

Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und
der Bundeszahnärztekammer zum
Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Ver-
sorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
(Stand: 21. Oktober 2014)

1. Allgemeine Bewertung

Mit dem Gesetzentwurf sollen im Wesentlichen die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt werden. Die Maßnahmen zielen dabei im Einzelnen im Wesentlichen auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und die in diesem vorausgesetzten tatsächlichen Verhältnisse. Infolge der unverändert gebliebenen Bestimmung in § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten diese Bestimmungen grundsätzlich auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, auch wenn in diesem eventuell andere Gegebenheiten bestehen. Bei manchen Bestimmungen ergibt sich ein demgegenüber auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung beschränkter Geltungsbereich der vorgesehenen Normen aus dem Sachzusammenhang, wie z.B. bei den vorgesehenen Bestimmungen in § 79 Abs. 3a SGB V-E hinsichtlich der getrennten Abstimmung hinsichtlich des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereiches innerhalb der Vertreterversammlungen der K(B)Ven oder den vorgesehenen Bestimmungen in § 75a SGB V-E zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. In anderen vorgesehenen Neuregelungen ist eine Beschränkung des Geltungsbereiches auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, wie sie sich aus den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Versorgungssektoren ergibt, nicht in dieser Deutlichkeit ausgesprochen. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte daher in diesen Fällen eine Beschränkung des Geltungsbereiches, ebenso wie z.B. bereits jetzt in § 101 Abs. 6 SGB V jeweils klargestellt werden.

Für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sind die in § 22a SGB V-E vorgesehenen Bestimmungen zur Einführung eines zahnärztlichen Präventionsmanagements bei Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderungen ausdrücklich zu begrüßen. Damit wird die erforderliche präventive Versorgung dieser besonders schutzwürdigen Bevölkerungsgruppe verbessert und zugleich Einsparpotentiale für die Solidargemeinschaft begründet. In diesem Zusammenhang ist auch weiterhin die in § 119c SGB V-E vorgesehene Einführung Medizinischer Behandlungszentren für die zahn- und allgemeinmedizinische Behandlung von Erwachsenen mit geistigen Behinderungen und schwerer Mehrfachbehinderungen zu begrüßen. Im Übrigen beschränken KZBV und BZÄK ihre Stellungnahme auf solche vorgesehenen Normen, die voraussichtlich Auswirkungen auch auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung haben werden.

2. Zu den vorgesehenen Neuregelungen im Einzelnen

§ 22a SGB V-E

Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen erhalten einen Anspruch auf ein Präventionsmanagement, das sich insbesondere auf die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, Aufklärungsmaßnahmen, Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge bezieht.

Bewertung:

Die vorgesehene Einführung eines zahnärztlichen Präventionsmanagements für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen wird ausdrücklich begrüßt. Damit knüpft der Gesetzgeber an Maßnahmen an, die er bereits in der Vergangenheit zur Verbesserung der Versorgung u.a. dieser Personengruppen durch die Einführung zusätzlicher Leistungen für die aufsuchende Versorgung in § 87 Abs. 2i und Abs. 2j SGB V getroffen hat. Diese Maßnahmen werden durch die nunmehr vorgesehenen zusätzlichen präventionsorientierten Leistungen bedarfsadäquat ergänzt.

Damit wird sachgerecht auf die deutlich schlechtere Mundgesundheit dieser Hochrisikogruppen für Karies- und Parodontalerkrankungen reagiert. Denn bei diesen Personen besteht in einer Vielzahl von Fällen eine Einschränkung der Möglichkeit zur Mundhygiene und diese erhalten insbesondere in einer Pflegesituation nicht immer die erforderliche professionelle Unterstützung. Daher ist es auch besonders zu begrüßen, dass in § 22a Abs. 1 Satz 3 SGB V-E ausdrücklich eine Einbeziehung der Pflegeperson des Versicherten in die Aufklärung und die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege vorgesehen ist.

Die besondere Lebenssituation der angesprochenen Versichertengruppe mit dauerhaften Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit bedingt eine erhöhte Risikoprävalenz auch bei der Bildung von Zahnstein. Daher ist es zu begrüßen, dass im Rahmen des Präventionsmanagements ausdrücklich auch eine Entfernung harter Zahnbeläge als zusätzliche Leistung für diese Personengruppe vorgesehen ist. Dabei wird die angestrebte Verbesserung der Mundgesundheit dieser Personengruppe allerdings nur dann erreicht werden können, wenn die Zahnsteinentfernung in einer deutlich höheren Frequenz als im Allgemeinen durchgeführt wird. Unter zahnmedizinischen Gesichtspunkten ist daher gegenüber der im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen generell vorgesehenen Erbringbarkeit dieser Leistung einmal im Jahr, bei dieser Versichertengruppe eine Erbringung einmal im Quartal erforderlich. Dies sollte unmittelbar in der Regelung klargestellt werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung insofern sicherzustellen.

Aus diesem Grund und um den Versicherten einen unmittelbaren Leistungsanspruch zu gewährleisten, sollte dieser generell in der gesetzlichen Regelung selbst begründet werden und in seiner Ausgestaltung nicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugewiesen werden. Ausweislich der Begründung zur vorgesehenen Neufassung von § 22a SGB V wird davon ausgegangen, dass dies auch der tatsächlichen Zielsetzung des Gesetzgebers entspricht, da darin ausgeführt wird, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss „darüber hinaus“ die Aufgabe zur Festlegung des Näheren zu Art und Inhalt der Leistungen übertragen werden soll. Da danach hierzu insbesondere auch die Festlegung weiterer Leistungsinhalte zählen soll, wird vorgeschlagen, § 22a SGB V in Abs. 2 wie folgt zu fassen:

„(2) Weitere Leistungsinhalte gem. Abs. 1 werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 geregelt.“

Für eine solche Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Festlegung weiterer, über den gesetzlich geregelten Leistungsbereich gem. § 22a Abs. 1 SGB V-E hinausgehender Leistungen besteht auch deshalb Veranlassung, weil ebenso wie im Bereich der individualprophylaktischen Leistungen gem. § 22 SGB V für Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, auch bei der prophylaktischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen zusätzliche Leistungen, insbesondere Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne, regelmäßige Maßnahmen zur speziellen Zahn- bzw. Prothesenreinigung sowie ggf. zur Versiegelung von Fissuren und Grübchen sinnvoll sind. Diese sind aber auf der Grundlage der vorgesehenen gesetzlichen Regelungen nicht unmittelbar als Leistungen der GKV ausgestaltet. Nach der vorgeschlagenen Neufassung von § 22a Abs. 2 SGB V-E soll es aber dem G-BA obliegen, eine nähere Ausgestaltung weitergehender Leistungsansprüche des betreffenden Personenkreises vorzunehmen.

§ 27b SGBV-E

Zweitmeinung

Für mengenanfällige planbare Eingriffe soll ein Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des Eingriffs begründet werden.

