

**Stellungnahme der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstruktu-
ren in der gesetzlichen Krankenversicherung
(BT-Drucks. 17/6906 vom 05.09.2011)**

Inhaltsübersicht

Allgemeine Bewertung	4
Einzelbewertung	10
1. Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems (Artikel 1 Nr. 20)	
§ 85 Abs. 2 SGB V-E.....	10
§ 85 Abs. 2a SGB V-E.....	12
§ 85 Abs. 3 SGB V-E.....	14
2. Weitere Neuregelungen mit wesentlichen Auswirkungen auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung	
Zuweisungsproblematik (Artikel 1 Nr. 12)	
§ 73 Abs. 7 SGB V-E.....	18
Zusammenschluss von KZVen (Artikel 1 Nr. 15)	
§ 77 Abs. 2 SGB V-E.....	20
Flexibilisierung der Amtszeit des Vorstandes (Artikel 1 Nr. 16)	
§ 79 Abs. 4 SGB V-E.....	22
Landesausschüsse (Artikel 1 Nr. 27)	
§ 90 SGB V-E.....	22
Gemeinsames Landesgremium (Artikel 1 Nr. 28)	
§ 90a SGB V-E.....	24
Änderung der G-BA-Strukturen (Artikel 1 Nr. 29)	
§ 91 Abs. 2 SGB V-E.....	25
§ 91 Abs. 2a SGB V-E.....	29
Bedarfsplanung (Artikel 1 Nr. 34)	
§ 99 SGB V-E.....	33

Bildung eines Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen bei Unter- versorgung (Artikel 1 Nr. 37) § 105 Abs. 1a SGB V-E.....	34
Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Artikel 1 Nr. 56) § 137e SGB V-E.....	34
Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse (Artikel 1 Nr. 66) § 217f Abs. 6 SGB V-E.....	37
Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z) (Artikel 9).....	38

Allgemeine Bewertung:

Konkret hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Versorgung beinhaltet der vorliegende Gesetzentwurf zunächst die lange überfällige Strukturreform des Vergütungssystems. Nach der bereits vor Jahren erfolgten Beendigung der rigiden Budgetierung der Vergütungen unter alleiniger Orientierung am Grundsatz der Beitragssatzstabilität und damit an der Einnahmensituation der Krankenkassen im stationären sowie im ambulanten ärztlichen Bereich wird diese Entwicklung nunmehr auch hinsichtlich der ambulanten zahnärztlichen Versorgung nachvollzogen.

Damit kann die vertragszahnärztliche Versorgung u.a. auch am tatsächlichen Behandlungsbedarf ausgerichtet werden und das Morbiditätsrisiko geht wieder auf die Kassen über.

Kassenzahnärztliche Vereinigungen und Krankenkassen können zukünftig mit größerer regionaler Autonomie die Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Versorgung festlegen. Die Selbstverwaltung wird so gestärkt. Bei der jährlichen Fortschreibung der Mittel wird die strikte Orientierung an der Grundlohnsumme aufgegeben. Man hat erkannt, dass sie nicht das richtige Steuerungsmittel ist. Zukünftig können auch Zahl und Struktur der Versicherten sowie die Morbiditätsentwicklung berücksichtigt werden. In einem wettbewerblich orientierten System ist dies unerlässlich. Insgesamt kann viel näher am tatsächlichen Versorgungsbedarf geplant werden. Bei der geplanten Aufhebung der Vergütungsunterschiede zwischen den unterschiedlichen Krankenkassenarten wird zumindest in der Begründung klargestellt, dass bei dem diesbezüglichen Anpassungsprozess keine Mittel aus der vertragszahnärztlichen Versorgung abfließen sollen.

Im Grundsatz zutreffend ist auch der Ansatz, eine Reform der schwerfälligen und zum Teil nicht sachgerechten Entscheidungsstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses einzuleiten.

Dabei ist allerdings die allgemein anerkannte Sondersituation im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung noch stärker durch Ausbildung eines eigenen Beschlussgremiums hierfür zu berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang ist zudem zukünftig eine gleichgewichtige Beteiligung aller Arbeitsgemeinschaften der Kammern der betreffenden Berufe sicherzustellen.

Hinsichtlich der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung ist zurzeit in § 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V bestimmt, dass bei Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V, die sich somit auf den Bereich der Qualitätssicherung beziehen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe zu beteiligen sind.

Diese Bestimmung ist durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 18.12.2008 eingefügt worden. Auch in der diesbezüglichen Begründung wird lediglich ausgeführt, dass dadurch u.a. die Einbeziehung der Interessen „der Bundesärztekammer“ bei der Ausgestaltung der Qualitätssicherung gewährleistet und damit deren Umsetzung erleichtert werden soll.

Diese Norm wird vom G-BA zurzeit in dem Sinn als abschließend interpretiert, dass in diesem Rahmen eine Beteiligung auch der Bundeszahnärztekammer nicht erfolgen muss und auch nicht erfolgen kann. Insofern wird auf § 19 Abs. 5 Satz 1 der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses verwiesen, wonach an den Sitzungen der Unterausschüsse jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerates mit beratender Stimme teilnehmen kann, soweit diese auf die Vorbereitung von Beschlüssen zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V oder zu Regelungen nach § 137 Abs. 3 SGB V gerichtet sind.

Diese Interpretation ist allerdings nach der gemeinsamen Bewertung von KZBV und BZÄK inhaltlich unzutreffend und widerspricht auch den ersichtlichen Zielsetzungen des Gesetzgebers in § 137 Abs. 1 SGB V.

Dies folgt bereits aus dem allgemeinen Grundsatz des § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wonach Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V, die sich auf Ärzte beziehen, u.a. für Zahnärzte entsprechend gelten, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Diese Norm ist auch auf § 137 SGB V, sowie den dort in Bezug genommenen § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V anzuwenden, weil beide im Vierten Kapitel des SGB V angesiedelt sind.

Es kommt hinzu, dass gem. § 91 Abs. 5 Satz 1 SGB V bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.

Ferner bestimmt § 137 Abs. 1 Satz 1 SGB V, dass die entsprechenden Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung „grundsätzlich einheitlich für alle Patienten“ zu bestimmen sind. Zudem hat der G-BA zum 01.12.2010 bereits eine Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erlassen, die sich gem. § 1 Abs. 4 Nr. 2 dieser Richtlinie u.a. ausdrücklich auch auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bezieht. Dann ist es aber sinnwidrig und widerspricht auch gerade den ausdrücklichen Zielsetzungen des Gesetzgebers, eine Umsetzung entsprechender Regelungen zu erleichtern, wenn mit der BZÄK die berufsständische Organisation im Bereich der Zahnmedizin an derartigen Verfahren auch dann nicht beteiligt wird, wenn sich diese gerade auch auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung beziehen. Soweit sich der Regelungsgegenstand, wie vorliegend, sowohl auf den Bereich der vertragsärztlichen als auch der vertragszahnärztlichen Versorgung bezieht, sind auch keinerlei Gesichtspunkte ersichtlich, aus denen heraus zwar ein Beteiligungsrecht der Bundesärztekammer, nicht aber ein solches der Bundeszahnärztekammer, vorgesehen werden könnte.

Auch zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der Rechtmäßigkeit des Verfahrens des G-BA in derartigen Fragestellungen und der darauf ggf. aufbauenden Richtlinien fordern KZBV und BZÄK daher eine klarstellende Aufnahme auch der Bundesärztekammer in die Auflistung der zu beteiligenden Berufsorganisationen in § 137 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

Im Übrigen sind allerdings die weiteren Reformbereiche in der vertragszahnärztlichen Versorgung weitgehend unberücksichtigt geblieben. Bedauerlicherweise lässt der Gesetzentwurf mit der Problematik der angemessenen Behandlung alter und behinderter Personen eine wesentliche, gesellschaftspolitische Fragestellung unberücksichtigt, die infolge der sich abzeichnenden demografischen Entwicklung in Zukunft noch weiter an Schärfe gewinnen wird.

Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung von behinderten und pflegebedürftigen Menschen besteht eine Versorgungslücke, die dazu führt, dass die Zahngesundheit dieser Versicherten gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen deutlich schlechter ist. Bei diesen kann eine Einschränkung der Mundhygienefähigkeit vorliegen, die die Mundgesundheit gefährdet und gerade bei alten Menschen dazu führt, dass die erreichten Erfolge in der zahnmedizinischen Prävention und Zahnerhaltung rasch verloren gehen. In der Folge entstehen ggfs. Schmerzen, die Kaufunktion und die damit einhergehende Lebensqualität gehen unwiederbringlich verloren. Behinderte und pflegebedürftige Menschen gehören zu den Hochrisikogruppen für Karies- und Parodontalerkrankungen. Diesen Risiken kann mit dem derzeitigen Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht wirksam begegnet werden. Beide Versicherungengruppen zeichnen sich dadurch aus, dass u. U. Einschränkungen in der Mundhygienefähigkeit bestehen. Es fehlt dann an den motorischen und/oder kognitiven Fähigkeiten, Instruktionen zur Mundhygiene zu verstehen bzw. umzusetzen. In der Therapie stellen sich Behandlungsabläufe gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen als wesentlich aufwendiger dar. Es besteht ein erheblicher personeller, instrumenteller und zeitlicher Mehraufwand. Dies gilt typischerweise bei pflegebedürftigen Versicherten und insbesondere dann, wenn die Behandlung im Rahmen der aufsuchenden Versorgung in Alten- und Pflegeheimen erfolgen muss.

Durch die versicherungstechnischen Grenzen, insbesondere bei der Individualprophylaxe und deren Orientierung an den besonderen Bedürfnissen von Kinder- und Jugendlichen, besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung z. Zt. kein ausreichendes Präventionsangebot für diese Versicherten. Diese Situation erfordert ein eigenständiges Versorgungskonzept. Dies ist ohne Ergänzungen der geltenden Vorschriften im SGB V nicht möglich.

