



Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
zum
Regierungsentwurf
eines Gesetzes zur Weiterentwicklung
der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) unterstützen das mit dem Regierungsentwurf des GVWG (RegE) verfolgte Ziel, die flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln, und begrüßen daher viele zur Erreichung dieses Ziels intendierten gesetzlichen Änderungen bzw. Ergänzungen, wozu u. a. auch die dort angelegten Maßnahmen zur Steigerung der Qualität und Transparenz in der Versorgung gehören.

Regelungen ohne erkennbaren Mehrwert für das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel, wozu

- die Implementierung der Genehmigungspflichtigkeit der Entschädigungsregelungen der Kassen(zahn)ärztlichen (Bundes)Vereinigungen in § 81 Abs. 1 Nr. 8 SGB V-RegE
und
- die Einführung einer neben die bereits bestehende berufsrechtliche Pflicht tretenden sozialrechtlichen Berufshaftpflichtversicherungspflicht in § 95e SGB V-RegE

gehören, stehen KZBV und BZÄK kritisch gegenüber, und nehmen zu diesen sowie zu einzelnen weiteren, die Belange der Zahnärzteschaft betreffenden Regelungen wie folgt Stellung:

I. Entschädigungsregelungen als Teil der Satzung der K(Z)BV bzw. K(Z)Ven (Art. 1 Nr. 23 RegE / § 81 Abs. 1 Nr. 8 SGB V- RegE)

Der mit der Ergänzung des § 81 Abs. 1 Nr. 8 SGB V intendierten Einbeziehung aller Regelungen zur Entschädigung von Organmitgliedern der Kassen(zahn)ärztlichen (Bundes)Vereinigungen einschließlich der Regelungen zur Art und

Höhe der Entschädigungen in die jeweilige Satzung der benannten Körperschaften stehen die KZBV und die BZÄK kritisch gegenüber, denn sie ist unpraktikabel und nicht erforderlich.

Die intendierte Einbeziehung auch der Regelungen zu Art und Höhe der Entschädigungen der Organmitglieder in die formale Satzung hätte zur Folge, dass jede noch so geringe Anpassung der Art oder Höhe der Entschädigung durch die Vertreterversammlung als Satzungsänderung zu behandeln und als solche mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit ihrer Mitglieder zu beschließen sowie der jeweiligen Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen ist.

Die Ausweitung der Genehmigung auch auf solche Sachverhalte, die von den benannten Körperschaften bisher als sonstiges autonomes Recht gem. § 79 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V beschlossen worden sind, führt nicht nur zu Verzögerungen beim Inkrafttreten beschlossener Anpassungen von Entschädigungsregelungen, sondern erhöht zudem den im Zusammenhang mit der Beschlussfassung und dem anschließenden Genehmigungsverfahren einhergehenden Verwaltungsaufwand sowohl in den Körperschaften als auch bei den Aufsichtsbehörden. Die Entstehung solch unnötiger Bürokratielasten gilt es jedoch zu vermeiden.

Für die Implementierung einer solchen Regelung, welche ausweislich der Begründung dem Zweck dienen soll, den Aufsichtsbehörden die Bewertung und Prüfung aller Aspekte wie z.B. die Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu ermöglichen, besteht auch kein Bedürfnis. Denn die Aufsichtsbehörden sind bereits jetzt in der Lage, im Rahmen ihrer aufsichtsrechtlichen Befugnisse die Entschädigungsordnungen einer Prüfung dem Inhalt und der Höhe nach zu unterziehen. Ihnen steht bspw. u.a. das Instrument der § 274-Prüfung zur Verfügung. Welchen tatsächlichen Mehrwert demgegenüber ein formales Genehmigungsverfahren haben soll, erschließt sich nicht.

Die vom Gesetzgeber ins Feld geführte Begründung, die Vorlage zur Genehmigung sei erforderlich, um eine umfassende Bewertung und Prüfung aller Aspekte wie z.B. auch der Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit vornehmen zu können, überzeugt daher nicht. Zumal auch die Körperschaften im Rahmen ihres Gestaltungsspielraums in eigener Verantwortung zur Einhaltung dieses Grundsatzes verpflichtet sind.

Mit der intendierten Regelung wird erneut in die Selbstverwaltungsautonomie der Körperschaften eingegriffen und der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltungsgremien weiter sukzessive abgebaut.

Die KZBV und die BZÄK lehnen die intendierte Regelung daher ab.

II. Gemeinsamer Bundesausschuss (Art. 1 Nr. 27 RegE / § 91 SGB V-RegE)

Die Regelung, dass der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Ausübung seiner Steuerungsverantwortung gem. § 91 Abs. 2 Satz 13 SGB V zur Sicherstellung der Einhaltung gesetzlicher Fristen be-

rechtigt ist, gegenüber dem Beschlussgremium des G-BA entsprechende Anträge zu stellen, um eine fristgerechte Beschlussfassung herbeizuführen, wird begrüßt.

Ebenfalls begrüßt wird die Korrektur des Verweises, dass das Beteiligungsrecht der Heilberufekammern auch bei Berechtigung zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V besteht.

Die Ergänzung der regelmäßigen jährlichen Berichtspflicht des G-BA um die Darstellung der Fristeneinhaltung gem. § 136b Abs. 3 Satz 1 SGB V (neu) wird als in Einklang stehend mit den neuen Verpflichtungen des G-BA gem. § 27b zur Kenntnis genommen.

III. Einführung der Berufshaftpflichtversicherungspflicht als vertragszahnärztliche Pflicht und als Zulassungsvoraussetzung

(Art. 1 Nr. 28 RegE / § 95e SGB V-RegE und Art. 13 RegE / §§ 18, 26, 27 Satz 2, 31 und 46 Abs. 2 ZV-Z / Stellungnahme des Bundesrats zu Artikel 1 Nummer 28 (§ 95e Absatz 7 SGB V-RegE / BR-Drs. 12/21)

Die BZÄK und die KZBV betonen zunächst erneut, dass sie eine angemessene Versicherung der Zahnärztinnen und Zahnärzte gegen Haftpflichtansprüche aus ihrer beruflichen Tätigkeit für ein zentrales Element des Patientenschutzes halten. Aus den auch bereits ausführlich in der Stellungnahme von BZÄK und KZBV zum Referentenentwurf des GVWG dargelegten Gründen – auf die hier nochmals verwiesen sei – ist die intendierte Einführung einer sozialrechtlichen Berufshaftpflichtversicherung neben der bereits bestehenden berufsrechtlichen Pflicht abzulehnen. Vielmehr wäre einer Regelung im Zahnheilkundegesetz (ZHG) der Vorzug vor einer überflüssigen Doppelung im SGB V zu geben.

