

Stellungnahme der KZBV

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

» Die KZBV nimmt zum Referentenentwurf (RefE) des Versorgungsverbesserungsgesetzes nur insoweit Stellung, als die Belange der Zahnärzteschaft hierdurch betroffen sind.

I. Zu Artikel 1 Nummer 1 RefE / § 85a SGB V-RefE

1. Übertragung der Regelungen des § 1 COVID-19-VSt-SchutzV in einem § 85a SGB V / Schaffung einer wirksamen zahnärztlichen Schutzschirmregelung nach dem Muster der ärztlichen Regelung in § 87a Abs. 3b SGB V

» Die KZBV bewertet das Anliegen des Gesetzgebers, eine Regelung zur finanziellen Unterstützung von Zahnarztpraxen aufgrund epidemiebedingter Fallzahlrückgänge und damit letztlich zur Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen zahnärztlichen Versorgung in das SGB V aufzunehmen, als grundsätzlich sinnvoll.

Zur Erreichung dieses Ziels ist eine lediglich reine Überführung der in der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) enthaltenen Regelungen aus Sicht der KZBV allerdings ungeeignet, als sie anders als dies etwa im ärztlichen Bereich der Fall ist, keine echte finanzielle Entlastung, sondern allenfalls eine Möglichkeit zur Inanspruchnahme von zinsfreien Darlehen darstellen, die aufgrund der erforderlichen Rückzahlung binnen zwei Jahren die unmittelbar im Jahr 2020 aus der COVID-19-Pandemie resultierenden Nachteile lediglich in die Jahre 2021 und 2022 verschiebt.

Das Ausmaß der Ausbreitung des Corona-Virus und der damit verbundenen Erkrankung (Covid-19) im Jahresverlauf 2020 hat gezeigt, wie durch die mit einem Lockdown

verbundenen Einschränkungen die Leistungsanforderung der Versicherten in den Praxen und damit verbunden die Leistungsmenge abrupt einbrechen kann mit der Folge, dass Praxen von dieser rückläufigen Leistungsanforderung in ihrer betriebswirtschaftlichen Situation ggf. hart getroffen werden. Ab Mitte März sind in den einzelnen Leistungsbereichen bei den Fallzahlen extreme Rückgänge vor allem in den Monaten April und Mai 2020 mit Veränderungen von bis zu -40% gegenüber dem Vorjahreszeitraum aufgetreten. In einigen KZV-Bereichen liegen die Einbrüche im Leistungsgeschehen sogar noch höher.

Zudem wird bei der intendierten bloßen Überführung der Regelungen des § 1 COVID-19-VSt-SchutzV in einen § 85a SGB V gänzlich außer Acht gelassen, dass ein Ende der Pandemie bislang nicht in Sicht ist und dass angesichts der wieder steigenden Infektionszahlen sowie möglicher weiterer, auch regionaler, epidemischer Höhepunkte ("zweite Welle") erneut erhebliche Fallzahleinbrüche drohen können, womit auf viele Zahnarztpraxen in den kommenden Jahren schlimmstenfalls sogar eine doppelte Belastung zum einen aus einer ggf. epidemiebedingt zurückhaltenderen Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen insb. im Falle weiterer Lock-Down-Phasen und zum anderen durch die erforderliche Rückzahlung der Liquiditätshilfen bzw. Darlehen zukommen kann. Gegebenenfalls würde damit eine Entwicklung, welche mittels der Regelungen der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung gerade vermieden werden sollte, entgegen der erklärten Intention des Verordnungsgebers unbeabsichtigterweise sogar noch forciert.

Daher fordert die KZBV den Gesetzgeber auf, die Gelegenheit zu nutzen, um im Zuge der Überführung der Regelungen aus der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung in das SGB V die Liquiditätshilfen für den zahnärztlichen Bereich als echte finanzielle Zuschüsse unter angemessener Beteiligung der Krankenkassen aufgrund deren Pflicht zur Mitwirkung am Erhalt der ambulanten Versorgung durch die vertragszahnärztlichen Leistungserbringer auszugestalten. Dies sollte schon aus Gründen der rechtssystematischen Einheitlichkeit nach dem Muster der mit dem Krankenhausentlastungsgesetz in das SGB V eingefügten Schutzschirm-Regelungen für den ärztlichen Bereich (§ 87a Abs. 3b und § 87b Abs. 2a SGB V) geschehen. Ungeachtet des nach bisheriger Rechtslage zum 1. Januar 2021 zunächst vorgesehenen Außerkrafttretens des § 87a Abs. 3b SGB V hält die KZBV eine dem vergleichbare Regelung für den

zahnärztlichen Bereich angesichts des absehbaren Fortdauerns der COVID-19-Epidemie sowie hinsichtlich gegebenenfalls künftiger Großschadensereignisse für unerlässlich.