Bewertung:

Die vorgesehenen Neuregelungen betreffen ausschließlich den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, da ungeachtet der Tatsache, dass dieser Begriff in der Norm nicht näher definiert wird, davon auszugehen ist, dass im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung planbare Eingriffe in diesem Sinne nicht existieren. Hiervon geht offenbar auch der Gesetzgeber aus, da z.B. in der parallel vorgesehenen Neuregelung in § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V-E eine neue Leistungsposition für die Leistungen im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen lediglich für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vorgesehen ist. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte ungeachtet dessen in § 27b

SGB V-E bzw. zumindest in der diesbezüglichen Begründung eine entsprechende Klarstellung aufgenommen werden.

Des Weiteren bedarf es einer Klarstellung, dass das bisherige Recht auf Zweitmeinung unberührt bleibt und die freie (Zahn-)Arztwahl durch die geplante Regelung nicht eingeschränkt wird.

§ 39 Abs. 1a SGB V-E

Entlassmanagement

Vorgesehen sind konkretisierende Regelungen zum Entlassmanagement beim Übergang eines Versicherten von der stationären in die ambulante Versorgung.

Bewertung:

Auch diese Bestimmungen betreffen wiederum nicht den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, da im Bereich der Zahnmedizin stationäre Behandlungen seltene Ausnahmefälle darstellen, die auch keine Maßnahmen eines Entlassmanagements, z.B. im Rahmen der Verordnung von Arzneimitteln, erfordern. Hiervon geht offenbar auch der Gesetzgeber aus, da der hierfür vorgesehene Rahmenvertrag alleine von der KBV, nicht aber der KZBV zu schließen ist. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte dieser beschränkte Geltungsbereich der Norm aber zumindest in der diesbezüglichen Begründung ausdrücklich angesprochen werden.

§ 71 SGB V-E

Beitragssatzstabilität

Durch verschiedene Änderungen in den Absätzen 4 bis 6 soll die bisher bestehende Vorlagepflicht hinsichtlich sogenannter Selektivverträge durch eine Übermittlungspflicht und die bisher vorgesehene präventive Vertragsprüfung durch nachgeordnete Maßnahmen der Aufsichtsbehörden bei erheblichen Rechtsverletzungen ersetzt werden.

Bewertung:

Die vorgesehenen Neuregelungen betreffen den Bereich der Vertragsgestaltung der gesetzlichen Krankenkassen und nicht unmittelbar denjenigen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Unabhängig davon ist aber festzustellen, dass dadurch die sogenannten Selektivverträge der Krankenkassen aufsichtsrechtlich gegenüber den Vereinbarungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung noch weitergehend als bereits bisher bessergestellt werden sollen. Denn außerhalb des Bereiches der sogenannten Selektivverträge sind alle Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung vorab den jeweiligen Aufsichtsbehörden vorzulegen, die diese innerhalb von zwei Monaten beanstanden können. Dies gilt auch nach der vorgesehenen Neufassung von § 71 Abs. 4 SGB V hinsichtlich sämtlicher Vergütungsverträge sowie gem. § 87 Abs. 6 Satz 2 SGB V für die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse und gem. § 94 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien.

Angesichts der Tatsache, dass die sogenannten Selektivverträge in weitem Maße an die Stelle der gesetzlichen bzw. vertraglichen Regelungen im Rahmen der vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung treten können und die Abschlusskompetenzen und Regelungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen durch die diesbezüglich weiterhin vorgesehenen Neufassungen in § 140a SGB V-E noch weiter ausgedehnt werden sollen, ist keine sachliche Begründung dafür ersichtlich, diese parallelen vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen aufsichtsrechtlich unterschiedlich zu behandeln. Soweit im Übrigen an der präventiven Beanstandungsmöglichkeit festgehalten wird, führt diese zudem zumindest faktisch dazu, dass untergesetzliche Rechtsnormen im Bereich der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung erst nach Vorlage einer Bestätigung durch die jeweilige Aufsichtsbehörde Inkrafttreten können, wohingegen Selektivverträge zukünftig infolge der lediglich nachgelagerten Prüfung im Rahmen der allgemeinen Rechtsaufsicht sofort Inkrafttreten können. Alleine dadurch wird ein erheblicher, sachlich durch nichts begründeter Wettbewerbsvorteil der Selektivverträge gegenüber den allgemeinen Rechtsnormgestaltungen im Bereich der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung begründet.

Gerade im Hinblick auf den weitreichenden, nahezu den gesamten Normbereich der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung umfassenden Regelungsbereich der Selektivverträge muss es umso mehr überraschen, dass der Gesetzgeber insofern noch weitere Abschwächungen des Aufsichtsrechtes vorsieht, wohingegen er auch gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen für den vergleichsweise marginalen Bereich der Dienstverträge mit Vorstandsmitgliedern in den § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V i.V.m. § 35a Abs. 6a SGB IV rigide Bestimmungen nicht nur hinsichtlich einer Vorlagepflicht, sondern zum Erfordernis einer vorherigen, ausdrücklichen Zustimmung der Aufsichtsbehörde für die Wirksamkeit jedes Abschlusses, jeder Verlängerung oder jeder Änderung eines Vorstandsdienstvertrages vorgesehen hat. Wenn unter dem Gesichtspunkt der in der Begründung zur vorgesehenen Neufassung von § 71 Abs. 4 SGB V-E angesprochenen Beschleunigung des Verfahrens selbst bei Abschluss von Selektivverträgen, die nach der augenblicklichen Fassung z.B. von § 73c Abs. 1 Satz 2 SGB V und ausweislich der Begründung zur vorgesehenen Neufassung der Regelungen in § 140a SGB V-E auch zukünftig nicht nur die gesamte ambulante ärztliche Versorgung umfassen können, sondern mit denen ausdrücklich eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung durch Einzelverträge“ erreicht werden soll, ist nicht nachvollziehbar, dass auf vertragliche Regelungen, die ein wesentlich geringeres finanzielles Volumen betreffen und keinerlei unmittelbare Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der GKV-Versicherten entfalten, wesentlich weitergehende aufsichtsrechtliche Maßnahmen Anwendung finden sollen, die im Gegenteil zu erheblichen Verlängerungen der Verfahren zum Vertragsschluss führen.

§ 75 SGB V-E

Inhalt und Umfang der Sicherstellung

In einem neu eingefügten Absatz 1a soll bestimmt werden, dass von den KVen Terminservicestellen einzurichten sind, die beim Vorliegen einer Überweisung innerhalb einer Woche einen Facharzttermin vermitteln sollen.

