

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice und Versorgungsgesetz – TSVG)

I. Allgemeines

Das TSVG soll schnellere Termine und eine bessere Versorgung für die Patientinnen und Patienten ermöglichen. Zu einer besseren Versorgung leistet auch die Klarstellung, dass Versicherte unter Erhalt ihres Sachleistungsanspruchs Mehrleistungen in Anspruch nehmen können, einen wichtigen Beitrag. Bedauerlich ist dabei, dass die Regelungsdichte auch zu mehr Bürokratie und einer nicht erforderlichen Reglementierung führt.

Mit der vorliegenden Stellungnahme wird sich der BDK auf die spezifisch kieferorthopädischen Regelungen beschränken.

1. Abschaffung der Degression

Die beabsichtigte Abschaffung der Degression ist uneingeschränkt zu begrüßen. Die Überlegungen des Bundesministeriums für Gesundheit, die zu diesem Vorschlag führen, werden uneingeschränkt geteilt.

2. Mehrkostenfähigkeit der Kieferorthopädie

Die im Entwurf vorgesehene Klarstellung, dass die gesetzlich Versicherten auch in der Kieferorthopädie die Möglichkeit haben, sich ohne Verlust ihres Leistungsanspruchs für solche Behandlungsmethoden zu entscheiden, die über die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gem. § 12 SGB V hinausgehen, wird begrüßt.

Ebenso ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber einen Rahmen schaffen will, innerhalb dessen die Information der Versicherten und ihre freie Entscheidung sichergestellt sind.

Gleichwohl überrascht es, dass im Vergleich zu den bisherigen Mehrkostenregelungen derart detaillierte gesetzliche Regelungen vorgesehen werden. Die Kieferorthopädie ist, ebenso wie die konservierende Behandlung, ein Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Schaffung unterschiedlicher Regelungen für die kieferorthopädische Versorgung ist dann nachvollziehbar, wenn sie ihre Begründung in der unterschiedlichen fachlichen Ausprägung dieses Teils der

Versorgung finden (z.B. Einschränkungen auf bestimmte Indikationsgruppe, weitgehender Ausschluss der Behandlung Erwachsener). Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund die Gewährleistung der freien Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlungsmethode behandlungsartabhängig unterschiedlich ausgestaltet wird.

Die mit den geplanten Regelungen verbundene Ungleichbehandlung von Leistungserbringern im Bereich der Kieferorthopädie und anderen Leistungserbringern in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ist nicht nur im Hinblick auf Art. 3 GG als problematisch anzusehen, sondern birgt die Gefahr, den Schutz der Versicherten und die Überwachungsmöglichkeiten der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen in anderen Leistungsbereichen zu beschränken.

Im Rahmen der Füllungstherapie wird es gem. § 28 Abs. 2 S. 4 SGB V als ausreichend angesehen, dass vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung geschlossen wird. Es hätte daher – auch unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung – ausgereicht, eine entsprechende Regelung in § 29 SGB V zu implementieren, da die Pflicht zu Aufklärung und Information sich bereits aus anderen gesetzlichen Regelungen ergeben.

Es steht außer Frage, dass der Versicherte – bereits auf der Rechtsgrundlage der §§ 630 c, e BGB – umfassend über seine Rechte auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung aufzuklären ist. Es entspricht dabei nicht zuletzt der haftungsrechtlichen Rechtsprechung, dass der Zahnarzt die erfolgte Aufklärung zu beweisen hat. Dies ist jedoch auch mit der Aufklärungspflicht des § 630c, e BGB und der Pflicht zum Abschluss einer entsprechenden schriftlichen Vereinbarung zu gewährleisten, wie sie bei der Füllungstherapie in § 28 Abs. 2 S. 4 SGB V vorgeschrieben ist. Eine Notwendigkeit für weitergehende Regelungen (anlassbezogene Überwachung, weitergehende Formvorgaben, Übermittlungspflichten etc.) wurde bisher nicht gesehen und ist jedenfalls nicht allein für die Kieferorthopädie angezeigt.