Hierzu hat die KZBV gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ) und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO (Berufsverband Deutscher Oralchirurgen) ein umfassendes Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vorgelegt. Darin ist vorgesehen, für Personen, die aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eine selbstgesteuerte Zahn- und Mundpflege zu betreiben, die Pflegegeld beziehen, in eine Pflegestufe eingeordnet sind oder dauerhaft Eingliederungshilfe nach dem SGB XII beziehen, zusätzliche individualprophylaktische Leistungen in die vertragszahnärztliche Versorgung zu integrieren und den erheblichen personellen, instrumentellen und zeitlichen Mehraufwand bei der Behandlung dieser Personengruppen durch entsprechende Zuschlagspositionen im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z) zu berücksichtigen. Infolge des engen Sachzusammenhangs mit den individualprophylaktischen Leistungen für Kinder und Jugendliche in § 22 SGB V wird daher vorgeschlagen, entsprechende Neuregelungen in einen § 22a SGB V-E zu integrieren.

Darüber hinaus besteht in der vertragszahnärztlichen Versorgung noch weiterer Reformbedarf, insbesondere in folgenden Regelungsbereichen:

- Neuregelung der Bestimmungen zur Wahl der Kostenerstattung (§ 13 Abs. 2 SGB V),
- Beseitigung der Bestimmungen zum degressiven Punktwert (§ 85 Abs. 4b bis f SGB V),
- Neuregelung der Besetzung der Schiedsstelle im Zusammenhang mit dem Basisstarif (§ 75 Abs. 3c SGB V),
- Beseitigung der ineffizienten Prüfungsmaßnahmen gem. § 245 SGB V,
- Erweiterung des Tätigkeitsfeldes von Dienstleistungsgesellschaften der KZBV (§ 77a Abs. 2 SGB V),
- Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung als eigenständiger Leistungsbereich (§ 73 Abs. 2 SGB V).

Im Übrigen zielen die, im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen im Wesentlichen auf den Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung und dabei insbesondere auf die in diesem Bereich zwischenzeitlich deutlich gewordenen Versorgungsdefizite. Hierzu sind u.a. Maßnahmen im Bereich der Bedarfsplanung sowie eine weitere Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems vorgesehen.

Problematisch ist dabei die Tatsache, dass insoweit auch der Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung in die vorgesehenen Neuregelungen zur Vermeidung von Unterversorgungen, insbesondere im Bereich der Bedarfsplanung und der Zulassungsverordnungen einbezogen werden soll, obwohl in diesem Bereich anerkannter Maßen eine, mit der **vertragsärztlichen** Versorgung vergleichbare Problemlage nicht besteht.

Zudem lässt der Entwurf in diesem Zusammenhang grundlegende Unterschiede zwischen der **ärztlichen** und der **zahnärztlichen** Behandlung und den darauf aufbauenden Versorgungssystemen unberücksichtigt. Anders als im Bereich der **ärztlichen** Behandlungen erfolgt eine **zahnärztliche** Behandlung in der Regel unmittelbar in der zahnärztlichen Praxis und damit „aus einer Hand“. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern, sektorenübergreifende Versorgungsformen oder auch eine weitgehende Delegation zahnärztlicher Leistungen an nachgeordnete Hilfspersonen spielen im Bereich der **zahnärztlichen** Behandlungen keine Rolle.

Auf diese grundlegenden Unterschiede hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit, z.B. durch die Beseitigung der Bedarfszulassung nur im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, in zutreffender Weise reagiert. Dann ist aber auch eine pauschale Erstreckung von Maßnahmen der Intensivierung der Bedarfsplanung bzw. der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung auch auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ebenfalls abzulehnen.

Einzelbewertungen:

Es wird allgemein nur zu solchen Inhalten des Entwurfes Stellung genommen, die voraussichtlich wesentliche Auswirkungen auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung haben.

1. Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems

(Artikel 1 Nr. 20):

§ 85 Abs. 2 SGB V-E

Infolge der teilweisen Aufhebung von Satz 7 sollen die Gesamtvertragspartner zwar weiterhin verpflichtet sein, ein bestimmtes Ausgabenvolumen zu vereinbaren, ohne aber weiterhin zur Vereinbarung einer Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages verpflichtet zu werden.

Die Bestimmung steht im Zusammenhang mit den weiteren Neuregelungen in § 85 Abs. 3 SGB V-E zur Neugestaltung des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems und dabei insbesondere der Beseitigung der bisherigen strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen. Diese bleiben insgesamt aber hinter denjenigen zurück, die zu einer tatsächlichen Erreichung dieses Ziels erforderlich wären.

Denn auch nach den Inhalten des vorliegenden Entwurfes verbleibt es weiterhin bei der grundsätzlichen Anbindung der Gesamtvergütungen an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gem. § 71 SGB V und dort bei der Verpflichtung gem. § 71 Abs. 2 Satz 1 SGB V, bei der Vereinbarung von Veränderungen der Vergütung, die weiterhin gem. § 71 Abs. 3 SGB V jährlich festzusetzende Veränderung der Grundlohnsumme nicht zu überschreiten. Zudem sind die Gesamtvertragspartner auch nach der vorgesehenen Neufassung von § 85 Abs. 2 SGB V weiterhin verpflichtet, dann, wenn die Gesamtvergütungen auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart werden, ei-

nen Betrag des Ausgabenvolumens für die Gesamtvergütungen zu bestimmen, was in der Begründung auch ausdrücklich betont wird.

Die vorgesehene Neufassung ändert für sich genommen daher nichts an der bisherigen Budgetierung der Gesamtvergütung, wobei allerdings zu konzedieren ist, dass keine prospektiven Begrenzungsregelungen mehr gefordert werden.

Die vorgesehene Neuregelung von § 85 Abs. 2 SGB V steht jedoch in unmittelbarem Zusammenhang mit derjenigen von § 85 Abs. 3 SGB V. Durch die dort vorgesehene Neufassung der Bestimmungen zur Vereinbarung der Gesamtvergütungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung soll die in diesem Bereich bisher weiterhin geltende, strikte Budgetierung der Gesamtvergütungen und der Anbindung an die jeweilige Grundlohnsummenentwicklung beseitigt werden. Der fortgeltende Grundsatz der Beitragssatzstabilität soll danach zukünftig von den Gesamtvertragspartnern gleichgewichtig neben den übrigen Bemessungsparametern berücksichtigt werden. Auch ausweislich der diesbezüglichen Begründung wird damit das Ziel verfolgt, auch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung den Gesamtvertragspartnern eine bedarfsgerechte, nicht vollständig an der jeweiligen Grundlohnsummenentwicklung orientierte Anpassung der Gesamtvergütungen zu ermöglichen.

Mit dieser Zielsetzung würde aber eine fortbestehende Verpflichtung der Gesamtvertragspartner, einen Betrag des Ausgabenvolumens für die Gesamtvergütungen i.S.v. § 85 Abs. 2 SGB V als feste Obergrenze für die Gesamtvergütung zu vereinbaren, nicht im Einklang stehen. Denn auch beim nunmehr vorgesehenen Wegfall der augenblicklichen Verpflichtung der Gesamtvertragspartner, ex ante eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung des jeweiligen Ausgabenvolumens zu vereinbaren, würde eine Verpflichtung zur Vereinbarung einer festen Obergrenze für die Gesamtvergütungen eine flexible bedarfsgerechte Anpassung der Gesamtvergütungen gerade verhindern. Es sollte daher zumindest in der diesbezüglichen Begründung klargestellt werden, dass die Gesamtvertragspartner zukünftig nicht mehr gezwun-

gen sind, Ausgabenvolumen als feste Obergrenze für die Gesamtvergütung zu vereinbaren.

§ 85 Abs. 2a SGB V-E

Die Norm enthält komplexe Regelungen zur kassenartenübergreifenden Vereinheitlichung der Punktwerte und Gesamtvergütungen für das Jahr 2013. Danach sind im Jahr 2012 von den KZVen und den Landesverbänden bzw. Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich landesdurchschnittliche Punktwerte für alle zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz, gewichtet nach den jeweils abgerechneten Punktmengen, zu vereinbaren. Soweit keine Einzelleistungsvergütung vereinbart ist, sind danach entsprechende, fiktive Punktwerte zu vereinbaren, die sich aus dem Verhältnis der abgerechneten Punktmenge zur vereinbarten Gesamtvergütung im Jahr 2012 ergeben. Auf der Grundlage der so vereinbarten Punktwerte sind die Gesamtvergütungen anzupassen und als Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen für das Jahr 2013 zugrunde zu legen.

Die vorgesehene Neuregelung greift eine Forderung aus dem Ersatzkassenbereich auf, wonach dort bestehende Wettbewerbsnachteile gegenüber den Primärkassen durch eine entsprechende Angleichung der Punktwerte bzw. der zu vereinbarenden Gesamtvergütungen beseitigt werden sollen. Die Umsetzung dieser vorgesehenen Neuregelungen würde für die KZVen zunächst einen erhöhten Verwaltungsaufwand darstellen. In der Neuregelung soll den Gesamtvertragspartnern zudem zwar ein bestimmtes Verfahren zur Anpassung der Gesamtvergütungen vorgegeben werden, ohne dabei aber ein konkretes Berechnungsverfahren zu definieren.

Bereits angesichts der Komplexität der notwendigen Berechnungen, die teilweise und dabei insbesondere dann, wenn die Vereinbarung fiktiver Punktwerte gesetzlich vorgeschrieben werden sollte, einen erheblichen Gestaltungsspielraum für die Gesamtvertragspartner eröffnen, ist mit diesem Verfahren das konkrete Risiko einer Veränderung der Gesamtvergütungen ins-

gesamt verbunden. Dies wird im vorliegenden Entwurf auch in der Begründung zutreffend dahin angesprochen, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass die Gesamtvertragspartner bei der Berechnung der Ausgangsgrundlage sicherstellen, dass die Summe der Gesamtvergütungen einschließlich eventuell berücksichtigter Sonderzahlungen kassenartenübergreifend unverändert bleibt. Um sicherzustellen, dass die Umsetzung der vorgesehenen Anpassungen der Gesamtvergütungen weder für die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt noch für die KZVen mit finanziellen Belastungen verbunden sind, sollte diese Aussage in den Gesetzestext selber Eingang finden.