Bewertung:

Ausweislich der Begründung der Neufassung nimmt diese auf wiederholte Beschwerden aus dem Kreis der Versicherten über teilweise sehr lange Wartezeiten

auf einen Termin beim Facharzt Bezug. Derartige Beschwerden liegen aus dem Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht vor. Auch existiert in diesem, anders als im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung keine Unterscheidung zwischen einer hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung. Dementsprechend stellen Überweisungen innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. aus anderen Leistungssektoren an einen Vertragszahnarzt seltene Ausnahmefälle dar. Von dieser Sachlage geht offenbar auch der Entwurf aus, soweit in der Begründung der eventuelle Bedarf für dreiseitige Vereinbarungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärztlicher Vereinigung i.S.v. § 115 Abs. 2 Nr. 5 SGB V angesprochen wird. Denn in diese Vereinbarungen sind die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ausdrücklich nicht einbezogen worden. Es kommt hinzu, dass vertragszahnärztliche Leistungen ganz überwiegend nicht in zugelassenen Krankenhäusern angeboten werden, so dass insofern auch die in Satz 6 der vorgesehenen Neufassung angesprochene Verweisung auf einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus nicht möglich wäre. Die Norm bezieht sich daher ersichtlich nicht auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Allerdings wird sowohl in Satz 1 des vorgesehenen Abs. 1a hinsichtlich des Sicherstellungsauftrages als auch in Satz 8 hinsichtlich der Bundesmantelvertragspartner auf Normen Bezug genommen, die auch auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung anwendbar sind. Zudem enthält Satz 10 eine ausdrückliche Ausnahmegvorschrift hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung nach § 28 Abs. 3 SGB V. Aus Gründen der Rechtsklarheit sollte diese Ausnahmegvorschrift daher eine entsprechende Klarstellung auch hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Behandlung beinhalten.

§ 92a SGB V-E

Innovationsfonds

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss soll die zusätzliche Aufgabe zugewiesen werden, neue Versorgungsformen sowie die Versorgungsforschung zu fördern, sofern die jeweiligen Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden.

Bewertung:

Die Zielsetzung einer verstärkten öffentlichen Förderung neuer Versorgungsformen bzw. der Versorgungsforschung wird grundsätzlich begrüßt. In der vorgesehenen Norm werden die Förderungsvoraussetzungen allerdings unterschiedlich definiert. Insbesondere sind diejenigen für die Förderung neuer Versorgungsformen weitergehend als diejenigen hinsichtlich der Versorgungsforschung. Denn in § 92a Abs. 1 Satz 2 SGB V-E soll bestimmt werden, dass neue Versorgungsformen insbesondere dann gefördert werden sollen, wenn diese einen sektorenübergreifenden Ansatz enthalten. Auch wenn sektorspezifische Förderungen dadurch nicht vollständig ausgeschlossen werden, würden diese dadurch jedenfalls aber als nachrangig diskreditiert. Dies betrifft insbesondere den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, da bekanntlich in diesem sektorüberschreitende Versorgungsformen, so z.B. Behandlungen, die (auch) im stationären Sektor ganz oder teilweise durchgeführt werden, sehr seltene Ausnahmefälle darstellen.

Auch innerhalb des Sektors der vertragszahnärztlichen Versorgung sind aber Erprobungen neuer Versorgungsformen denkbar, die im Rahmen der vorgesehenen Verfahren gem. § 92a Abs. 1 SGB V-E dann allenfalls nachträglich berücksichtigungsfähig wären. Zu verweisen ist dabei aktuell auf die sich zurzeit gerade entwickelnden Vertragsstrukturen im Rahmen der aufsuchenden Versorgung zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen gem. § 119b i.V.m. § 87 Abs. 2j SGB V bzw. der aufsuchenden Versorgung von Pflegebedürftigen bzw. Menschen mit Behinderungen gem. § 87 Abs. 2i SGB V. Auch die in diesem Referentenentwurf vorgesehenen Neuregelungen in § 22a SGB V zu Leistungen des Präventionsmanagements bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen verdeutlichen neue Entwicklungen in der Bedarfs- und Versorgungsstruktur, die sich, ebenso wie z.B. weitergehende Maßnahmen im Bereich der frühkindlichen Vorsorge, für entsprechende Erprobungen anbieten. Um einen gleichmäßigen Zugang zu den Fördermitteln zu gewährleisten, sollte daher auf die bevorzugte Behandlung solcher Vorhaben, die einen sektorenübergreifenden Ansatz enthalten, in § 92a Abs. 1 Satz 2 SGB V-E verzichtet werden.

Dies gilt ebenso hinsichtlich der ferner in § 92a Abs. 1 Satz 6 SGB V vorgesehenen Bestimmung, wonach bei der Antragstellung in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen ist. Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll dadurch si-

chergestellt werden, dass nur solche Vorhaben gefordert werden, die der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung dienen.

Nach ihrem Wortlaut ist die Norm so zu verstehen, dass zwar bei der formalen Antragstellung beim G-BA, nicht aber bei der nachfolgenden konkreten Erprobung der neuen Versorgungsform eine Krankenkasse zu beteiligen ist. Dann würde aber die bloß formale Beteiligung einer Krankenkasse bei der Antragstellung keine Gewähr dafür bieten können, dass das jeweilige Vorhaben auch tatsächlich der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung dient bzw. dienen kann, was im Rahmen der Förderung gerade erst überprüft werden soll. Im Ergebnis würde damit die Förderung durch den G-BA auf solche Versorgungsformen beschränkt werden, die von den gesetzlichen Krankenkassen, zumindest aber von einer Krankenkasse, aktiv verfolgt werden, während von Dritten entwickelte, eventuell besonders innovative neue Versorgungsformen, von einer Förderung durch den G-BA von vorneherein mehr oder weniger ausgeschlossen wären.

Dadurch würde zudem die zuvor in § 92a Abs. 1 Satz 5 SGB V-E vorgesehene Antragstellung durch andere Personen bzw. Organisationen als gesetzliche Krankenkassen weitgehend leerlaufen, da sie für eine wirksame Antragstellung in der Regel die Beteiligung einer Krankenkasse erreichen müssten. Den gesetzlichen Krankenkassen würde damit im Ergebnis eine vorgelagerte Entscheidungskompetenz über neue Versorgungsformen zugewiesen, ohne dass der Gemeinsame Bundesausschuss in der Regel eine eigene Beurteilung der Förderung der jeweiligen Versorgungsform vornehmen könnte.

Da derartige Anforderungen hinsichtlich der Förderung der Versorgungsforschung in § 92a Abs. 2 SGB V-E nicht vorgesehen sind, sollte auf diese zur Gewährleistung gleicher Förderungsanforderungen in beiden Bereichen auch hinsichtlich der Förderung neuer Versorgungsformen verzichtet werden.

Die Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung wird grundsätzlich begrüßt. Eine Übertragung zahnärztlicher Tätigkeiten auf andere Personen zur selbständigen Ausübung (Substitution) wird jedoch für den (zahn-)ärztlichen Bereich auch in Modellvorhaben für nicht förderungswürdig angesehen. Einer im Referentenentwurf benannte erforderliche Änderung der berufsrechtlichen Regelungen bedarf es nicht und wird abgelehnt. Durch die Substitution von Leistungen wird sowohl der Schutz der Pati-

enten als auch die Qualitätssicherung untergraben und gefährdet. Zahnärztliche Leistungen müssen der Zahnärztin und dem Zahnarzt vorbehalten bleiben.