Die BZÄK und die KZBV weisen insoweit erneut darauf hin, dass die beabsichtigte Neuregelung in § 95e SGB V und die damit verbundene Einführung einer sozialrechtlichen Berufshaftpflichtversicherung für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte im SGB V ihr Ziel verfehlt. Sofern der gesetzgeberische Wille nach einer bundesgesetzlichen Einführung einer Pflicht zur Berufshaftpflichtversicherung besteht, ist richtiger Regelungsort das Zahnheilkundegesetz (ZHG) und nicht das SGB V. KZBV und BZÄK lehnen deshalb die Einführung einer sozialrechtlichen Berufshaftpflichtversicherung im SGB V ab. Die wesentlichen Gründe werden im Einzelnen wiederholt; ergänzend sei hier nochmals auf die entsprechende Stellungnahme von KZBV und BZÄK zum Referentenentwurf des GVWG verwiesen:

a) Der Berufszugang (Ausübung der Zahnheilkunde) wird abschließend im Zahnheilkundegesetz bundesgesetzlich geregelt. Erfüllen Antragssteller die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 ZHG, wird diesen die zahnärztliche Approbation erteilt. Ohne die Erteilung einer zahnärztlichen Approbation ist die dauerhafte Ausübung der Zahnheilkunde untersagt. Die beabsichtigte Regelung in § 95e SGB V

knüpft nicht an den Berufszugang, sondern an die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung an. Nicht alle approbierten Zahnärztinnen und Zahnärzte nehmen an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil, sondern üben die Zahnheilkunde ausschließlich im privat Zahnärztlichen Bereich aus. Eine Regelung im SGB V kann folglich nur für die zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte gelten, nicht aber für Privat Zahnärztinnen und Privat Zahnärzte. Eine entsprechende Regelung im § 2 ZHG, die an die Erteilung der Approbation anknüpft, würde hingegen alle Zahnärztinnen und Zahnärzte umfassen und ist bereits deshalb einer Regelung im SGB V vorzuziehen.

Die (Landes-)Zahnärztekammern sind ganz überwiegend inzwischen durch die entsprechenden Heilberufe- und Kammergesetze der Länder zu zuständigen Stellen im Sinne des § 117 Abs. 2 VVG bestimmt. Würde die Erteilung der zahnärztlichen Approbation analog zu der Zulassung zur Rechtsanwaltschaft den Nachweis über eine angemessene Berufshaftpflichtversicherung im Zahnheilkundengesetz voraussetzen, würden jegliche Änderungen bestehender Versicherungsverhältnisse aller Zahnärzte und nicht nur der Vertragszahnärzte durch die Versicherer an die zuständigen Stellen der Kammern mitgeteilt werden. Parallelzuständigkeiten würden bedingt durch die beabsichtigte Doppelzuständigkeit von Zulassungsausschüssen und Zahnärztekammern so vermieden. Die Annahme des Bundesrechnungshofs, dass lediglich in einigen Kammerbereichen gewährleistet sei, dass Zahnärztekammern von den Versicherungsunternehmen erfahren, wenn der Haftpflichtschutz reduziert wird oder endet, wäre entkräftet.

b) Für die Patienten hat die beabsichtigte Regelung im SGB V bei der zahnärztlichen Leistungserbringung im Gegensatz zu einer Regelung im ZHG tatsächlich keinen nennenswerten Vorteil. Die beabsichtigte Regelung führt vielmehr – wenn überhaupt – zu einer vermeidbaren Benachteiligung von Patienten, die entweder privatversichert sind oder zu der Gruppe der Selbstzahler gehören. De jure kann die sozialrechtliche Berufshaftpflichtversicherung in § 95e SGB V nur für Haftpflichtfälle aus der Erbringung von vertragszahnärztlichen Leistungen greifen, nicht aber für zahnärztliche Leistungen außerhalb des GKV-Bereichs. Eine weiterreichende Regelung kann das SGB V aufgrund seines Regelungskreises nicht treffen. Privat Zahnärztliche Leistungen werden nicht durch das SGB V geregelt und können deshalb nicht unter die beabsichtigte Norm fallen. Eine sozialrechtliche Berufshaftpflichtversicherung greift in diesem Fall nicht. Im zahnärztlichen Bereich werden systembedingt jedoch häufig vertragszahnärztliche und privat Zahnärztliche Leistungen erbracht und abgerechnet. Angesichts dessen würde eine sozialrechtliche Berufshaftpflichtversicherung für einen nicht unerheblichen Teil der erbrachten zahnärztlichen Leistungen nicht greifen. Auch aus diesem

Grund plädieren BZÄK und KZBV für eine Abkehr von der beabsichtigten Regelung im SGB V und für eine Verankerung einer Pflicht zum Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung im Sinne des § 113 VVG bei Approbationserteilung im § 2 Absatz 1 ZHG.

c) Den Änderungsvorschlag des Bundesrats zu Artikel 1 Nummer 28 (§ 95e Absatz 7 SGB V) lehnen BZÄK und KZBV ab und schlagen stattdessen vor, in Artikel 1 Nummer 28 (§ 95e Absatz 7 SGB V) das Wort „Kammer“ durch die Wörter „Approbationsbehörde und Kammer“ zu ersetzen.

Ein Ruhen der zahnärztlichen Approbation bei fehlendem oder nicht ausreichendem Versicherungsschutz kann durch die Approbationsbehörde bei Zahnärztinnen und Zahnärzten nicht angeordnet werden. Eine der ärztlichen Regelung in § 6 Abs. 1 Nummer 5 Bundesärzteordnung entsprechende Regelung existiert im ZHG nicht. Insoweit besteht kein Grund dafür, dass die Zahnärztekammern nicht unmittelbar durch den Zulassungsausschuss informiert werden. So ist auch eine zügige berufsrechtliche Ahndung gewährleistet.

1. zu § 95e SGB V-RegE:

Sofern der Gesetzgeber mit der Regelung in § 95e Abs. 1 SGB V-RegE das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes zu einer vertragsärztlichen Pflicht erhebt, ist zu bedenken, dass die Haftpflichtversicherungspflicht vornehmlich eine berufsrechtliche Pflicht ist, welche nunmehr zugleich zu einem Bestandteil des vertragszahnärztlichen Pflichtenkataloges gemacht werden soll. Es besteht daher kein Bedürfnis für eine die berufsrechtlichen Pflichten normierende Regelung im SGB V.

Die durch den vorliegenden RegE nunmehr bewirkte Dualität paralleler Versicherungspflichten im Berufs- und im Sozialrecht könnte zu Umsetzungsschwierigkeiten sowohl auf Seiten der Versicherer als auch auf Seiten der Versicherungsnehmer führen, insbesondere falls sich widersprechende Regelungen (etwa zur Versicherungssumme) in den unterschiedlichen Regelungskreisen getroffen würden. Bei der Bestimmung der Versicherungssumme müssten die Vertragspartner eine entsprechende Differenzierung vornehmen, womit zwangsläufig Rechtsunklarheit verbunden wäre. Ausgehend hiervon können die nach § 95e Absatz 3 SGB V-RegE mit der Prüfung beauftragten zuständigen Zulassungsausschüsse auch nur die Einhaltung der vertrags(zahn)ärztlichen nicht aber der privat(zahn)ärztlichen Berufshaftpflichtversicherungspflicht prüfen. Dies macht es aber notwendig, dass – namentlich bei der Prüfung des ausreichenden Versicherungsschutzes – zwischen den vertrags(zahn)ärztlichen und den privat(zahn)ärztlichen Risiken unterschieden werden muss. Gerade im zahnärztlichen Bereich ist diese Trennung aber mitunter kaum möglich, weil durch das Festzuschusssystem und die

Auswahl zwischen gleich- und andersartiger Versorgung die Grenzen verwischen.

