

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(8)
vom 19.06.03

15. Wahlperiode**

Zusammenfassung der KZBV-Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesund- heitssystem-Modernisierungsgesetz GMG)

- **EU-kompatible Gestaltung des Gesundheitswesens**

Entsprechend der jüngsten Entscheidung des EuGH vom 13.05.2003 sieht der Gesetzesentwurf jetzt für alle GKV-Versicherten bei der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen im EU-Ausland keine Genehmigungspflicht mehr vor. Die KZBV begrüßt es, dass auch für die Pflichtversicherten die Kosten-erstattung für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen sowie Zahnersatz nicht von einer vorherigen Zustimmung durch die Krankenkasse abhängig gemacht wird. Um das Verfahren praktikabel zu gestalten, sollte aber die Erstattung aller Kosten für zahnärztliche Behandlung auf der Basis von befundorientierten Festzuschüssen erfolgen.

- **Festzuschusssystem beim Zahnersatz**

Der Entwurf eines Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes sieht u.a. die Einführung eines Festzuschusssystem bei Zahnersatz vor. Die KZBV begrüßt es, dass die Zahnersatzversorgung mit in die Reformbemühungen einbezogen wird. Damit greift der Entwurf die langjährige Forderung der Zahnärzte nach Einführung eines Festzuschusssystem auf. Die Ausgestaltung des Systems bleibt

jedoch weit hinter dem zahnärztlichen Reformkonzept eines befundorientierten Festzuschussystems zurück.

Die **therapiebezogenen** Festzuschüsse im Entwurf setzen bei der gewählten Therapieform (Prothese, Brücke, Krone, etc.) an. Wie in dem heutigen prozentualen Bezuschussungssystem sollen die Festzuschüsse 50 Prozent der vereinbarten Beträge für diese Leistungen umfassen. Bei Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung erhöht sich der Zuschuss entsprechend (Bonussystem). Die bisherigen Leistungseinschränkungen werden beibehalten.

Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Zahnarzt den Festzuschuss über die KZV mit der Krankenkasse ab. Den die Festzuschüsse überschreitenden Teil der Kosten zahlt der Patient direkt an seinen Zahnarzt.

Die Festzuschüsse sollen von den Gesamtvertragspartnern vereinbart werden. Grundlage für die Festzuschüsse sind die vom Bewertungsausschuss zu Leistungskomplexen zusammengefassten Leistungen. Für die zahntechnischen Leistungen, die ebenfalls zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden, sollen die Landesverbände der Krankenkassen mit den Innungsverbänden der Zahntechniker gesondert Festzuschüsse vereinbaren.

Der Gesetzesentwurf sieht keine vom Bundesausschuss einheitlich festgelegten Festzuschüsse vor, die den Leistungsanspruch für den Versicherten abschließend definieren. Vielmehr sollen auf der Grundlage der Leistungsbeschreibungen des Bewertungsmaßstabes von den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene Festzuschüsse als Bestandteil der Gesamtvergütung vereinbart werden.

Zweifelhaft erscheint auch die Praktikabilität einer Vereinbarung unterschiedlicher Festzuschüsse für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen in verschiedenen Gremien.

Auch der Leistungsanspruch des Versicherten steht nicht von vornherein befundorientiert fest, sondern richtet sich nach den Festbetragsvereinbarungen auf Landesebene für seine Krankenkasse. Eine differenzierte Ausgestaltung der Festzu-

schüsse, durch die die Inanspruchnahme wirtschaftlicher Versorgungsformen gefördert werden könnte, ist nicht vorgesehen. Da lediglich die augenblickliche prozentuale Bezuschussung in einem Festzuschusssystem festgeschrieben wird, werden mit dem neuen System keinerlei Steuerungseffekte erzielt. Nach wie vor wird sich der finanziell bessergestellte Versicherte für eine Therapie mit aufwendigeren Versorgungsformen entscheiden und damit höhere Zuschüsse aus dem Solidartopf erhalten. Die gravierenden Verwerfungen der heutigen unsolidarischen Bezuschussungspraxis werden 1 : 1 in das neue System übertragen.

Durch die Beibehaltung der bisherigen Leistungsbegrenzungen bleiben die Wahlmöglichkeiten des Versicherten nach wie vor eingeschränkt. Die Patienten werden mit den vorgesehenen Regelungen vom Fortschritt in der Zahnmedizin weiterhin abgekoppelt.

Demgegenüber ist das **befundorientierte** Festzuschusssystem so ausgestaltet, dass den Patienten der Zugang zu den modernen und präventiven Leistungen des gesamten Behandlungsspektrums der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ermöglicht wird. Ausgehend von einem Befund (Bsp. Einzelzahnücke) steht dem Patienten das gesamte Therapiespektrum (Prothese, Brücke, Klebebrücke, Implantat) von den objektiv medizinisch notwendigen Leistungen (need dentistry) bis hin zu den subjektiv gewünschten Leistungen (want dentistry) zur Verfügung. Losgelöst von der Therapieform, für die sich der Patient entscheidet, erhält er bei einem festgelegten Befund immer einen gleich hohen Festzuschuss. Diese Regelung ist sozial gerechter, da jeder Versicherte, losgelöst von seinem Einkommen, einen gleich hohen Zuschuss von der Solidargemeinschaft erhält. Die Krankenkassen erhalten mit dem befundbezogenen Festzuschuss ein Instrument zur Steuerung ihrer Ausgaben. Das Konzept bietet Steuerungsmöglichkeiten sowohl zur Förderung der Inanspruchnahme einer möglichst wirtschaftlichen Versorgungsform aber auch zur verstärkten Inanspruchnahme präventiver Therapieformen.

- **Änderung der Organisationsstrukturen der KZVen**

Die KZBV spricht sich dafür aus, die bisherige standesrechtliche Organisationsstruktur der KZVen / KZBV zu erhalten. Die vorgesehenen Regelungen im Gesetzesentwurf zu den Selbstverwaltungsstrukturen werden als sachlich unberechtigte Eingriffe des Gesetzgebers abgelehnt. Bei den KZVen handelt es sich um Körperschaften, die eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen und dabei auch die Interessen der Vertragszahnärzte wahrzunehmen haben. Deshalb ist es notwendig, dass die Organe mit Personen besetzt werden, die unmittelbar Kenntnis der Verhältnisse in der vertragszahnärztlichen Praxis haben und selbst an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen. Nur so können sich die Realitäten in der vertragszahnärztlichen Praxis auch in den Beschlussfassungen niederschlagen. Diese Beschlussfassungen können teilweise sehr weitgehende Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Tätigkeit im Einzelnen haben. Deren tatsächliche Umsetzbarkeit setzt daher einen ausreichenden Realitätsbezug ebenso voraus, wie eine darauffbauende Akzeptanz in den vertragszahnärztlichen Praxen. Für die Handlungsfähigkeit der KZVen / KZBV ist eine ehrenamtliche Tätigkeit im Vorstand unerlässlich. Die KZVen finanzieren sich ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen der Vertragszahnärzte. Es muss deshalb auch den Mitgliedern überlassen bleiben, selbständig über die aus ihrer Sicht geeignete Organisationsform zu entscheiden, sowohl hinsichtlich des Wahlverfahrens als auch hinsichtlich der Verteilung der Sitze.

- **Korruptionsbekämpfungsstellen**

Mit der Einrichtung solcher Stellen wird ein allgemeines Klima des Misstrauens erzeugt. Dies spricht sogar der Gesetzesentwurf in der Begründung selber an. Rechtsmissbräuche, insbesondere kriminelle Handlungen im Bereich der GKV zu verhindern bzw. zu sanktionieren, liegt im Interesse aller Beteiligten. Hierfür existieren jedoch bereits umfassende Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten. Sofern ein Verdacht auf strafbare Handlungen besteht, kann es aber unter rechtsstaatli-

chen Gesichtspunkten nicht Aufgabe der neu zu schaffenden Stellen der KZVen, der Krankenkassen oder eines Korruptionsbeauftragten sein, eigene Ermittlungen vorzunehmen. Dies obliegt weiterhin allein den hierfür legitimierten Strafverfolgungsbehörden.

