiode auch auf die bereits abgeschlossenen Vorstandsverträge erstreckt, wird in dort bereits zugesprochene und vonseiten der Aufsicht genehmigte, mithin als angemessen erachtete Rechtspositionen eingegriffen, soweit dort entsprechende Vergütungsanpassungen innerhalb der Amtsperiode, beispielsweise in Gestalt von Anpassungen an die Teuerungsrate, vorgesehen sind. Soweit derlei Anpassungen noch nicht vertraglich abschließend fixiert sind, sondern insoweit angelegt, als hierüber von dem Vorstandsmitglied ein Beschluss der Vertreterversammlung beantragt werden kann, liegt hierin nicht lediglich eine ebenso selbstverständliche wie rechtlich unverbindliche und insoweit keinerlei vertraglichen Regelung bedürfende Berechtigung, dem Vertragspartner den Wunsch auf eine Gehaltsanpassung vorzutragen, sondern – ansonsten wäre eine solche Regelung gehaltlos – eine darüber hinausgehende Rechtsposition, die letztlich eine über Art. 14 GG geschützte Anwartschaft bzw. zumindest anwartschaftsgleiche Rechtsposition darstellt. Denn jedenfalls dann, wenn die Vertreterversammlung, die derlei Klauseln ausdrücklich als Vertragsbestandteil aufgenommen hat, dem Ansinnen durch Beschluss entspricht, ist eine verfestigte Rechtsposition des Vorstandsmitgliedes gegeben, die dann nachträglich wieder entzogen würde. Selbst eine ggf. vertraglich vorbehaltene Vorlage der Anpassung beim BMG kann daran nichts ändern, weil die vertragliche Grundregelung bereits von diesem genehmigt und insoweit als angemessen bewertet worden ist und daher eine Prüfung des BMG sich allenfalls noch auf Formalien, wie etwa die zutreffende Errechnung/Berücksichtigung der Teuerungsrate, beziehen kann, nicht aber mehr auf die Angemessenheit der insoweit nur noch rechnerisch nachvollzogenen Anpassung als solcher. Mit der nachträglichen Entziehung einer solchen Anwartschaftsposition würde bereits für sich gesehen das Grundrecht aus Art. 14 GG verletzt. Dies gilt umso mehr, als mit der erfolgten Genehmigung der betreffenden Regelungen so-

wie der daraus erwachsenden Positionen deren Angemessenheit resp. Gesetzmäßigkeit verbindlich festgestellt wurden und folglich einem Bestandsschutz unterliegen.

Die intendierten Regelungen in § 79 Abs. 6 Sätze 4 ff. und § 323 SGB V-RegE sind daher in ihrer Gesamtheit abzulehnen.

Forderung: Auf die Regelungen in § 79 Abs. 6 Sätze 4 ff. und § 323 SGB V-RegE ist zu verzichten.

7. Zur Fehlverhaltensbekämpfung nach § 81a SGB V (Art. 1 Nr. 41 RegE)

Im Rahmen der prinzipiell nicht zu beanstandenden, vorgesehenen Erweiterung der Datenübermittlungsbefugnis nach § 81a Abs. 3b SGB V-RegE ist schwer nachzuvollziehen, weshalb die Gesetzesbegründung eine Einschränkung hinsichtlich personenbezogener Daten von Versicherten vorsieht, die anonymisiert werden sollen, obwohl der Normtext selbst (so wie auch schon § 81a Abs. 3a SGB V) eine solche Differenzierung hinsichtlich personenbezogener Daten nicht vorsieht. Daher sollte die entsprechende Formulierung in der Gesetzesbegründung gestrichen werden, da sie auf einen unverhältnismäßigen Anonymisierungsaufwand hinausläuft und zumal die Empfänger ohnehin zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet sind.

8. Zur Beseitigung der Degressionsregelungen in § 85 Abs. 4 bis 4f SGB V (Art. 1 Nr. 42 RegE)

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass durch die vorgesehene Streichung des § 85 Abs. 4b bis 4f SGB V insb. diejenigen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte entlastet werden, die sich in nicht optimal versorgten Gebieten durch einen entsprechenden Mehreinsatz für eine lückenlose vertragszahnärztliche Versorgung der Versicherten einsetzen und für den damit einhergehenden, in der Regel überobligatorischen Einsatz aufgrund der Degressionsregelung durch verminderte Honoraransprüche bisher regelrecht "bestraft" wurden. Insoweit wird begrüßt, dass der Gesetzgeber mit der Beseitigung der Degressionsregelung zu-

gleich die Rahmenbedingungen für eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen stärkt bzw. für den zahnärztlichen Nachwuchs attraktiver gestaltet.

9. Elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren (Art. 1 Nr. 43 Buchst. a / § 87 Abs. 1 SGB V-RegE)

Es wird aus den bereits in der Stellungnahme von KZBV und BZÄK zum Referentenentwurf des TSVG genannten Gründen begrüßt, dass § 87 Abs. 1 SGB V-RegE im Regierungsentwurf des TSVG nunmehr um Regelungen ergänzt wird, die eine sichere Rechtsgrundlage für die elektronische Ausgestaltung von Antrags- und Genehmigungsverfahren im zahnärztlichen Bereich schaffen. Diese im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung für verschiedene Leistungsarten gesetzlich oder bundesmantelvertraglich vorgesehenen, vorgelagerten Antrags- und Genehmigungsverfahren, beispielsweise für die Versorgung mit Zahnersatz, können damit künftig in zeitgemäßer, der zunehmenden Digitalisierung Rechnung tragender Weise auf elektronischem Wege durchgeführt werden.

10. Zu den Regelungen betreffend das bundesmantelvertraglich vereinbarte Gutachterverfahren (Art. 1 Nrn. 7, 43 Buchst. b, 92, 95 RegE / insb. § 87 Abs. 1c SGB V-RegE)

Es wird begrüßt, dass die bis dato nur mittelbar in § 13 Abs. 3a S. 4 SGB V angelegte Legitimation des bundesmantelvertraglich vereinbarten Gutachterverfahrens im zahnärztlichen Bereich durch die Schaffung einer Ermächtigungsgrundlage für die Bundesmantelvertragspartner in § 87 Abs. 1c SGB V-RegE sowie die Klarstellung in § 275 Abs. 1 SGB V-RegE nunmehr ausdrücklich bestätigt wird.

Gleichwohl werden noch vereinzelte Änderungen angeregt:

- a) Zwar ist aus den in der Stellungnahme von KZBV und BZÄK zum Referentenentwurf des TSVG genannten Gründen sehr zu begrüßen, dass gegenüber dem Referentenentwurf nunmehr in § 87 Abs. 1c Satz 3 SGB V-RegE eine ausdrückliche Befugnis der Bundesmantelvertragspartner verankert wurde, nach der diese vereinbaren können, dass die Krankenkassen einheitlich ausschließlich eine der

Verfahrensmöglichkeiten (Gutachterverfahren oder MDK-Verfahren) anwenden. Derartige vertragliche Regelungen können erforderlich werden, um eine eventuelle Vermengung und ein ungeregeltes Nebeneinander von Gutachterverfahren und MDK-Verfahren vermeiden zu können. Eine ausdrückliche Ermächtigung im Gesetz schafft die erforderliche Rechtssicherheit.

Im Hinblick auf die gewachsenen und bewährten Strukturen des vertraglichen Gutachterwesens ist es jedoch wichtig, dass eine entsprechende Ermächtigung auch den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene im Rahmen ihrer Zuständigkeit eingeräumt wird. Dies deshalb, weil die Gutachter (mit Ausnahme des Bereichs Implantologie) und die Zahnersatz-Obergutachter auf Landesebene im Einvernehmen zwischen den KZVen und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen bestellt werden und die Bestellung erforderlichenfalls auch nur von diesen widerrufen werden kann. Da die jeweiligen Gesamtvertragspartner autonom die Amtsperioden für ihre Gutachter festlegen, sind diese bundesweit nicht notwendig einheitlich ausgestaltet, sondern können regional unterschiedlich geregelt werden. Insofern muss auch die – ggf. amtsperiodisch begrenzte – Entscheidung darüber, welches Verfahren durchgeführt werden soll, grundsätzlich den Vertragspartnern vor Ort möglich sein, soweit nicht die Bundesmantelvertragspartner eine bundeseinheitliche Regelung vorgeben.

Vor eben diesem Hintergrund haben der GKV-Spitzenverband und die KZBV im Bundesmantelvertrag klargestellt, dass die Gesamtvertragspartner auf Landesebene zur Erhaltung planbarer Verhältnisse eine entsprechende Regelung treffen können.

Sollte dies im Gesetzesentwurf nicht unmittelbar aufgegriffen werden, so wäre es – nachrangig – aber zumindest wünschenswert, in der Gesetzesbegründung klarstellend darauf hinzuweisen, dass die Bundesmantelvertragspartner die ihnen eingeräumte Regelungsbefugnis auf die Vertragspartner in den Ländern übertragen können, soweit dies für die Beachtung länderspezifischer Besonderheiten erforderlich erscheint.

Vorschlag: Daher wird vorgeschlagen, **§ 87 Abs. 1c Satz 3 SGB V-RegE** wie folgt zu ergänzen (Ergänzung hervorgehoben):

[“]³Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie für ihren regionalen Zuständigkeitsbereich die jeweiligen Gesamtvertragspartner können vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich ...”

- b) Da sowohl die KZVen als auch die KZBV in die Durchführung der Gutachterverfahren (bspw. bei der Bestellung der Gutachter oder als „Einspruchs- bzw. Beschwerdeinstanz“ bzw. im Rahmen der Obergutachterverfahren oder der Verfahren vor den Protheseneinigungsausschüssen, s. etwa § 4 Anl. 4 BMV-Z, § 4 Anl. 5 BMV-Z, § 5 ff. Anl. 6 BMV-Z) involviert sind, sollte klarstellend auch für diese eine Befugnis zur Verarbeitung personenbezogener Daten von Zahnärzten und Versicherten vorgesehen werden. Diese sollte unmittelbar in § 87 Abs. 1c SGB V-RegE verortet werden, da der ansonsten hierfür ggf. in Betracht ziehbare § 285 SGB V seinem Wortlaut nach nur für die KZVen gilt und die KZBV hierbei nicht ausdrücklich nennt.