§ 92b SGB V-E

Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Zur Durchführung der Förderung soll beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Innovationsausschuss eingerichtet werden, der in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung festlegt und über die eingehenden Anträge auf Förderung entscheidet.

Bewertung:

In § 92b Abs. 1 Satz 2 SGB V-E soll die Besetzung des Innovationsausschusses gesetzlich geregelt werden. Danach sollen diesem drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Abs. 2 SGB V, jeweils ein von der KBV, der KZBV und der DKG benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Abs. 2 SGB V, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie drei Vertreter des BMG angehören.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei dem Innovationsausschuss um einen Ausschuss des G-BA handelt, dem die Durchführung einer gesetzlichen Aufgabe des G-BA gem. § 92a Abs. 1 und 2 SGB V-E obliegt. Beim Gemeinsamen Bundesausschuss handelt es sich auch um eine eigenständige Organisation, die gem. § 91 Abs. 1 SGB V von den KBVen, der DKG und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildet wird. Das BMG ist daher weder Trägerorganisation noch sonstiges Mitglied des G-BA und diesem kommt dem G-BA gegenüber gemäß der diesbezüglichen Rechtsprechung des BSG auch lediglich die Kompetenz zur Rechts-, nicht aber zur Fachaufsicht zu.

Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Einbeziehung des BMG unter Einräumung eines Mitentscheidungsrechts in einem Ausschuss des G-BA abzulehnen. Entgegen der diesbezüglichen Begründung ist eine solche Beteiligung auch

nicht bereits deshalb erforderlich, weil die Überführung der Ergebnisse der Förderung eventuell eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfordern kann, die vom BMG zu initiieren wäre. Denn dies trifft auf alle tatsächlichen Entwicklungen zu, die seitens des BMG zur Grundlage einer Initiierung gesetzlicher Neuregelungen gemacht werden sollen. Auch soweit eine möglichst zeitnahe Umsetzung eventueller Ergebnisse der Förderungen in Weiterentwicklungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen als sinnvoll erachtet wird, ist dies eine Frage der Ergebnisse der Förderung, nicht aber eine solche der Entscheidung über die Durchführung einer Förderung dem Grunde nach. Auch für eine solche Zielsetzung reicht daher eine zeitnahe und vollständige Information des BMG über den Verlauf und die Ergebnisse der vom G-BA autonom beschlossenen Fördermaßnahmen aus, um eine eventuell kurzfristig als sinnvoll oder notwendig angesehene Umsetzung in veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen zu gewährleisten.

§ 95 SGB V-E

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Durch Änderung in Abs. 1 sollen zukünftig auch fachgebietsidentische Medizinische Versorgungszentren zugelassen werden können. Durch eine Ergänzung in Abs. 3 sollen zudem die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt werden, die Einhaltung der Versorgungsaufträge zu prüfen.

Bewertung:

Abs. 1:

Bei der erstmaligen Einführung Medizinischer Versorgungszentren durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 wurde das Ziel verfolgt, die enge Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern zu erleichtern und jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit zu bieten, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen. Insgesamt sollte dadurch die Möglichkeit geboten werden, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten.

Diese Zielsetzungen werden mit der vorgesehenen Neuregelung aufgegeben. Denn danach würde sich ein Medizinisches Versorgungszentrum in seinem Leistungsspektrum nicht mehr von einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft unterscheiden und für den Versicherten keine Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten bewirken.

Auch wenn dies in der diesbezüglichen Begründung nicht ausdrücklich thematisiert wird, haben die angesprochenen sowie weitere vorgesehene Änderungen wie z.B. die Gründungsmöglichkeit von Medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen zur Folge, dass die Bildung solcher Zentren ausdrücklich erleichtert und dadurch gefördert wird. Eine Notwendigkeit hierfür ist aber weder ersichtlich noch wird sie im Referentenentwurf auch nur angesprochen. Beschäftigungsmöglichkeiten für Zahnärzte in Anstellungsverhältnissen bestehen nicht nur in Medizinischen Versorgungszentren, sondern wie bereits immer naturgemäß auch in vertragszahnärztlichen Praxen, und dabei auch in größeren Berufsausübungsgemeinschaften, die sich in ihrer Struktur und ihrem Leistungsangebot nunmehr von Medizinischen Versorgungszentren in keiner Weise mehr unterscheiden müssen. Es ist daher auch nicht ersichtlich, inwiefern gerade durch die Förderung der Betätigungsform in Medizinischen Versorgungszentren eine Erleichterung der zahnärztlichen Tätigkeit in Anstellungsverhältnissen erreicht werden soll.

Die mit der vorgesehenen Neuregelung weiterhin verbundene Förderung der Tätigkeit von Zahnärzten in Anstellungsverhältnissen widerspricht auch grundlegend dem Selbstverständnis des Berufstandes. Bereits gem. § 2 Abs. 1 MBO/BZÄK ist der zahnärztliche Beruf seiner Natur nach ein freier Beruf, der aufgrund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt wird. Auch gem. § 32 Abs. 1 Satz 1 ZV-Z hat der Vertragszahnarzt die vertragszahnärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Nur der selbständig tätige Zahnarzt ist auch unmittelbar seinem Patienten für eine qualitativ hochstehende zahnmedizinische Versorgung verantwortlich. Die freiberufliche Tätigkeit in selbständig geführten Praxen hat bisher auch in strukturschwachen Gebieten eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung sichergestellt.

Demgegenüber erfolgt durch die vorgesehene Neuregelung zugleich eine Förderung der Zentralisierung der Versorgung, was der Zielsetzung einer möglichst flä-

chendeckenden, wohnortnahen Versorgung gerade entgegensteht. Dabei wird nicht verkannt, dass gerade in strukturschwachen Gebieten insbesondere im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung Versorgungsdefizite bestehen bzw. entstehen können und dass insofern auch eine zunehmende Zentralisierung der Wohnbevölkerung in Städten zu beobachten ist. Die gerade in dieser Situation notwendige Sicherstellung einer Versorgung auch in stadtfernen Wohngebieten wird durch die besondere Förderung einer Zentralisierung der (zahn-)ärztlichen Versorgung nicht gefördert, sondern im Gegenteil gerade erschwert, da derartige Zentren, die darauf angelegt sind, dass in ihnen eine Vielzahl von Leistungserbringern tätig ist, auf einen entsprechend großen Versichertenkreis angewiesen sind, um wirtschaftlich betrieben werden zu können. Daher wird durch die vorgesehenen Neuregelungen insofern ein falscher Ansatz zur weiteren Zentralisierung auch der Versorgungsangebote gesetzt, der einer wohnortnahen Versorgung gerade entgegensteht.

KZBV und BZÄK erwarten vor diesem Hintergrund daher von der vorgesehenen gesetzlichen Neuregelung insgesamt keine Verbesserung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Im Gegenteil wird damit im weitergehenden Maße als bisher die Möglichkeit für marktwirtschaftlich organisierte Gesellschaften vergrößert, an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilzunehmen und dabei eventuell andere ökonomische Zielsetzungen und Behandlungskonzepte zu verfolgen als niedergelassene Vertragszahnärzte.