- **Honorarverteilungsmaßstab als Bestandteil der Gesamtverträge**

Die Festsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes ist der letzte autonome Regelungsbereich der KZVen. Bei der Honorarverteilung handelt es sich um ein reines Internum der vertragszahnärztlichen Selbstverwaltung. Eine vertragliche Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabes mit den Krankenkassenverbänden ist sachlich nicht gerechtfertigt und daher abzulehnen. Die inhaltliche Ausgestaltung der Regelungen zum Honorarverteilungsmaßstab soll der Bewertungsausschuss treffen. Die Bestimmungen zur Honorarverteilung sind weder sachgerecht noch praktikabel und führen zu einer Perplexität der zuständigen Gremien, da die Honorarverteilungsmaßstäbe einerseits von den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene zu vereinbaren sind, andererseits deren Inhalt aber vom Bewertungsausschuss bestimmt werden soll.

- **Beschlussfassung Bewertungsausschuss / Bundesausschuss**

Das BMGS soll nach einer entsprechenden Beanstandung bzw. Fristsetzung die Möglichkeit bekommen, sowohl die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen als auch den Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen, die Inhalte der Bundesmantelverträge sowie weitgehend diejenigen der Honorarverteilungsmaßstäbe selbstständig festsetzen zu können. Die weiteren Inhalte der Gesamtverträge und damit auch der Honorarverteilungsmaßstäbe sollen von den Landesaufsichtsbehörden festgesetzt werden können. In dem die Möglichkeit für ein durchgängig zentralistisch staatlich gesteuertes Gesundheitssystem eröffnet wird, werden die entsprechenden Beschlussgremien und die gemeinsame Selbstverwaltung obsolet.

- **Pflicht zur fachlichen Fortbildung**

Eine Fortbildungspflicht ist für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung abzulehnen. Die hohe Teilnehmerzahl der Zahnärzte an Fortbildungsveranstaltungen dokumentiert die Akzeptanz der Fortbildung in der Zahnärzteschaft. Der Berufsstand selbst hat Organisationen und Strukturen geschaffen, die für eine hohe Qualität der zahnärztlichen Fortbildung stehen.

- **Wirtschaftlichkeitsprüfung / Prüfungsausschüsse**

Die KZBV und die Spitzenverbände sollen Richtlinien zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung vereinbaren. Der Erlass der Richtlinien durch das BMGS bei Nichtzustandekommen fügt sich in die umfassende Regelungskompetenz des Ministeriums ein. Ferner wird durch die Bundesvereinbarung unmittelbar Landesrecht inhaltlich ausgestaltet. Insbesondere die Möglichkeit einer Bestimmung des unparteiischen Vorsitzenden durch die Aufsichtsbehörde stellt die Fachkompetenz und die Unparteilichkeit der Prüfungsausschüsse in Frage. Durch die Einrichtung einer mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten Geschäftsstelle wird die fachliche Entscheidung in den Prüfverfahren weitestgehend von den hierzu eigentlich berufenen und paritätisch besetzten Prüfungsausschüssen weg verlagert. Durch die vorgesehene Regelungskompetenz des BMGS wird dessen Einflussmöglichkeit auch in diesem Bereich weiter ausgedehnt.

- **Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin**

Mit dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin soll – ohne klare Aufgabenabgrenzung – neben den bereits bestehenden Institutionen nunmehr eine weitere Stelle geschaffen werden, die wesentliche Aussagen und Empfehlungen hinsichtlich der Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung abgeben können soll. Eine Notwendigkeit hierfür ist nicht ersichtlich.

- **Regelung zur Datentransparenz**

Die KZBV hat bereits bei verschiedenen Vorentwürfen eines „Datentransparenzgesetzes“ darauf hingewiesen, dass zu Zwecken der verbesserten Information politischer Entscheidungsträger, zur Planung von Leistungsressourcen oder zu allgemeinen Analysen des Versorgungsgeschehens die Auswertung personenbezogener Daten in keinem Falle erforderlich ist. Derartige Informationen sind bereits in der Vergangenheit auf der Grundlage allgemeiner statistischer Erhebungen bzw. von Stichprobenerhebungen gewonnen worden. Aus Sicht der KZBV ist nichts dagegen einzuwenden, diesen Prozess der Informationsgewinnung allgemein und übergreifend für die GKV zu regeln. Wenn in diesem Zusammenhang dann aber die Übermittlung personenbezogener bzw. in der Form von Pseudonymisierung personenbezogener Daten vorgesehen wird, verlangt die damit verbundene Einschränkung des informationellen Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen einer besonderen Begründung. Diese Begründung kann nicht in der Gewinnung allgemeiner statistischer Informationsgrundlagen liegen, sondern muss deutlich darüber hinausgehen.

Mit dem Gesetzesentwurf wird weiterhin das Ziel verfolgt, personenbeziehbar sämtliche Gesundheitsdaten nahezu der gesamten Wohnbevölkerung der Bundesrepublik zentral zu erfassen und zur Auswertung bereitzustellen. Dafür wird eine generelle, nach standardisierten Verfahren erfolgende Datenübermittlung auf Datenträgern vorgesehen. Zudem sollen die Daten nach einheitlichen, verbindlichen Prüfkatalogen elektronisch geprüft werden und die Einhaltung der Bestimmungen durch Sanktionsmechanismen gewährleistet werden. Hierfür soll eine Vielzahl einheitlicher Verfahren sowie neue Institutionen gebildet werden, die im wesentlichen eine pseudonymisierte Übermittlung der Daten sicherstellen sollen. Ausdrückliches Ziel dieses aufwendigen Verfahrens ist es, für spätere Auswertungen stets eine Repersonalisierung der Datenstrukturen vornehmen zu können. Es ist für die KZBV in keiner Weise ersichtlich, für welche konkreten Fallgestaltungen derartige Repersonalisierungen tatsächlich erforderlich sein sollen. Vielmehr scheint die eigentliche Zielsetzung dieser Regelungen die lückenlose Kontrolle des Krankheitsverlaufes jedes einzelnen Patienten bis hin zu einer Erfas-

sung und Auswertung der einzelnen Behandlungsschritte und der behandelnden Ärzte zu sein. Unter dem Deckmantel einer verbesserten Versorgungsqualität und um den Preis einer umfassenden Datenerhebung nahezu der gesamten Wohnbevölkerung der Bundesrepublik soll damit tatsächlich nur ein weiteres Instrumentarium zur umfassenden Kontrolle und Steuerung aller Behandlungsabläufe durch die Krankenkassen unter dem Aspekt der Kostensenkung geschaffen werden. Die vorgesehene Übermittlung nicht anonymisierter, sondern lediglich pseudonymisierter Daten, die Möglichkeit einer Datenreidentifikation für gesetzlich nicht konkret eingegrenzte Fallgestaltung sowie die Diskussion einheitlicher und verbindlicher Prüfverfahren, die aber von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt werden können, bestätigen die Vermutung, dass über die z.Zt. diskutierten Zielsetzungen hinaus tatsächlich weitergehende Ziele einer personenbezogenen Kontrolle und Steuerung des gesamten Behandlungsablaufes angestrebt werden.

Das vorgesehene System einer möglichst umfassenden Erfassung, Speicherung und Übermittlung aller relevanten Daten des Patienten auf elektronischem Wege wird durch die vorgesehene elektronische Patientenakte und die elektronische Gesundheitskarte deutlich.