Die Dualität paralleler Versicherungspflichten führt außerdem zu Rechtsunklarheiten auf der Rechtsfolgenseite. Der zur Ausübung des (zahn)ärztlichen Berufes zugelassene (Zahn)arzt, der daneben auch privat(zahn)ärztlich tätig ist, wäre im Falle der Anordnung des Ruhens der vertrags(zahn)ärztlichen Zulassung aufgrund des Nichtvorhandenseins einer Berufshaftpflichtversicherung bis zum Beibringen eines Versicherungsnachweises zwar von der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ausgeschlossen, dürfte aber seiner privat(zahn)ärztlichen Tätigkeit ungeachtet des Fehlens einer Berufshaftpflichtversicherung nachgehen.

Zweifelhaft ist ferner, ob die Regelung des § 95e Abs. 1 SGB V-RegE, welcher die Versicherungspflicht regelt, überhaupt in die Regelungskompetenz des Bundes fällt.

Die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes läge dann vor, wenn § 95e Abs. 1 SGB V-RegE das Vorliegen der Berufshaftpflichtversicherung als Voraussetzung für die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung definieren würde. Es sollte daher sorgfältig geprüft werden, ob eine bisher als Berufsrecht firmierende Materie ohne weiteres dadurch in die Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG gezogen werden kann, dass sie zum Gegenstand der Berufszulassung gemacht wird, zumal wenn es sich wie vorliegend nicht um eine echte Zulassungsvoraussetzung zu handeln scheint, sondern im Falle der Nichtbeibringung einer Versicherungsnachweises das Ruhen der Zulassung angeordnet wird.

Diese Zweifel werden nicht dadurch geringer, dass die Regelung bzw. ihre Begründung klar zum Ausdruck bringen, dass sie der Beseitigung berufsrechtlicher Defizite bei der Überwachung der berufsrechtlichen Versicherungspflicht durch die Kammern dient. Inwieweit es Aufgabe des Sozialrechts ist, im Falle berufsrechtlicher Defizite die betreffenden Regelungsgehalte "an sich zu ziehen", ist zu hinterfragen.

Soweit der Gesetzgeber nunmehr die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG mit der Begründung stützt, dass mit § 95e SGB V-RegE ein neuer Lebenssachverhalt in das System der Sozialversicherung einbezogen wird, vertreten KZBV und BZÄK die Auffassung, dass mit neuen Lebenssachverhalten in diesem Sinne solche gemeint sind, die künftig im Wege der Sozialversicherung abgesichert und insoweit als neuer Sozialversicherungsgegenstand in das System der Sozialversicherung einbezogen werden sollen, mithin im Zusammenhang mit der Einführung neuer Sozial(versicherungs)leistungen stehen (s. BVerfG, Beschluss vom 08. April 1987 – 2 BvR 909/82 –, BVerfGE 75, 108-165, Leitsatz Nr. 1). Die intendierte Einführung des § 95e SGB V-RegE begründet hingegen keine neue Sozialleistung.

Ungeachtet der vorstehenden Ausführungen und angesichts der mit § 95e SGB V-RegE verfolgten Zielsetzung halten KZBV und BZÄK die Festlegung einer gesetzlichen Mindestversicherungssumme grundsätzlich für sinnvoll, sofern diese tatsächlich der marktüblichen Mindestversicherungssumme zahnärztlicher Berufshaftpflichtversicherungen entspricht und die Besonderheiten der einzelnen Praxis wie das Leistungsspektrum, das Patienten Klientel, die Praxisstruktur, die Organisationsform usw. berücksichtigt werden.

Den Besonderheiten der einzelnen Praxis trägt der Gesetzgeber nur insoweit Rechnung, als dass er die in § 95e Abs. 5 Sätze 2 f. SGB V-RegE ausdrücklich genannten Praxisformen mit angestellten (Zahn)Ärzten – namentlich das MVZ, die anstellenden Vertrags(zahn)ärzte und die anstellenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) – verpflichtet, die gesamte von der jeweiligen Praxis ausgehende (zahn)ärztliche Tätigkeit, also inklusive der (zahn)ärztlichen Tätigkeit der dort angestellten (Zahn)Ärzte, mit einer Mindestversicherungssumme von fünf Mio. Euro zu versichern.

Nach Bewertung von KZBV und BZÄK vermag diese Regelung jedoch nicht, die Unterschiedlichkeit der Praxisstrukturen, die aus der unterschiedlichen Anzahl der angestellten (Zahn)ärzte resultieren könnte sowie die Vielfalt der Haftpflichtversicherungskonstellationen vollumfänglich abzubilden. Erforderlich ist, wie der Gesetzgeber auf Seite 75 f. der Begründung selbst einräumt, die Ermittlung des spezifischen Haftungsrisikos für die jeweilige Praxisform unter besonderer Berücksichtigung der Größe und des Umfangs der Versorgungsaufträge des Leistungserbringers / Praxis.

Vor diesem Hintergrund erachten BZÄK und KZBV die in § 95e Abs. 2 Satz 3 SGB V-RegE dem GKV-SV, der BÄK, der BZÄK, BPtK und der jeweiligen Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingeräumte Möglichkeit, höhere Mindestversicherungssummen festzulegen, dem Grunde nach für sinnvoll. Allerdings sollte diese Möglichkeit dann nicht auf lediglich die ersten sechs Monate nach dem Inkrafttreten des GVWG beschränkt sein, zumal für entsprechende Anpassungen ggf. praktische Erfahrungen maßgeblich sein werden, die sich erst im Laufe der Zeit und nicht bereits nach sechs Monaten erweisen. Ferner sollte mit Blick auf größere, ggf. über unbeschränkte Anstellungsmöglichkeiten verfügende Einrichtungen nach Absatz 5 ermöglicht werden, zielgenau anhand der Praxisgröße staffelbare Mindestsummen festlegen zu können, so dass für Einrichtungen mit vielen Angestellten höhere Mindestsummen gelten können als für solche mit weniger Angestellten. Die vorgesehene Beschränkung auf ausschließlich höhere und nicht auf geringere Mindestversicherungssummen soll jedenfalls für den Bereich der Zahnmedizin ebenso überdacht werden wie die das Fehlen der Möglichkeit, innerhalb der Berufsgruppe nach den unterschiedlichen Fachrichtungen zu differenzieren. Auch fehlen für das Versicherungsverhältnis weitere ganz wesentliche Bezugsgrößen. Eine erforderliche und angemessene Mindestversiche-

rungssumme wird in der Höhe ganz unterschiedlich zu bemessen sein. Wesentliche Kriterien dafür sind u.a. auch die Anzahl der Versorgungsaufträge und das Tätigkeitsgebiet.