Weitergehende Regelungen würden letztlich dazu führen, die kieferorthopädische Versorgung aus der übrigen vertragszahnärztlichen Versorgung herauszuheben und abzugrenzen. Unabhängig davon, dass ein solches Normprogramm nach Auffassung des BDK nicht zielführend wäre, zeigen doch die vorgeschlagenen Regelungen, dass erhebliche Unterschiede zwischen der kieferorthopädischen Versorgung und der vertragszahnärztlichen Versorgung im Übrigen gesehen werden. Diese primär fachlichen Unterschiede beruhen auf der zunehmenden Spezialisierung in der Zahnheilkunde insbesondere in den fach(zahn)ärztlichen Gebieten (Kieferorthopädie, Oralchirurgie, Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Parodontologie). Wenn aber, wie im Referentenentwurf vorgesehen, die fachlichen Entwicklungen zu einer unterschiedlichen rechtlichen Behandlung führen können, muss sich die Entwicklung hin zu einer Spezialisierung auch in einer paritätischen Vertretung von Fachzahnärzten in den Gremien der Körperschaften ausdrücken. Der BDK fordert eine angemessene, den Minderheitenschutz gewährleistende Repräsentation der Fachzahnärzte in den Gremien der Selbstverwaltungskörperschaften.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

1. Zu § 29 Abs. 5

a. Zu den Sätzen 1 und 2

Die in Satz 1 normierte Definition der kieferorthopädischen Mehrleistungen orientiert sich zur Abgrenzung von den als reine Sachleistung zu erbringenden Leistungen der Regelversorgung richtigerweise am BEMA-Z. Die Einführung des Tatbestandsmerkmals der Vergleichbarkeit führt jedoch zu einer gewissen Unbestimmtheit. In ihrer Vereinbarung haben BDK und KZBV daher auf die Erfüllung der im BEMA-Z abgebildeten Leistungslegende abgestellt. Es wird angeregt, dies zur Konkretisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs der „Vergleichbarkeit mit der BEMA-Leistung“ in die Begründung aufzunehmen.

Die in Satz 2 aufgenommene Klarstellung, dass Versicherte ihren Sachleistungsanspruch behalten, auch wenn sie sich für eine Versorgung entscheiden, die über die Regelversorgung hinausgehen, trägt dem Leitbild des mündigen Patienten Rechnung.

b. Zu Satz 3

Mit Satz 3 soll den Bundesmantelvertragspartnern die Aufgabe zugewiesen werden, die typischerweise als Mehrleistungen erbringbaren Leistungen zu vereinbaren. Ebenso wenig wie in der Füllungstherapie ist in der Kieferorthopädie eine solche Konkretisierung auf der Ebene des Bundesmantelvertrages erforderlich.

Der Umfang der Regelversorgung wird durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, den BEMA-Z und das Wirtschaftlichkeitsgebot hinreichend definiert. Eine wissenschaftlich untermauerte Konkretisierung liegt im Übrigen in Form der zwischen BDK und KZBV geschlossenen Vereinbarung bereits vor und dient als Leitlinie sowohl für Leistungserbringer aber auch die KZVen im Rahmen ihrer Kontrollen.

Problematisch erscheint weiter, dass die Bundesmantelvertragspartner im Rahmen der Vereinbarung des Kataloges die Reichweite der BEMA-Leistungen ausdehnen könnten, ohne dass dies unter Beachtung der Kriterien des § 87 Abs. 2h ff. geschieht. Es kann den Bundesmantelvertragsparteien jedoch auf diesem Weg nicht freigestellt werden, Leistungen in die Regelversorgung einzubeziehen, ohne dass dies zu einer Überprüfung der Bewertung der betreffenden Leistung führt. Darüber hinaus kann die Konkretisierung auch durch die Bundesmantelvertragspartner nicht ohne kieferorthopädischen Sachverstand erfolgen. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind daher weitergehend zu beteiligen.

c. Zu Satz 4

Im Grundsatz bestehen keine Bedenken dagegen, die Vereinbarung von durch den Versicherten zu tragenden Honorar(anteil)en an den Abschluss einer Vereinbarung zu knüpfen, auch wenn es dabei im Hinblick auf den Einzug digitaler Medien als ausreichend angesehen wird, hier nur die Textform zu fordern.

Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, dass wiederum ausschließlich Berufsausübungsregelungen für den Bereich der kieferorthopädischen Versorgung geschaffen werden. So ist zwar im Rahmen der Füllungstherapie ebenfalls die Schriftform vorgesehen, jedoch nur bezogen auf die Mehrleistungen. In der Kieferorthopädie soll die gesetzlich angeordnete Schriftform auch für Zusatzleistungen gelten.

In der gesamten übrigen vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung wird es für ausreichend angesehen, wenn sich das Erfordernis einer schriftlichen Vereinbarung aus dem Bundesmantelvertrag ergibt. Zu diesen Regelungen wird jedoch vertreten, dass es sich nicht um zivilrechtliche Schriftformerfordernisse handelt (LG Kiel Urt. v. 02.10.2015 - Az.: 8 O 2014; LG Saarbrücken Urt. v. 15.09.2005 - Az.: 16 S 11/04). Auch hier sind gleiche Regelungen vorzusehen, da sich unterschiedliche Beschränkungen der Wahlfreiheit des Versicherten nicht aus den fachlichen Unterschieden einer kieferorthopädischen Behandlung ableiten lassen.

Inhaltlich sieht die Regelung vor, dass die Vereinbarung „vor Beginn der Behandlung“ geschlossen werden soll. Da eine kieferorthopädische Behandlung über einen längeren Zeitraum läuft, wurde die entsprechende Regelung im Bundesmantelvertrag bislang so ausgelegt, dass mit dem Begriff der Behandlung nicht die gesamte kieferorthopädische Behandlung gemeint sei, sondern die konkrete Behandlung. Dies trägt auch den Interessen der Versicherten Rechnung, da sie sich auch im Verlauf einer Behandlung noch für die Inanspruchnahme anderer Leistungen entscheiden können.

Weiter führt die Regelung aufgrund der Formulierung „nach Leistung aufgeschlüsselt“ dazu, dass im Zweifel eine Aufschlüsselung auf der Grundlage der Anlage 1 zur GOZ erfolgen müsste. Auch wenn die Abrechnung nach der GOZ zu erfolgen hat, ist eine so kleinteilige Darstellung der Leistungen für den Versicherten weniger verständlich, als eine klare und transparente Beschreibung (z.B. „Keramikbrackets“ anstelle von „Eingliedern eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel“). Die Transparenzforderung sollte sich deshalb auf die Leistungsbeschreibung konzentrieren.

Es wird vor diesem Hintergrund angeregt, die Regelung wie folgt zu fassen:

„Wählen Versicherte Mehrleistungen gem. § 29 Abs. 5, ist rechtzeitig vor Erbringung der Leistung eine Vereinbarung in Textform zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die vereinbarten Leistungen transparent aufgeführt und die hierfür voraussichtlich von der Kasse zu tragenden

Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile dargestellt werden.“

d. Zu Satz 5

Es spricht grundsätzlich nichts dagegen, dass der Versicherte eine erfolgte Aufklärung bestätigen soll. Es besteht jedoch keine Notwendigkeit, diese Erklärung unmittelbar mit der Vereinbarung zu verknüpfen. Auch dies führt zu unnötigem bürokratischem Aufwand, da eine Aufklärung und Information auch dann zu erfolgen hat, wenn im Anschluss keine Mehrleistungsvereinbarung zu erfolgen hat. Auch in diesem Fall ist aber die Aufklärung zu dokumentieren. Eine solche Verknüpfung führt im Übrigen zu erheblichen datenschutzrechtlichen Bedenken (vgl. u. Lit g.).

Es würde folgende Formulierung ausreichen:

„Die Vereinbarung von Mehrkosten setzt voraus, dass der Versicherte mindestens in Textform bestätigt, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen erfolgenden zuzahlungsfreien Behandlung sowie über die mit den Behandlungsalternativen gegebenenfalls für ihn verbundenen Kosten informiert worden ist.“

e. Zu Satz 6

Für verbindliche, durch die Bundesmantelvertragspartner zu vereinbarende Formulare wird keine Erforderlichkeit gesehen.