Stellungnahme der KZBV
zum Entwurf eines Gesetzes
zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz / GMG)

Allgemeine Bewertung

Inhaltlich greift der Gesetzentwurf zum Teil Regelungsbereiche auf, die sich in ähnlicher Form bereits in früheren Entwurfsfassungen eines GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 gefunden haben, seinerzeit aber an den Mehrheitsverhältnissen im Bundesrat gescheitert sind. In diesem Zusammenhang kann lediglich beispielhaft auf die, auch in diesem Gesetzentwurf wieder enthaltenen Bestimmungen zur Neuorganisation der KZVen und in diesem Zusammenhang insbesondere der hauptamtlichen Vorstände der KZVen verwiesen werden. Die seinerzeitigen kritischen Hinweise zu solchen Regelungsinhalten haben somit offenbar keinerlei Wirkung entfaltet. Vielmehr finden sich die seinerzeitigen sozialpolitischen Zielprojektionen auch in diesem Gesetzentwurf in nahezu unveränderter Form wieder.

Darüber hinaus werden in dem Gesetzentwurf neue Regelungstatbestände aufgegriffen, die in der Zwischenzeit zumindest auf der Fachebene diskutiert worden sind. Insofern kann insbesondere auf den Regelungsbereich verwiesen werden, der in den zurückliegenden Jahren unter dem Stichwort eines „Datentransparenzgesetzes“ seitens des BMGS mit den Betroffenen diskutiert worden ist. Auch insoweit ist zu konstatieren, dass hieran geäußerte Kritik nur in geringem Umfange, nämlich im Sinne

einer Umbenennung der hierfür vorgesehenen neuen Verwaltungseinheiten, aufgegriffen worden ist.

Schließlich findet sich noch eine Fülle von Einzelbestimmungen, durch die das BMGS offensichtlich beabsichtigt Einzelprobleme, die in der Zwischenzeit in sein Blickfeld geraten sind, durch gesetzliche Regelungen in seinem Sinne zu lösen. Dies trifft z.B. auf die vorgesehene Regelung zu, dass zukünftig auch eine Übermittlung von Abrechnungsdaten nicht nur fallbezogen, sondern auch arztbezogen zu erfolgen hat. Ebenso wird z.B. das Projekt einer „Patientenquittung“ durch eine Neuformulierung der diesbezüglichen Bestimmung weiterverfolgt, wobei versucht wird, das Verfahren einerseits durch einen Hinweis auf eine bloße vorläufige Einschätzung der Behandlungskosten praktikabler zu gestalten und andererseits durch eine finanzielle Beteiligung des Versicherten an den damit verbundenen Kosten dessen Akzeptanz zu verbessern.

Wie ein roter Faden zieht sich durch den gesamten Text das besondere Anliegen des Entwurfes in den Fällen, in denen eine bestimmte Materie nicht bereits abschließend durch das SGB V geregelt ist, sondern in gewisser Weise noch einer Umsetzung durch die gemeinsame Selbstverwaltung bedarf, diese im Zweifelsfall durch das BMGS selber im Detail vornehmen zu lassen. Durch eine Fülle von in wesentlichen wortidentischen Bestimmungen soll sichergestellt werden, dass im Zweifel sowohl die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, als auch der Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen und die Inhalte der Bundesmantelverträge unmittelbar durch das BMGS festgesetzt werden können. Dies gilt ebenso hinsichtlich der Landesaufsichtsbehörden, die entsprechende Festsetzungen bezüglich der Gesamtverträge, der Honorarverteilungsmaßstäbe oder der Prüfvereinbarungen vornehmen können. Auch wenn es sich hierbei lediglich um Auffangfunktionen im Sinne eines Selbsteintrittsrechts der jeweiligen Aufsichtsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen handelt, wird damit umfassend und in alle Detailbereiche der Leistungserbringung, Leistungsabrechnung und Leistungsprüfung hineinreichend ein zentral staatlich gesteuertes Gesundheitswesen ermöglicht. Die ohnehin schon sehr weitgehend eingeschränkten und gesetzlich determinierten Kompetenzen der gemeinsamen Selbstverwaltung werden in diesen Fällen auf Null reduziert.

Diese grundlegende Bewertung der Entwurfsfassung korrespondiert mit der Tatsache, dass der Entwurf keinerlei Deregulierung des bereits jetzt übermäßig stark ausdifferenzierten Regelungsgeflechtes des Vertragszahnarztes mit einer Vielzahl ineinander verschachtelter Institutionen mit verschiedenen Kompetenzen beinhaltet, sondern im Gegenteil noch weitere Verwaltungsstellen schafft und damit das System noch weiter verkompliziert. Auch insofern kann wiederum lediglich beispielhaft auf die Bestimmungen zur Datentransparenz und der zu deren Umsetzung neu zu schaffenden Institutionen sowie auf die geplante Einrichtung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ mit vielfältigen Gremien und Untergliederungen verwiesen werden. Auch hierin verdeutlicht sich, dass der bereits in den zurückliegenden Jahrzehnten vom Sozialgesetzgeber in diesem Bereich zunehmend verfolgte Ansatz einer möglichst detaillistischen Planung und Steuerung der gesundheitlichen Versorgung der GKV-Versicherten nicht aufgegeben, sondern im Gegenteil in noch weiter intensivierter Form weiterverfolgt wird.

Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, dass die verschiedenen Reformvorschläge der Zahnärzteschaft, so insbesondere das Modell befundorientierter Festzuschüsse, in der Entwurfsfassung an keiner Stelle Berücksichtigung gefunden haben. Zwar ist formal die Einführung eines Festzuschussystems für Zahnersatz vorgesehen. Bei einer näheren inhaltlichen Betrachtung der diesbezüglichen Regelungen in den §§ 30, 85, 87 und 88 SGB V wird jedoch deutlich, dass es sich dabei um einen Etikettenschwindel handelt. Das bisherige System einer Vergütungsvereinbarung durch die Gesamtvertragspartner auf der Grundlage von Leistungsbeschreibungen im Bewertungsmaßstab bleibt ebenso erhalten, wie die Abrechnung der Kassenanteile über die KZVen und die Einbeziehung dieser Beträge in die budgetierten Gesamtvergütungen. Eine Herauslösung des Zahnersatzes aus dem vertragszahnärztlichen Regelungsbereich erfolgt somit insgesamt nicht. Eine weitergehende Wahlfreiheit des Versicherten bezüglich des Zahnarztes oder der von ihm gewünschten Leistungen ist damit ebenso wenig verbunden, wie eine gesteigerte Honorarsicherheit für den Vertragszahnarzt. Insofern bleibt dieses sog. „Festzuschuss-system“ sowohl hinter demjenigen nach dem Beitragssatzsicherungsgesetz und dem 2. NOG als auch dem befundorientierten Festzuschussmodell der KZBV zurück.

Bemerkenswert ist auch, dass ausweislich der Begründung mit diesem System offenbar keinerlei weitere gesundheitspolitische Steuerungsziele verfolgt werden und damit ausweislich der Darstellung der finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfes auch keinerlei Einsparpotential verbunden wird. Das weitere Gesetzgebungsverfahren wird erweisen müssen, ob damit tatsächlich den sozialpolitischen Intensionen des Gesetzgebers im ausreichenden Umfange Rechnung getragen worden ist. Auch unabhängig davon findet sich in der Entwurfsfassung an keiner Stelle eine Berücksichtigung der Sonderstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung gegenüber den anderen Leistungssektoren. So finden sich z.B. weiterhin undifferenzierte Regelungen hinsichtlich der obligatorischen Plausibilitätsprüfungen unter Zugrundelegung von Tagesprofilen, zu den Vertragsgestaltungen für eine integrierte Versorgung und zur Besetzung des Koordinierungsausschusses.