Nicht abschließend bewertet werden kann zudem der zusätzliche Verwaltungsaufwand, der den Zulassungsausschüssen mit der intendierten Neuregelung bzw. den hierdurch neu übertragenen Aufgaben zur Überprüfung des Vorliegens des Versicherungsschutzes, zur Anordnung des Ruhens der Zulassung einschließlich ggf. der Notwendigkeit, die sofortige Vollziehung des Ruhensbescheides anzuordnen und diese besonders zu begründen, oder zur Entziehung der Zulassung bei fehlendem Versicherungsschutz bereitet wird. Dies gilt umso mehr für die ebenfalls zur Aufgabe gemachten Aufforderung, aller bereits zugelassenen Leistungserbringer das Bestehen ihres Versicherungsschutzes nachzuweisen (§ 95e Abs. 6 SGB V-RegE). Vor dem Hintergrund der hier diagnostizierten Nichterforderlichkeit einer sozialrechtlichen Berufshaftpflichtversicherung ist diese aber auch schon wegen dieser zusätzlichen Verwaltungsaufwände für die Zulassungsausschüsse und KZVen abzulehnen.

Mit der Benennung der Zulassungsausschüsse zur zuständigen Stellen im Sinne des § 117 VVG treten die Zulassungsausschüsse neben die durch Kammer- oder Heilberufsgesetze der Länder zu zuständigen Stellen benannten Kammern. Versicherer hätten – nach den Vorstellungen des Entwurfes – künftig in Fällen, in denen im Zuständigkeitsbezirk zwei zuständige Stellen im Sinne des § 117 VVG benannt sind, beiden Stellen gegenüber Umstände im Sinne des § 117 Absatz 2 Satz 1 VVG anzuzeigen, um die Rechtsfolgen des § 117 Absatz 2 VVG auszulösen. Allerdings spricht das VVG in § 117 Absatz 2 Satz 1 ausdrücklich von „der hierfür zuständigen Stelle“. Es ist naheliegend, dass das VVG hier bewusst den Singular wählt. Die erhebliche Rechtsfolge der Nachhaftung macht eine rechtsklare und eindeutige Voraussetzung notwendig. Eine beliebige Ausweitung der zuständigen Stellen würde diese Schutzfunktion unterlaufen.

Die KZBV und die BZÄK stehen der gesetzgeberischen Intention einer wirksamen Berufshaftpflichtversicherung insoweit – wie bereits eingangs betont – zwar nicht kategorisch ablehnend gegenüber, fordern den Gesetzgeber jedoch auf, ggf. bestehende Probleme im bestehenden System durch dessen Weiterentwicklung zu lösen und von der Einführung einer sozialversicherungsrechtlichen Berufshaftpflichtversicherung im SGB V abzusehen.

2. Anpassung der Zulassungsverordnung für Zahnärzte, §§ 18, 26,27 Satz 2, 31 und 46 Abs. 2 e) ZV-Z-RegE

Die KZBV und die BZÄK erachten die in den §§ 18, 26, 27 Satz 2, 31 und 46 Abs. 2 ZV-Z vorgenommenen Folgeänderungen insoweit als zutreffend, als diese die aus § 95e SGB V-RegE resultierenden Voraussetzungen für die Zulassung und die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung so-

wie das Ruhen und die Entziehung der Zulassung abbilden und eine Kompensation der dem Zulassungsausschuss entstehenden Verwaltungskosten durch Erhebung einer Verwaltungsgebühr ermöglichen.

IV. Richtlinie des G-BA zur QS in ausgewählten Bereichen (Art 1 Nr. 40 RegE / § 136a Abs. 6 SGB V-RegE)

1. Der G-BA soll bis zum 31.12.2022 eine neue Richtlinie verabschieden, mit welcher einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit geschaffen werden sollen für Vergleiche der zugelassenen Krankenhäuser sowie der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. Die Information der Öffentlichkeit soll dem Zweck dienen, die Transparenz und Qualität der Versorgung, insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser zu erhöhen.

Auch nach den Änderungen durch den RegE gilt, eine weitere Richtlinie des G-BA schafft weitere Bürokratie. Dies, bevor in der Vergangenheit erfolgte Aufträge an den G-BA überhaupt umgesetzt werden und ihre Wirkung in der Praxis entfalten konnten. Der bisherige auch personelle Aufwand ist für alle Beteiligten inklusive dem IQTIG sowie in den betroffenen Einrichtungen enorm; die personellen Ressourcen sind mehr als ausgeschöpft. Es bestehen Umsetzungsprobleme in der sektorenübergreifenden QS an sich (z.B. QS WI), die von den Beteiligten (G-BA und IQTIG) momentan nicht bewältigt werden können. Des Weiteren liegen bisher aufgrund der verbesserungswürdigen Ausgestaltung der Verfahren keine belastbaren Ergebnisse vor, die fehlende Erprobung im Vorfeld führt zu einer eingeschränkten Machbarkeit, zeitnahe erforderliche Anpassungen sind kaum möglich.

Nutzenbelege oder Aufwand-Nutzenschätzungen für die Verbesserung der Versorgungsqualität durch die bestehenden Verfahren fehlen bisher. Damit geht auch eine Veröffentlichung ins Leere.

Durch die geplante Veröffentlichung wird zudem der wesentliche und positive Aspekt der Qualitätsförderung durch die Durchführung von Qualitätssicherung und die Rückmeldung der gewonnenen Erkenntnisse an die Leistungserbringer zur Qualitätsverbesserung, auch durch die damit verbundene Förderung der intrinsischen Motivation der Leistungserbringer, verlassen. Eine Qualitätsverbesserung erfolgt nicht durch die Veröffentlichung von Ergebnissen und die Nutzung einer modernen Form des „Prangers“.

Daher wird das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel einer Qualitätsverbesserung mit einer neuen Richtlinie zur Veröffentlichung nicht erreicht. Der Fokus sollte zunächst auf die Bewältigung der bestehenden Herausforderungen gerichtet werden, statt neue Herausforderungen zu schaffen.

2. Basis für die Bewertung sollen die Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 SGB V bereits verarbeiteten Daten sein.

Dass mit diesem Regelungsentwurf nicht neue Datenerhebungen, außer den nach § 299 SGB V bereits vorhandenen QS-Daten vorgesehen werden, ist zu begrüßen, ebenso die Klarstellung, dass es sich um aktuelle Daten handeln muss.