Konkreter Regelungsvorschlag:

Änderung von § 87 Abs. 1c SGB V-RegE:

Nach Satz 5 wird folgender Satz 6 eingefügt:

„⁶Soweit für die Durchführung der im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahren erforderlich, dürfen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung die personenbezogenen Daten der Zahnärzte und der Versicherten verarbeiten.“

11. Zum Schiedswesen (Art. 1 Nr. 48 RegE / §§ 89, 89a SGB V-RegE)

- a) Bezuglich des im Rahmen der Neuregelung des Schiedswesen u.a. vorgesehenen Wegfalls des Losentscheids im Falle der Nichteinigung auf einen unparteiischen Vorsitzenden, die weiteren unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter wird die in der Entwurfsbegründung zugrunde gelegte Erwägung nicht geteilt, dass die in § 89 Abs. 6 SGB V-RegE im Falle der Nichteinigung vorgesehene Bestimmung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertretern durch die Aufsicht eine höhere Akzeptanz erfahren als bei einem Losentscheid. Denn in Abhängigkeit der Entscheidungspraxis der Aufsicht

könnte perspektivisch für die voraussichtlich von der Entscheidung der Aufsicht profitierende Partei der Einigungsdruck erheblich reduziert werden, während das bisher vorgesehene Losverfahren gerade wegen des auf beiden Seiten vorhandenen Risikos eines nicht akzeptablen Ergebnisses des Losverfahrens der Einigungsdruck für die Parteien deutlich erhöht wird. Es wird daher dafür votiert, von der vorgesehenen Ersetzung des Losverfahrens durch eine Bestimmung vonseiten der Aufsichtsbehörde gemäß § 89 Abs. 6 SGB V-RegE Abstand zu nehmen.

- b) Auch, wenn – wie in der Entwurfsbegründung zu § 89a Abs. 12 SGB V-RegE zutreffend festgestellt wird – sektorenübergreifende Vereinbarungen im zahnärztlichen Bereich keine besondere Rolle spielen, bestehen gleichwohl Konstellationen, in denen die Wahrnehmung vertragszahnärztlicher Interessen auch in dem sektorenübergreifenden Gremium sichergestellt sein muss. Neben dem bereits oben behandelten Fall im Rahmen des § 65c SGB V betrifft dies insb. auch Schiedsverhandlungen betreffend den Abschluss von Finanzierungsvereinbarungen zur Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137e Abs. 4 Satz 5 SGB V-RegE. Für solche und vergleichbare Fälle, in denen zahnärztliche Interessen (mit-)betroffen sind, sollte daher das sektorenübergreifende Schiedsgremium abweichend von § 89a Abs. 5 SGB V-RegE zusätzlich mit zwei Vertretern der Zahnärzte besetzt werden. Aufgrund der nach § 89a Abs. 3 SGB V-RegE für einen Beschluss erforderlichen Zweidrittelmehrheit würde auch bei einer solch erweiterten Besetzung, da nunmehr sieben Stimmen erforderlich wären, sichergestellt, dass ein Mehrheitsentscheid nicht ohne die Stimmen der Unparteiischen zustande kommen könnte. Der allgemeine Ausschluss nach § 89a Abs. 12 SGB V-RegE ist insoweit dergestalt zu modifizieren, dass er nicht gilt, soweit das Gesetz ausdrücklich etwas anderes bestimmt. Darüber hinaus müssen die entsprechenden Verweise auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium in den §§ 65c und 137e SGB V-RegE in vorgenannter Weise angepasst werden.

Konkreter Regelungsvorschlag:

Einführung von § 89a SGB V:

Absatz 12 wird wie folgt gefasst:

„Die Regelungen der Absätze 1 bis 11 gelten nicht für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, soweit dieses Gesetz nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt.“

- c) Die durch den Regierungsentwurf neu eingefügten Regelungen zum Beginn des Schiedsverfahrens nach Vertragskündigung in den §§ 89 Abs. 4 S.4, 89a Abs. 4 S. 4 SGB V-RegE sind nicht sachgerecht. Seinem derzeitigen Wortlaut nach läuft der Regelungsvorschlag darauf hinaus, dass etwa bei einer bundesmantelvertraglich vorgesehenen Kündigungsfrist von einem Jahr zum Schluss eines Kalenderjahres (s. § 33 Abs. 2 S. 2 BMV-Z) das Schiedsverfahren bereits zu einem Zeitpunkt beginnen würde, zu dem der Vertrag noch bis zu zwei Jahren gültig wäre. Dies würde im Ergebnis die den Vertragspartnern zur Konsensfindung zur Verfügung stehende Zeit ohne Not um mindestens ein Jahr reduzieren und überdies im Extremfall, d.h. bei einer Kündigung am 31.12. des jeweils laufenden Jahres, dazu führen, dass das Schiedsverfahren unter Zugrundelegung des aktuellen Regelungsvorschlags bereits zum 01.01. des Folgejahres beginnen würde, ohne dass sich die der Kündigung ausgesetzte Vertragspartei hierauf angemessen vorbereiten könnte und dies obwohl der Vertrag als solches noch bis zum 31.12. des Folgejahres fortliefe.