Nach den diesbezüglichen Ausführungen in der Begründung des Gesetzentwurfes, aber auch nach den mit entsprechenden Einschätzungen in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen muss davon ausgegangen werden, dass die dort projektierten Einsparpotentiale zumindest mit erheblichen Risiken belastet sind. Ob, in welchem Umfange und insbesondere zu welchem Zeitpunkt die einzelnen Strukturmaßnahmen tatsächlich zu einer Effizienzsteigerung und in diesem Zusammenhang insbesondere auch zu Einsparungen bei den Ausgaben innerhalb der GKV insgesamt führen werden, obliegt weitgehend der Spekulation. Dabei lehrt die Erfahrung der Vergangenheit, dass der Gesetzgeber in einer Situation, die durch die unmittelbare Notwendigkeit finanziell wirksamer Maßnahmen gekennzeichnet ist, dazu neigt, die positiven finanziellen Auswirkungen geplanter Maßnahmen so optimistisch zu bewerten, wobei sich in der Regel in kürzester Zeit herausgestellt hat, dass sich tatsächlich eine völlig andere Entwicklung der finanziellen Situation der GKV ergibt.

Diese Problematik wird im vorliegenden Gesetzentwurf noch dadurch verschärft, dass bei einer Vielzahl von Einzelmaßnahmen die damit angeblich verbundenen Einsparpotentiale lediglich erhofft, noch nicht aber einmal vage eingeschätzt werden können. Lediglich beispielhaft soll insofern auf die in der Begründung u.a. angesprochenen „gezielten Maßnahmen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ eingegangen werden. Es liegen noch nicht einmal konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass das Gesundheitswesen insgesamt und dabei insbesondere der Bereich der

gesetzlichen Krankenversicherung im weiten Umfange und dabei insbesondere im stärkeren Maße als andere Wirtschaftsbereiche durch Korruption geprägt ist. Gerade angesichts der Tatsache, dass sowohl innerhalb des Systems der GKV als auch außerhalb eine Vielzahl von Prüfungs- und Kontrollmechanismen wirken, fehlt es ferner auch an allen Anhaltspunkten für die Bewertung der Frage, ob und in welchem Umfange durch die im Gesetzentwurf nunmehr zusätzlich vorgesehenen Instrumentarien zur Korruptionsbegrenzung tatsächlich besser als durch die bisherigen Verfahren weitere Straftaten ermittelt werden können. Selbst wenn dies so wäre, lassen sich die damit eventuell verbundenen Einsparpotentiale in keiner Weise beziffern. Sicher sind insofern nur die durch die nunmehr vorgesehenen zusätzlichen Überwachungsmaßnahmen verursachten zusätzlichen Kosten innerhalb des Systems der GKV, das dieses zusätzlich und unausweichlich finanziell belasten wird.

In noch stärkerem Maße trifft dies auf die in der Begründung ebenfalls angesprochene Schaffung „effizienterer Organisationsstrukturen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen“ zu. Unabhängig davon, dass hinsichtlich der Effizienz der im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen durchaus unterschiedliche Bewertungen existieren, können selbst unter der Voraussetzung, dass durch diese tatsächlich die vom Gesetzgeber erhofften Effizienzsteigerungen eintreten, keine finanziellen Entlastungen für die GKV verbunden sein. Die Verwaltungskosten der KZVen, zu denen auch die Kosten der Organe zählen, werden nämlich nicht von den gesetzlichen Krankenkassen oder aus Steuermitteln, sondern ausschließlich aus Beiträgen der Mitglieder der KZVen, somit den Vertragszahnärzten selber, bestritten. Selbst soweit diese infolge einer effizienteren Organisationsstruktur tatsächlich sinken sollten, ist damit eine Reduzierung der Ausgaben der GKV in keiner Weise verbunden.

Der Gesetzgeber geht insofern ersichtlich davon aus, dass die augenblicklichen Organisationsstrukturen der KZVen ineffizient sind. Insbesondere wird augenscheinlich eine fehlende Managementtauglichkeit der Organe der KZVen bzw. deren Mitglieder unterstellt, die u.a. durch die Einführung hauptamtlicher Vorstände verbessert werden soll. Soweit dieser Ansatz als richtig unterstellt wird, müsste die Effizienzsteigerung zu einer Verbesserung der Aufgabenwahrnehmung durch die KZVen bzw. deren Organe führen.

Eine der wesentlichen Aufgaben der KZVen ist aber die Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung, z.B. im Bereich der Honorargestaltung. Sollten diese Aufgaben zukünftig tatsächlich besser als bisher wahrgenommen werden, müsste dies mit Honorarsteigerungen und entsprechenden Ausgabensteigerungen der GKV, nicht aber mit zusätzlichen Einsparungen verbunden sein. Insgesamt muss die Einschätzung der finanziellen Auswirkungen im Gesetzentwurf daher als widersprüchlich und insgesamt deutlich zu optimistisch bewertet werden.

In welchem Umfange diese allerdings auch nach der Bewertung der Autoren des Gesetzentwurfes von Unwägbarkeiten belastet sind verdeutlicht insbesondere die neue Entwurfsfassung eines § 221 SGB V zur finanziellen Beteiligung des Bundes an verschiedenen Aufwendungen der Krankenkassen z.B. für Mutterschaftsgeld, Empfängnisverhütung oder das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes. Es ist insofern lediglich eine „pauschale Abgeltung“ durch den Bund vorgesehen, wobei in § 221 Abs. 2 SGB V nunmehr feste Eurobeträge als Abschlagszahlungen gesetzlich geregelt werden sollen und im Übrigen ab 2005 lediglich in zwei Raten, das den Abschlagsbetrag übersteigende Aufkommen aus der Erhöhung der Tabaksteuer im jeweiligen Vorjahr, soweit dies den Betrag der am 01.05.2007 zu zahlenden Abschlagszahlung nicht übersteigt, an die Krankenkassen ausgekehrt werden soll. Ausweislich dessen ist der Bund nicht mehr gewillt, die finanziellen Risiken eines gesundheitsbewussteren Verhaltens der Versicherten zu tragen, sondern dieses soll wiederum auf die Krankenkassen überwälzt werden, wobei die damit verbundenen Risiken für die Beitragssatzstabilität bewusst in Kauf genommen werde.

Der Gesetzentwurf beschränkt sich insgesamt erneut auf die aus den vergangenen Jahrzehnten bereits sattem bekannten Instrumentarien einer Begrenzung der Gesamtvergütungen u.a. für vertragszahnärztliche Leistungen, die Verlagerung von Ausgaben auf Versicherte oder den Steuerzahler, der undifferenzierten Leistungsausgrenzung und einer noch weiteren Steigerung dirigistischer Steuerungsmechanismen, die sich bereits in der Vergangenheit als untauglich zur dauerhaften Begrenzung der Ausgaben der GKV erwiesen haben.

Ein übergreifendes gesetzgeberisches Konzept zur Reaktion auf die sich bereits jetzt abzeichnende Aufgabendynamik der GKV auch in Zukunft ist nicht erkennbar. In der Begründung wird zwar zutreffend darauf hingewiesen, dass eine derartige Ausgabendynamik infolge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und dem bereits damit verbundenen zusätzlichen Leistungsbedarf einerseits und den zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten, aber auch Behandlungskosten durch den medizinischen Fortschritt andererseits unausweichlich ist. Auch wenn in der gesundheitspolitischen Diskussion zwischenzeitlich weitgehend Einigkeit darin erzielt worden ist, dass es sich hierbei um langfristige, strukturelle Probleme der GKV handelt, auf die nicht durch eine bloße Fortschreibung der bisherigen Steuerungsmechanismen reagiert werden kann, die sich zur dauerhaften Begrenzung der Ausgaben der GKV bereits in der Vergangenheit als untauglich erwiesen haben, lässt der Gesetzentwurf wiederum die notwendige strukturelle Neuorientierung der GKV vermissen.