Zu beachten ist jedoch, dass Qualitätsindikatoren (QI) in der DeQS-RL auf Qualitätsförderung und nicht in erster Linie auf Sanktionierung setzen. Daher entfalten die QI vor allem eine Binnenwirkung und sind nicht dazu entwickelt worden, Patienten und Zuweisern eine Orientierungshilfe zu geben. Die QI der DeQS-RL sind meistens nicht harte evidenzbasierte Referenzwerte, sondern perzentilbasierte QI, verbunden mit rein rechnerischen Auffälligkeiten. In Folge sind mit ihrer Veröffentlichung keine Aussagen hinsichtlich der Qualität verbunden und eine vergleichende einrichtungsbezogene Darstellung der QI-Ergebnisse macht in solchen Fällen keinen Sinn. Vorhandene Rückmeldeberichte, die eine vergleichende Einordnung vornehmen, wo man bei bestimmten QI steht, sind damit nicht verwendbar. Um überhaupt eine Aussage treffen zu können, wäre daher immer ein Stellungsverfahren als Teil der verpflichtend vorgesehenen Risikoadjustierung vorauszusetzen, auf dessen Basis dann eine weitere aufwändige Einordnung erfolgen müsste. Insofern ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass sich der Regelungsvorschlag ausweislich der Begründung zunächst auf Auswertungen und Veröffentlichungen aufgrund der nach der Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und der Mindestmengenregelungen erhobenen Daten sowie der Ergebnisse von Strukturabfragen im stationären Bereich bezieht sowie auf ausgewählte Versorgungsbereiche, die sich grundsätzlich für einrichtungsbezogene Vergleiche eignen.¹

Der Regelungsentwurf sollte darauf beschränkt werden.

3. Für die Veröffentlichung soll der G-BA insbesondere Festlegungen zu Inhalt, Art und Umfang auch zur Plausibilisierung der durch den G-BA oder durch einen vom G-BA beauftragen Dritten zu verarbeitenden Qualitätsdaten sowie zu Inhalt, Art und Umfang der Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form schaffen. Ziel ist es, mit der Veröffentlichung einrichtungsvergleichender Übersichten in einer für die Allgemeinheit verständlichen und zugänglichen Form Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen sowie einweisende Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Auswahlentscheidung für Leistungserbringende zu unterstützen.

Wenn die Öffentlichkeit über die Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungserbringenden in einer Weise informiert werde, dass dies Qualitätsvergleiche zwischen Einrichtungen ermöglicht, sei davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten die Unterschiede bei ihrer Auswahlentscheidung berücksichtigen. Vor

¹ Vgl. Methodische Grundlagen des IQTIG Version 1.1s vom 15.04.2019 (S. 38 ff): „Entsprechend den unterschiedlichen Verwendungszwecken müssen die Mess- und Bewertungsinstrumente (z. B. Referenzbereiche) gegebenenfalls unterschiedlichen Anforderungen genügen.“

diesem Hintergrund sei zu erwarten, dass sich die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei den Leistungserbringenden mit der Neuregelung weiter stetig verbessern werden.

Es ist nicht belegt, dass sich die Öffentlichkeit von solchen Ergebnissen wesentlich leiten lässt, also ein Zuweiser sich im Vorfeld die Qualitätsergebnisse anschaut und von diesen Ergebnissen wesentlich beeinflussen ließe (vgl. das Webportal perinatalzentren.org). Soweit Patienten überhaupt zeitlich und regional die Wahl der Einrichtung haben, „wählen“ sie eine Einrichtung primär aus anderen Gründen (insbesondere Wohnortnähe und Empfehlung des Zuweisers oder aus dem Freundeskreis). Zudem müssten die Ergebnisse unter fachlichen Gesichtspunkten so aufbereitet sein, dass Patienten sie leicht verstehen und nachvollziehen können. Dies ist bei den aus den Qualitätsindikatoren abzuleitenden Ergebnissen in der Regel nicht der Fall und ist nicht ohne weiteres umsetzbar.

Die Informationen müssen auch objektiv und sachlich richtig sowie justiziabel sein. Einerseits muss sich die Öffentlichkeit auf die Richtigkeit der Aussagen verlassen können, sonst sind sie unbrauchbar, andererseits dürfen nicht falsch negative Aussagen Einrichtungen schädigen. Insofern ist auch die Haftungsfrage im Vorfeld von Veröffentlichungen zu klären.

4. Die Erforderlichkeit der zu verarbeitenden Daten sowie der zu veröffentlichenden Auswertungsergebnisse für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung, insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche sind in der Richtlinie darzulegen.

Dabei handelt es sich um eine aus Gründen des Datenschutzes und der Datensparsamkeit selbstverständliche Regelung. Jeder hoheitliche Eingriff muss verhältnismäßig sein. Insofern ist es selbstverständlich, dass ein hoher Maßstab an die Prüfung der Erforderlichkeit der zugrunde zu legenden Daten anzulegen ist. Dies gilt insbesondere für die Veröffentlichung von Auswertungsergebnissen unter Aufgabe des Datenschutzes durch die Veröffentlichung personenbezogener Klardaten im Hinblick auf den zu erwartenden Nutzen.

5. Die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse soll insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden und zugelassenen Krankenhäuser und regelmäßig erfolgen. Versichertenbezogene Daten dürfen nicht veröffentlicht werden.

Die Veröffentlichungen müssen objektiv und sachlich richtig sowie justiziabel sein. Dabei hat immer eine Abwägung der Veröffentlichung von Auswertungsergebnissen unter Aufgabe des Datenschutzes durch die Veröffentlichung personenbezogener Klardaten im Hinblick auf den zu erwartenden Nutzen im Einzelfall zu erfolgen.

Zu Recht ist daher die Veröffentlichung versichertenbezogener Daten untersagt. Eine Abwägung im Einzelfall muss jedoch auch für personenbezogene Daten von

einzelnen Leistungserbringern erfolgen. Die bloße Behauptung der Verhältnismäßigkeit reicht hier nicht aus.

Zutreffend wird in der Begründung dazu ausgeführt, dass die Maßnahme die Berufsfreiheit der vertragsärztlichen Leistungserbringenden und ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung sowie den Schutz ihrer Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse berührt.

Nicht zutreffend ist dagegen die pauschale Behauptung in der Gesetzesbegründung (ohne jede Quellenangabe), dass das Interesse an einer einrichtungsbezogenen und vergleichenden Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 SGB V verarbeiteten Daten zum Zweck der Förderung der Transparenz und Verbesserung der Qualität in der Versorgung im Interesse der Informationsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit von Patientinnen und Patienten insoweit die schützenswerten Interessen der Leistungserbringenden bei ihrer beruflichen Tätigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung überwiegt.

Gerade aus den bestehenden und hauptsächlich in der QS verwendeten Qualitätsindikatoren lässt sich nicht ableiten, dass Leistungserbringende anhand der Auswertungsergebnisse der etablierten und für sie verpflichtenden Qualitätssicherungsverfahren die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen. Dies trifft ausschließlich für Ergebnisse zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und Mindestmengenregelungen zu (vgl. dazu unter 2.).

Eine Veröffentlichung kann daher keinesfalls pauschal als höherrangig mit den Interessen der Versicherten an Transparenz über die Qualität in der medizinischen Versorgung begründet werden, im Verhältnis zur schützenswerten leistungserbringerbezogenen Information.

Insofern ist zuzustimmen, dass der G-BA, in seiner Richtlinie einen hohen Maßstab an die Prüfung der Erforderlichkeit der zugrunde zu legenden Daten und die Veröffentlichung von Auswertungsergebnissen anzulegen hat, so dass die Informationen objektiv und sachlich richtig sind. Erst wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, besteht die theoretische Möglichkeit, dass der Wettbewerb um mehr Qualität in der medizinischen Versorgung gestärkt und der Patientenschutz weiter verbessert wird.