Allerdings ist dabei die besondere Problematik der sogenannten „Übersteller-KZVen“ bei denen die Gesamtvergütungen nicht auf der Grundlage von Punktwerten vereinbart sind nicht in vollem Umfang berücksichtigt worden.

Die diesbezüglich vorgesehene Vereinbarung eines fiktiven Punktwertes wird den Gegebenheiten in diesen KZVen nicht gerecht. Erforderlich ist vielmehr auch in diesen Bereichen eine sachgerechte und kostenneutrale Anpassung der Gesamtvergütungen insgesamt. Hierfür stellt die Vereinbarung eines fiktiven Punktwertes bereits einen unnötigen Zwischenschritt bei der Berechnung dar.

Zudem ist die Ermittlung eines solchen fiktiven Punktwertes für die betroffenen KZVen zum Teil mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, da den Gesamtvergütungen eben keine Abrechnungspunktwerte zugrunde gelegt worden sind und ggf. auch die erforderlichen Daten für die Berechnung fiktiver Punktwerte nicht in vollem Umfang vorliegen.

Die betroffenen KZVen haben sich auch gerade unter Berücksichtigung der bei ihnen vorliegenden regionalen Besonderheiten gemeinsam mit den Vertragspartnern für eine bestimmte Ausgestaltung der Gesamtverträge entschieden. Demgegenüber könnte eine gesetzliche Verpflichtung zur Vereinbarung fiktiver Punktwerte von der Kassenseite zum Anlass genommen werden, sich von dieser gemeinsamen Philosophie zu entfernen und eine verän-

derte Berechnung der Gesamtvergütungen, zu fordern. Aus diesen Gründen sollte auf die gesetzliche Fixierung fiktiver Punktwerte verzichtet und stattdessen unmittelbar die Vereinbarung angepasster Gesamtvergütungen vorgesehen werden.

Satz 2 der Neufassung sieht in grundsätzlich sinnvoller Weise eine Regelung für den Fall vor, dass bis zum 30.09.2012 von den Gesamtvertragspartnern noch keine Punktwerte für das Jahr 2012 vereinbart worden sein sollten. Diese Regelung bezieht sich allerdings formal nur auf die Vereinbarung von Punktwerten und umfasst daher nicht Gesamtvergütungen im Sinne von Satz 3 der vorgesehenen Neufassung, in denen die Vergütungen gerade nicht auf der Grundlage von vereinbarten Punktwerten vereinbart worden sind. Daher sollte für diese Fälle klargestellt werden, dass Satz 2 in solchen Fallgestaltungen entsprechend gilt.

§ 85 Abs. 3 SGB V-E

Im Wesentlichen aufbauend auf einer Entwurfsfassung im Diskussionsentwurf eines GKV-FinG soll die Vereinbarung der Gesamtvergütungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung grundsätzlich neu geregelt werden. Dabei soll u.a. Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur gleichgewichtig neben dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität berücksichtigt werden. Die Krankenkassen haben den KZVen jeweils zum 01.07. die Zahl ihrer Versicherten mit Wohnsitz im KZV-Bezirk, gegliedert nach den Altersgruppen der KM6-Statistik bis zum 01.10. eines jeden Jahres mitzuteilen. Bei den Verhandlungen über die Vereinbarungen für das Jahr 2013 sind die für das Jahr 2012 abgerechneten Punktmengen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz nach erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung angemessen zu berücksichtigen.

Die vorgesehene Ausgestaltung von § 85 Abs. 3 SGB V zu einer eigenständigen Norm nur hinsichtlich der Vereinbarung der vertragszahnärztlichen Ge-

samtvergütungen beinhaltet insgesamt im Wesentlichen die seit Jahren erforderliche grundsätzliche Neuorientierung des Vergütungssystems in diesen Sektor.

Innerhalb der Bemessungskriterien wird dabei zutreffend nicht mehr nur von der Zahl, sondern auch von der Struktur der Versicherten ausgegangen. Dies ist notwendig um den, in den vergangenen Jahren u.a. infolge verstärkter Wanderungsbewegungen der Versicherten zwischen den Krankenkassen entstandenen Unterschieden in der durchschnittlichen Leistungsmenge je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse bzw. der Kassenart Rechnung tragen zu können.

Zur sachgerechten Abgrenzung eventueller Strukturunterschiede zwischen einzelnen Krankenkassen oder Krankenkassenarten benötigen die Vertragspartner aber Informationen über die erforderlichen Strukturdaten hinsichtlich der Mitglieder der betroffenen Krankenkassen, die jedenfalls den KZVen nicht vorliegen. Um die zukünftig erforderliche Berücksichtigung dieses Kriteriums auch tatsächlich sicherzustellen, ist daher über die, in Satz 4 vorgesehene Mitteilung der Zahl der Versicherten gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus eine Differenzierung dieser Versichertenzahlen auch nach AKV-Mitgliedern, KVdR-Mitgliedern, Familienangehörigen der AKV-Mitglieder und Familienangehörigen der KVdR-Mitglieder erforderlich. Nur so kann sichergestellt werden, dass im Rahmen der Vertragsverhandlungen nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die KZVen auf umfassende statistische Basisdaten zurückgreifen können, um eventuelle Veränderungen in der Struktur der Versicherten zu erkennen und zu bewerten.

Die Neufassung stellt sowohl nach deren Wortlaut als auch deren Begründung klar, dass entgegen der bisherigen Rechtsprechung des BSG, wonach dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität gegenüber allen übrigen Bemessungskriterien absoluter Vorrang zukommt, zukünftig die Bewertungskriterien der §§ 85 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V-E gleichwertig nebeneinander stehen.

Dementsprechend wird auch in der Begründung ausdrücklich hervorgehoben, dass deshalb auch eine Überschreitung der Grundlohnsummenentwicklung nach § 71 Abs. 3 SGB V zulässig ist, wenn ansonsten eine angemessene Berücksichtigung der übrigen in Satz 1 genannten Bemessungskriterien nicht möglich ist.

Da gemäß Satz 1 zukünftig auch die Struktur der Versicherten zu berücksichtigen ist, wird den Gesamtvertragspartnern damit die Möglichkeit eröffnet, daraus resultierende Veränderungen der Leistungsanspruchnahme der Versicherten einzelner Krankenkassen bzw. Kassenarten angemessen zu berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang wird in Satz 5 zutreffend ausdrücklich geregelt, dass bei der erstmaligen Anwendung der Neufassung von § 85 Abs. 3 SGB V-E für das Jahr 2013 die tatsächlich abgerechneten Punktmengen des Jahres 2012 angemessen zu berücksichtigen sind. Hiermit wird den Gesamtvertragspartnern nach Wegfall der strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen zumindest die Möglichkeit eröffnet, die in der Vergangenheit eingetretenen finanziellen Verluste der KZVen in Folge der, in den Gesamtverträgen wegen der alleinigen Orientierung der Gesamtvergütungen an der jeweiligen Grundlohnsummenentwicklung nicht berücksichtigten Verschiebungen in der Versichertenstruktur für das Jahr 2013 zugrunde zu legen, wobei zumindest eine angemessene Berücksichtigung dieses Aspektes zwingend vorgeschrieben ist. Die diesbezüglichen Aussagen in der Begründung, wonach die abgerechnete Punktmenge einen wichtigen Anhaltspunkt für den tatsächlichen Leistungsbedarf der Versicherten dieser Krankenkasse oder Kassenart liefert, unterstreichen die Notwendigkeit dieses Aspektes.

Insgesamt führt die vorgesehene Neufassung von § 85 Abs. 3 SGB V-E zu einer deutlich gesteigerten und im Grundsatz sachgerechten Gestaltungsfreiheit der Gesamtvertragspartner. Im Nachgang zu der, in § 85 Abs. 3f und g SGB V durch das GKV-FinG erfolgten Annäherung der Vergütungen in den

neuen Bundesländern und im Land Berlin an das übrige Bundesgebiet wird damit auch den KZVen in den neuen Bundesländern und im Land Berlin die grundsätzliche Möglichkeit eröffnet, über diese Bestimmungen hinaus, weitere, notwendige Anpassungen der Punktwerte und Gesamtvergütungen an das Westniveau zu betreiben. Hierzu ist in der Begründung zur Neufassung von § 85 Abs. 3f und g SGB V durch das GKV-FinG (BT-Drs. 17/3040) ausgeführt worden, darüber hinausgehende Anpassungsschritte blieben den Vertragsparteien vorbehalten.

Derartige Anpassungsschritte sind aber auch auf der Grundlage der vorgesehenen Neufassung von § 85 Abs. 3 SGB V-E nur im Rahmen der dort vorgesehenen, gleichgewichtigen Bewertung der Bemessungskriterien gem. Satz 1 und 2 möglich. Der zusätzliche Anpassungsbedarf in den betreffenden KZVen kann daher in diesem Rahmen nur innerhalb der Bemessungskriterien nach Satz 1 berücksichtigt werden, obwohl es sich insofern um eine Sondersituation in diesen Ländern gegenüber dem übrigen Bundesgebiet handelt. Um den betreffenden KZVen eine realistische Umsetzungschance zu eröffnen, erforderliche Anpassungsschritte tatsächlich vereinbaren zu können, sollte daher ergänzend klargestellt werden, dass solche Anpassungsschritte den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzen. Es wird daher konkret gefordert, in der vorgesehenen Neufassung von § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E einen zusätzlichen Halbsatz mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„Ausgabensteigerungen aufgrund notwendiger Anpassungen der Gesamtvergütungen und Punktwerte in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung an das Westniveau verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.“

2. Weitere Neuregelungen mit wesentlichen Auswirkungen auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung:

Zuweisungsproblematik (Artikel 1 Nr. 12)

§ 73 Abs. 7 SGB V-E

Es soll ergänzend geregelt werden, dass es Vertragsärzten nicht gestattet ist, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. Die Bestimmung in § 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V-E, wonach unzulässige Zuwendungen in diesem Sinne, u.a. auch Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können sind, soll entsprechend gelten.