Abs. 3:

Die vorgesehene Prüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge wird jedenfalls für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung abgelehnt. Ausweislich der diesbezüglichen Begründung haben die KVen diese Prüfungen insbesondere anhand der ihnen vorliegenden Leistungsdaten zu prüfen. Bei Verstößen sollen disziplinarische Maßnahmen ergriffen werden. Hierdurch solle sichergestellt werden, dass die betreffenden Vertragsärzte in jeweils vorgegebenem Umfang zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

Die Hinweise in der Begründung in diesem Kontext auch auf die Errichtung einer Terminservicestelle gem. § 75 Abs. 1a SGB V-E, aber auch die dieser Bestimmung offenbar zugrundeliegende Vorstellung, jeder zugelassene Vertragsarzt

müsse eine ganz bestimmte Leistungsmenge erbringen, um damit die Einhaltung seines Versorgungsauftrages gegenüber der KV dokumentieren zu können, legt zunächst die Vermutung nahe, dass auch diese Norm sich nur auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung beziehen soll. Sollte dies den Zielsetzungen entsprechen, müsste dies durch eine entsprechende Bestimmung in der Neufassung von Abs. 3 eindeutig klargestellt werden.

Unabhängig davon ist darauf zu verweisen, dass eine solche Überprüfungspflicht jedenfalls im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ins Leere laufen würde und die damit verbundenen Zielsetzungen nicht erreichen könnte. Denn aus dem Versorgungsauftrag folgt zwar bereits gem. § 19a Abs. 1 ZV-Z grundsätzlich die Verpflichtung des Vertragszahnarztes, seine Arbeitskraft hierfür in vollem Umfang einzusetzen, sofern nicht zulässige Nebentätigkeiten ausgeübt werden, die sich nach der diesbezüglichen Rechtsprechung des BSG etwa an einem Zeitrahmen von 13 Wochenstunden bei einem vollen Versorgungsauftrag orientieren. Auch daraus kann aber keine Verpflichtung abgeleitet werden, für einen ganz bestimmten, gesetzlich nicht definierten Minimalzeitraum vertragszahnärztliche Leistungen zu erbringen und dabei ein ganz bestimmtes Leistungsvolumen zu erreichen.

Zudem entspricht es langjähriger Erfahrung, dass vertragszahnärztliche Praxen zulässigerweise unterschiedliche Leistungsvolumina aufweisen können. Aus einem unterdurchschnittlichen Leistungsvolumen kann aber alleine nicht auf einen Verstoß gegen den Versorgungsauftrag geschlossen werden, da dieser gerade nicht auf die Erbringung eines ganz bestimmten Leistungsvolumens, sondern lediglich auf die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung unter Einsatz der im Grundsatz ganzen Arbeitskraft gerichtet ist. Unterdurchschnittliche Leistungsvolumina können daher zwar durchaus ihre Ursache in einer unzureichenden Wahrnehmung des Versorgungsauftrages haben, können aber ggf. auch auf andere Umstände zurückzuführen sein. So z.B. auf eine unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Vertragszahnärzte, einer unterschiedlichen Praxisstruktur bzw. unterschiedliche Leistungsangebote und diesbezügliche Unterschiede im Nachfrageverhalten der in der jeweiligen Praxis tatsächlich behandelten Versicherten.

Anders als im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V) sind die vertragszahnärztlichen Leistungen auch im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen nicht mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand zu versehen, da vertragszahnärztliche Leistungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und für unterschiedliche Zeiträume abgerechnet werden können und die Vergütungen zum Teil als Komplexpauschalen ausgestaltet worden sind, die zeitabschnittsweise abgerechnet werden können, unabhängig davon, ob und wie viele vertragszahnärztliche Leistungen in dem jeweiligen Abrechnungszeitraum tatsächlich erbracht worden sind. Selbst soweit den Bestimmungen in der Zulassungsverordnung eine Verpflichtung entnommen werden könnte, eine bestimmte Zeit in der Praxis für eine eventuelle Leistungserbringung zur Verfügung zu stehen (so z.B. LSG Bayern, NZS 14, 518), ließe sich die Einhaltung dieser (unterstellten) Verpflichtung daher jedenfalls alleine anhand der Leistungsabrechnungsdaten nicht überprüfen.

§ 101 SGB V-E

Übersorgung

Durch eine Ergänzung in § 101 Satz 1 in einer Nr. 6 soll der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet werden, Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 dieser Norm im Falle eines unterdurchschnittlichen Praxisumfanges zu beschließen.

Bewertung:

Die vorgesehene Neuregelung nimmt ausdrücklich Bezug auf die bereits bestehenden Bestimmungen in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 4 und 5 SGB V. Diese Bestimmungen sind gemäß dem unverändert bleibenden § 101 Abs. 6 SGB V auf Zahnärzte nicht anwendbar. Zur Vermeidung von Unklarheiten hinsichtlich des Aufgabenbereiches des G-BA sollte daher die in § 101 Abs. 1 Satz 1 SGB V neu einzufügende Nr. 6 ebenfalls in § 101 Abs. 6 SGB V als auf die Zahnärzte nicht anwendbar bezeichnet werden.

§ 117 SGB V-E

Hochschulambulanzen

Durch eine Neufassung in Abs. 1 ist die Ermächtigung aller Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken kraft Gesetzes vorgesehen. Diese Ermächtigung soll sich zudem nicht nur auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang, sondern auch auf die Behandlung solcher Personen erstrecken, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung eine Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Hochschulambulanz ist in solchen Fällen eine Überweisung eines Facharztes. Durch dreiseitige Verträge auf Bundesebene ist die Gruppe der anspruchsberechtigten Patienten sowie Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsverbot zu vereinbaren.

Bewertung:

Die vorgesehene weitere Öffnung der Hochschulambulanzen wird grundsätzlich begrüßt, da dadurch eine weitere Versorgungsverbesserung zumindest ermöglicht wird.

Die Bestimmung hat auch Relevanz für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, da insbesondere bei der Behandlung von Kindern oder Menschen mit Behinderungen, zum Teil aber auch in der Alterszahnmedizin für die Durchführung der zahnmedizinischen Behandlung eine gleichzeitige Sedierung bzw. anästhesiologische Versorgung der Patienten erforderlich ist. Infolge verschiedener vergütungsregulierender Maßnahmen im Bereich der Vergütungen der anästhesiologischen Leistungen bestehen seit Jahren Probleme bei der Sicherstellung dieser Versorgungsleistungen in der Zusammenarbeit des Vertragszahnarztes mit dem vertragsärztlichen Narkosearzt.