Von einer einrichtungsbezogenen Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse ist auch dann abzusehen, wenn das damit verfolgte Ziel, mit einer einrichtungsvergleichenden Information tatsächlich über die Qualität der Versorgung informieren zu können, nicht erreicht werden kann.

Ist das Ziel der vom Gesetzgeber angestrebten Qualitätsverbesserung durch die Veröffentlichung - wie hier - nicht belegt, stellt sich die Frage, ob das hier angestrebte Mittel überhaupt den angestrebten Zweck erfüllen kann. Insofern ist zu prüfen, ob nicht auch weniger einschneidende Mittel, z. B. die Beschränkung der Veröffentlichung ausgewählter Ergebnisse und z. B. nur bezogen auf Einrichtungen ab einer bestimmten Größe geeignet sind, das angestrebte Ziel zu erreichen.

Von diesem Gedanken hat sich der Gesetzgeber auch bei den Vorgaben zur Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie des G-BA leiten lassen. Nach der gesetzlichen Vorgabe zur gestuften Vorgehensweise soll insbesondere die schwerwiegende Maßnahme einer Veröffentlichung nur dann eingesetzt werden, wenn es um besonders schwerwiegende Verstöße geht.

Insbesondere wenn die Maßnahme im Gegensatz zu einem Krankenhaus (mit größeren Organisationseinheiten/Abteilungen) sehr kleine Einrichtungen und damit Einzelpersonen unter Namensnennung betrifft, kann eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung einen einschneidenden unwiderruflichen Eingriff darstellen, der einen Weiterbetrieb unmöglich macht. Kleine Einrichtungen leben auch von ihrem „guten“ Namen. Es sind daher sehr hohe Anforderungen an die Veröffentlichung zu stellen.

Im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung ist für den Einzelfall eine Rechtsgüterabwägung zwischen dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie der Berufsausübungsfreiheit gemäß Art. 12 GG des Arztes und dem öffentlichen Informationsinteresse durchzuführen.

Es ist daher in Verantwortung für die Erfüllung der Patientensicherheit Sorge dafür zu tragen, dass der Ruf von Einrichtungen nicht unberechtigt oder vorschnell geschädigt wird. Der verantwortungsvolle Umgang beim Einsatz des Mittels der Veröffentlichung ist dabei essentiell. Zudem ist im Einzelfall abzuwägen zwischen den der Veröffentlichung zu Grunde liegenden Qualitätsindikatoren und deren Bedeutung für die Patientensicherheit einerseits und den daraus resultierenden Konsequenzen für eine Einrichtung andererseits sowie den datenschutzrechtlichen Aspekten, die - je kleiner die Einrichtung - an Bedeutung gewinnen, da am Ende einzelne Personen namentlich genannt werden.

6. Gesetzgeberisches Ziel ist es, ein Instrument zu schaffen, die Öffentlichkeit mindestens jährlich und einrichtungsvergleichend über die Erfüllung von Qualitätskriterien durch Leistungserbringende anhand der Auswertungsergebnisse der nach § 299 SGB V verarbeiteten Daten zu informieren.

Die Neuregelung soll ermöglichen, über die etablierte Qualitätsberichterstattung hinaus weitere und aktuellere Datengrundlagen auch in anderen Versorgungsbereichen für die gezielte einrichtungsvergleichende Information der Öffentlichkeit zu nutzen und beschränkt sich nicht ausschließlich auf ein jährliches Format. Durch die Verpflichtung zu einer mindestens jährlichen Veröffentlichung soll sichergestellt werden, dass die Auswertungsergebnisse fortlaufend aktualisiert werden. Die Veröffentlichung nur aktueller Daten ist Grundvoraussetzung.

Jährliche Vergleiche sind völlig ausreichend. Unterjährige Vergleiche wären sehr zeitaufwändig und ressourcenintensiv, Aufwand, entstehende Kosten für die GKV und zu erwartender Nutzen stehen nicht in Relation und sind aktuell (auch in Zeiten der Corona-Pandemie) nicht vertretbar.

7. Die ausdrückliche Verpflichtung des G-BA regelmäßig die in der Richtlinie bestimmten Qualitätsdaten und Vergleichsdaten im Hinblick auf ihre Eignung und Erforderlichkeit zur Erreichung des festgelegten Ziels zu evaluieren und dem BMG über die Ergebnisse der Evaluation zu berichten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Die ersten Evaluationsergebnisse bereits zum Ende des Jahres 2024 zu erwarten, ist völlig unrealistisch.

8. Fazit:

Das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel einer Qualitätsverbesserung wird mit einer neuen „Richtlinie zur Veröffentlichung“ nicht erreicht. Der Fokus sollte zunächst auf die Bewältigung der bestehenden Herausforderungen gerichtet und keine neuen Herausforderungen geschaffen werden.

Veröffentlichungen müssen objektiv und sachlich richtig sowie justiziabel sein, also auf belegbaren Fakten beruhen. Sie können daher nur auf Basis von QI mit festen evidenzbasierten Referenzwerten mit entsprechender Risikoadjustierung erfolgen. Die diesbezügliche Klarstellung im Entwurf, dass einrichtungsbezogene Vergleiche risikoadjustiert sein müssen, stellt insofern eine zu begrüßende Mindestanforderung dar. Dies gilt ebenso für die Klarstellung, dass Basis einer Veröffentlichung nur aktuelle Qualitätsdaten sein dürfen.

Veröffentlichungen müssen verlässlich sein, sonst sind sie unbrauchbar. Es dürfen keine falschen Angaben Einrichtungen schädigen. Insofern ist auch die Haftungsfrage im Vorfeld von Veröffentlichungen zu klären.

Auswertungen und Veröffentlichungen sind auf die gemäß der Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und von Mindestmengenregelungen erhobenen Daten sowie auf Ergebnisse aus Strukturabfragen im stationären Bereich und auf ausgewählte Versorgungsbereiche, die sich grundsätzlich für einrichtungsbezogene Vergleiche eignen, zu beschränken.

An die Veröffentlichung von Auswertungsergebnissen unter Aufgabe des Datenschutzes durch die Veröffentlichung personenbezogener Klardaten ist im Hinblick auf den zu erwartenden Nutzen ein hoher Maßstab anzulegen. Im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung ist für den Einzelfall eine Rechtsgüterabwägung zwischen dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung gemäß Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie der Berufsausübungsfreiheit gemäß Art. 12 GG des Arztes und dem öffentlichen Informationsinteresse durchzuführen.

Es ist daher in Verantwortung für die Erfüllung der Patientensicherheit Sorge dafür zu tragen, dass der Ruf von Einrichtungen nicht unberechtigt oder vorschnell geschädigt wird. Der verantwortungsvolle Umgang beim Einsatz des Mittels der Veröffentlichung ist dabei essentiell. Zudem ist im Einzelfall abzuwägen zwischen den der Veröffentlichung zu Grunde liegenden Qualitätsindikatoren und deren Bedeutung für die Patientensicherheit einerseits und den daraus resultierenden Konsequenzen für eine Einrichtung andererseits sowie den datenschutzrechtlichen Aspekten. Diese gewinnen - je kleiner die Einrichtung - an Bedeutung, da am Ende einzelne Personen namentlich genannt werden.