Dies gilt insbesondere für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, der sich in besonderem Maße für derartige Strukturreformen anbietet. Insofern ist zwar im Gesetzentwurf formell die Vornahme einer strukturellen Änderung in der Form der Einführung eines Festzuschussystems für den begrenzten Leistungsbereich des Zahnersatzes vorgesehen, wobei jedoch wiederum die Chance für einen echten Strukturwandel in der Form eines Systems befundorientierter Festzuschüsse ungenutzt bleibt. Bereits jetzt ist somit absehbar, dass auch dieser Gesetzentwurf, ebenso wie seine Vorgänger, wiederum die damit verknüpften Erwartungen einer dauerhaften Stabilisierung der finanziellen Situation der GKV nicht erreichen wird und somit den Keim für weiteren Reformbedarf bereits in sich trägt.

Die Ausführungen in der Begründung des Gesetzentwurfes zu den finanziellen Auswirkungen verdeutlichen die erneute Zielsetzung auch dieses Reformgesetzes, primär eine Begrenzung der Ausgaben der GKV zu erreichen. Danach werden konkrete Einsparbeträge in Höhe von insgesamt ca. 13 Milliarden Euro erwartet. Nach der näheren Aufgliederung auf Seite 366 des Gesetzentwurfes setzen sich diese im wesentlichen aus Leistungsausgrenzungen, Zuzahlungserhöhungen, höheren Beiträgen und der Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen zusammen. Zusätzlich wird ein Einsparpotential in Höhe von 3 Milliarden Euro aus nicht näher konkretisierten Steuerungs- und Struktureffekten hergeleitet.

Zudem werden weitere Einsparungen durch „strukturelle Verbesserungen“ wie der Entwicklung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien, der Flexibilisierung der Vertragsgestaltung in der ambulanten ärztlichen Versorgung oder der Schaffung „effizienter Organisationsstrukturen der KZVen und der gesetzlichen Krankenkassen“ erwartet. Solche sollen sich weiterhin aus der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und –behandlungen, der Neuregelungen im Bereich der Arzneimittelversorgung und einer Verbesserung der Datengrundlagen ergeben. Konkrete Einsparbeträge werden insofern nicht ausgewiesen, insgesamt wird aber von einem schrittweise zu erzielenden weiteren Einsparpotential in einer Größenordnung von ca. 8 Milliarden Euro ausgegangen.

Es ist weiterhin bemerkenswert, dass in der allgemeinen Begründung des Gesetzentwurfes nunmehr umfängliche Ausführungen zur Notwendigkeit bundeseinheitlicher Regelungen aufgenommen worden sind. Hierfür besteht auch alle Veranlassung, da der Gesetzentwurf sehr weitgehend bundesgesetzliche Regelungen vorsieht, durch die unmittelbar oder mittelbar in die Verwaltungstätigkeit von Landesbehörden eingegriffen werden soll. Lediglich beispielhaft kann in diesem Zusammenhang auf die Bestimmungen zur inhaltlichen Festlegung der Inhalte von Gesamtverträgen durch Bundesbehörden, im Zweifel durch das BMGS, verwiesen werden. In der Begründung wird hierzu im Wesentlichen ausgeführt, bei der gesetzlichen Krankenversicherung handele es sich um ein historisch gewachsenes und seit jeher weitgehend bundeseinheitlich ausgestaltetes Regelungssystem, das zur Wahrung der Rechtseinheit und der Wirtschaftseinheit weiterhin nur bundeseinheitlich geregelt werden könne. Nur so könne u.a. sichergestellt werden, dass jeder Versicherte im gesamten Bundesgebiet eine einheitliche, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung erhalten könne. Daher würde bereits die Forderung nach einer möglichst weitgehenden Gleichbehandlung aller Versicherten landesspezifischen Regelungen entgegenstehen. Zudem stelle die gesetzliche Krankenversicherung mit Gesamtausgaben in Höhe von rd. 140 Milliarden Euro einen wesentlichen Markt als Teil der Gesamtwirtschaftsordnung der Bundesrepublik dar, dessen Funktionsfähigkeit zu einer bundeseinheitlichen Gesetzgebung zwingt. Der notwendigen Wirtschaftseinheit wäre es im höchsten Maße abträglich, wenn die Absatz- und Lieferbe-

dingungen für Gesundheitsversorgungsleistungen von Land zu Land unterschiedlich geregelt wären.

Diese sehr umfangreichen Ausführungen verdeutlichen, dass die Autoren des Gesetzentwurfes die verfassungsrechtliche Problematik erkannt haben, ob und inwieweit hinsichtlich der darin vorgesehenen landesspezifischen Regelungen überhaupt eine Gesetzgebungskompetenz auf Bundesebene existiert. Es erscheint zweifelhaft, ob die recht allgemeinen Ausführungen in der Begründung zur Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Regelung, die sich in verwandter Form letztlich für jede Form der Gesetzgebung vertreten lässt, die hierfür erforderlichen Anforderungen erfüllt. Dies gilt insbesondere deshalb, weil diese Ausführungen in der Begründung teilweise im seltsamen Widerspruch zu den, im Arbeitsentwurf selbst vorgesehenen Regelungsinhalten stehen. Wenn es danach aus übergeordneten Gründen erforderlich erscheint, jedem Versicherten im gesamten Bundesgebiet zu im Wesentlichen einheitlichen Konditionen einheitliche Leistungen im Rahmen der GKV zu gewähren, ist es nicht verständlich, wie der Gesetzentwurf selber teilweise, so insbesondere in den Regelungen zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung durch Einzelverträge auch der einzelnen Krankenkassen in § 106 b des Gesetzentwurfes, oder zur Abweichung von den Regelungen zur vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung im übrigen bei Verträgen über die integrierte Versorgung (§§ 140a ff. des Gesetzentwurfes) damit in Einklang stehende bundeseinheitliche Leistungsinhalte und Leistungsgewährungen sicherstellen will.

Im folgenden nimmt die KZBV zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen im einzelnen Stellung, soweit diese unmittelbare Auswirkung auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung haben.

Insbesondere im Hinblick auf die Übernahme wesentlicher, bereits aus früheren Gesetzgebungsverfahren bekannter Regelungsinhalte und solche, zwischenzeitlich diskutierter Gesetzentwürfe kann davon ausgegangen werden, dass der vorliegende Entwurf durchaus die grundsätzlichen Bewertungen und Zielsetzungen auch der Leitungsebene des BMGS widerspiegelt. Die grundsätzliche Tendenz dürfte auch von der augenblicklichen Regierungskoalition mitgetragen werden. Ebenso wie im Jahre 1999 wird es sich aber noch erweisen müssen, ob die Vielzahl der in dem vor-

liegenden Entwurf enthaltenen Bestimmungen, die eine Zustimmung des Bundesrates voraussetzen, angesichts der dortigen Mehrheitsverhältnisse tatsächlich durchgesetzt werden kann. Die zurzeit bekannt gewordenen sozialpolitischen Meinungsäußerungen aus dem Bundestag und dem Bundesrat, die zum Teil auch die Aussagen des Entwurfes berücksichtigen konnten, legen die Vermutung nahe, dass diese Entwurfsfassung zwar zutreffend allgemeine Zielprojektionen der augenblicklichen Regierungskoalition widerspiegelt, allerdings jedenfalls in dieser Form kaum realistische Chancen auf eine Umsetzung in wesentlichen Teilen haben dürfte.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der Tatsache, dass zurzeit insofern noch kein formelles Gesetzgebungsverfahren eingeleitet worden ist, wird nachfolgend auf eine umfassende Darstellung des Gesetzentwurfes und eine detaillierte Bewertung der Einzelbestimmungen verzichtet. Vielmehr erfolgt lediglich eine kurze, zusammengefasste Darstellung derjenigen Regelungen, die voraussichtlich unmittelbare Auswirkungen auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung hätten sowie eine ebenfalls kurz gefasste Bewertung aus verwaltungstechnischer Sicht.