Soweit derartige Behandlungen in Hochschulambulanzen durchgeführt werden können, handelt es sich bei den genannten Personen somit um solche, die wegen der Art und Komplexität ihrer Erkrankung einer Behandlung in dieser bedürfen und daher dem Regelungsbereich von § 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V-E unterfallen würden. Um eine Behandlung in der Hochschulambulanz zu ermöglichen, ist es nach den weiterhin vorgesehenen Bestimmungen in § 117 Abs. 1 Satz 3

SGB V-E aber erforderlich, dass die Gruppe der anspruchsberechtigten Patienten in dreiseitigen Verträgen auf Bundesebene vereinbart wird. Solche Vereinbarungen für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sind in der vorliegenden Fassung allerdings nicht vorgesehen.

Zur Eröffnung einer entsprechenden Behandlungsmöglichkeit wird daher vorgeschlagen, in § 117 Abs. 1 Satz 3 SGB V-E den Begriff „die Kassenärztliche Bundesvereinigung“ durch „die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ zu ersetzen.

§ 119c SGB V-E

Medizinische Behandlungszentren

Medizinische Behandlungszentren sollen zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden können, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende Versorgung dieser Versicherten sicherzustellen.

Bewertung:

Die vorgesehene Einführung Medizinischer Behandlungszentren wird grundsätzlich begrüßt, weil dadurch ein Beitrag zur Verbesserung auch der zahnmedizinischen Versorgung in diesem Bereich geleistet werden kann. Defizite bestehen in diesem Bereich wie bereits angesprochen insbesondere bei der Behandlung auch von Menschen mit Behinderungen unter anästhesiologischer Versorgung. Eine solche Behandlung kann zwar unter zahnmedizinischen Gesichtspunkten in der vertragszahnärztlichen Praxis ermöglicht werden. Die dabei ggf. erforderlichen anästhesiologischen Leistungen müssen jedoch notwendigerweise von einem vertragsärztlichen Anästhesisten erbracht werden. In der Praxis ergeben sich seit Jahren Probleme bei diesen Versorgungsformen, da die anästhesiologischen Leistungen verschiedenen vergütungsregulierenden Maßnahmen unterliegen, die entsprechende Leistungserbringungen für die Anästhesisten wirtschaftlich unattraktiv machen. Vor diesem Hintergrund wird begrüßt, dass ggf. entsprechende zahnmedizinische Behandlungen unter Anästhesie zukünftig grundsätzlich auch in Medizinischen Behandlungszentren gem. § 119c SGB V-E möglich sein können.

Hierfür müssten entsprechende Medizinische Behandlungszentren allerdings zunächst sowohl an der vertragsärztlichen als auch an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen und entsprechende Leistungen anbieten, d.h. in diesen müssten Zahnärzte und Ärzte der betreffenden Fachgebiete tätig sein. Eine Verbesserung der Versorgung würde auch in diesem Falle aber zusätzlich voraussetzen, dass die Leistungen der Medizinischen Behandlungszentren insgesamt und speziell in diesen Fallgestaltungen auch tatsächlich angemessen vergütet werden. Gemäß der weiterhin vorgesehenen Ergänzung von § 120 SGB V in Abs. 2 Satz 1 soll auch hinsichtlich der Leistungen der medizinischen Behandlungszentren eine unmittelbare Vergütung durch die Krankenkasse erfolgen, wobei deren Höhe auf Landesebene vereinbart wird.

Dies ist insofern zu begrüßen, als auf dieser Grundlage für die ggf. von Medizinischen Behandlungszentren erbrachten anästhesiologischen Leistungen die angesprochenen mengenregulierenden Maßnahmen im Bereich der vertragsärztlichen Vergütungen keine Anwendung finden würden. Allerdings bleibt abzuwarten, inwieweit durch die vorgesehenen Vereinbarungen gem. § 120 Abs. 2 SGB V tatsächlich ausreichende Vergütungen vereinbart werden können, um Medizinische Behandlungszentren zur Teilnahme auch an der vertragszahnärztlichen Versorgung und im Zusammenhang damit zur Erbringung der angesprochenen Leistungen zu veranlassen.

Soweit hinsichtlich der vorgesehenen Neufassung von § 120 SGB V in der Begründung ausgeführt wird, dass dann, wenn dies medizinisch oder aufgrund der Besonderheiten bei der Ausführung der Leistung erforderlich ist, eine Vergütung der Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit festen Preisen der Euro-Gebührenordnung erfolgen solle, findet diese Zielrichtung jedenfalls im Wortlaut der vorgesehenen Neufassungen keinen Anklang. Soweit derartige Zielvorgaben verfolgt werden sollten, müssten diese daher im Gesetzestext selbst verankert werden. In diesem Falle müsste zudem berücksichtigt werden, dass ausweislich der Begründung der vorgesehenen Fassung von § 119c SGB V-E die Medizinischen Behandlungszentren auch zahnärztliche Leistungen erbringen dürfen. Für diese gelten aber keine morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gem. § 87a Abs. 3 SGB V, sondern die gem. § 85 Abs. 3 SGB V zu vereinbarenden Gesamtvergütungen. Hinsichtlich solcher Leistungen müsste daher

entsprechend klargestellt werden, dass deren Vergütungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzen.

Unabhängig davon besteht für die Träger aber auch keine Verpflichtung, Medizinische Behandlungszentren mit einem ganz bestimmten Leistungsspektrum zu betreiben und diesen kommt auch kein besonderer Sicherstellungsauftrag zu. Auch vor diesem Hintergrund muss daher davon ausgegangen werden, dass sich derartige Zentren im Hinblick auf den beschränkten Versichertenkreis, der in diesen versorgt werden kann, nur in Großstädten bilden werden, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung werden sicherstellen können. KZBV und BZÄK sehen daher weiterhin ergänzende Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung des angesprochenen Versichertenkreises im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung als erforderlich an.

§ 140a SGB V-E

Besondere Versorgung

In der Neufassung von § 140a SGB V-E sollen die bisher an unterschiedlicher Stelle (§§ 73c, 140a ff. SGB V) bestehenden Regelungen zu den Möglichkeiten der Krankenkassen, Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen, zusammengefasst und dabei die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitert werden.

Bewertung:

Ebenso wie bereits hinsichtlich der vorgesehenen Neufassung von § 71 SGB V lehnt die KZBV auch in diesem Kontext die weiterhin vorgesehenen Erleichterungen und Ausweitungen der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Zusammenhang mit sogenannten Selektivverträgen ab.

Die weitestgehende Reduzierung des Regelungsumfanges und dabei der Verzicht auf bisherige, die Vertragskompetenzen einschränkende Bestimmungen sowie die Verlagerung bisher in der Satzung der Krankenkassen zu treffender Regelungen in die vertraglichen Vereinbarungen mögen als Entbürokratisierung

bezeichnet werden, sie stehen dabei aber in krassem Widerspruch zu der auch mit diesem Gesetzentwurf wiederum erfolgten zunehmenden Ausdifferenzierung der vergleichbaren Regelungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Sie führen nicht zu einer gesteigerten Rechtssicherheit der potentiellen Vertragspartner, insbesondere auch der Versicherten der Krankenkassen. Während die Gestaltungsspielräume der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung und damit auch der gesetzlichen Krankenkassen immer weiter eingegrenzt werden, soll den Krankenkassen im Rahmen der sogenannten Selektivverträge eine „möglichst große Gestaltungsfreiheit“ eingeräumt werden. Während die Vorgaben und Kontrollmechanismen hinsichtlich der Leistungserbringung und –abrechnung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung permanent verschärft werden, fehlt es hinsichtlich der sogenannten Selektivverträge sogar an jeglichen Vorgaben hinsichtlich des in diesen zu regelnden Leistungsumfanges und der hierfür zu vereinbarenden Vergütungen.