Veröffentlichungen dürfen im ambulanten Bereich aus Gründen des Datenschutzes nur für Einrichtungen ab einer bestimmten Größe erfolgen.

V. Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

(Art. 1 Nr. 42 RegE / § 137 Abs. 2 SGB V-RegE)

Grundsätzlich ist gegen die Verpflichtung zu einer 100 % Dokumentationsrate nichts einzuwenden. Allerdings ist die jetzt angestrebte Übertragung der bisher nur im stationären Sektor üblichen Regelung verhältnismäßig auszugestalten. Berücksichtigt werden müssen die unterschiedlichen Strukturen in ambulanten Praxen und in Krankenhäusern.

Die Argumentation, es müsse einen Gleichlauf geben, geht jedoch ins Leere. Ein „Gleichlauf“ von Regelungen einerseits setzt andererseits auch gleiche Strukturen voraus. Diese sind aber im Verhältnis stationär zu ambulant nicht gegeben, hinsichtlich der Größe der Organisation. Die meisten Krankenhäuser haben für die QS-Dokumentation eigene Abteilungen und Dokumentare. Die ambulanten Einrichtungen haben dies nicht. Sie müssen die QS-Dokumentation neben dem normalen Praxisbetrieb, in dessen Mittelpunkt der Patient steht, leisten. Dies ist zu berücksichtigen.

Angemessen wären adäquate Reminder-Regelungen. Dabei wäre - wie bei anderen „Mahnverfahren“ im Rechtsverkehr - ein mehrstufiger Reminder erforderlich und angemessen. Fehlt es belegbar an einer Mitwirkung, können auch weitere Maßnahmen in Frage kommen. Diese müssen aber auf die unterschiedlichen Strukturen zugeschnitten und angemessen sein. Dies gilt gleichfalls für den zu erbringenden Nachweis der nicht verschuldeten fehlenden Dokumentation.

VI. Löschfristen von Daten im Kontext der Patientenbefragungen

(Art. 1 Nr. 69 RegE / § 299 Abs. 4 SGB V-RegE)

Die Verlängerung der Löschfrist von 6 auf 24 Monate ist sachlich begründet aufgrund der Argumentation des IQTIG. Patientendaten derart lange zu speichern, ist aus Datenschutzgründen jedoch kritisch zu hinterfragen. Insofern ist die Regelung durch den RegE zwar zu begrüßen, wonach die Daten erst nach Ablauf von 24 Monaten zu löschen sind, wenn es aus methodischen Gründen der Befragung erforderlich ist, bestimmte Daten länger als 6 Monate zu behalten.

Unverändert wird eine Stichtagsregelung als gute Alternative zu der vom IQTIG vorgeschlagenen kontinuierlichen Datenauslösung bevorzugt, wodurch eine Datenspeicherung über 6 Monate hinaus per se obsolet würde.

VII. Zu den Änderungsanträgen zum GVWG-RegE – Ausschussdrucksache 19(14)310

1. Festzuschuss Zahnersatz / Aussetzung der Pflicht zur Inanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen für das Kalenderjahr 2020 (Änderungsantrag Nr. 2)

KZBV und BZÄK stehen der in § 55 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Regelung zur Aussetzung der Pflicht der Versicherten zur Inanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen für das Kalenderjahr 2020 grundsätzlich positiv gegenüber und bewerten diese als sinnvoll. Die ergänzende Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass Patienten aufgrund der von Bund und Ländern empfohlenen coronapandemiebedingten Kontaktreduzierung im Jahr 2020 keine zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, und gereicht diesen zum Vorteil, da bei der Berechnung der Erhöhung der von der Krankenkasse zu gewährenden Erhöhung des Festzuschusses die Nichtinanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2020 so behandelt wird als hätte der Versicherte seine Pflicht zur ununterbrochenen Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen innerhalb des die Erhöhung begründenden Zeitraumes erfüllt.

Der vom Versicherten zu zahlende Eigenanteil der Kosten für die ZE-Versorgung würde, sofern die Voraussetzungen für die Festzuschusserhöhung in 2021 unter Berücksichtigung der „fiktiven“ Inanspruchnahme in 2020 erfüllt sind, um den Betrag reduziert, der dem Betrag der Erhöhung des Festzuschusses entspricht.

Sofern die ergänzende Regelung Sachverhalte erfasst, die der Verkündung dieser Regelung nachgelagert sind, so erachten KZBV und BZÄK diese als unkritisch.

Aufgrund der zum 01.01.2021 rückwirkenden Geltung dieser Regelung und der Tatsache, dass diese auch die bereits vor der Verkündung der Regelung bereits abgeschlossene Sachverhalte erfasst, halten KZBV und BZÄK die Schaffung einer zusätzlichen Regelung für erforderlich, welche die aus der rückwirkenden Geltung resultierenden Rechtsfolgen für bereits abgeschlossene Sachverhalte berücksichtigt. Die Rechtsfolgen stellen sich wie folgt dar.

Die von den Krankenkassen vor der Verkündung dieser gesetzlichen Änderung erteilten Bewilligungsbescheide zu den von den Vertragszahnärzten in 2021 aufgestellten HKP berücksichtigen naturgemäß die neue Gesetzeslage und damit die Erhöhung der Festzuschüsse für die eigenen Bemühungen des Versicherten nicht.

Die Höhe des im Bewilligungsbescheid festgesetzten und die Erhöhung des Festzuschusses nicht berücksichtigenden Festzuschusses wäre zu niedrig und die Höhe des aufgrund des festgesetzten Festzuschusses ermittelten Eigenanteils des Versicherten für die Zahnersatz-Versorgung zu hoch.

Bei bereits abgeschlossener und abgerechneter Zahnersatzbehandlung wäre der Vertragszahnarzt verpflichtet, dem Versicherten den zu viel gezahlten Betrag des Eigenanteils in Höhe des Betrages der der Erhöhung des Festzuschusses entspricht zu erstatten. Der Geltendmachung dieses Anspruches muss jedoch eine entsprechende Überprüfung und ggf. Korrektur des Bewilligungsbescheides durch die Krankenkasse vorangehen, damit der Versicherte seinen Anspruch beziffern kann.

Ferner müsste die Abrechnung der Festzuschüsse sowohl im Verhältnis Vertragszahnarzt/KZV als auch im Verhältnis KZV/Krankenkasse entsprechend nach oben korrigiert bzw. durch die KZVen von den Krankenkassen nachgefordert werden, die zur Nachzahlung dieses Betrages gegenüber den KZVen und damit gegenüber dem Vertragszahnarzt verpflichtet sind.

Dadurch entstehen sowohl in den Vertragszahnarztpraxen als auch in den KZVen und in den Krankenkassen unnötiger Verwaltungsaufwand und Bürokratielasten.

Deren Entstehung könnte jedoch dadurch deutlich reduziert werden, wenn Patienten deren Erstattungsansprüche direkt an die Krankenkasse richten und die nunmehr erhöhten Festzuschussbeträge direkt von dieser an den Patienten gezahlt werden.