Die vorgesehene Bestimmung in Satz 1 wiederholt für sich genommen lediglich die ohnehin für jeden Zahnarzt geltende berufsrechtliche Verpflichtung (§ 8 Abs. 5 MBO-BZÄK). Die vorgesehene Bestimmung in Satz 2 i. V. m. § 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V-E lässt allerdings eine Sondersituation im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung unberücksichtigt. Gegenstand der zahnärztlichen Behandlung ist ggf. auch die Erbringung zahntechnischer Leistungen durch den Zahnarzt selbst. Dieser ist daher auch bereits berufsrechtlich berechtigt, ein eigenes zahntechnische Labor zu betreiben oder sich an einem gemeinschaftlichen zahntechnischen Labor mehrerer Zahnarztpraxen zu beteiligen (§ 11 MBO-BZÄK; vgl. dazu BGH, NJW 80, 1337). Dies gilt auch im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung, wie sich bereits aus § 88 Abs. 3 Satz 1 SGB V ergibt, wonach die Preise für zahntechnische Leistungen ohne solche beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, die von einem Zahnarzt erbracht werden, die Preise gewerblicher Laboratorien gem. § 88 Abs. 1 und 2 SGB V um mindestens fünf Prozent unterschreiten müssen.

Auch gem. § 33 Abs. 1 ZV-Z ist Zahnärzten der Betrieb eines zahntechnischen Gemeinschaftslabors möglich, wobei auch z. B. mehrere angestellte Zahntechniker für verschiedene Zahnärzte einer Praxisgemeinschaft tätig werden können. Somit ist auch die gemeinsame Beschäftigung mehrerer Zahntechniker bzw. sonstiger Hilfskräfte durch verschiedene Zahnärzte in der Form einer Laborgemeinschaft zulässig, wobei die, in dieser gefertigten zahntechnischen Arbeiten, für jeden an ihr beteiligten Zahnarzt in dessen Praxislabor gefertigt werden (vgl. LSG Schleswig-Holstein, SGB 95, 495). In diesem Zusammenhang können sich Zahnärzte auch zulässigerweise (OLG München, Bayer. Zahnärzteblatt 11/95, 60) an gewerblichen zahntechnischen Laboratorien beteiligen und in diesem Zusammenhang auch an nicht umsatzbezogenen Gewinnausschüttungen teilnehmen.

Zudem ist eine Vielzahl zulässiger Mischformen denkbar. So können Praxislaboratorien unabhängig davon, ob sie von einem einzelnen Vertragszahnarzt oder von mehreren Vertragszahnärzten (dann als Gemeinschaftslaboratorien) betrieben werden, zulässigerweise auch zahntechnische Leistungen für solche Zahnärzte erbringen, die an dem jeweiligen Labor selbst nicht beteiligt sind. Die Teilhabe des oder der, das Praxislabor betreibenden Zahnärzte an den Erträgen hinsichtlich der Erbringung von zahntechnischen Leistungen für andere Zahnärzte stellt dann aber keine unerlaubten „Kick-Back“-Zahlungen dar. Auch ansonsten sind keine Gesichtspunkte ersichtlich, warum eine nicht umsatzbezogene Gewinnbeteiligung von Zahnärzten an zahntechnischen Laboratorien ausgeschlossen sein sollte. Dies insbesondere in Fallgestaltungen, in denen die betreffenden Zahnärzte selbst keine zahntechnischen Leistungen von diesen Laboratorien beziehen, so dass u.a. auch von einer Zuweisung von Versicherten nicht gesprochen werden kann. Die bloße abstrakte Möglichkeit einer entsprechenden Zuweisung kann in derartigen Fallgestaltungen aber kein Verbot derartiger Beteiligungen rechtfertigen.

Ebenso wie hinsichtlich der, in der Begründung bereits angesprochenen gesetzlich zulässigen Vereinbarungen mit Krankenkassen sollte daher auch

hinsichtlich der angesprochenen, ebenfalls gesetzlich zulässigen Gestaltungsformen klargestellt werden, dass auch diese von der vorgesehenen Bestimmung nicht erfasst werden.

Zusammenschluss von KZVen (Artikel 1 Nr. 15)

§ 77 Abs. 2 SGB V-E

KZVen sollen sich zukünftig auf Beschluss ihrer Vertreterversammlung auch länderübergreifend zu gemeinsamen KZVen vereinigen können. Getrennte Gesamtverträge können danach längstens für vier Quartale fortgeführt werden. Unterschiedliche Vergütungen sollen im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde fortgeführt werden können, soweit es aus besonderen Gründen erforderlich ist.

Auch den diesbezüglichen Begründungen ist keine Basis für die, in den Sätzen 5 und 6 vorgesehenen zusätzlichen Beschränkungen der Gestaltungsmöglichkeiten der Gesamtvertragspartner zu entnehmen. Grundsätzlich haben die Landesverbände der Krankenkassen die Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart zu schließen (§ 83 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V). Die Gesamtverträge sind von den KZVen gem. § 83 Satz 1 erster Halbsatz SGB V mit sämtlichen, für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu schließen. Dies gilt gem. § 85 Abs. 2 Satz 1 SGB V auch hinsichtlich der Höhe der Gesamtvergütung, die ebenfalls mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart zu vereinbaren ist. Generell sind somit bisher keine einheitlichen Gesamtverträge von KZVen mit allen Landesverbänden sämtlicher Kassenarten sowie sämtlichen Ersatzkassen vorgesehen. Dementsprechend haben auch bereits bisher landesübergreifend gebildete Landesverbände der Krankenkassen gem. § 207 Abs. 5 SGB V ggf. mit mehreren KZVen Gesamtverträge zu schließen, ohne dass insofern bisher eine Identität der Vertragsinhalte gesetzlich vorgeschrieben wäre.

Dann ist aber kein sachlicher Grund dafür ersichtlich, warum im Falle einer Bildung gemeinsamer KZVen den Gesamtvertragspartnern eine Fortführung bisher hinsichtlich unterschiedlicher KZV-Bezirke getrennter Gesamtverträge nur längstens für bis zu vier Quartalen möglich sein soll. Dies gilt umso mehr, als in Satz 6 der vorgesehenen Neuregelung auch darüber hinaus eine Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen grundsätzlich möglich sein soll. Die in diesem Zusammenhang vorgesehene Bindung derartiger Vereinbarungen an zusätzliche Voraussetzungen, insbesondere an ein Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde ist allerdings bereits für solche Fallgestaltungen abzulehnen, in denen gemeinsame KZVen Gesamtverträge mit Landesverbänden bzw. Ersatzkassen zu schließen haben, die sich nicht auf das Gebiet der gemeinsamen KZV insgesamt erstrecken. Denn weder ist bisher bei Bildung einer gemeinsamen KZV die bezirksidentische Bildung landesübergreifender Landesverbände bzw. ein gemeinschaftlicher und einheitlicher Vertragsschluss mehrerer Landesverbände mit der gemeinsamen KZV gesetzlich vorgeschrieben. Insofern bestimmt § 82 Abs. 2 Satz 2 SGB V lediglich, dass die Verhandlungen auch von allen Kassenarten gemeinsam geführt werden können. Sachliche Gründe für die vorgesehene Neuregelung sind auch nicht ersichtlich.

Es kommt hinzu, dass gem. § 78 Abs. 2 Satz 1 SGB V die, für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, in dem die gemeinsame KZV ihren Sitz hat, über diese die Aufsicht führt. Dieser Landesaufsichtsbehörde kann dann aber keine Kompetenz zukommen, über die Sinnhaftigkeit besonderer Vergütungen im Bereich anderer Länder zu entscheiden. Hierfür ist bei übereinstimmender Bewertung der Vertragspartner auch kein sachlicher Grund ersichtlich.

Flexibilisierung der Amtszeit des Vorstandes (Artikel 1 Nr. 16)

§ 79 Abs. 4 SGB V-E

Die bisher in § 79 Abs. 4 Satz 5 SGB V auf sechs Jahre fixierte Amtszeit der Vorstände der KZVen und der KZBV soll durch die Vorgabe einer Höchstzahl von sechs Jahren ersetzt werden.

Dadurch würde den KZVen die Möglichkeit eröffnet, in den Satzungen ggf. auch kürzere Amtszeiten für die Vorstände vorzusehen, ohne dass insofern eine Untergrenze gesetzlich geregelt ist. Auch wenn insofern eine entsprechende Anpassung an die Bestimmungen hinsichtlich der Vorstände der Krankenkassen erfolgt und eine Erweiterung des Regelungsspielraums der KZVen bewirkt wird, erscheint diese Regelung bereits im Hinblick auf die, mit der Einführung hauptamtlicher Vorstände generell verfolgte Zielsetzung einer „Professionalisierung“ der Vorstandstätigkeit nicht als sinnvoll. Zumindest sollten in diesem Zusammenhang bestimmte Mindestgrenzen vorgesehen werden, um zu vermeiden, dass infolge kurzer Amtsperioden eine kontinuierliche Vorstandstätigkeit nicht sichergestellt werden kann.

Demgegenüber ist auch darauf zu verweisen, dass in diesem Entwurf gleichzeitig in § 91 Abs. 2 Satz 15 SGB V-E hinsichtlich des Gemeinsamen Bundesausschusses gerade eine verbindliche Ausweitung der Amtszeit im Beschlussgremium auf sechs Jahre vorgesehen ist.