Das widersprüchliche Vorgehen des Gesetzgebers wird noch dadurch unterstrichen, dass selbst eine aufsichtsrechtliche Überwachung der Einhaltung der verbliebenen, marginalen gesetzlichen Vorgaben für den Abschluss von sogenannten Selektivverträgen entgegen der rigiden, präventiven aufsichtsrechtlichen Überwachung jeglicher Normsetzung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung lediglich im Nachhinein erfolgen soll.

3. Weitergehende Forderungen

§ 87a Abs. 3 SGB V-E

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Hinsichtlich der vertragsärztlichen Versorgung ist in § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V die Vereinbarung einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Ebene der Gesamtvertragspartner vorgesehen. In Satz 5 ist ergänzend bestimmt, dass vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung gem. § 87a Abs. 2 SGB V zu vergüten sind.

Bewertung:

Bereits in den Stellungnahmen zu den im vorliegenden Referentenentwurf vorgesehenen Neuregelungen hinsichtlich der §§ 117, 119c SGB V-E ist auf die besonderen Probleme bei der Behandlung Pflegebedürftiger und Menschen mit Behinderungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eingegangen worden. Diese resultieren nicht aus dem Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, da in dieser auch die Versorgung dieser Patienten sichergestellt ist. Versorgungsdefizite bestehen vielmehr lediglich in solchen Fallgestaltungen, in denen die besondere Situation des Patienten eine zahnärztliche Behandlung nur unter gleichzeitiger Inanspruchnahme anästhesiologischer Leistungen ermöglicht. Wie dargestellt bestehen seit Jahren erhebliche Probleme bei der Sicherstellung der dann erforderlichen anästhesiologischen Leistungen in der vertragszahnärztlichen Praxis. Diese sind im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Vergütungen für diese Leistungen infolge verschiedener, vergütungsregulierender Maßnahmen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung nicht in jedem Falle als ausreichend angesehen werden und daher Anästhesisten für die Erbringung dieser Leistungen in der vertragszahnärztlichen Praxis nicht in der erforderlichen Zahl zur Verfügung stehen.

Die KZBV hat sich in den zurückliegenden Jahren sowohl gegenüber dem Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen als auch gegenüber der KBV und dem Gesetzgeber für eine Befreiung der entsprechenden Narkoseleistungen von den Beschränkungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen im ärztlichen Bereich eingesetzt. Diese sind allerdings nur teilweise aufgegriffen worden. Lediglich beispielhaft kann insofern auf einen Beschluss des Bewertungsausschusses verwiesen werden, aufgrund dessen mit Wirkung zum 01.07.2009 die Vergütung von Anästhesieleistungen nach Kapitel 5.3 EBM aus den arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina herausgenommen worden ist. Diese bis zum 30.06.2010 geltende Regelung wurde jedoch durch einen weiteren Beschluss des Bewertungsausschusses mit Wirkung zum 01.07.2010 wieder zurückgenommen. Bis heute wird die KZBV von Zahnärzten und Anästhesiologen, die entsprechende Behandlungen durchführen, auf die weiterhin inadäquate Vergütung bei zahnmedizinischen Behandlungen, insbesondere bei Menschen mit Behinderungen, aufmerksam gemacht.

Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Gesamtvertragspartner im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung insofern offenbar auch nicht von ihrer grundsätzlichen Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, gem. § 87a Abs. 3 Satz 5 zweiter Halbsatz SGB V zu vereinbaren, dass anästhesiologische Leistungen in diesen Fallgestaltungen ebenfalls außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, da sie besonders gefördert werden sollen bzw. weil dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Um eine flächendeckende vertragszahnärztliche Versorgung auch für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen in den angesprochenen Fallgestaltungen sicherzustellen wird daher folgende Ergänzung in § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V gefordert:

„In § 87a Abs. 3 Satz 5 wird nach dem Wort „Bundesausschusses“ folgender Text eingefügt:

„, sowie anästhesiologische Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 19 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI eingeschränkt sind““

Damit würde eine anästhesiologische Versorgung im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen gerade auch für einen Versichertenkreis ermöglicht, für den der Gesetzgeber in § 87 Abs. 2i und j SGB V bereits seit Längerem besondere Förderungsmaßnahmen hinsichtlich der aufsuchenden Versorgung geregelt hat.

§ 85 Abs. 3 Satz 4 SGB V

Gesamtvergütung, Datenlieferungen der Krankenkassen

Gem. § 85 Abs. 3 Satz 4 SGB V haben die Krankenkassen den KZVen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen KZV haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen.

Bewertung:

Durch das GKV-VStG ist § 85 Abs. 3 SGB V neu gefasst und zu einer Spezialnorm hinsichtlich der Ausgestaltung der Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Versorgung ausgestaltet worden. Dabei sind in Anlehnung an die Bestimmungen hinsichtlich einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung in § 87a SGB V in § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V u.a. Veränderungen von Zahl und Struktur der Versicherten und die Morbiditätsentwicklung als Bemessungsparameter definiert worden, die von den Gesamtvertragspartnern bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind.

In § 85 Abs. 3 Satz 4 SGB V ist in diesem Zusammenhang bisher vorgesehen, dass die Krankenkassen den KZVen lediglich die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen KZV haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordrucks KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitteilen. Demgegenüber sind für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in § 87 Abs. 3f SGB V umfangreiche Datenübermittlungen der KVen und der Krankenkassen an die KBV bzw. den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie weitere Übermittlungen an ein Institut des Bewertungsausschusses gem. § 87 Abs. 3b SGB V vorgesehen.

Es hat sich erwiesen, dass die zurzeit in § 85 Abs. 3 Satz 4 SGB V vorgesehenen Datenlieferungen den Gesamtvertragspartnern und dabei insbesondere den KZVen keine hinreichenden Datengrundlagen zur Beurteilung der Bemessungsparameter für die Vereinbarungen der Veränderungen der Gesamtvergütungen zur Verfügung stellen. Denn die einmal jährliche Meldung von Versichertenzahlen lässt keinen Rückschluss auf unterjährige Bestandsänderungen durch Kassenzu- und -abgänge zu. Um solche Entwicklungen auch im Rahmen von Verhandlungen über die Veränderung der Gesamtvergütungen erkennbar und berücksichtigungsfähig zu machen, ist vielmehr eine quartalsweise Übermittlung der Versichertenzahlen erforderlich.