Nach der Gesetzesbegründung geht es um die Gewährleistung einer „einheitlichen und vollständigen Aufklärung über die zu erwartenden Mehrkosten“. Dies ist jedoch bereits durch die Vorgaben der Satzes 4 gesichert. Die Verwendung verbindlicher Formulare für Aufklärung und Vereinbarung führt darüber hinaus zu einem deutlich größeren Erfüllungsaufwand, da die Formulare in den unterschiedlichen Softwareprogrammen angepasst und die bereits jetzt in den Praxen geübte Aufklärungs- und Vereinbarungspraxis verändert werden muss. Die Vorgabe einheitlicher Formulare ist auch zur Verwaltungsvereinfachung nicht erforderlich, da Prüfungen der Unterlagen ohnehin nur anlass- und damit einzelfallbezogen erfolgen sollen. Verbindliche Formulare führen damit zu nicht erforderlichen Einschränkungen und stellen einen unnötigen bürokratischen Mehraufwand dar.

Es wird als ausreichend angesehen, wenn, wie im Übrigen auch in den übrigen Versorgungsbereichen, Musterformulare bereitgestellt werden, die die gesetzlichen Mindestinhalte umfassen, Abweichungen hiervon in der Form jedoch zugelassen werden.

Satz 6 sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

f. Zu Satz 7

Der Verstoß gegen die Pflicht, die Versicherten über ihre Wahlmöglichkeit aufzuklären sowie die Pflicht, Mehrleistungen, gleich in welchem Leistungsbereich, ordnungsgemäß zu vereinbaren, stellt auch nach Auffassung des BDK eine Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten dar. Insoweit ist die Einführung einer anlassbezogenen Überwachungspflicht nicht zu beanstanden.

Nicht nachvollziehbar ist aber wiederum, aus welchem Grund eine solche Regelung nur für die Kieferorthopädie eingeführt werden soll. Die ausdrückliche Aufnahme der Prüfungs- und Überwachungspflicht im Bereich der Kieferorthopädie lässt den Gegenschluss zu, dass in anderen Versorgungsbereichen eine solche Pflicht und damit auch ein Prüfungsrecht der KZVen nicht besteht.

g. Zu Satz 8

Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die für die Überprüfung gem. Satz 7 erforderlichen Informationen zur Verfügung gestellt werden.

Mit dem jetzigen Wortlaut werden jedoch ohne die Einwilligung des Betroffenen Daten in einem Umfang übermittelt, der offenbar auch aus Sicht des Ministeriums nicht mit dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung vereinbar ist. So wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass ohne Einwilligung des Versicherten nur der „Nachweis über die erfolgte Aufklärung und Information durch den Zahnarzt“ übermittelt werden sollen. Der Eingriff in die informationelle Selbstbestimmung sei verhältnismäßig, da „außer dem Nachweis über die erfolgte Aufklärung und Information durch den Zahnarzt [die KZVen] keine Informationen erhalten, die über den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bereits vorliegenden versichertenbezogenen Informationen hinausgehen“

Der vorgesehene Regelungstext verpflichtet den Zahnarzt jedoch, die „Unterlagen nach den Sätzen 4 und 5“ vorzulegen. Dabei handelt es sich jedoch gerade um die Vereinbarung, mit der die Bestätigung der Aufklärung verknüpft werden soll. Da mit dieser Vereinbarung auch etwaige Zusatzleistungen vereinbart werden sollen, führt die Vorlage der „Unterlagen nach den Sätzen 4 und 5“ nicht nur dazu, dass Nachweise über Aufklärung und Information übermittelt werden, sondern es werden Informationen über Art und Umfang von Mehr- und Zusatzleistungen sowie die vereinbarten Honorare übermittelt. Diese Informationen gehen deutlich über die den „den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bereits vorliegenden versichertenbezogenen Informationen“ hinaus.

Hierfür ist jedoch, wie der Entwurf selbst ausführt, die Einwilligung des Betroffenen erforderlich.

Die derzeitige Regelung öffnet das Tor zu einer verpflichtenden Anzeige sämtlicher privat(zahn)ärztlicher Leistungen an die KZVen und nimmt damit den Versicherten die Möglichkeit, (zahn)ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, ohne dass dies einer Behörde bekannt wird. Dies ist weder mit dem Leitbild des mündigen Patienten, noch datenschutzrechtlichen Grundsätzen vereinbar.