Landesausschüsse (Artikel 1 Nr. 27)

§ 90 SGB V-E

Die Beteiligungsrechte der Länder in den Länderausschüssen sollen dadurch ausgedehnt werden, dass die Landesaufsichtsbehörden zukünftig beratend in die Beratungen der Landesausschüsse einzubeziehen sind, die danach auch ein Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung haben. Die Lan-

desausschüsse werden zudem der Rechtsaufsicht der obersten Verwaltungsbehörden der Länder unterstellt und die Entscheidungen der Landesausschüsse sind den Aufsichtsbehörden vorzulegen, die diese beanstanden und ggf. eine Ersatzvornahme vornehmen können.

Die vorgesehenen Neuregelungen sind Bestandteil einer ganzen Reihe von Maßnahmen des Entwurfes, die ersichtlich auf eine Verbesserung der Bedarfsplanung und Versorgung im Bereich der ambulanten **vertragsärztlichen** Versorgung zielen (vgl. z. B. auch §§ 90a, 92 Abs. 7e, 99, 105 Abs. 1a SGB V). Hierfür sind jeweils einheitliche Regelungen sowohl hinsichtlich der **vertragsärztlichen** sowie der **vertragszahnärztlichen** Versorgung vorgesehen. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass insofern unterschiedliche Gegebenheiten bestehen. Anders als im Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung besteht im Bereich der **vertragszahnärztlichen** Versorgung keine Über- oder Unterversorgung. Dementsprechend ist der Bereich der **vertragszahnärztlichen** Versorgung auch zutreffender Weise in den §§ 100 Abs. 4, 103 Abs. 8 SGB V von den diesbezüglichen Bestimmungen weitgehend ausgenommen worden. Zudem ist der Bereich der **vertragszahnärztlichen** Versorgung durch eine Reihe von Besonderheiten gekennzeichnet.

So werden zahnärztliche Leistungen in aller Regel vom behandelnden Zahnarzt unmittelbar erbracht, ohne dass in der Regel eine Zusammenarbeit mit anderen Zahnärzten oder eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit erfolgt. Auch existiert im Bereich der **vertragszahnärztlichen** Versorgung keine Aufspaltung in eine fachärztliche und eine hausärztliche Versorgung oder eine starke Ausdifferenzierung der zahnärztlichen Tätigkeit in verschiedene Fachgebiete. Daher existieren in diesem Sektor auch keine, sich aus diesen Gegebenheiten ergebenden besonderen, planungsrechtliche Gesichtspunkte.

Da es sich bei den angesprochenen Neuregelungen daher um Maßnahmen handelt, die speziell auf den Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung zielen, sollten diese auch auf diesen Sektor beschränkt und die, im Bereich der

vertrags**zahnärztlichen** Versorgung durchzuführenden Verfahren nicht durch, in diesem Bereich unnötige zusätzliche formale Anforderungen belastet werden.

Dies wird hinsichtlich der vorgesehenen Neuregelungen in § 90 Abs. 6 SGB V bereits dadurch illustriert, dass die dort u.a. angesprochenen Entscheidungen der Landesausschüsse gem. § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V für den Bereich der vertrags**zahnärztlichen** Versorgung nicht zutreffend sind.

Eine entsprechende Klarstellung sollte zumindest in die Begründungen aufgenommen werden.

Gemeinsames Landesgremium (Artikel 1 Nr. 28)

§ 90a SGB V-E

Aufgrund landesrechtlicher Bestimmungen soll ein „Gemeinsames Landesgremium“ unter Beteiligung u.a. des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenseite und der Landeskrankenhausgesellschaft gebildet werden, das Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann. Soweit dies landesrechtlich geregelt ist, ist dieses Gremium in Form einer Stellungnahme in die Verfahren der Landesausschüsse zur Bedarfsplanung einzubeziehen.

Eine Einbeziehung auch der KZVen in dieses Gremium ist zwar nicht ausdrücklich geregelt, ergibt sich aber aus der vorgesehenen Neufassung von § 12 Abs. 3 Satz 2 und 3 ZV-Z-E, in denen dieses Gremium ebenfalls angesprochen wird.

Auch insofern handelt es sich ersichtlich um eine weitere Maßnahme des Gesetzgebers zur Bekämpfung der Unterversorgung im Bereich der vertrags**ärztlichen** Versorgung. Die Kompetenz des Gremiums bezieht sich zudem gerade auf sektorenübergreifende Versorgungsfragen, die nach den

obigen Ausführungen zu § 90 SGB V-E im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Bedeutung erlangen. Insbesondere bestehen in der Regel keine sektorenübergreifenden Fragestellungen zwischen der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung und dem stationären Versorgungsbereich. Auch im Hinblick darauf sollte daher auf eine Einbeziehung auch der KZVen in dieses Gremium verzichtet werden und eine entsprechende Klärstellung erfolgen.

Änderung der G-BA – Strukturen (Artikel 1 Nr. 29)

§ 91 Abs. 2 SGB V-E

Nach der vorgesehenen Neufassung soll die Berufung des Unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter im Beschlussgremium des G-BA nicht mehr unmittelbar durch die Trägerorganisationen des G-BA erfolgen, sondern diesen soll lediglich noch ein Vorschlagsrecht gegenüber dem BMG zustehen, wobei diesen Vorschlägen vom Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder widersprochen werden kann. In diesem Falle haben die Organisationen gegenüber dem BMG einen neuen Vorschlag zu unterbreiten. Wird auch diesem vom Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages widersprochen, soll die Berufung durch das BMG erfolgen.

Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter sollen nur solche Personen benannt werden können, die in den vorangehenden drei Jahren nicht bei den Trägerorganisationen des G-BA oder bei deren Mitgliedern oder Verbänden von deren Mitgliedern oder als Leistungserbringer tätig waren.

Die Amtszeit im Beschlussgremium soll ferner auf sechs Jahre verlängert werden, wobei eine weitere Amtszeit der Unparteiischen ab der am 01.07.2018 beginnenden Amtszeit ausgeschlossen ist.

Mit dem modifizierten Berufungsverfahren hinsichtlich der unparteiischen Mitglieder des G-BA wird im Grundsatz eine gemeinsame Forderung der KZBV mit der KBV und der DKG aufgegriffen. Die in diesem Zusammenhang ergänzend vorgesehene Begrenzung des Benennungsrechtes der Trägerorganisationen ist allerdings sachlich nicht gerechtfertigt.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll durch diese Bestimmungen die Neutralität der unparteiischen Mitglieder gestärkt werden. Dieser Zielsetzung ist zwar im Grundsatz zuzustimmen. Es sind allerdings auch keine Hinweise darauf ersichtlich, dass etwa die bisherigen unparteiischen Mitglieder in den verschiedenen Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung hinsichtlich ihrer Unparteilichkeit Zweifeln ausgesetzt gewesen wären. Dies gilt auch konkret hinsichtlich der unparteiischen Mitglieder des G-BA.

Eine sachgerechte Unparteilichkeit wird auch in Zukunft alleine dadurch sichergestellt, dass die Benennung der unparteiischen Mitglieder durch die Trägerorganisationen des G-BA nur einvernehmlich erfolgen kann. Soweit daher nur eine Trägerorganisation Bedenken gegenüber der Unparteilichkeit einer Person haben sollte, kann diese bereits danach nicht als unparteiisches Mitglied vorgeschlagen werden. Sowohl zur Erhaltung der Selbstverwaltungskompetenzen der Trägerorganisationen des G-BA als von dessen Entscheidungen unmittelbar Betroffene, als auch zur Stärkung der Akzeptanz der Entscheidungen des G-BA sollte insofern an einer Eingrenzung des benennungsfähigen Personenkreises hinsichtlich der unparteiischen Mitglieder des G-BA verzichtet werden. Dies insbesondere auch deshalb, weil neben der Unparteilichkeit auch die erforderliche fachliche Qualifikation der unparteiischen Mitglieder sichergestellt werden muss.

Die Aufgabenstellung des G-BA bezieht sich auf sämtliche Sektoren der medizinischen Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei werden die konkreten Aufgabenstellungen des G-BA vom Gesetzgeber zunehmend weiter ausdifferenziert und spezialisiert. Gerade in den Fallgestaltungen, in denen Sachverhalte von den Vertretern der Trägerorganisa-

tionen im G-BA nicht einheitlich beurteilt werden können, kommt den Bewertungen der unparteiischen Mitglieder ggf. eine entscheidende Bedeutung zu. Zudem hat der Gesetzgeber den unparteiischen Mitgliedern in § 91 Abs. 7 Satz 3 und 4 SGB V eine zusätzliche, verfahrensrechtliche Position eingeräumt.

Vor diesem Hintergrund können die unparteiischen Mitglieder des G-BA ihre Aufgaben nur auf der Grundlage umfassender, spezifischer Kenntnisse des Rechtes und der Verhältnisse im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen. Dies gilt für die unparteiischen Mitglieder im G-BA noch im weitergehenden Maße als hinsichtlich der unparteiischen Mitglieder in anderen Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung, wie z. B. der Schiedsämter gem. § 89 SGB V. Denn während im Übrigen regelmäßig Einzelentscheidungen für den Fall zu treffen sind, dass sich die Vertragspartner nicht auf einen Vertragsschluss haben einigen können, kommt dem G-BA eine generelle, umfassende Richtlinienkompetenz hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung innerhalb der GKV insgesamt zu, die in diesem Bereich gerade eine langfristige Steuerungswirkung entfalten soll.

Soweit unter den beteiligten Trägerorganisationen Einvernehmen über die tatsächliche Unparteilichkeit einer Person besteht, ist es dann nicht nur sachgerecht, sondern gerade geboten, als unparteiische Mitglieder auch solche Personen benennen zu können, die im Bereich der GKV tätig waren oder sind, um gerade deren besondere Sachkunde für den G-BA nutzbar machen zu können.