§ 13 Abs. 4 bis 6 SGB V

Kostenerstattung innerhalb des Geltungsbereiches des EG-Vertrages

An § 13 SGB V sollen in Absätzen 4 bis 5 Bestimmungen zur Kostenerstattung in solchen Fällen angefügt werden, in denen deutsche GKV-Versicherte Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages in Anspruch nehmen.

Zurzeit sind die Bestimmungen zur möglichen Wahl einer Kostenerstattung bei freiwilligen Mitgliedern gemäß § 13 Abs. 2 SGB V auf diese sowie auf die Inanspruchnahme von Leistungserbringern im Inland begrenzt. Für die Auslandsbehandlung gilt generell § 18 SGB V, wonach diese lediglich fakultativ unter einschränkenden Voraussetzungen möglich ist.

Gem. § 13 Abs. 4 SGB V sollen zukünftig Versicherte, sofern sie nicht bereits in einem anderen Staat des europäischen Wirtschaftsraumes sachleistungsberechtigt sind, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-

Vertrages anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen können. Die bereits in den Vorentwürfen enthaltenen Beschränkungen auf Leistungserbringer, die im Ausland entweder im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind oder bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der EU sind, werden ebenso beibehalten wie die Begrenzung des Erstattungsanspruches auf die Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte und die Regelung des Verfahrens der Kostenerstattung durch die Satzung der Krankenkasse.

Gem. Abs. 5 ist lediglich im Falle einer Krankenhausbehandlung im EU-Ausland weiterhin eine vorherige Zustimmung der Krankenkasse vorgesehen.

In beiden Fallgestaltungen soll gemäß § 13 Abs. 6 SGB V, § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 SGB V entsprechend gelten mit der Folge, dass in den genannten Fällen der Anspruch auf Krankengeld nicht ruht und die Krankenkasse fakultativ auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen kann.

Bewertung

Nachdem die Relevanz der ständigen Rechtsprechung des EuGH zur Geltung der allgemeinen Waren- und Dienstleistungsfreiheit auch im Bereich der sozialen Sicherungssysteme vom BMGS und der deutschen Sozialgerichtsbarkeit bisher negiert worden ist, wird mit dieser Bestimmung nunmehr die notwendige Konsequenz aus dieser Rechtsprechung gezogen. Mit Ausnahme der Krankenhausbehandlungen ist zukünftig eine Inanspruchnahme von diagnostischen und therapeutischen Leistungen auch im EU-Ausland ohne vorherige Genehmigung der deutschen Krankenkasse im Rahmen eines Kostenerstattungssystems möglich.

Die grundsätzliche Anerkennung dieses Kostenerstattungsanspruches kann jedoch nur der erste Schritt zu einem praktikablen EU-weiten Kostenerstattungssystem bilden. Das nunmehr vorgesehene System einer Regelung des Kostenerstattungsverfahrens in den Satzungen der einzelnen Krankenkassen sowie der in diesem Zu-

sammenhang unbeschränkt eingeräumten Möglichkeit der satzungsrechtlichen Normierung von Erstattungsabschlägen für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen, stellt nach wie vor eine wesentliche Erschwerung der Inanspruchnahme entsprechender Leistungen im EU-Ausland dar. In einem derartigen System kann der Versicherte vor Behandlungsbeginn keine Sicherheit hinsichtlich der Höhe seines Kostenerstattungsanspruches erlangen, der zudem in Abhängigkeit von den jeweiligen satzungsrechtlichen Bestimmungen von Krankenkasse zu Krankenkasse erheblich differieren kann. Zumindest dann, wenn es sich insofern nicht um seltene Ausnahmetatbestände handeln soll, sondern tatsächlich ein freier Waren- und Dienstleistungsverkehr im EU-Bereich erreicht werden soll, müsste hierfür ein generelles Kostenerstattungssystem eingeführt werden, welches in jedem Falle gleiche Kostenerstattungsansprüche für gleichartige Leistungen beinhalten müsste. Gerade im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bietet sich hierfür ein System befundorientierter Festzuschüsse an, die dem Versicherten unabhängig vom Ort und den Kosten der Leistungserbringung einen zuvor feststehenden Erstattungsanspruch in einer Höhe sichert, der eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung ermöglicht.

§ 28 Abs. 4 SGB V

Finanzielle Beteiligung des Versicherten an der vertragsärztlichen Versorgung

In § 28 Abs. 4 SGB V ist nunmehr vorgesehen, dass Versicherte für jede erste Inanspruchnahme eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes, die nicht auf Überweisung erfolgt, 15 Euro je Abrechnungsquartal an den Arzt zahlen. Ausnahmen gelten danach u.a. bei der Inanspruchnahme eines Frauen- oder Augenarztes oder bei der Inanspruchnahme eines Arztes im Rahmen eines strukturierteren Behandlungsprogrammes oder einer integrierten Versorgung.

Bewertung

Sowohl nach der sprachlichen Fassung dieser Bestimmung als auch der diesbezüglichen Begründung ist nicht eindeutig, ob diese finanzielle Beteiligung auch hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Versorgung gelten soll. Da es sich hierbei um einen eigenständigen Versorgungsbereich handelt, der regelmäßig nicht auf der Grundlage

einer Überweisung aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in Anspruch genommen wird, ist jedoch davon auszugehen, dass sich diese Bestimmungen auf die vertragsärztliche Versorgung beschränken sollen. Hierfür spricht auch die ausdrückliche Bestimmung, dass diese Regelungen auch für die Inanspruchnahme von Psychotherapeuten gelten. Bei einer beabsichtigten Erstreckung auch auf die vertragszahnärztliche Versorgung hätte es daher nahe gelegen, ebenfalls eine entsprechende Klarstellung aufzunehmen.

Zudem wird in der Begründung hinsichtlich der Ausnahmeregelung bei Inanspruchnahme eines Frauenarztes, eines Augenarztes oder eines Psychotherapeuten in § 28 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SGB V ausgeführt, insofern bedürfe es keiner hausärztlichen Überweisung, da der Versicherte in der Regel selbst erkennen könne, ob eine entsprechende Betreuung nötig sei und die betroffenen Fachrichtungen daher in ihrem jeweiligen Versorgungsbereich Basisfunktionen wahrnehmen würden. Diese Aspekte treffen ebenso auf die vertragszahnärztliche Versorgung zu. Die zahnärztliche Behandlung beschränkt sich auf den Zahn-, Mund- und Kieferbereich und muss in aller Regel nicht mit unterstützenden oder parallellaufenden medizinischen Behandlungen im Übrigen koordiniert werden.

Zur Vermeidung von Unklarheiten sollte im Gesetzestext deutlicher der eingeschränkte Geltungsbereich der Regelung dargestellt werden.

§§ 30, 61, 62, 67, 85, 88 SGB V

Festzuschusssystem bei Zahnersatz

Unter Beibehaltung der bisherigen Leistungsbegrenzungen sieht der Gesetzentwurf in § 30 Abs. 1 Satz 1 SGB V vor, dass Versicherte Anspruch auf Festzuschüsse für medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen) haben. Gemäß § 30 Abs. 2 des Gesetzentwurfes beziehen sich diese Festzuschüsse auf Leistungskomplexe und umfassen 50 % der diesbezüglich vereinbarten Beträge. Der Festzuschuss erhöht sich um 20 % bei Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen während der letzten 5 Jahre und um weitere 10 % bei Inanspruchnahme dieser Untersuchungen während der letzten 10 Jahre. Gemäß § 30 Abs. 5 Satz 10 des Gesetzentwurfes hat der Vertragszahnarzt

nach Abschluss der Behandlung die von der Krankenkasse zu übernehmenden Kosten nach Abs. 1, d.h. in diesem Falle die Festzuschussbeträge, mit der KZV abzurechnen. Der Versicherte hat gemäß § 30 Abs. 3 des Gesetzentwurfes lediglich den die Festzuschüsse überschreitenden Teil der Kosten an den Vertragszahnarzt zu zahlen.