Die dortigen Regelungen sehen individuelle Ausgleichszahlungen der KVen an die Leistungserbringer vor, wenn deren Gesamthonorar bedingt durch ein Großschadensereignis um mehr als 10% gegenüber dem Vorjahresquartal abgesunken ist. Diese Regelung erlaubt somit zielgenaue Unterstützungsleistungen für finanziell in Bedrängnis geratene Leistungserbringer. Dies insbesondere auch dann, falls das epidemische Geschehen und die dadurch bedingten Fallzahlrückgänge sich regional auf einzelne "Hot-Spots" konzentrieren, so dass vornehmlich die dortigen Leistungserbringer durch regionale Fallzahleinbrüche betroffen sind.

Indem die Krankenkassen hierbei die von den KVen an die betroffenen Leistungserbringer geleisteten Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b SGB V zu erstatten haben, werden sie in sachgerechter Art und Weise in die Aufrechterhaltung der Versorgungsstrukturen eingebunden und kommen ihrer Mitwirkungspflicht aus § 72 Abs. 1 SGB V an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach.

Umso unverständlicher ist es, dass demgegenüber nach § 1 COVID-19-VSt-SchutzV und dessen nunmehr intendierter Übertragung in das SGB V die Krankenkassen nicht auch an der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung mitwirken müssen und dass Zahnärzte nicht einmal einen anteiligen finanziellen Ausgleich für epidemiebedingte Fallzahlrückgänge, sondern lediglich eine Liquiditätshilfe in Form von Darlehen erhalten, deren erforderliche Rückzahlung wie eingangs dargelegt die Situation für die Vertragszahnärzte ggf. zusätzlich verschlimmern wird.

Das vertragszahnärztliche Versorgungssystem hat in der Corona-Pandemie seine Verlässlichkeit und Belastbarkeit unter Beweis gestellt und in den vergangenen Monaten erneut gezeigt, wozu es im Stande ist und wie hervorragend die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland funktioniert.

Unter Einhaltung höchster Hygienestandards und unter oft schwierigen Bedingungen haben es die Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Praxisteams vom ersten Tag der Pandemie an geschafft, zu jedem Zeitpunkt sowohl die Regelversorgung ihrer Patientinnen und Patienten sicherzustellen als auch die Versorgung von COVID-19-Infizier-

ten und von Verdachtsfällen zu gewährleisten. Praktisch aus dem Stand wurde in kürzester Zeit ein Netz von Behandlungszentren in 30 Kliniken und 170 Schwerpunktpraxen für die Akut- und Notfallbehandlung von Patientinnen und Patienten aufgebaut, die mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert sind oder sich in Quarantäne befinden. Zur Unterstützung der Praxen wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) das wissenschaftlich abgesicherte Handout „System von Standardvorgehensweisen für Zahnarztpraxen während der Coronavirus-Pandemie“ entwickelt. Das Handout bietet Praxen eine Orientierung, auf welche Art und Weise Patientinnen und Patienten in der aktuellen Pandemie-Situation behandelt werden sollten. Gleichzeitig wurde vor dem Hintergrund der zeitweise fehlenden bzw. geringen Verfügbarkeit die Beschaffung von Schutzausrüstung für die Schwerpunktpraxen sichergestellt.