Die Regelung ist daher zu streichen. Soweit der Gesetzgeber von dieser Regelung nicht gänzlich absehen möchte, sollte sie zumindest dergestalt modifiziert werden, dass das Schiedsverfahren mit dem auf den Ablauf des jeweiligen Vertrags folgenden Tag beginnt.

12. Zu den Medizinischen Versorgungszentren (Art. 1 Nr. 52 / § 95 Abs. 1a SGB V-RegE)

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2012 hat der Gesetzgeber die Berechtigung zur Gründung von MVZ erheblich eingeschränkt, um der zunehmenden Gründung von MVZ durch Investoren zu begegnen, welche keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung mehr aufweisen, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen.

Gleichwohl besteht für solche Investoren nach wie vor über den Erwerb einer der in § 95 Abs. 1a SGB V genannten gründungsberechtigten Einrichtungen, vornehmlich eines Krankenhauses oder einer nichtärztlichen Dialyseeinrichtung nach § 126 Abs. 3 SGB V, ein Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Auch internationale Großinvestoren (u.a. Private-Equity-Gesellschaften) haben diese Regelungslücke für sich entdeckt und drängen in vorbezeichnetener Weise,

üblicherweise über den Kauf maroder Krankenhäuser, auf den deutschen Dentalkmarkt.

Durch die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erfolgte Streichung des gesetzlichen Merkmals „fachübergreifend“ wurde die Gründung von arztgruppengleichen und mithin auch reinen Zahnarzt-MVZ ermöglicht, was diese Entwicklung zusätzlich verschärft hat, da nunmehr auch bestehende Praxisformen resp. Zahnarztpraxen in MVZ umgewandelt werden können und somit potentiell der gesamte ambulante Versorgungsmarkt dem Zugriff von Finanzinvestoren offensteht. Damit ist eine problematische Entwicklung eingetreten, die jedenfalls für den vertragszahnärztlichen Bereich bzw. für MVZ, in denen Zahnärzte tätig sind, durch das Erfordernis einer fachübergreifenden Ausgestaltung solcher MVZ hätte vermieden werden können bzw. vermieden werden könnte.

Mit über 90% der Neuzulassungen in den Jahren 2015 und 2016 werden MVZ ganz überwiegend in Kernstädten und Ober-/Mittelzentren gegründet bzw. ansiedelt (siehe Gutachten 2018 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 393). Zahnarzt-MVZ siedeln sich vor allem in Großstädten sowie Ballungsräumen und einkommensstarken ländlichen Regionen an. Ende März 2018 befanden sich rund 79 Prozent der MVZ in städtischen Gebieten und rund 21 Prozent der MVZ in ländlichen Gebieten. Zudem finden sich MVZ-Standorte überwiegend dort, wo das Medianeinkommen relativ hoch ist.

Dort treten sie aufgrund der für MVZ vorteilhaften Rechtslage – im vertragszahnärztlichen Bereich betrifft dies insbesondere die Möglichkeit zur unbegrenzten Beschäftigung von Angestellten – in einen ungleichen (Verdrängungs-)Wettbewerb mit den bereits ansässigen Leistungserbringern.

Dieser Wettbewerb wird durch die Teilnahme fachfremder Wettbewerber weiter verschärft. Denn auch bis dato nicht zahnärztlich tätige Gründungsberechtigte sind nach der gesetzgeberischen Konzeption zur Gründung insoweit (aus Gründersicht) fachfremder, rein zahnärztlicher MVZ berechtigt.

Genau diesen fehlenden medizinisch-fachlichen Bezug hat das BMG unter gleichzeitigem Hinweis auf die eingangs geschilderte Investorenproblematik im Referentenentwurf des TSVG zum Anlass genommen, eine fachbezogene Einschränkung der Gründungsberechtigung von nichtärztlichen Dialyseeinrichtungen nach § 126 Abs. 3 SGB V vorzusehen.

Es ist jedoch kein Unterschied erkennbar, ob die Gründung eines rein zahnärztlichen MVZ durch eine nichtärztliche Dialyseeinrichtung nach § 126 Abs. 3 SGB V oder durch ein bis dato nicht zahnärztlich tätiges Krankenhaus erfolgt. Denn insoweit sich die vertragszahnärztliche Versorgung an vielen Stellen wesentlich von der vertragsärztlichen Versorgung unterscheidet, würde auch für ein bis dato nur ärztlich tätiges Krankenhaus der fachlich-medizinische Bezug zur vertragszahnärztlichen Versorgung fehlen, so dass – jedenfalls im Falle rein zahnärztlicher MVZ – in beiden Varianten die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung „fachfremd“ erfolgen würde.