Der vorstehend skizzierte Aufwand in den Zahnarztpraxen und in den KZVen würde dadurch gänzlich vermieden und in den Krankenkassen minimiert.

Hieraus würden weder finanzielle Nachteile für die Krankenkassen oder Patienten noch finanzielle Vorteile für die Vertragszahnärzte erwachsen. Denn die Krankenkassen sind gegenüber ihren Versicherten ohnehin zur Übernahme der Kosten für die ZE-Behandlung in Höhe des nunmehr erhöhten Festzuschusses und damit zur Übernahme des Betrages in Höhe des Differenzbetrages zwischen dem ursprünglichen Festzuschuss und dem nunmehr ggf. erhöhten Festzuschuss verpflichtet. Die Gesamtkosten der Behandlung, auf die der Vertragszahnarzt einen Anspruch hat, würden sich durch die direkte Abwicklung mit der Krankenkasse auch nicht ändern.

Die unmittelbare Abwicklung der Erstattungsansprüche mit der Krankenkasse erscheint auch sachgerecht, zumal die Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten zur Übernahme der ZE-Kosten in Höhe des Festzuschusses bzw. in Höhe des erhöhten Festzuschusses - sofern die Voraussetzungen vorliegen - verpflichtet sind. Die näheren Einzelheiten sollten die Bundesmantelvertragspartner festlegen.

Auch in den Fällen, in denen der Festzuschuss vor Verkündung der Regelung des Satzes 6 zwar schon bewilligt, die Zahnersatzbehandlung jedoch noch nicht begonnen oder beendet ist, müssten die Krankenkassen an sich die bereits erlassenen Bewilligungsbescheide zurückzunehmen und von den Vertragszahnärzten neue Heil- und Kostenpläne einfordern, um dann den korrigierten Festzu-

schuss festsetzen zu können. Auch hierdurch würden für alle Beteiligten vergleichbare Aufwände und Ablaufverzögerungen wie soeben beschrieben entstehen, die ebenfalls dadurch vermieden werden könnten, dass die Abwicklung im Verhältnis Zahnarzt/Patient weiterhin auf Grundlage der bereits genehmigten Heil- und Kostenpläne bzw. bewilligten Festzuschüsse erfolgt und die Patienten ihren rückwirkend erhöhten Festzuschuss von ihrer Krankenkasse erstattet bekommen.

Vor dem Hintergrund schlagen KZBV und BZÄK folgende nach dem neuen Satz 6 einzufügende Regelung vor:

„⁷Bei allen vor dem xx.xx.2021 [*eintragen: Zeitpunkt der Verkündung*] bewilligten Festzuschüssen, die sich durch die Anwendung des Satzes 6 rückwirkend erhöhen, ist die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten zur Erstattung des Betrages verpflichtet, der dem Betrag der Erhöhung des Festzuschusses entspricht; dies gilt auch in den Fällen, in denen die von der Krankenkasse genehmigte Versorgung mit Zahnersatz noch nicht begonnen hat oder beendet worden ist. ⁸Das Nähere regeln die Bundesmantelvertragspartner.“

2. Schaffung von Rechtgrundlagen für Sitzungen des Zulassungsausschusses mittels Videotechnik (Änderungsantrag Nr. 4)

KZBV und BZÄK begrüßen die Ergänzung des § 98 Abs. 2 Nr. 3 SGB V als Ermächtigungsgrundlage für die Ausgestaltung der Sitzungen des Zulassungsausschusses mittels Videotechnik sowie die in § 36 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3, § 37 Abs. 1 Sätze 3 bis 6 und Abs. 2 Sätze 3 und 4 sowie § 41 Abs. 2a und Abs. 4 Satz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z) geregelten Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen mittels Videotechnik.

Die Schaffung dieser Rechtgrundlagen ist geeignet, um die bestehende Rechtsunklarheit in Bezug auf die Zulässigkeit der Durchführung der Sitzungen in dieser Form für die aktuelle Pandemielage aber auch für die künftigen, in § 36 Abs. 3 Satz 1 ZV-Z (neu) definierten Fällen zu beseitigen.

Begrüßt wird in dem Zusammenhang die offen gehaltene Definition der Fälle, in denen die Durchführung der Sitzung mittels Videotechnik möglich sein soll. Diese sind nicht nur auf die Pandemie- und Epidemielagen sowie vergleichbare Großschadensereignisse (Gründe des Gesundheitsschutzes) beschränkt, sondern ermöglichen eine Sitzung mittels Videotechnik auch in unvorhergesehenen Situationen oder – wie der Begründung zu entnehmen ist - in Situationen, in denen das Sitzungsgebäude längerfristig nicht benutzbar ist und kein Ausweichquartier gefunden werden konnte.

Zielführend erscheint auch die in § 36 Abs. 3 Sätze 2 und 3 ZV-Z (neu) angelegte Verwendung des Begriffes "Sitzung mittels Videotechnik" als Oberbegriff, und hierunter neben reinen Videokonferenzen klarstellend auch Hybrid-Sitzungen fallen zu lassen.

Begrüßt wird auch die Regelung, wonach der Zulassungsausschuss seine Entscheidung über die Durchführung einer Video- oder Hybridsitzung auch im Wege einer Telefonkonferenz treffen kann, um auf unvorhergesehene und kurzfristig auftretende Situationen, die eine Sitzung mittels Videotechnik rechtfertigen, reagieren zu können. Unklar bleibt jedoch, auf welchem Weg der Zulassungsausschuss sonst entscheiden kann. Insoweit regen KZBV und BZÄK an, die übrigen Wege (Textform, Email o.ä.) explizit zu nennen, um auf diese Weise mehr Rechtsklarheit zu schaffen.

Als zielführend bewerten KZBV und BZÄK zudem die Regelung, wonach der Zulassungsausschuss verpflichtet wird, denjenigen Zahnärzten, die nicht über die erforderliche technische Ausstattung verfügen, die Sitzungsteilnahme mittels Videotechnik in geeigneten Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen, was der Sicherstellung der Wahrnehmung der Beteiligungsrechte der Zahnärzte dient und gleichzeitig potentiellen Widersprüchen von Zahnärzten nach § 37 Abs. 1 Sätze 3 ff. ZV-Z (neu) gegen die Durchführung von mündlichen Verhandlungen mittels Videotechnik zumindest in den Fällen entgegenwirkt, in denen der Zahnarzt den Widerspruch vornehmlich mangels entsprechender persönlicher Videoausrüstung erheben würde.

3. Ausweitung des Mitberatungsrechts der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten in den Zulassungsausschüssen (Änderungsantrag Nr. 6)

Die mit dem Änderungsantrag Nr. 6 intendierte Ausweitung des Mitberatungsrechts der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten führt zur Entstehung von zusätzlichen, derzeit nicht näher bezifferbaren Organisations- und Verwaltungsaufwänden bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. KZBV und BZÄK regen daher an, die Notwendigkeit dieser Regelung unter dem Aspekt der Entbürokratisierung zu überprüfen.

Köln/ Berlin, 31.03.2021