Durch gesetzlich vorgesehene echte finanzielle Unterstützungsleistungen für die Zahnärzte in Krisenzeiten, die über nur vorübergehend gewährte Liquiditätshilfen mit einer am tatsächlichen Leistungsgeschehen orientierten 100-prozentigen Rückzahlungsverpflichtung bei Überzahlung hinaus gehen, würde der Gesetzgeber einen wichtigen Stützpfeiler schaffen, um die weltweit als beispielhaft anerkannte zahnärztliche Versorgung in Deutschland mit einem hervorragend funktionierenden flächendeckenden und wohnortnahen Praxisnetz sowie herausragenden Ergebnissen bei der Mundgesundheit dauerhaft gewährleisten zu können. Die zahnärztliche Versorgung ist ein wichtiger Bestandteil der Daseinsfürsorge. Die Mundgesundheit ist für die Gesundheit insgesamt von großer Bedeutung. Damit die zahnärztliche Versorgung weiterhin flächendeckend sichergestellt werden kann, darf sie in Pandemiezeiten nicht aufs Spiel gesetzt werden. Auch der Bedeutung der Zahnärztinnen und Zahnärzte als Arbeitgeber wird die reine Liquiditätshilfe nicht gerecht. Zusammen mit den Praxisinhabern sind deutschlandweit etwa 365.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Zahnarztpraxen tätig, davon rund 32.000 Auszubildende.

Die KZBV fordert daher, für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eine Regelung zu schaffen, die geeignet ist, unter angemessener Mitwirkung der Krankenkassen an der Bewältigung der finanziellen Lasten eine nachhaltige Aufrechterhaltung der Versorgungsstrukturen dauerhaft, d.h. sowohl im Falle eines Fortdauerns der aktuellen pandemischen Lage (die derzeitige Regelung berücksichtigt eine solche Entwicklung nicht) als auch im Falle künftiger Großschadensereignisse (so der Begriff in der ärztlichen Schutzschirmregelung des § 87a Abs. 3b SGB V), sicherzustellen.

Daher schlägt die KZBV konkret vor, statt der bisher in § 1 COVID-19-VSt-SchutzV getroffenen Regelungen einer bloßen, vollständig zurückzuzahlenden Liquiditätshilfe im Zuge des hiesigen Gesetzgebungsverfahrens für die Vertragszahnärzte eine echte, auch die Krankenkassen beteiligende Schutzschirmregelung nach dem Muster des ärztlichen § 87a Abs. 3b SGB V zu schaffen. Wegen der anders gelagerten Vergütungssystematik im vertragszahnärztlichen Bereich müssten dabei gegenüber der ärztlichen Regelung folgende Modifizierungen vorgenommen werden:

- a) Die Beschränkung der Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b SGB V auf den Ausfall der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergüteten ("extrabudgetären") ärztlichen Leistungen hat ihren Grund in der besonderen Vergütungsstruktur des ärztlichen ambulanten Sektors, wonach lediglich die extrabudgetären Leistungen nach § 87a Abs. 3 Sätze 5, 6 SGB V einzeln und nach angefallener Leistungsmenge vergütet werden (Einzelleistungsvergütung), wohingegen die gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 ff. SGB V zu vereinbarenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen jeweils als budgetierter Festbetrag für den gesamten prognostizierten und als notwendige medizinische Versorgung geltenden Behandlungsbedarf mit befreiender Wirkung geleistet werden, so dass auch im Falle von tatsächlichen Leistungsmengentrüben wie im Falle der Coronakrise das finanzielle Volumen der Gesamtvergütung vollständig erhalten bleibt.

Im vertragszahnärztlichen Bereich ist die Vergütungssystematik hingegen eine andere als im vertragsärztlichen Bereich. Die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen können gemäß § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Vorherrschend sehen die gesamtvertraglichen Regelungen im zahnärztlichen Bereich dabei einzelleistungsorientierte Gesamtvergütungen vor, bei denen sich im Falle einer Unterschreitung der für die festzulegende Obergrenze zugrunde gelegten Leistungsmenge die Gesamtvergütung in entsprechendem Umfang reduziert, so dass sie am Ende lediglich die im Falle der Coronakrise ggf. deutlich zurückgegangenen tatsächlich noch erbrachten Leistungen abdeckt. Vergleichbares gilt für

Gesamtvergütungen auf Grundlage von Fallpauschalen oder von Kopfpauschalen für behandelte Patienten.