Demgegenüber würde die vorgesehene Neuregelung zu einer sachlich nicht gerechtfertigten, übermäßigen Beschränkung des potentiellen Personenkreises von unparteiischen Mitgliedern führen. Denn innerhalb des GKV-Systems tätige Personen wären von diesen Ämtern vollständig ausgeschlossen und dies auch dann, wenn sie in diesem Bereich bereits seit Jahren nicht mehr tätig sind. Die vorgesehene Beschränkung würde daher zu dem Ergebnis führen, dass als unparteiische Mitglieder des G-BA nur noch solche Per-

sonen benannt werden könnten, die über allenfalls theoretische Kenntnisse des Versorgungssystems der GKV verfügen oder aber zu einem früheren Zeitpunkt in diesem Bereich tätig waren, diese Tätigkeit aber vor mehr als drei Jahren eingestellt haben. Gerade in der entscheidenden Position als unparteiisches Mitglied des G-BA ist aber eine Beschränkung auf Personen, die entweder nicht über die erforderlichen Sachkenntnisse verfügen oder aber ggf. bereits das Rentenalter erreicht haben, nicht sachgerecht. Daher sollte auf die vorgesehenen Bestimmungen in § 91 Abs. 2 Satz 3 SGB V-E verzichtet werden.

Ebenfalls abzulehnen ist die, in der vorgesehenen Neufassung in § 91 Abs. 2 Satz 15 zweiter Halbsatz SGB V-E vorgesehene Beschränkung der unparteiischen Mitglieder des G-BA auf eine Amtsperiode. Auch hierdurch soll ausweislich der diesbezüglichen Begründung die Unabhängigkeit der unparteiischen Mitglieder gestärkt werden, da ihr Abstimmungsverhalten nicht zum Maßstab einer erneuten Berufung gemacht werden kann. Diese Begründung ist allerdings bereits deshalb nicht plausibel, weil nach den weiteren Inhalten des Entwurfes eine Berufung gerade nicht mehr durch die Trägerorganisationen erfolgen kann, wenn deren Vorschlägen vom Gesundheitsausschuss widersprochen wird. Allein durch dieses Verfahren wird somit eine sachwidrige, erneute Berufung von unparteiischen Mitgliedern im Hinblick auf deren Abstimmungsverhalten in der Vergangenheit verhindert, so dass es des zusätzlichen Ausschlusses einer zweiten Amtsperiode mit der identischen Zielsetzung nicht bedarf.

Ein Ausschluss einer zweiten Amtsperiode ist auch deshalb abzulehnen, weil gem. den obigen Ausführungen zum Benennungsverfahren der unparteiischen Mitglieder bei diesen nicht nur die erforderliche Neutralität, sondern auch die erforderliche fachliche Qualifikation sicherzustellen ist. Auch vor diesem Hintergrund kann daher ein berechtigtes Interesse bestehen, tatsächlich unparteiische und fachlich qualifizierte Personen, die in ihrer Funktion als unparteiisches Mitglied in der Vergangenheit anerkannter Maße sachgerecht tätig gewesen sind, für eine weitere Amtsperiode zu benennen. Auf die vor-

gesehene Neufassung von § 91 Abs. 2 Satz 15 zweiter Halbsatz SGB V-E sollte daher verzichtet werden.

§ 91 Abs. 2a SGB V-E

Hinsichtlich des sektorenübergreifend besetzten Beschlussgremiums des G-BA ist vorgesehen, dass zukünftig bei Beschlüssen, die alleine einen oder zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen, eine obligatorische Stimmrechtsübertragung der Mitglieder solcher Leistungssektoren, die von der betreffenden Beschlussfassung nicht betroffen sind, anteilig auf die verbleibenden Mitglieder erfolgt. Der G-BA soll in seiner Geschäftsordnung die entsprechenden Beschlussfassungen festlegen. Lediglich hinsichtlich der Beschlüsse zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist eine gesetzliche Regelung der Stimmrechtsübertragung zugunsten von KBV und DKG vorgesehen.

Mit der vorgesehenen Neuregelung wird im Grundsatz eine gemeinsame Initiative von KZBV, KBV und DKG aufgegriffen, die eine Schaffung versorgungsspezifischer Beschlussgremien für solche Beschlüsse des G-BA gefordert haben, die keine sektorenübergreifenden Wirkungen entfalten. Auch wenn diese Forderung nicht aufgegriffen wird, erfolgt nach der vorgesehenen Neuregelung ggf. doch eine Beschlussfassung in einem Beschlussgremium, das auf Seiten der Leistungserbringer nur mit stimmberechtigten Mitglieder des oder der betroffenen Leistungsbereiche besetzt ist.

Da es sich bei den Richtlinien des G-BA um Rechtsnormen handelt, ist aber in jedem Fall ein rechtssicher ausgestaltetes Verfahren der Beschlussfassung und in diesem Zusammenhang insbesondere eine eindeutige Zuweisung von Beschlussfassungen an ein sektorspezifisch besetztes Beschlussgremium erforderlich. Zudem muss in diesem Zusammenhang klargestellt werden, welcher Geltungsbereich Richtlinien des G-BA zukommen soll, die von einem sektorspezifisch besetzten Beschlussgremium beschlossen wor-

den sind. Die insofern vorgesehene Festlegung in der Geschäftsordnung des G-BA ist zwar grundsätzlich geeignet, eine flexible Zuweisung von Richtlinien und Entscheidungen vorzunehmen, sollte aber bereits im Hinblick auf das Wesentlichkeitsprinzip durch den Gesetzgeber näher eingegrenzt werden.

Ebenso wie bereits hinsichtlich der Beschlüsse zur Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kommt insofern eine zumindest beispielhafte Zuweisung bestimmter Richtlinien zu einem sektorenbezogenen Beschlussorgan durch den Gesetzgeber selbst in Betracht. Hierbei könnte insbesondere auf der beispielhaften Zuweisung von Richtlinienkompetenzen an den G-BA in § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V aufgebaut werden.

Erforderlich ist insbesondere eine nähere Eingrenzung des Begriffes der „wesentlichen Betroffenheit“ eines oder mehrerer Leistungssektoren als Voraussetzung für die vorgesehene, gesetzliche Stimmrechtsübertragung. Da der G-BA dieses Tatbestandsmerkmal in seiner Geschäftsordnung näher zu konkretisieren hat, sind diesem hierzu nähere Vorgaben zu machen, um eine rechtssichere Ausgestaltung des Verfahrens sicherzustellen. Soweit ergänzend zu der bereits vorgesehenen gesetzlichen Regelung hinsichtlich der Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden weitere Richtlinienkompetenzen einem sektorspezifisch besetzten Beschlussgremium gesetzlich zugewiesen werden sollten, könnte dies auch als Auslegungsmaßstab für die Zuweisung weiterer Aufgaben an ein solches Beschlussgremium in der Geschäftsordnung des G-BA dienen. Für ein solches Vorgehen bietet sich auch der Bereich der, in der Regel eindeutig abgrenzbaren vertragszahnärztlichen Versorgung im besonderen Maße an. Es sollte daher in § 91 Abs. 2a SGB V ergänzend vorgesehen werden, dass insbesondere Richtlinien gem.

- § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 (Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung),

- § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 (Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) soweit nur zahnärztliche Behandlungen in Frage stehen,
- § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 (Bedarfsplanung hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Versorgung),
- § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 (Verordnung von Krankentransporten im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung),
- § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 (Qualitätssicherung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung),
- § 137 Abs. 4 (Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz),

einem Beschlussgremium zugewiesen werden, in dem der Vertreter der KZBV über alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite verfügt.

Bereits aus Gründen der Sicherstellung der erforderlichen demokratischen Legitimation der Beschlussfassungen des G-BA ist zudem gesetzlich klarzustellen, dass Richtlinien, die von einem sektorspezifisch besetzten Beschlussgremium beschlossen worden sind, nur in den, auf Seiten der Leistungserbringer in diesem Beschlussgremium vertretenen Leistungssektoren gelten. Denn ansonsten könnten von einem sektorspezifisch besetzten Beschlussgremium Richtlinien mit Wirkung für Leistungssektoren beschlossen werden, deren Vertreter im Beschlussorgan des G-BA in die diesbezügliche Beschlussfassung nicht einbezogen worden sind. Damit würde es aber insofern an einer erforderlichen demokratischen Legitimation des Beschlussgremiums fehlen und der tatsächliche Geltungsbereich der entsprechenden Richtlinien zumindest zweifelhaft sein.

Durch eine entsprechende gesetzliche Klarstellung würde für derartige Fallgestaltungen demgegenüber der Geltungsbereich, der in einem sektorspezifisch besetzten Beschlussgremium beschlossenen Richtlinien auf die, in diesem vertretenen Leistungssektoren eindeutig begrenzt und damit zugleich die Möglichkeit eröffnet, dass für den oder die, in diesem Beschlussgremium nicht vertretenen Leistungssektoren parallele oder abweichende Regelungen in Richtlinien getroffen werden, die von einem Beschlussgremium unter Beteiligung des jeweiligen Leistungsbereiches beschlossen werden.

Konkret wird daher gefordert, an die vorgesehene Neufassung von § 91 Abs. 2a SGB V-E folgenden Satz anzufügen:

„Beschlüsse gem. Satz 1 und 2 gelten nur in den Leistungssektoren, die in dem Beschlussgremium durch, von der betroffenen Leistungserbringerorganisation nach Abs. 1 Satz 1 benannte Mitglieder vertreten sind.“

Durch eine entsprechende gesetzliche Klarstellung könnte zudem die Tätigkeit des G-BA und diejenige dessen Trägerorganisationen in diesem wesentlich gestrafft werden. Denn danach wäre eine, z. Zt. infolge der, in jedem Fall erfolgende Beschlussfassung in einem sektorenübergreifend besetzten Beschlussorgan erforderliche, lediglich formale Mitarbeit auch solcher Trägerorganisationen, deren Leistungssektor von den jeweiligen Beschlüssen tatsächlich nicht betroffen sind, nicht mehr erforderlich. Zugleich entfielen auch das z. Zt. erforderliche, verwaltungsaufwändige und ineffiziente Verfahren einer permanenten Überwachung der gesamten Tätigkeit des G-BA auf eventuelle Beschlussfassungen mit Relevanz auch für den eigenen Leistungssektor sowie eine nur dadurch begründete, im Übrigen aber lediglich formale Teilnahme an Beratungen nachgeordneter Gremien des G-BA. Eine entsprechende Klarstellung ist daher auch zur Begrenzung der überproportionalen Verwaltungsaufwendungen im Zusammenhang mit der Tätigkeit des G-BA für andere Leistungssektoren zu fordern, die der Entwurf selbst in der vorgesehenen Neuregelung in § 91 Abs. 10 SGB V-E anspricht.