Es werden daher für den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich ausschließlich Regelungen als zielführend im Sinne einer wirksamen Eindämmung von Investoreneinflüssen angesehen, die eine „fachübergreifende“ Ausgestaltung von MVZ, in denen Zahnärzte tätig sind, gesetzlich vorgeben.

Mit den einschränkenden Regelungen zur Gründungsberechtigung der Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen enthält der Referentenentwurf insoweit zwar bereits sinnvolle Lösungsansätze, die aber bei weitem nicht ausreichend sind, weil sie im vertragszahnärztlichen Bereich insoweit vollständig ins Leere laufen, als es kein einziges Zahnarzt-MVZ gibt, das von einem Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen gegründet worden wäre. Stattdessen drängen internationale Großinvestoren bis dato ausschließlich über den Erwerb von (häufig maroden) Krankenhäusern auf den deutschen Dentalmarkt.

Um anknüpfend an diese Regelungen im Referentenentwurf den Einfluss von Groß- und Finanzinvestoren auf die vertragszahnärztliche Versorgung wirkungsvoll einzudämmen, sind vielmehr auch für die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge zwingend erforderlich.

Insoweit sind im vertragszahnärztlichen Bereich folgende Einschränkungen der Gründungsmöglichkeit von MVZ insb. durch Krankenhäuser geboten:

a) Räumlich-regionaler Bezug durch Einschränkung der Standortwahl

Hinsichtlich der künftig noch verbleibenden Gründungsmöglichkeit von MVZ durch Krankenhäuser sollte deren Standortwahl einen räumlichen Bezug zum betr. Krankenhaus haben. Insoweit sollte die Gründung von (zahnärztlichen)

MVZ durch Krankenhäuser nur möglich sein, wenn das MVZ in demselben zahnärztlichen Planungsbereich seinen Sitz hat wie das betr. Krankenhaus. Darüber hinaus sollte in räumlicher Hinsicht eine Gründungsberechtigung von Krankenhäusern hinsichtlich MVZ nur noch in unversorgten Gebieten gegeben sein, so wie im Referentenentwurf des TSVG für anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 4 SGB V vorgesehen. Abgesehen von rein wirtschaftlichen Interessen dürfte für Krankenhäuser im Regelfall kein nachvollziehbarer Grund für die Gründung eines MVZ in großer räumlicher Distanz zum eigenen Standort bestehen.

Durch die Einschränkung der Standortwahl dürfte der Aufkauf maroder Krankenhäuser zwecks Gründung von MVZ für allein Kapitalinteressen verfolgende Investoren voraussichtlich an Attraktivität verlieren, ohne dass Krankenhäusern im Übrigen die Möglichkeit der Gründung von MVZ zur ambulanten Ergänzung ihres stationären Leistungsangebotes und zur Stärkung der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum entzogen würde.

b) Medizinisch-fachlicher Bezug

Im Ergebnis besteht kein Unterschied darin, ob die Gründung eines rein zahnärztlichen MVZ durch ein bis dato nicht zahnärztlich tätiges Krankenhaus oder eine nichtärztliche Dialyseeinrichtung nach § 126 Abs. 3 SGB V erfolgt. Denn in beiden Fällen fehlt es an einem medizinisch-fachlichen Bezug des Gründers zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Dieser Bezug sollte daher verpflichtend für die Gründung rein zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser vorgesehen werden. Hierdurch stünde zahnärztlich tätigen Krankenhäusern die Möglichkeit einer Teilnahme an der ambulanten zahnärztlichen Versorgung offen, während der Zugang zum Dentalmarkt über die Gründung eines rein zahnärztlichen MVZ für nicht zahnärztlich tätige Gründungsberechtigte in sachgerechter Weise eingeschränkt würde.

Hierdurch würde nicht nur die Investorenproblematik entschärft, sondern auch die Querfinanzierung maroder Krankenhausstrukturen durch die Teilnahme an der ambulanten zahnärztlichen Versorgung wirksam unterbunden.

Konkreter Regelungsvorschlag zu a) und b):

Änderung von § 95 Abs. 1a SGB V:

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Krankenhäuser können ein medizinisches Versorgungszentrum, in welchem Zahnärzte tätig sind, nur gründen, wenn

- 1. in dem zahnärztlichen Planungsbereich, in dem das MVZ seinen Sitz haben soll, auch das Krankenhaus ansässig oder eine Unterversorgung festgestellt ist und*
- 2. das Krankenhaus einen zahnmedizinischen Versorgungsauftrag gemäß dem Krankenhausplan hat.“*

Begründung:

Die Versorgungsstruktur im ärztlichen Bereich besteht aus einer Verzahnung von stationärer Krankenhaus- und ambulanter vertragsärztlicher Versorgung. Dabei können durch von Krankenhäusern gegründeten MVZ wertvolle sektorenübergreifende Synergien, bspw. im Rahmen der ambulanten Nachsorge, geschaffen werden, die den Versicherten zugutekommen.