Die hingegen – wie die ärztlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (s.o.) – gegenüber Mengenveränderungen prinzipiell "resistenten" vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen als Festbetrag oder als Kopfpauschalen für die Versicherten einer Krankenkasse (jeweils als sog. "Überstellerverträge" bezeichnet) kommen demgegenüber nur relativ selten vor.

Daneben gibt es zudem einen signifikanten Anteil zahnärztlicher Leistungen, die außerhalb der (budgetierten) Gesamtvergütungen vergütet werden und insoweit mangels Ausgabenobergrenze als "extrabudgetäre Leistungen" bezeichnet werden können. Hierunter fallen beispielsweise Leistungen, für die dies ausdrücklich angeordnet ist (bspw. nach § 87 Abs. 2i, 2j und 2k SGB V) sowie insbesondere die Vergütung der nach dem Festzuschussystem vergüteten Zahnersatzleistungen. Auch diese insoweit außerhalb der budgetierten Gesamtvergütungen prinzipiell im Wege der Einzelleistungsvergütung vergüteten Leistungen (wobei der Zahnarzt im Falle von Zahnersatzleistungen gegenüber der KZV lediglich den Festzuschuss abrechnet und die Kasse insoweit nur diesen vergütet) gehen im Zuge der Coronakrise deutlich zurück.

Daher muss eine zahnärztliche Schutzschirmregelung Ausgleichszahlungen nicht nur für extrabudgetäre Leistungen im o.g. Sinne bzw. für deren Ausfall vorsehen, sondern vor allem auch für Leistungen, die über die Gesamtvergütungen vergütet werden, soweit die Gesamtvergütung im Wege der Einzelleistungsvergütung berechnet wird.

- b) Die Abschlagszahlungen der Kassen an die KZVen müssen im Falle von Einzelleistungsvergütungen auf einem Niveau erhalten bleiben, das den KZVen die Verauslagung der Ausgleichsbeträge ermöglicht. Jedenfalls bei flächendeckenden Fallzahlrückgängen nämlich reduzieren sich im Falle von Einzelleistungsvergütungen mit der verminderten Leistungsanspruchnahme auch die zur Liquiditätsherstellung an die KZVen zu leistenden Abschlagszahlungen der Krankenkassen. Da die KZVen aber auch über die Liquidität verfügen müssen, um Ausgleichszahlungen an von Honorareinbußen über 10% betroffene Zahnärzte auszus zahlen bzw.

verauslagen zu können, ehe diese von den Krankenkassen erstattet werden, bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Regelung, die den Erhalt der Abschlagszahlungen auf einem hinreichenden Niveau von 90% der letzten, "unbeeinträchtigten" Gesamtvergütung von vor dem Krisenjahr sicherstellt.

- c) Damit auch die bisher lediglich als vollständig zurückzuzahlende Liquiditätshilfen ausgestalteten finanziellen Unterstützungsleistungen nach § 1 COVID-19-VSt-SchutzV in sachgemäßer Weise eine Kassenbeteiligung erfahren, sind sie in Ausgleichszahlungen gemäß der Neuregelung zu überführen.

Ergänzend sollte noch folgende Modifizierung gegenüber dem aktuellen § 87a Abs. 3b SGB V vorgenommen werden:

- d) Für die erforderlichen Vergleichsbetrachtungen hinsichtlich der Fallzahleinbrüche sollte nicht wie bis dato der Vergleich zum "Vorjahresquartal" gezogen werden, sondern für den Fall überjähriger Großschadensereignisse der Vergleich zum letzten vergleichbaren Referenzquartal aus dem Jahr vor dem Großschadensereignis.

Konkrete Regelungsvorschläge:

§ 85a Abs. 1 bis 3 und Abs. 8 SGB V-E:

(1) ¹Führt ein auf einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder einem anderem Großschadensereignis beruhender Fallzahlrückgang dazu, dass sich das Gesamthonorar eines vertragszahnärztlichen Leistungserbringers für vertragszahnärztliche Leistungen um mehr als 10 Prozent gegenüber gegenüber dem Referenzquartal aus dem letzten Jahr vor dem Beginn des Großschadensereignis mindert, so kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung, wenn die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet wird, eine befristete Ausgleichszahlung an den vertragszahnärztlichen Leistungserbringer leisten, die sowohl die aus der Gesamtvergütung vergüteten als auch die außerhalb der Gesamtvergütung vergüteten Leistungen einschließlich Zahnersatz abdeckt. ²Wird die Gesamtvergütung nicht nach Einzelleistungen berechnet, ist die Ausgleichszahlung auf Leistungen einschließlich Zahnersatz beschränkt, die außerhalb der Gesamtvergütung vergütet werden. ³Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der der vertragszahnärztliche Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund

anderer Anspruchsgrundlagen erhält. ⁴Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind der Kassenzahnärztlichen Vereinigung durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. ⁵Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat den Krankenkassen die zur Erstattung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. ⁶So weit auf Grundlage von § 1 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung an vertragszahnärztliche Leistungserbringer Liquiditätshilfen geleistet wurden, denen keine Erbringung vertragszahnärztlicher Leistungen zugrunde liegt, gelten diese als Ausgleichszahlungen im Sinne der Sätze 1 bis 4.

(2) Nimmt in Folge eines Großschadensereignisses die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen gegenüber dem Referenzquartal aus dem letzten Jahr vor dem Beginn des Großschadensereignisses um mindestens 10 Prozent ab, stellen die Bundesmantelvertragspartner oder die Gesamtvertragspartner für diejenigen Gesamtvergütungen, die nach Einzelleistungen berechnet werden, durch Vereinbarungen sicher, dass 90% des Betrages der Gesamtvergütungen des letzten Jahres vor Eintritt des Großschadensereignisses als Abschlagszahlung zur Verfügung gestellt werden.

(3) Mindert sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Fallzahl in einem die Fortführung der Zahnarztpraxis gefährdenden Umfang, hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab zeitnah geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers vorzusehen.

(8) § 1 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung tritt mit Inkrafttreten dieses Paragraphen außer Kraft.

2. Regelungen für eine verzerrungsfreie Fortschreibung der Gesamtvergütungen in Folgejahren von Großschadensereignissen

Darüber hinaus bedarf es nach Auffassung der KZBV zur Gewährleistung einer verzerrungsfreien Fortschreibung der Gesamtvergütungen verschiedener gesetzlicher

Sonderregelungen, welche sicherstellen, dass krisenbedingte Verwerfungen innerhalb des Jahres eines Großschadensereignisses nicht zum Anknüpfungspunkt für die Fortschreibungen der Gesamtvergütungen gemacht werden, da es sich hierbei um völlig atypische singuläre Entwicklungen handelt, die in keiner Weise repräsentativ und als Anknüpfungspunkt für das Folgejahr absolut ungeeignet sind.

Insoweit bedarf es zunächst einer Regelung, wonach die Abnahme von Leistungsansprüchen, welche gerade nicht die tatsächliche Morbiditätsentwicklung abbildet, infolge der aktuellen COVID-19-Pandemie bzw. eines Großschadenereignisses bei der im Folgejahr erfolgenden Anwendung der Veränderungsparameter des § 85 Abs. 3 SGB V als Bezugsgrößen unberücksichtigt bleiben und nicht zur Grundlage für die prognostizierte Leistungsmenge des Folgejahres gemacht werden. Gleiches gilt für eine etwaige Veränderung der Kostenstruktur, welche naturgemäß erst mit einem zeitlichen Versatz von üblicherweise zwei oder drei Jahren zum Tragen kommt. Auch hierbei müssen insoweit Krisenjahre bzw. aus Krisenjahren resultierende atypische Veränderungen unberücksichtigt bleiben.

In gleicher Weise sollte zudem die Berücksichtigung der Veränderungsrate bzw. die Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs 1 und 2, § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V außer Betracht bleiben, da auch bei deren Berücksichtigung im Nachgang zu einem Epidemiejahr und den durch dieses bewirkten Abnahmen an beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (§ 71 Abs. 3 SGB V) o.dgl. die Fortschreibung der Gesamtvergütungen verzerrt würde.