Bedarfsplanung (Artikel 1 Nr. 34)

§ 99 SGB V-E

In den Bedarfsplänen soll eine Berücksichtigung regionaler Besonderheiten eine Abweichung von den Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA ermöglichen. Den Landesbehörden ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Bedarfspläne sind den Landesaufsichtsbehörden vorzulegen, die diese innerhalb von zwei Monaten beanstanden können.

Es soll ergänzend bestimmt werden, dass die Landesausschüsse die Bedarfspläne auch dann zu entscheiden haben, wenn die Vertragspartner kein Einvernehmen hinsichtlich der Abhilfe einer Beanstandung des Bedarfsplans durch die Aufsichtsbehörde erzielen.

Die vorgesehene Neuregelung flexibilisiert einerseits die Bedarfsplanung und erweitert andererseits erheblich die Einflussmöglichkeiten der Länder. Für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung besteht für diese Regelungen kein Anlass. Insofern kann auf die Ausführungen oben zu § 90 SGB V-E verwiesen werden.

Die Rechtsfolgen einer Beanstandung sind zudem ebenso unklar wie das sich daran anschließende weitere Verfahren. Hierzu wird in der Begründung ausgeführt, die Beanstandung ließe das Planungsermessen der Beteiligten i.d.R. unberührt. Diese hätten danach zu entscheiden, in welcher Form der Beanstandung abzuhelpen ist und wie die Beanstandung in der Planung berücksichtigt werden soll. Soweit die Beteiligten an der bisherigen Planung einvernehmlich festhalten, soll ihnen demgegenüber der Rechtsweg gegen die Beanstandung offenstehen. Diese Ausführungen sind zumindest missverständlich. Das Verhältnis zwischen dem danach unberührten Planungsermessen einerseits und dem Erfordernis einer Überprüfung der Beanstandung im Rechtswege andererseits wird nicht deutlich.

Bildung eines Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen bei Unterversorgung (Artikel 1 Nr. 37)

§ 105 Abs. 1a SGB V-E

Es ist die fakultative Bildung eines Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen bei Unterversorgung vorgesehen, in den KVen und Krankenkassen jeweils 0,1 Prozent der Gesamtvergütungen nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V einzahlen.

Sowohl in der Norm selber als auch in der diesbezüglichen Begründung ist ausschließlich von Maßnahmen der **Kassenärztlichen** Vereinigungen die Rede. Die Norm geht auch ersichtlich auf die augenblicklichen Versorgungsschwierigkeiten nur im Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung zurück. Da in der Norm zusätzlich hinsichtlich der Beschickung des Strukturfonds ausdrücklich auf die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung gem. § 87a SGB V Bezug genommen wird, die nur im Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung gilt, ist insgesamt davon auszugehen, dass diese Norm keine Geltung im Bereich der **vertragszahnärztlichen** Versorgung entfaltet. Hierzu sollte eine Klarstellung zumindest in der diesbezüglichen Begründung erfolgen.

Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Artikel 1 Nr. 56)

§ 137e SGB V-E

Es soll ein besonderes Erprobungsverfahren des G-BA bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeführt werden. Noch nicht anerkannte Methoden, die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, deren Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, können im

Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung erprobt werden, um die notwendigen Erkenntnisse für die Nutzenbewertung zu gewinnen.

Soweit in diesem Rahmen Leistungen ambulant erbracht werden, wird die Höhe der Vergütung gem. § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V-E durch die Partner der dreiseitigen Verträge gem. § 115 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern vereinbart.

Gem. § 137e Abs. 7 SGB V-E können u.a. auch Hersteller von Medizinprodukten und Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse an deren Erbringung zu Lasten der GKV haben, beim G-BA eine entsprechende Erprobungsrichtlinie beantragen. Der G-BA hat in diesen Fällen die potentiellen Antragsteller gem. § 137e Abs. 8 SGB V-E zu den Voraussetzungen der Erbringung einer Methode zu Lasten der GKV zu beraten.

Durch die Neuregelung sollen dem G-BA zusätzliche Möglichkeiten eröffnet werden, mögliche Innovationen, für die aber noch keine ausreichende Nutzenbewertungen vorliegen, selbst zu erproben, ohne dabei auf die Eigeninitiative von dritter Seite angewiesen zu sein.

Wie in vielen anderen Bereichen auch zielt dieses Verfahren sowohl nach seiner Ausgestaltung als auch nach den Inhalten in der Begründung wiederum auf den Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung und dabei insbesondere den sektorübergreifenden Bezug mit der stationären Versorgung im Krankenhaus. Es fehlt insofern daher an einem Bezug zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Allerdings stellt sich auch in dem Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung grundsätzlich die Frage einer Abgrenzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne von § 135 SGB V. Nach der hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen, ist eine Methode in diesem Sinne dann als „neu“ zu bezeichnen, wenn sie nicht als abrechnungsfähige zahn-

ärztliche Leistung im BEMA-Z enthalten ist. Auch auf dieser Grundlage ergeben sich im Einzelfall aber Auslegungsfragen dahin, inwieweit eine bestimmte Methode von einer Leistungsbeschreibung im BEMA-Z umfasst ist, bzw. lediglich eine bloße, unbeachtliche Modifikation einer bereits eingeführten Methode darstellt. Hierüber abschließend zu entscheiden, kann aber nicht einer Trägerorganisation des G-BA, sondern nur diesem insgesamt obliegen. Dies auch im Hinblick darauf, dass zwischenzeitlich unter bestimmten Voraussetzungen auch Hilfsmittelanbietern ein unmittelbarer Anspruch gegenüber dem GKV-Spitzenverband auf Antragstellung gegenüber dem G-BA eingeräumt worden ist (BSG, NZS 09, 630).

In diesem Zusammenhang ist in Abs. 7 der vorgesehenen Neufassung nunmehr ein Anspruch von Herstellern von Medizinprodukten und Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben, vorgesehen, beim G-BA eine Richtlinie zur Erprobung der neuen Methode zu beantragen. In Abs. 8 ist diesbezüglich eine Beratung der betreffenden Hersteller oder Unternehmen durch den G-BA vorgesehen, die sich nach den Inhalten der diesbezüglichen Begründung u.a. auch auf die Abgrenzung der Einführung von neuen Leistungen in die vertragszahnärztliche Versorgung, die keine neuen Methoden darstellen, beziehen kann.

Vor dem Hintergrund andauernden Auseinandersetzungen über die Frage der Abrechenbarkeit einzelner Leistungen und dabei der Abgrenzung von Modifikationen bestehender Behandlungsmethoden von neuen Methoden im Sinne von § 135 SGB V sollte dem G-BA generell die Aufgabe zugewiesen werden, diese Frage im Einzelfall nach Einleitung des Verfahrens durch einen Antragsberechtigten gem. § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu entscheiden.

Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse (Artikel 1 Nr. 66)

§ 217f Abs. 6 SGB V-E

Gem. der vorgesehenen Neuregelung soll der GKV-Spitzenverband Entscheidungen treffen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten zur Sicherstellung der Leistungsansprüche der Versicherten und zur Abrechnung der Leistungen erforderlich sind. Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll es sich hierbei um die erforderlichen Entscheidungen zur Sicherstellung der praktischen Abwicklung des Verfahrens des Übergangs des Mitglieds von der geschlossenen in die neue Krankenkasse handeln.

Die Regelung ist im Grundsatz sachgerecht. Es sollte jedoch zumindest in der Begründung klargestellt werden, dass sich die Entscheidungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes lediglich auf interne Verfahrensregelungen zwischen den Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbänden und nicht auch auf vertragliche Regelungen mit den Verbänden der Leistungserbringer bezieht. Eventuelle Übergangsregelungen in diesen Bereichen müssten vielmehr zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbart werden.

Nur der Begründung zu der in diesem Zusammenhang ebenfalls vorgesehenen Neuregelung in § 271 Abs. 2a SGB V-E hinsichtlich der Möglichkeit zur Gewährung eines Liquiditätsdarlehens für eine leistungsaushelfende Krankenkasse ist zu entnehmen, dass sich die Entscheidungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes u.a. auf die Beauftragung einer Krankenkasse mit der Leistungsaushilfe im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse beziehen soll. Dadurch soll insbesondere verhindert werden, dass Versicherten einer von Schließung oder Insolvenz betroffenen Krankenkasse Leistungen verweigert oder privat in Rechnung gestellt werden, wenn es Ihnen nicht möglich ist, die Krankenversichertenkarte oder einen Berechtigungsschein der neuen Krankenkasse rechtzeitig vorzulegen.

Dieses Ziel kann allerdings nicht alleine durch einseitige Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes erreicht werden, sondern setzt darüber hinaus eine rechtzeitige Unterrichtung der jeweiligen Leistungserbringer sowie die Vereinbarung und Durchführung der erforderlichen Verfahrensanpassungen in deren Bereich voraus. Es sollte daher zumindest in der Begründung zu § 217f Abs. 6 SGB V-E bestimmt werden, dass der GKV-Spitzenverband die Leistungserbringerorganisationen unverzüglich über seine Entscheidungen zu unterrichten und die Grundsätze deren Umsetzung ggf. mit den Vertragspartnern auf Bundesebene zu vereinbaren hat.

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z) **§§ 12, 13, 14 ZV-Z-E**

Die allgemeinen Bestimmungen zur Bedarfsplanung in der Zulassungsverordnung werden an die vorgesehenen Neufassungen der §§ 90a, 99, 101 SGB V-E angepasst.