Um eventuelle Mengenentwicklungen auf die Bemessungsparameter zurückführen zu können, ist zudem eine versichertenbezogene Aufbereitung der Abrechnungsdaten zur Ermittlung und Beurteilung der Inanspruchnahmequote, der Versichertenzahl sowie der durchschnittlich erbrachten Punktmenge je in Anspruch nehmenden Versicherten erforderlich, wobei Veränderungen der Inanspruchnahmequote sich auf die Morbiditätsentwicklung auswirken. Die Veränderung der Versichertenzahl bildet den

entsprechenden Effekt auf eine bestimmte Punktmengenentwicklung ab. Eine Veränderung der durchschnittlich erbrachten Leistungsmenge je in Anspruch nehmenden Versicherten repräsentiert die Auswirkungen einer Veränderung der Versichertenstruktur, da Versicherte gleichen Typs bzw. gleicher Morbidität im Durchschnitt den gleichen Leistungsbedarf ausweisen und insofern bei gleicher Versichertenstruktur eine Veränderung dieser Größe nicht zu erwarten ist.

Zur Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben der KZVen gem. § 85 Abs. 3 SGB V ist daher zunächst eine Ausweitung der bisherigen Datenlieferungen der Krankenkassen an die KZVen auf eine quartalsweise Übermittlung der Versichertenzahlen, unterteilt gemäß den vollständigen Gliederungen der KM6-Statistik auf Einzelkassenebene erforderlich.

Nach der bisherigen gesetzlichen Regelung liegt den KZVen zudem lediglich eine beschränkte Datenübersicht hinsichtlich der Versichertenzahlen in ihrem Gebiet vor. Auf dieser Grundlage können die KZVen daher bezirksübergreifende Veränderungen in der Versichertenstruktur weder erkennen noch bewerten. Dies ist aber für die Verhandlungen über die Veränderungen der Gesamtvergütungen erforderlich, da Wanderungsbewegungen von Versicherten über KZV-Bezirksgrenzen hinaus zu deutlichen Strukturverschiebungen innerhalb einer Krankenkasse führen können. Insbesondere bei Beteiligung von Stadtstaaten aber auch in Ballungsgebieten, die durch KZV-Bezirke verlaufen, sind Mengenentwicklungen ohne Berücksichtigung KZV-bezirksübergreifender Entwicklungen nicht plausibilisierbar. Da derartige Informationen aber zumindest solchen Krankenkassen vorliegen, die über einen KZV-bezirksübergreifenden Versichertenbestand verfügen, besteht insofern zurzeit eine Informationsdisparität auf Landesebene, die nur durch eine Zusammenführung der, den KZVen von den Krankenkassen übermittelten Abrechnungsdaten auf Bundesebene ausgeglichen werden kann.

Da die relevanten Daten zwar bei den Krankenkassen, bisher aber nicht bei den KZVen vorliegen und der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen in die Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen, anders als im Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung, nicht einbezogen ist, kann auf die Einrichtung eines besonderen Instituts zur Auswertung der Daten, wie dies in § 87 Abs. 3f SGB V hinsichtlich der vertragsärztlichen Versorgung vorgesehen ist, im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung verzichtet werden. Vielmehr sollte diese Aufgabe der KZBV übertragen werden, wo-

mit dieser zugleich die erforderlichen Verhandlungsgrundlagen im Rahmen von § 57 Abs. 1 SGB V für die Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Punktwertes für die Vergütungen der zahnärztlichen Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen zur Verfügung gestellt würden. Die KZBV sollte auf dieser Grundlage ferner gesetzlich verpflichtet werden, den KZVen bezirksübergreifende Auswertungen dieser Daten in Vorbereitung der Verhandlungen über die Veränderung der Gesamtvergütungen zur Verfügung zu stellen.

Mit diesem Konzept würde auch ein Ansatz in diesem Referentenentwurf aufgegriffen, wonach in einer Neufassung von § 299 Abs. 2 SGB V hinsichtlich der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung sogar eine Übermittlung von Klardaten an eine gesonderte Stelle bei den KVen zugelassen werden soll, die das Verfahren zur Pseudonymisierung der Daten für Verfahren zur Qualitätsprüfung nach § 136 Abs. 2 SGB V durchführen kann. Wenn danach bereits eine Übermittlung von Klardaten an Stellen der KVen auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. Vereinbarungen gem. § 137d SGB V gesetzlich zugelassen werden soll, ist dieser Ansatz auf eine Übermittlung ausschließlich pseudonymisierter Daten an die KZBV in den genannten Verfahren entsprechend zu übertragen.

Anders als auf der Grundlage der augenblicklichen gesetzlichen Bestimmungen würden derartige KZV-bezirksübergreifende Auswertungen den KZVen auch übergreifende Quer- und Längsschnittbetrachtungen ermöglichen, die Rückschlüsse auf eventuelle Morbiditätsentwicklungen i.S.v. § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V zulassen. Ferner würde den KZVen damit die fortlaufende Erstellung vergleichender Analysen KZV-spezifischer Entwicklungen auf der Grundlage geeigneter Referenzgrößen zu deren sachgerechter Interpretation und Einschätzung ermöglicht.

Für die Erarbeitung sachgerechter Beurteilungsgrundlagen reicht allerdings eine Übermittlung lediglich anonymisierter Einzelfalldaten, die keinem bestimmten Versicherten zugeordnet werden können, nicht aus. Vielmehr sind hierfür versichertenbezogene Betrachtungen der Mengenentwicklung und in diesem Kontext eventueller Morbiditätsentwicklungen sowie Veränderungen der Versichertenzahl und der Versichertenstruktur erforderlich. Entsprechend den vergleichbaren Bestimmungen hinsichtlich der vertragsärztlichen Versorgung in § 87 Abs. 3f Satz 1 SGB V ist daher eine Übermittlung versichertenbezogener Daten in einheitlich pseudonymisierter Form erforderlich, wobei das Verfahren der Pseudonymisierung entsprechend der ver-

gleichbaren Bestimmung in § 87 Abs. 3f Satz 6 SGB V hinsichtlich der vertragsärztlichen Versorgung von der KZBV im Einvernehmen mit dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik bestimmt werden sollte.

Es wird daher folgende Neufassung von § 85 Abs. 3 SGB V gefordert:

1. § 85 Abs. 3 Satz 4 erhält folgende Fassung:

„Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, quartalsweise, jeweils bis zum ... eines jeden Quartals, gegliedert nach den Inhalten des Vordrucks KM6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu übermitteln.“

2. Nach § 85 Abs. 3 Satz 4 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln diese Angaben sowie aus den Abrechnungsunterlagen versichertenbezogen in einheitlich pseudonymisierter Form die Abrechnungsdaten (Abrechnungspositionen, abgerechnete Punkte, abgerechnete Beträge, ggf. Material- und Laborkosten) auf Einzelfallebene in den einzelnen Leistungsbereichen, gegliedert nach den Merkmalen Alter (Geburtsjahr), Geschlecht und Wohnort (Planungsbereich) quartalsweise an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung für die Erstellung bezirksübergreifender Auswertungen, die den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellt werden. Das Verfahren der Pseudonymisierung nach Satz 5 ist von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik zu bestimmen.“