Mit Blick auf die COVID-19-Pandemie sollte zudem die nach § 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V bestehende Pflicht zur Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütung (im Sinne einer Ausgabenobergrenze) zumindest für die Jahre 2021 und 2022 bzw. allgemein für die zwei auf ein Großschadensereignis folgenden Kalenderjahre ausgesetzt werden. Hilfsweise sollte zumindest der Betrag, um den die Gesamtvergütungen in 2020 unterschritten werden, auf die Ausgabenobergrenze im Pandemie-Folgejahr aufaddiert werden, um auch die vom Ordnungsgeber in der Entwurfsbegründung zur COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung prognostizierte Nachholung von Leistungen überhaupt realisieren zu können.

Konkreter Regelungsvorschlag:

§ 85a Abs. 4 SGB V-E:

(4) ¹Abweichend von § 85 Absatz 3 Satz 1 bleibt für die Veränderung der Gesamtvergütungen die im Vorjahr durch ein Großschadensereignis bewirkte Abnahme der Leistungsanspruchnahme unberücksichtigt. ²In diesen Fällen gelten § 71 Absätze 1 und 2 sowie § 85 Absatz 3 Satz 2 nicht. ³Für die Gesamtvergütungen der beiden auf das Jahr eines Großschadensereignisses folgenden Kalenderjahre findet § 85 Absatz 2 Satz 7 keine Anwendung. ⁴Die aus einem Großschadensereignis resultierende Veränderung der Kostenstruktur bleibt im Rahmen des § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V unberücksichtigt.

3.) Rechtsgrundlage für epidemiebedingte Zuschlagsposition im BEMA

Um den im Falle einer bundesweiten oder regionalen Epidemie entstehenden Mehraufwand für die Praxis sachgerecht ausgleichen zu können, sollte zudem die gesetzliche Grundlage für die Einführung einer epidemiebedingten Zuschlagsposition im BEMA geschaffen werden. Weder deckt die entsprechende Leistungsposition für den sog. Sprechstundenbedarf bislang erhöhte Aufwendungen für Hygienemaßnahmen und Schutzausrüstung ab (gerade zu Beginn der Pandemie sind hier die Preise aufgrund der hohen Nachfrage im privaten Bereich regelrecht explodiert), noch werden erhöhte Rüst- und Aufklärungszeiten kompensiert. Während der Hochphase der Pandemie musste der allgemeine Praxisbetrieb üblicherweise dergestalt entzerrt werden, dass zeitgleich nur eine geringere Anzahl von Patienten als unter Normalbedingungen einbestellt wurden, um das Infektionsrisiko möglichst gering zu halten. Auch für die hieraus resultierenden Nachteile gibt es bislang keine Kompensation.

Konkreter Regelungsvorschlag:

§ 85a Abs. 5 SGB V-E:

(5) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine Zuschlagsposition für in Jahren eines Großschadensereignisses entstehende zusätzliche Kosten und sonstige Aufwände zu schaffen.

4.) Sonderregelungen für die Selbstverwaltung zur besseren Versorgungsgewährleistung während eines Großschadensereignisses

Es hat sich erwiesen, dass im Krisenfall und somit auch künftig bei Großschadensereignissen eine schnelle und effiziente Unterstützung der Leistungserbringer durch die Selbstverwaltung unerlässlich ist, um die Versorgung der Versicherten aufrecht zu erhalten und sachgemäß an die besonderen Gegebenheiten des jeweiligen Großschadensereignisses anzupassen. Zur Schaffung der hierfür erforderlichen Rechtssicherheit bei der Bewältigung der sich insoweit stellenden Herausforderungen sollten der Selbstverwaltung die notwendigen rechtlichen Befugnisse eingeräumt werden.

Um den Versicherten im Krisenfall zeitnahe und unbürokratische Lösungen anbieten zu können und kurzfristig die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, mit denen für Zahnärzte, Krankenkassen und Versicherte die notwendige Rechtssicherheit hergestellt wird., bedarf es insoweit einer Ermächtigungsgrundlage für die Selbstverwaltung (Bundesmantelvertragspartner und Gemeinsamer Bundesausschuss), wonach diese im Falle eines Großschadensereignisses bestehende höherrangige gesetzliche Regularien entsprechend der jeweiligen Erfordernisse zumindest befristet modifizieren bzw. aussetzen kann. Exemplarisch genannt sei hier etwa die Überweisung von infizierten bzw. unter Quarantäne stehenden Personen in Schwerpunktpraxen, die Vereinfachung der Verordnung von Krankentransporten, die Erstreckung der Regelungen für Videosprechstunden auf alle Versicherte oder die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ohne eingehende Untersuchung vor Ort.