Auch insofern handelt es sich um Maßnahmen, die wiederum wesentlich auf Situationen der Unterversorgung im Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung Bezug nehmen. Eine Notwendigkeit zur Übertragung der insofern vorgesehenen Verfahrensgrundsätze auch auf den Bereich der **vertragszahnärztlichen** Versorgung besteht daher nicht. Insofern kann auf die diesbezüglichen Ausführungen oben zu den betreffenden Neuregelungen im SGB V verwiesen werden.

§ 24 Abs. 2 ZV-Z-E

Die bisherige Bestimmung, wonach der Vertragszahnarzt seine Wohnung so zu wählen hat, dass er für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragszahnarztsitz zur Verfügung steht, wird aufgehoben.

Es soll somit eine Aufhebung der sogenannten Residenzpflicht des Vertragszahnarztes erfolgen. Damit soll auch ausweislich der diesbezüglichen Begründung nunmehr auch keine Verpflichtung des Vertragszahnarztes mehr bestehen, seinen Vertragszahnarztsitz auch in sprechstundenfreien Zeiten für eventuelle Notfallbehandlungen erreichen zu können. Es soll insofern bei der weiterbestehenden Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten Notdienst verbleiben.

Die Regelung zielt auch ausweislich der, in diesem Zusammenhang vorgesehenen weiteren Erleichterungen hinsichtlich der Gründung von Zweigpraxen in § 24 Abs. 3 ZV-Z auf eine Bekämpfung von Unterversorgungen im Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung. Wie bereits mehrfach ausgeführt, existieren vergleichbare Situationen im Bereich der **vertragszahnärztlichen** Versorgung demgegenüber nicht. Bereits deshalb ist eine unbesehene Übertragung dieser Neuregelung auch auf den Bereich der ZV-Z problematisch.

Diese wird auch dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Vertragszahnarzt, der im Gegensatz zum Vertragsarzt die Behandlung in aller Regel unmittelbar und vollständig in seiner Praxis erbringt, nicht gerecht. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern, Überweisungen oder sektorübergreifende Behandlungen spielen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung allenfalls eine völlig untergeordnete Rolle. Zur verantwortlichen und qualitätsgesicherten Erbringung vertragszahnärztlicher Leistungen ist zudem dann, wenn diese zulässigerweise durch angestellte Zahnärzte oder unter Hinzuziehung von Heilhilfspersonen erbracht werden, eine angemessene Überwachung der Tätigkeit dieser Personen durch den Vertragszahnarzt selbst erforderlich. Auch dies kann aber bei einer beliebigen Entfernung des Wohnsitzes des Vertragszahnarztes von seinem Vertragszahnarztsitz nicht mehr gewährleistet werden. Es ist aber sorgsam darauf zu achten, dass die Versorgung am Vertragszahnarztsitz in der Regel kontinuierlich vom Vertragszahnarzt selbst als primärer Ansprechpartner des Patienten sicher-

gestellt und nicht weitgehend auf einen notwendigerweise vergleichsweise anonymen Notdienst verlagert wird.

§ 24 Abs. 3 ZV-Z-E

Die bereits bisher vorhandenen Bestimmungen zur Zweigpraxis werden dahin ergänzt, dass geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragszahnarztsitzes unbeachtlich sind, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden.

Die Neuregelung soll auch ausweislich der diesbezüglichen Ausführungen in der Begründung die Tätigkeit in Zweigpraxen weiter erleichtern. Insbesondere soll die bisherige Orientierung der Zulassungsausschüsse an der räumlichen Entfernung zwischen Vertragszahnarztsitz und Zweigpraxis sowie an der erforderlichen Fahrtzeit zwischen diesen, die auch von der Rechtsprechung vertreten worden ist, relativiert werden. Stärker als bisher soll die Versorgungssituation an beiden Tätigkeitsorten berücksichtigt werden, so dass umso größere Beeinträchtigungen der Versorgung am Vertragszahnarztsitz hinzunehmen seien, je größer der Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis ist.

Insofern kann zunächst grundsätzlich auf die Ausführungen oben zu § 24 Abs. 2 ZV-Z-E verwiesen werden.

Auch diese Änderung stellt zudem wiederum ersichtlich allein eine Reaktion auf die aktuelle Versorgungssituation im Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung dar. Für den Bereich der **vertragszahnärztlichen** Versorgung sind diese als unnötig und auch deshalb abzulehnen, weil dadurch insbesondere mit dem Begriff der „geringfügigen Beeinträchtigung“ weitere unbestimmte Rechtsbegriffe eingeführt werden, die entgegen der Begründung nicht zu einer Klarstellung, sondern im Gegenteil zu einer weiteren Erschwerung der Rechtsanwendung führen. Dies wird besonders deutlich in den Ausführungen

zur Bedeutung des Versorgungsbedarfes am Ort der Zweigpraxis in der Begründung. Ungeachtet des, in der vorgesehenen Neufassung enthaltenen Begriffes der „geringfügigen Beeinträchtigungen“ werden danach undifferenziert Beeinträchtigungen am Vertragszahnarztsitz durch einen Versorgungsbedarf am Ort der Zweigpraxis gerechtfertigt. Auch ein überproportionaler Versorgungsbedarf kann aber nach der vorgesehenen Fassung der Norm jedenfalls keine solchen Beeinträchtigungen der Versorgung am Vertragszahnarztsitz rechtfertigen, die mehr als nur „geringfügig“ in diesem Sinne sind.

Insbesondere unter Berücksichtigung der besonderen Situation im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sollte daher an der bisherigen Fassung festgehalten werden, die unter Zugrundelegung der diesbezüglich von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze (vgl. BSG, Urteil vom 09.02.2011, B S KA 7/10 R) sowohl eine ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragszahnarztsitz als auch am Ort der Zweigpraxis sicherstellt.

§ 32b Abs. 5 ZV-Z-E

Hinsichtlich angestellter Zahnärzte wird zusätzlich geregelt, dass eine Anstellung auf Antrag des Vertragszahnarztes in eine Zulassung umzuwandeln ist, sofern der angestellte Zahnarzt einen ganzen oder halben Versorgungsauftrag inne hat. Sofern nicht zugleich ein Nachbesetzungsverfahren gem. § 103 Abs. 4 SGB V durchgeführt wird, soll der bisher angestellte Zahnarzt Inhaber der Zulassung werden.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll es sich um eine Folgeregelung der vorgesehenen Neufassung von § 95 Abs. 9b SGB V-E handeln.

Die Regelung entspricht wiederum einer solchen im Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass im Bereich der ver-

trags**zahnärztlichen** Versorgung keine Bedarfszulassung stattfindet und die diesbezüglichen Regelungen in § 103 SGB V und damit insbesondere auch die in der vorgesehenen Neufassung von § 32b Abs. 5 ZV-Z-E in Bezug genommene Bestimmung des § 103 Abs. 4 SGB V gem. § 103 Abs. 8 SGB V nicht für Zahnärzte gilt. Auch zur Erhaltung der Rechtsklarheit sollte daher auf diese Norm, zumindest aber auf den zweiten Halbsatz verzichtet werden.

§ 33 Abs. 2 ZV-Z-E

Die bereits vorhandenen Bestimmungen zu den Berufsausübungsgemeinschaften sollen dahin ergänzt werden, dass solche Gemeinschaften nicht zur Umgehung von Bestimmungen über eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Vertragszahnärzten und anderen Leistungserbringern gegründet werden dürfen. Eine Umgehung des Zuweisungsverbotes gem. § 73 Abs. 7 SGB V-E soll danach insbesondere dann anzunehmen sein, wenn der Gewinn aus der gemeinsamen Berufsausübung ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der jeweils persönlich erbrachten Leistungen entspricht.

Die Norm soll sich ersichtlich nicht gegen eventuell unzulässige Kooperationsformen, z.B. in Form verdeckter Anstellungen von Zahnärzten, sondern allein gegen Zuweisungen von Versicherten an Vertragszahnärzte in Berufsausübungsgemeinschaften durch andere Leistungserbringer bzw. an diese richten.

Damit wird ersichtlich wiederum auf Fallgestaltungen im Bereich der **vertragsärztlichen** Versorgung Bezug genommen. Infolge des, demgegenüber im Bereich der **vertragszahnärztlichen** Versorgung fehlenden sektorenübergreifenden Bezugs und der ferner i. d. R. fehlenden Zusammenarbeit von Vertragszahnärzten mit anderen Leistungserbringern nach dem SGB V existieren vergleichbare Fallgestaltungen in diesem Bereich ebenso wenig, wie eine darauf aufbauende Gewinnverteilung innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft auf der Grundlage von Zuweisungszahlen.

Die vorgesehene Regelung ist daher in diesem Bereich unnötig und auf diese sollte daher auch aus Gründen der Rechtsklarheit verzichtet werden.

Das in der Begründung angesprochene Ziel einer Verhinderung von Gewinnverteilungen in Abhängigkeit von Zuweisungszahlen findet sich zudem im Normtext nicht abgebildet. Denn dort ist generell von einer Umgehung des Verbots der Zuweisung dann die Rede, wenn der Gewinn aus der gemeinsamen Berufsausübung ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der jeweils persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Eine Abhängigkeit von Zuweisungszahlen ergibt sich daraus nicht.

Auch unabhängig davon ist eine solche Vermutungsregelung sachlich nicht gerechtfertigt, da sich insbesondere in der Gründungsphase von Berufsausübungsgemeinschaften legitime Gründe ergeben können, eine Gewinnverteilung nicht jeweils entsprechend dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen in der Gemeinschaft vorzunehmen. Eine abweichende Verteilung kann z. B. zum Ausgleich von, nur von einzelnen Mitgliedern der Gemeinschaft vorgenommenen Investitionen oder sonstiger Leistungen an die Gemeinschaft sinnvoll sein. Dies ist auch nach der diesbezüglichen Rechtsprechung zulässig, nach der sogar eine sogenannte „Null-Beteiligung“ nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist (z. B. BSGE 106, 222).