Demgegenüber ist die Versorgungsstruktur im zahnärztlichen Bereich vorwiegend durch eine ambulante vertragszahnärztliche Versorgung geprägt, während zahnärztliche Kliniken bzw. Krankenhäuser mit zahnärztlichen Abteilungen versorgungstechnisch lediglich eine untergeordnete Rolle besetzen. Die Gründung rein zahnärztlicher MVZ durch bis dato nicht zahnärztlich tätige Krankenhäuser, denen insoweit der medizinisch-fachliche Bezug zur zahnärztlichen Versorgung fehlt, erfolgt daher regelmäßig nicht zur Verbesserung einer sektorenübergreifenden Versorgung, sondern vornehmlich zum Zwecke der wirtschaftlichen Partizipation an der vertragszahnärztlichen Versorgung, mithin also regelmäßig nicht zum Wohle der Versicherten, sondern primär aus Kapitalinteressen, weshalb diese Möglichkeit zunehmend insb. von internationalen Großinvestoren als Anlageform genutzt wird. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, für die Gründung zahnärztlicher MVZ durch bis dato nicht zahnärztlich tätige Krankenhäuser eine Einschränkung der Standortwahl und einen fachlich-(zahn)medizinischen Bezug vorzusehen.

Insoweit wird ausdrücklich auch die vonseiten des **Bundesrates** nach § 95 Abs. 1a Satz 1 vorgesehene Ergänzung befürwortet, die einen solchen räumlich-regionalen sowie fachlichen Bezug vorsieht (BR-Drucks. 504/18, Nr. 16, Buchstabe a, S. 18)

c) Stärkung der Transparenz hinsichtlich MVZ und deren Inhabern

Bezogen auf die Inhaberentwicklung und Kettenbildung ist der zahnärztliche MVZ-Markt äußerst unübersichtlich. Nur mit sehr hohem Aufwand (u. a. durch Nachforschungen in Handelsregistern etc.) können die vorherrschenden (Beteiligungs-)Strukturen – zumindest in Ansätzen – nachvollzogen werden. Ein aktueller, leicht zugänglicher Überblick, der die Marktentwicklungen im Bereich der zahnärztlichen MVZ adäquat abbildet, ist leider nicht verfügbar, wäre unter dem Gesichtspunkt der Versorgungssteuerung und des Sicherstellungsauftrages aber dringend erforderlich. Die der KZBV und den KZVen zur Verfügung stehenden, bisherigen regelhaften Erhebungen (u. a. die MVZ-Erhebung der KZBV) geben keinen gesicherten Aufschluss über die Inhaberstrukturen und Kettenbildungen im Bereich zahnärztlicher MVZ. Hier ist die bisherige Informationslage durch die gesetzliche Einführung eines „MVZ-Registers“ dringend zu verbessern.

13. Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 105 SGB V-RegE (Art. 1 Nr. 56 RegE)

Die in § 105 SGB V-RegE vorgesehenen Änderungen sind sämtlich an spezifischen Merkmalen der vertragsärztlichen Versorgung ausgerichtet. So wird bspw. in Abs. 1a nach wie vor nur die morbiditätsbedingte ärztliche Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 S. 1 SGB V in Bezug genommen, und im neuen Abs. 1b werden an dessen Ende lediglich die Vergütungsregelungen nach den §§ 87 bis 87c genannt ohne insoweit die im vertragszahnärztlichen Bereich geltende Regelung des § 85 SGB V aufzugreifen. Der bisherige Abs. 3 gilt wegen der dortigen Bezugnahme auf Zulassungsbeschränkungen ebenfalls lediglich für den vertragsärztlichen Bereich. Und in der Gesetzesbegründung zum vorliegenden Referentenentwurf wird im Zusammenhang mit der Änderung in § 105 Abs. 4 SGB V die "Kassenärztliche Bundesvereinigung" ausdrücklich im Singular genannt. Ebenso werden in der gesamten Begründung zu den Neuerungen in § 105 SGB V-RegE durchgängig ausschließlich die Ärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug genommen.

Daher wird vorliegend davon ausgegangen, dass jedenfalls die hier vorgesehnen Neuerungen in § 105 SGB V(-RegE) und sowie die spezifischen Instrumente in dessen Abs. 1a, 1b und 4, auf die diese Neuerungen bezogen sind, nur für die

vertragsärztliche, nicht aber für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten. Hinsichtlich der vorgesehenen Neuerungen, die vor allem nunmehrige Verpflichtungen der KVen zum Ergreifen der betreffenden Maßnahmen unter den jeweils genannten Voraussetzungen zum Gegenstand haben, ist die Nichtgeltung für den vertragszahnärztlichen Bereich insoweit auch sachgerecht, da aufgrund der dortigen, gänzlich anders gelagerten Versorgungsstruktur für derartige Verpflichtungen keine Notwendigkeit besteht.