Konkrete Regelungsvorschläge:

§ 85a Abs. 6 und 7 SGB V-E:

(6) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen für die Untersuchung und Behandlung von Versicherten während der Dauer eines Großschadensereignisses vorzusehen, soweit die Leistungen sich für die Erbringung im Rahmen einer Videosprechstunde eignen.

(7) ¹Zur Erleichterung der Versorgung der Versicherten im Falle eines Großschadensereignisses treffen der Gemeinsame Bundesausschuss sowie die Partner der Bundesmantelverträge im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit geeignete Sonderregelungen. ²Diese können zur Bewältigung der mit einem Großschadensereignis einhergehenden Herausforderungen insbesondere befristete Abweichungen von

gesetzlichen Genehmigungsvorbehalten vorsehen oder Fernbehandlungen und Ferndiagnosen sowie hierauf beruhende Verordnungen zulassen.

II. Zu Artikel 1 Nummer 3 RefE – Selektivverträge

Die KZBV bewertet die Änderungen am § 140a SGB V insgesamt als kritisch, als hierdurch der Sicherstellungsauftrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Umfang künftiger selektivvertraglicher Regelungen reduziert wird.

Die Möglichkeit zur Ausweitung von Selektivverträgen könnte bspw. dazu führen, dass perspektivisch eine sachgerechte Versorgung der Versicherten insb. in Krisenzeiten nicht gewährleistet ist. Während in solch einem Fall die Selbstverwaltung über die notwendige Expertise und Mittel zur Bewältigung von Großschadensereignissen und den hieraus resultierenden Herausforderungen verfügt, kann dies auf sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbringern oder gar einzelne Leistungserbringer ggf. nicht zutreffen. Das Nebeneinander einer Vielzahl von Selektivverträgen birgt insoweit die Gefahr, dass einzelne Versichertengruppen in Krisenzeiten keine angemessene Versorgung zuteilwird. Auch außerhalb von Krisenzeiten besteht zudem die Gefahr, dass es zu einer nicht überschaubaren Vielfalt an unterschiedlichen Leistungsniveaus bzw. zu regional zersplitterten Leistungsniveaus kommt, die dem Grundsatz der Gewährung gleichwertiger Lebensverhältnisse auch in Sachen Gesundheitsversorgung mitunter entgegenstehen können.

Soweit es die Einbeziehung nichtärztlicher Leistungserbringer in den Anwendungsbereich des § 140a SGB V betrifft fordert die KZBV zudem eine ausdrückliche Klarstellung im Gesetzestext (und nicht lediglich in der Begründung) dergestalt, dass nicht-ärztliche Leistungserbringer über Selektivverträge nicht zur Erbringung von Leistungen befugt werden können, zu deren Erbringung sie im Rahmen der „Regelversorgung“ nicht befugt wären. Insbesondere darf hierdurch nicht ein bestehender (Zahn-)Arztvorbehalt oder Delegationsrahmen abbedungen werden.

In der Einbeziehung sonstiger Sozialleistungsträger, der PKV und etwaiger sonstiger Dritter in den Anwendungsbereich von Selektivverträgen sieht die KZBV das Risiko einer unzulässigen Zweckentfremdung von GKV-Mitteln.

Von der in § 140a Abs. 3 Satz 1 Nummer 7 SGB V-RefE verwendeten Formulierung der sonstigen Berufs- und Interessenverbände werden u.a. auch die Zahnärztekammern erfasst, deren originäre Zuständigkeit bislang in berufsrechtlichen Angelegenheiten besteht. Eine solche Einbeziehung von öffentlichen Körperschaften mit eigenem originärem Aufgabenbereich würde indes faktisch zu einer schleichenden Aufgabenausweitung per Selektivvertrag führen, was kaum intendiert sein kann und zudem kompetenzrechtlich problematisch sein dürfte. Daher sollte in § 140a Abs. 3 Satz 1 Nummer 7 SGB V-RefE klargestellt werden, dass Körperschaften wie insb. die Kammern nicht hierunter fallen.

26.08.2020