

**Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
(KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zu den
Änderungsanträgen (Ausschussdrucksache 19(14)51.5 vom
29.01.2019) sowie zum Regierungsentwurf eines Gesetzes für
schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und
Versorgungsgesetz – TSVG)**

Die KZBV als Interessenvertretung der Vertragszahnärzte und die BZÄK als berufsständische Vertretung aller behandelnd tätigen Zahnärzte in Deutschland beschränken ihre Stellungnahme zu den Änderungsanträgen zum Regierungsentwurf des TSVG auf diejenigen Aspekte, die für die vertragszahnärztliche Versorgung eine gesteigerte Relevanz aufweisen und nehmen hierzu wie folgt Stellung:

**Zur Verkürzung der Frist für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen
sowie dem Abbau von Regressrisiken bei arztbezogenen Prüfungen
(Änderungsantrag 11 zu Artikel 1 Nr. 56 ff. TSVG-RegE)**

Die mit der Verkürzung der Frist für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen auf zwei Jahre verfolgte Zielsetzung, mehr Planungssicherheit für Leistungserbringer zu ermöglichen, wird grundsätzlich begrüßt.

Durch die Fristverkürzung dürfte jedoch ein bereits bestehendes Problem weiter verschärft werden. Nach § 106d Abs. 4 S. 4 SGB V kann die Krankenkasse denjenigen Betrag auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen, der ihrem Antrag auf Honorarberichtigung nach § 106d Abs. 4 S. 1 SGB V zugrunde liegt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung diesen Antrag nicht binnen sechs Monaten bearbeitet.

In der Prüfungspraxis führt diese Regelung oftmals dazu, dass eine Vielzahl von über einen längeren Zeitraum angefallenen Fälle im Rahmen eines Sammelantrags an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zwecks Honorarberichtigung weitergeleitet werden. Solche „Antragsspitzen“ können seitens der Kassenzahnärztlichen Vereinigung regelmäßig nicht fristgerecht bearbeitet werden - das Vorhalten entsprechender Personalreserven allein zu diesem Zweck dürfte insoweit unwirtschaftlich sein. Dieses Problem wird durch eine Verkürzung der Frist zur Durchführung von Prüfverfahren insoweit verschärft, als den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegebenenfalls künftig noch nicht einmal die gesetzlich vorgesehenen sechs Monate für die Abrechnungskorrektur verbleiben würden, zumal die Krankenkassen für die Antragsstellung keiner Frist unterliegen.

Dies führt bereits aktuell dazu, dass Krankenkassen mangels abschließender Prüfmöglichkeit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über Sammelanträge Honorarrückflüsse generieren, auf die jedenfalls in vollem Umfang kein Anspruch besteht. Auf Seiten der Leistungserbringer entsteht zudem die Situation, dass bei Ablauf der Frist zur Durchführung eines Prüfverfahrens die entsprechenden Beträge von der Gesamtheit der Leistungserbringer getragen werden müssen und nicht von demjenigen, der die beantragte Honorarberichtigung bedingt hat.

Vor diesem Hintergrund wird angeregt, die Regelung derart auszugestalten, dass sowohl den Krankenkassen, als auch den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ein hinreichender Zeitraum sowohl für die Beantragung der Abrechnungsprüfung, als auch für deren Durchführung verbleibt. Als angemessen wird insoweit, so wie bereits im Bundesmantelvertrag für die Antragsfrist grundsätzlich vorgesehen, eine Antragsfrist von 6 Monaten ab Rechnungseingang bei der Krankenkasse und eine Prüfungsfrist von 18 Monaten auf Seiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung angesehen.

Im zahnärztlichen Bereich tritt erschwerend die zweijährige Gewährleistungsfrist nach § 136a Abs. 4 Satz 3 SGB V für Füllungen und Zahnersatz hinzu.

Soweit es den Regierungsentwurf des TSVG als solches betrifft, erlauben sich KZBV und BZÄK unter Bezugnahme auf die gemeinsam mit dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) abgegebene Stellungnahme vom 3. Januar 2019 erneut die nachfolgenden Punkte zu adressieren. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird insoweit auf die Begründung der vorgenannten Stellungnahme verwiesen.

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

Soweit es die Mehrkostenregelung im kieferorthopädischen Bereich betrifft, wird nochmals um die bereits in der Stellungnahme vom 03.01.2019 geforderte Präzisierung des § 29 Abs. 5 Satz 1 SGB V-RegE gebeten. Der Ansatz, wonach der Bewertungsausschuss die Mehrleistungen abschließend beschreiben soll, birgt die Gefahr, dass dem Grunde (und bereits der aktuellen Versorgungsrealität) nach mehrkostenfähige Leistungen vom Versicherten in vollem Umfang selbst gezahlt werden müssten, nur, weil eine Mehrleistung im Zeitpunkt ihrer Erbringung (noch) nicht abschließend abgebildet war bzw. nicht abgebildet werden kann. Daher sollte, wie in der Stellungnahme zum TSVG-Regierungsentwurf näher dargelegt, der Auftrag an den Bewertungsausschuss dahingehend konkretisiert werden, dass dieser einen nicht abschließenden Katalog von vereinbarungs- und abrechnungsfähigen Mehrleistungen zu beschließen hat und in diesem Katalog – wie insoweit zutreffend formuliert – die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen ggf. näher konkretisiert.

Ganz wesentlich für die Erreichung des mit der Neuregelung intendierten Zwecks ist darüber hinaus, dass die gesetzliche Grundlage für eine schriftliche Mehrkostenvereinbarung geschaffen wird, wie sie im Referentenentwurf zutreffend formuliert war. Auch insoweit verweisen wir auf unsere zum Regierungsentwurf abgegebene Stellungnahme. Der Versicherte soll vor Inanspruchnahme einer Leistung eine transparente Kostenaufstellung und Kostengegenüberstellung für die von ihm konkret gewählte Versorgung erhalten. Demgegenüber ist von dem zwingenden Textformerfordernis bezogen auf die Aufklärung über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen abzugehen. Hiermit würde von dem in § 630e Abs. 2 BGB geregelten Grundsatz abgewichen und eine unverhältnismäßige Bürokratielast geschaffen.

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

Soweit es das bundesmantelvertraglich vereinbarte Gutachterverfahren betrifft, wird erneut auf die Notwendigkeit hingewiesen, auch für die Gesamtvertragspartner eine Vereinbarungskompetenz hinsichtlich der einheitlich ausschließlichen Anwendbarkeit lediglich eines Gutachterverfahrens in ihrem Zuständigkeitsbereich vorzusehen.

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

Hinsichtlich der Medizinischen Versorgungszentren besteht weiterhin die Notwendigkeit, zeitnah den Zugang versorgungsfremder Investoren zur vertragszahnärztlichen Versorgung zu beschränken. Insoweit wird die Forderung nach räumlichen und fachlichen Bezügen für von Krankenhäusern gegründeten MVZ aufrechterhalten.

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

Die besonderen Sicherstellungsinstrumente nach § 105 Abs. 1a, 1b und 4 SGB V-RegE sollen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen als Option eröffnet werden.

Berlin/Köln, 07.02.2019