Das hiermit verbundene Problem ließe sich bereits dadurch lösen, dass auf die zwingende Verknüpfung von Vereinbarung und Aufklärung verzichtet und die Übermittlungspflicht nicht auf die Unterlagen nach den Sätzen 4 und 5 konkretisiert würde.

Auch im Hinblick auf die Datenübermittlung führt die Regelung ausschließlich für den Bereich der Kieferorthopädie zu Auswirkungen auf die übrigen Bereiche der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung. Die Übermittlung von Daten an die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen zur Überwachung der Erfüllung der vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten stützen sich derzeit auf die Satzungsregelungen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen. Wird nun bezogen auf einen einzigen Versorgungsbereich eine gesonderte Regelung aufgenommen, kann auch dies zu dem Umkehrschluss führen, dass im Übrigen die Übermittlung entsprechender Daten unzulässig ist und von den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen nicht verlangt werden kann.

Satz 8 könnte vor diesem Hintergrund wie folgt gefasst werden:

„Zu diesem Zweck ist der behandelnde Zahnarzt verpflichtet, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Verlangen die Erfüllung der Pflichten gem. Sätzen 4 und 5 nachzuweisen.“

h. Zu Satz 9

Unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und –minimierung ist die Beschränkung der Datenverarbeitung auf die Prüfung gem. Satz 7 richtig. Allerdings sollte sich die Beschränkung der Verarbeitungsbefugnisse auch auf die ggf. gem. Satz 10 erhobenen Daten beziehen.

i. Zu den Sätzen 10 und 11

Willigt der Versicherte ein, ist es grundsätzlich nachvollziehbar, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen weitergehende Möglichkeiten zur Datenerhebung einzuräumen.

Es ist aber nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die „Nachvollziehbarkeit vereinbarter Zusatzkosten“ überprüfen sollten. Die

Überprüfung der Nachvollziehbarkeit von Mehrkosten mag sich unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung einer Doppelabrechnung ergeben. Es ist jedoch weder Aufgabe noch Befugnis der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Nachvollziehbarkeit von rein privatärztlich erbrachten und abgerechneten Leistungen zu überprüfen.

Die Sätze 9-11 sollten daher wie folgt gefasst werden:

„Soweit es für die Prüfung der Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus den Absätzen 1 und 2 sowie zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehrkosten erforderlich ist und der Versicherte schriftlich oder elektronisch gegenüber dem behandelnden Zahnarzt eingewilligt hat, können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von den behandelnden Zahnärzten anfordern. Die behandelnden Zahnärzte sind insofern zur Datenübermittlung verpflichtet. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in diesen Unterlagen enthaltenen Daten nur für die Prüfung nach diesem Absatz verarbeiten.“

2. Zu § 85 SGB V

Die Abschaffung der Degression durch die Aufhebung der Abs. 4b bis 4f des § 85 SGBV führt zum Wegfall von nicht mehr zeitgemäßen Leistungs- und Versorgungshemmnissen. Diese Entscheidung findet die ungeteilte Zustimmung des BDK.

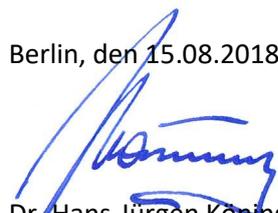
3. Zu §§ 87, 13 SGB V

Die Klarstellung, dass das vertragliche Gutachterverfahren zulässig ist, wird begrüßt. Das vertragliche Gutachterverfahren hat sich bewährt.

Die Zuweisung der Ausgestaltungskompetenz an die Bundesmantelvertragspartner ist ebenfalls richtig. Es wird jedoch angeregt, diese Ausgestaltungskompetenz auch auf die Festlegung der für die Begutachtung relevanten Unterlagen (vgl. S. 3) zu erweitern. Dies ist auch in der derzeitigen Fassung des BMV-Z der Fall. Es wird insoweit vorgeschlagen, den bisherigen Satz 2 hinter S. 4 zu verschieben und entsprechend zu ergänzen.

Die Beibehaltung der längeren Reaktionsfrist in § 13 SGB V trägt den Besonderheiten des vertraglichen Gutachterverfahrens Rechnung.

Berlin, den 15.08.2018



Dr. Hans-Jürgen König

1. Bundesvorsitzender des
Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden e.V.