Die Krankenkasse hat gemäß § 30 Abs. 5 Satz 6 des Gesetzentwurfes dem Versicherten die Höhe der Festzuschüsse mitzuteilen. Gemäß Satz 7 dieser Bestimmung hat die Krankenkasse Versicherte, wenn angezeigt, über qualitative und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu beraten.

Die Regelungen zur teilweisen oder völligen Übernahme der Behandlungskosten in Härtefällen in den §§ 61 Abs. 1 Nr. 2, 62 Abs. 2 a SGB V werden entsprechend angepasst. Danach hat die Krankenkasse bei der vollständigen Befreiung des Versicherten zusätzlich zu den Festzuschüssen einen Betrag in gleicher Höhe zu übernehmen. Im Falle der teilweisen Befreiung erfolgt eine Leistung der Krankenkasse zusätzlich zu den Festzuschüssen, wobei die Gesamterstattung höchstens einen Betrag in Höhe des zweifachen Festzuschusses erreichen darf.

Gemäß § 85 Abs. 2 Satz 6 SGB V i.d.F. des Gesetzentwurfes entsprechen die Festzuschüsse der Gesamtvergütung bei Zahnersatz. Die Festzuschüsse sind von den Gesamtvertragspartnern zu bilden.

Der bisherige, lediglich fakultative Auftrag an den Bewertungsausschuss in § 87 Abs. 2 d SGB V, bei der Neugestaltung des Bewertungsmaßstabes die Leistungen zu Leistungskomplexen zusammen zu fassen, soll nach dem Gesetzentwurf in eine Verpflichtung umgewandelt werden. Auf dieser Grundlage sind gemäß § 85 Abs. 2 Satz 6 SGB V i.d.F. des Gesetzentwurfes von den Gesamtvertragspartnern die Festzuschüsse als Bestandteil der Gesamtvergütung zu vereinbaren. Dabei sind weiterhin Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes nicht zulässig.

Bezüglich der zahntechnischen Leistungen ist in § 88 Abs. 2 SGB V i.d.F. des Gesetzentwurfes vorgesehen, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den Innungsverbänden der Zahntechniker auf Lan-

desebene die Vergütungen für die zahntechnischen Leistungskomplexe und zugleich die Festzuschüsse nach § 30 SGB V für zahntechnische Leistungen, die nicht von Zahnärzten erbacht werden, vereinbaren.

Bewertung

Der Gesetzentwurf greift grundsätzlich die langjährige Forderung der Zahnärzteschaft nach der Einführung eines Festzuschusssystemes zumindest hinsichtlich zahnprothetischer Leistungen auf. Das vorgesehene System bleibt jedoch sowohl hinter dem Festzuschusssystem, wie es im SGB V i.d.F. des Beitragssatzsicherungsgesetzes und des 2. NOG geregelt war, als auch hinter dem Reformkonzept der Zahnärzteschaft hinsichtlich eines befundorientierten Festzuschusssystemes zurück.

Weder nach den Inhalten der nunmehr vorgesehenen Regelungen, noch nach den diesbezüglichen Begründungen des Gesetzentwurfes sind diesen Regelungen weitergehende gesundheitspolitische Zielsetzungen zu entnehmen. Tatsächlich würden mit einem derartigen System auch keinerlei Steuerungseffekte erzielt werden können, da sich durch dieses an der augenblicklichen Bezuschussungspraxis durch die Krankenkassen faktisch nichts ändern würde.

Im Gegensatz zu dem Festzuschusssystem, das im SGB V i.d.F. des Beitragssatzsicherungsgesetzes und des 2. NOG geregelt war, sind nunmehr keine differenzierten, vom Bundesausschuss einheitlich festgelegten Festzuschüsse vorgesehen, die den Leistungsanspruch des Versicherten abschließend definieren. Vielmehr sollen auf der Grundlage der Leistungsbeschreibungen des Bewertungsmaßstabes von den Gesamtvertragspartnern Festzuschüsse als Bestandteil der Gesamtvergütungen vereinbart werden, die weiterhin über die KZVen abzurechnen sind. Danach ist bereits unklar, welcher Vergütungsanspruch den Vertragszahnärzten zukünftig insofern zustehen soll. Aus dem Hinweis in § 30 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzentwurfes, dass die Festzuschüsse 50 % der nach § 85 Abs. 2 vereinbarten Beträge umfassen und der Einordnung der Bestimmung zur Vereinbarung der Festzuschüsse in § 85 Abs. 2 Satz 6 des Gesetzentwurfes lässt sich allerdings die Vorstellung des Gesetzgebers entnehmen, dass der Vergütungsanspruch des Vertragszahnarztes weiterhin durch

die Leistungsbeschreibungen des Bema und die darauf aufbauenden gesamtvertraglichen Vereinbarungen nicht nur hinsichtlich der Festzuschüsse, sondern auch hinsichtlich der Vergütungshöhe als Bestandteil der Gesamtvergütungen determiniert sein soll.

Damit würde sich dieses System inhaltlich nicht von dem augenblicklichen System der Gesamtvergütungen unterscheiden, da die Vergütungsbeträge für die Vertragszahnärzte auch für zahnprothetische Leistungen nach wie vor von den Gesamtvertragspartnern auf der Grundlage der Leistungsbeschreibungen des Bewertungsmaßstabes zu vereinbaren sind und daher auch weiterhin dem Grundsatz der Beitragsatzstabilität gemäß § 71 Abs. 1 SGB V und der damit verbundenen Verpflichtung unterliegen, in jedem Falle eine Leistungssummen unabhängige Obergrenze der diesbezüglichen Gesamtvergütungen zu vereinbaren. Auch der Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse steht nicht befundorientiert von vornherein fest, sondern richtet sich nach den Leistungsbeschreibungen des Bewertungsmaßstabes und den darauf aufbauenden Festbetragsvereinbarungen auf Landesebene für seine Krankenkasse. Eine differenzierte Ausgestaltung der Festzuschüsse, durch die die Inanspruchnahme wirtschaftlicherer Versorgungsformen gefördert werden könnte, ist ebenso wenig vorgesehen wie eine unmittelbare Einbeziehung des Versicherten in den Zahlungsfluss, soweit dieser über die Begleichung des Eigenanteiles, wie er auch unter Geltung des augenblicklichen, prozentualen Zuschusssystemes erfolgt, hinausgeht.

Zweifelhaft erscheint auch die Praktikabilität einer Vereinbarung unterschiedlicher Festzuschüsse gemäß § 85 Abs. 2 SGB V i.d.F. des Gesetzentwurfes bezüglich zahnärztlicher Leistungen einerseits und gemäß § 88 Abs. 2 SGB V i.d.F. des Gesetzentwurfes hinsichtlich zahntechnischer Leistungen andererseits. Insofern ist lediglich in der Begründung zu § 88 Abs. 2 ausgeführt, dass auf Landesebene auch für zahntechnische Leistungen Leistungskomplexe zu bilden sind, die auf die zahnärztlichen Leistungskomplexe abgestimmt sind. In welcher Form dies erfolgen soll und sichergestellt werden kann, ist danach unklar.