Gleichwohl jedoch kann sich die optionale Anwendbarkeit der in § 105 SGB V zur Vermeidung von Unterversorgungen und lokalen Unterversorgungen vorgesehenen spezifischen Förderungs- und Steuerungsinstrumente nach Abs. 1a, 1b und 4 auch im vertragszahnärztlichen Bereich perspektivisch als sinnvoll erweisen. Um dies zu gewährleisten, ohne aber gleichzeitig die nunmehr vorgesehene pflichtweise Anwendung dieser Instrumente auch auf den vertragszahnärztlichen Bereich zu übertragen, wird daher dafür votiert, in einem eigenständigen Absatz 6 eine entsprechende Regelung zur Geltung des § 105 SGB V für den vertragszahnärztlichen Bereich wie folgt zu schaffen:

Konkreter Regelungsvorschlag:

Änderung von § 105 SGB V:

Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können im Falle einer Unterversorgung, einer drohenden Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (§ 100 Abs. 1 und 3) oder vorsorglich zu deren Vermeidung von den in den Absätzen 1a, 1b und 4 genannten Instrumenten in entsprechender Weise Gebrauch machen.“

14. Zur Schiedsregelung bei der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Art. 1 Nr. 78 RegE / § 137e SGB V-RegE)

Die Finanzierung von im Rahmen der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ambulant zu erbringenden Leistungen kann naturgemäß auch zahnmedizinische Leistungen betreffen (so aktuell bei der Überprüfung der Unterkieferprotrusionsschiene bei leichter bis mittelgradiger obstruktiver

Schlafapnoe bei Erwachsenen). Insoweit ist es nicht sachgerecht, das Schiedsgremium nach § 89a SGB V für zuständig zu erklären, ohne hierbei die Berücksichtigung zahnärztlicher Interessen hinreichend sicherzustellen. Daher ist abweichend von § 89a Abs. 5 SGB V-RegE – ebenso wie bei der Vereinbarung von Meldevergütungen nach § 65c SGB V – eine Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums mit zwei zusätzlichen Vertretern der Zahnärzte vorzusehen. Diesbezüglich wird auf die Begründung zum Änderungsvorschlag zu § 89a Abs. 12 SGB V-RegE (s.o.) verwiesen.

15. Änderung in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V (Art. 1 Nr. 95 Buchstabe b):

Nach hiesigem Verständnis handelt es sich bei der bisherigen Regelung in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V um eine spezielle datenschutzrechtliche Befugnis der Krankenkassen, die sich bewusst spezifisch nur auf die ärztlichen Vergütungsverträge nach § 87a SGB V bezieht, weil die Vereinbarung und Abrechnung der in § 87a SGB V vorgesehenen Regelleistungsvolumina die Aufbereitung der in den ärztlichen Abrechnungsunterlagen angegebenen Diagnosen erfordert, um den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf der Versicherten zu erheben und in der Vereinbarung zu berücksichtigen (siehe die seinerzeitige Gesetzesbegründung des GMG, BT-Drucks. 15/1525, S. 142). Für die zahnärztlichen Gesamtvergütungen sind aber keine vergleichbaren Kriterien, insbesondere keine Regelleistungsvolumina vorgesehen. Auch sieht § 295 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die zahnärztlichen Abrechnungsunterlagen nicht die Angabe der Diagnosen vor, sondern dies nur für die ärztlichen Behandlungen.

Gleichwohl ist vorgesehen, die Befugnis aus § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V-RegE nunmehr ausweislich der Entwurfsbegründung auf "alle" Vergütungsverträge zu erstrecken, was eine Erstreckung auch auf die vertragszahnärztlichen Vergütungsverträge implizieren könnte.

Da es den zahnärztlichen Gesamtvergütungen insoweit an derartigen, dem § 87a SGB V vergleichbaren und die derzeitige Regelung in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V insoweit erforderlich machenden Spezifika mangelt, ist nicht erkennbar, warum es einer Erstreckung dieser spezifisch auf § 87a SGB V zugeschnittenen personenbezogenen Datenerhebungsbefugnis der Kassen in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V über die bisherigen Befugnisse hinaus bedarf.

Daher sollte im Normtext oder zumindest in der Normbegründung ausdrücklich klargestellt werden, dass die Befugnis aus § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V bzw. die entsprechende Befugnisausweitung sich nicht auch auf zahnärztliche Vergütungsverträge erstreckt.

Sollte demgegenüber an der Erweiterung des § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V im Sinne einer generalklauselartigen Befugnis für sämtliche Vergütungsvereinbarungen festgehalten werden, sollte sie dann folgerichtig nicht nur für die Kassen vorgesehen, sondern sollte aus Gleichheitsgründen auch eine entsprechende Regelung spiegelbildlich für die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen geschaffen werden. Ebenso sollte für regional übergreifende Auswertungen eine entsprechende Befugnis für die KZBV vorgesehen werden

16. Zur Zusammenlegung von elektronischer Patientenakte und Patientenfach (Art. 1 Nr. 96, 97 RegE / §§ 291a, 291b SGB V-RegE)

Die Zusammenführung von elektronischer Patientenakte (ePA) und elektronischem Patientenfach (ePF) sowie die Pflicht der Krankenkassen, ihren Versicherten spätestens ab dem 01.01.2021 eine von der gematik zugelassene ePA zur Verfügung zu stellen, lässt Fragen offen, die einer gesetzlichen Regelung entsprechend der Inhalte des „Letter of Intent ePA“ von GKV-SV, KZBV und KBV bedürfen:

- a) Es muss ausgeschlossen sein, dass die Krankenkassen über das Einfalltor ePA in sachwidriger Weise Einfluss auf das Verhalten von Versicherten (bspw. im Hinblick auf die freie Arztwahl o.ä.) oder aber Zugriff auf in der ePA eingestellte Gesundheitsdaten (bspw. über eine Einwilligung in allgemeine Nutzungsbedingungen) nehmen, deren Verarbeitung für ihre Aufgabenerfüllung nicht zwingend erforderlich ist.
- b) Anknüpfend an den Letter of Intent ePA“ von GKV-SV, KZBV und KBV (LOI; siehe <https://www.kzbv.de/epa>) bitten wir um die Schaffung einer entsprechenden Rechtsgrundlage, um die im LOI beschriebenen Vorgehensweisen, die u.a. die einheitliche Spezifizierung der Architektur der ePA für Sicherheit Interoperabilität und Praktikabilität durch die gematik und die technischen und semanti-

schen Vorgaben für medizinische Daten der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung durch KBV und KZBV beinhalten (Richtlinienkompetenz), einschließlich der notwendigen datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen zu unterstützen.

- d) Einer Zulassung durch die gematik sollte ferner die umfassende Erprobung der jeweiligen elektronischen Patientenakte in einer geeigneten Anzahl von Arztpraxen vorausgehen, um die dortigen Abläufe und letztlich auch die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten nicht unnötig zu stören bzw. zu erschweren und um etwaigen Risiken in puncto Datenschutz und Datensicherheit rechtzeitig begegnen zu können. Dabei muss die gesetzliche Regelung nach dem Vorbild der bisherigen Fachanwendungen auch den Abschluss einer Finanzierungsvereinbarung vorsehen, die neben der Finanzierung der Erprobung auch eine Vergütung für die spätere Einstellung von Dokumenten in der elektronischen Patientenakte durch Leistungserbringer abdeckt.

17. Zur Übermittlung von Diagnoseschlüssen in § 295 Abs. 4 SGB V (Art. 1 Nr. 99 RegE)

Die Regelung des § 295 Abs. 4 SGB V beinhaltet dem Wortlaut nach in Satz 2 die Befugnis für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, das Nähere hinsichtlich der elektronischen Abrechnung nach Satz 1 zu regeln.

Da insoweit auch die KZBV ihre diesbezüglichen Vorgaben auf die Regelung des Satz 2 stützt, sollte hier klarstellend auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (Plural) verwiesen werden.

Gleichzeitig sollte vor dem Hintergrund, dass die ICD-10 Codierung im vertragszahnärztlichen Bereich keine Anwendung findet, hinsichtlich der in den dem Absatz 4 angefügten Sätzen klargestellt werden, dass diese auch nur für den ärztlichen Bereich gelten.

18. Bundesrat-Vorschlag: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte bzgl. 3/4-Versorgungsauftrag

Die vom Bundesrat in seiner Stellungnahme (BR-Drucks. 504/18) unter Nr. 19 vorgeschlagene Änderung auch der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte dahingehend, dass künftig der Versorgungsauftrag gemäß § 19a der Zulassungsverordnung auf drei Viertel beschränkt werden kann, steht ausweislich

der Entwurfsbegründung mit der ausschließlich für den ärztlichen Bereich intendierten Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl auf 25 im Zusammenhang.

Vor diesem Hintergrund wird aktuell keine Notwendigkeit für eine Übertragung der Möglichkeit eines 3/4-Versorgungsauftrages auf den vertragszahnärztlichen Bereich gesehen. Auch liegen der KZBV aktuell keine Erkenntnisse dazu vor, dass in der Niederlassungslandschaft hierfür ein Bedürfnis gesehen werde.

19. Zur Änderung des Arzneimittelgesetzes (Art. 11 RegE)

Wie schon hinsichtlich des Referentenentwurfs, wird die Ergänzung der Berufsbezeichnung Zahnarzt in § 13 Absatz 2b Satz 1 des Arzneimittelgesetzes ausdrücklich begrüßt. Die Regelung ermöglicht eine rechtskonforme Anwendung und Weiterentwicklung von Verfahren zur Geweberegeneration in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und dient damit letztlich dem Patientenwohl.

20. Zur Änderung des Transfusionsgesetzes (Art. 13 RegE)

Die Aufnahme der in der Stellungnahme zum Referentenentwurf angeregten Fristverlängerung auf 36 Monate zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde nach § 12a Absatz 3 und § 18 Absatz 3 TFG und für die Übergangsregelung im § 35 in den Regierungsentwurf wird begrüßt.

Berlin/Köln, 03.01.2019