Dies trifft im noch stärkeren Umfange auf die Festzuschüsse für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden, zu. Deren Bildung ist im vorliegen-

den Gesetzentwurf nämlich überhaupt nicht geregelt. Die vorgesehene Neufassung von § 88 Abs. 2 SGB V bezieht sich hinsichtlich der Bildung der Festzuschüsse in Satz 2 ausdrücklich lediglich auf diejenigen zahntechnischen Leistungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden. Hinsichtlich der zahntechnischen Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden, wird in Satz 3 lediglich ausgeführt, dass diese Festzuschüsse die Festzuschüsse nach Satz 2 um 5 v.H. zu unterschreiten haben. Es ist aber nicht geregelt, auf welcher Grundlage und von wem diese Festzuschüsse zu bilden sind. In der zur Zeit gelten Fassung von § 88 Abs. 3 SGB V ist insofern eine besondere Vereinbarung nicht ausdrücklich vorgesehen, sondern in Satz 2 ist lediglich bestimmt, dass hinsichtlich der Preise für zahntechnische Leistungen, die von einem Zahnarzt erbracht werden, Verträge nach § 83 SGB V abgeschlossen werden können. Soweit solche Verträge nicht vorliegen, ist die Preisgestaltung unter Beachtung der Unterschreitung der im jeweiligen Abrechnungsbereich geltenden BEL-Vergütungen um 5 % freigestellt. Da der Gesetzentwurf demgegenüber von einem Festzuschusssystem ausgeht, in dem der jeweilige Leistungsanspruch des Versicherten durch den Festzuschuss vorab und abschließend definiert wird, dürfte ein derartiges System schwerlich praktikabel sein. Dies gilt ebenso hinsichtlich eventuell unterschiedlicher Festzuschüsse für zahntechnische Leistungen, je nach dem, ob diese von einem gewerblichen zahntechnischen Laboratorium oder einem Praxislabor erbracht werden. Zumindest müsste im Zusammenhang mit den Bestimmungen zur Einführung eines Festzuschusssystem aber klargestellt werden, durch wen und auf welcher Grundlage die Festzuschüsse für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden, festzulegen sind.

Auch diese Problematik könnte durch das, von der KZBV vorgeschlagene befundorientierte Festzuschusssystem, in dem einheitliche Festzuschüsse, sowohl für zahnärztliche als auch für zahntechnische Leistungen befundorientiert festgelegt werden können, vermieden werden.

In § 30 Abs. 3 Satz 1 ist eine Bezugnahme auf den Heil- und Kostenplan nach Abs. 4 Satz 4 als Berechnungsgrundlage für den Eigenanteil des Versicherten enthalten. Dabei handelt es sich um eine Fehlverweisung, da im vorliegenden Gesetzentwurf der Heil- und Kostenplan nicht in § 30 Abs. 4 Satz 4 SGB V, sondern in § 30 Abs. 5 Satz 1 SGB V geregelt ist.

Das im Gesetzentwurf vorgesehene Festzuschusssystem belässt die zahnprothetische Versorgung insgesamt weiterhin im vollen Umfang im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Durch ein derartiges Festzuschusssystem werden weder die Wahlmöglichkeiten des Versicherten erweitert, noch Einsparpotentiale für die GKV eröffnet. Ebenso wenig sind damit weitergehende Steuerungsmöglichkeiten zur Förderung der Inanspruchnahme einer möglichst wirtschaftlichen Versorgungsform und zur Verhinderung der überproportionalen Ausbeutung der Solidarbeiträge durch finanziell besser gestellte Versicherte durch die Inanspruchnahme aufwendigerer Versorgungsformen verbunden. Dementsprechend sind auch ausweislich der Einschätzung der finanziellen Auswirkungen des Gesetzes in der Begründung des Entwurfes insofern keinerlei Einsparungen vorgesehen.

Im Ergebnis würde ein derartiges System lediglich eine Begriffsmodifikation, nicht aber eine grundlegende Änderung der Leistungsansprüche des Versicherten und der Steuerungsmechanismen im Bereich der zahnprothetischen Versorgungsformen darstellen. Die Steuerungsoptionen eines echten Festzuschusssystems, insbesondere soweit dieses befundorientiert ausgestaltet wird, blieben in einem derartigen System vollständig ungenutzt. Der vorliegende Gesetzentwurf beinhaltet somit lediglich nominell, nicht aber tatsächlich ein echtes Festzuschusssystem und ist daher insofern grundsätzlich abzulehnen.

§ 30 Abs. 5 Satz 2 u. 3 SGB V

Kostenangebote für zahntechnische Leistungen

Durch die Neufassung von § 30 Abs. 5 SGB V soll der Vertragszahnarzt verpflichtet werden, bei der Erstellung jedes Heil- und Kostenplanes zwei Kostenangebote für abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen einzuholen und diese dem Heil- und Kostenplan beizufügen. In den Kostenangeboten sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen.

In der diesbezüglichen Begründung wird insofern ausgeführt, diese Regelungen zielten auf eine Verbesserung der Transparenz der Preisgestaltung, der Auftragsvergabe und der Herkunft zahntechnischer Leistungen unter Beibehaltung der erforder-

lichen Qualität ab. Dadurch solle auch der Wettbewerb auf dem Markt der Zahntechnik gestärkt werden. Durch die zusätzlichen Informationen erhalte der Versicherte mehr Möglichkeiten, bei der Preisgestaltung des Zahnersatzes mitzuwirken. Mit dem Preisvergleich werde sichergestellt, dass die Kosten für Zahnersatz das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und das Krankenkassen und Versicherte an den vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven eines gestärkten Wettbewerbs bei der Versorgung mit Zahnersatz teilhaben würden. Durch die Angabe des Herstellungsortes werde gewährleistet, dass Abrechnungsmanipulationen mit z.B. im Ausland hergestelltem Zahnersatz zu Lasten Versicherter und Krankenkassen entgegengewirkt werden.

Bewertung

Bei den Regelungsinhalten handelt es sich offenbar um eine Reaktion auf die Vorfälle im Zusammenhang mit der Firma Globudent und den damit verbundenen Verdachtsmomenten, dass Rückvergütungen für beauftragte zahntechnische Leistungen nicht an die Versicherten und Krankenkassen ausgekehrt worden sind.

Die vorgesehenen Regelungen können allerdings die damit ausweislich der Begründung verfolgten Zielsetzungen nicht erreichen, da sie an den rechtlichen Realitäten des Leistungsbezugs zahntechnischer Leistungen im Rahmen der GKV vorbeigehen. Sie sind im Gegenteil geeignet, zusätzliche Verunsicherung unter allen Beteiligten zu verursachen und das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis unnötig zu belasten.

Der vorgesehenen Verpflichtung des Vertragszahnarztes, jedem Heil- und Kostenplan zwei Kostenangebote für die zahntechnischen Leistungen beizufügen, liegt ersichtlich die Vorstellung zugrunde, dass insofern noch eine nachfolgende Auswahlentscheidung, welches der angebotsabgebenden zahntechnischen Laboratorien mit der Leistungserbringung beauftragt werden soll, erfolgen werde. Die damit in der Begründung verknüpfte Aussage, der Versicherte erhalte mehr Möglichkeiten, bei der Preisgestaltung des Zahnersatzes mitzuwirken, legt die Vermutung nahe, die Autoren des Gesetzentwurfes seien der Auffassung, dass nicht mehr der Zahnarzt, sondern der Patient bzw. die Krankenkasse über die Auswahl des zahntechnischen Laboratoriums entscheiden sollten, bzw. dass der Zahnarzt die Beauftragung eines Laborato-

riums mit diesen in irgendeiner Form abzustimmen habe. Eine derartige Verpflichtung ergibt sich aber aus der vorgesehenen gesetzlichen Regelung, die sich auf die bloße Übersendung alternativer Kostenangebote beschränkt, nicht. Auch ergibt sich daraus keine Verpflichtung, eine Auswahl unter den anbietenden Laboratorien alleine unter Zugrundelegung des angebotenen Preises vorzunehmen.

Vielmehr bleibt es bei der augenblicklichen zivilrechtlichen Rechtslage, dass alleine der Zahnarzt im Rahmen eines Geschäftsbesorgungsvertrages eine Auswahl und Beauftragung des jeweiligen zahntechnischen Laboratoriums vorzunehmen hat und mit diesem alleine in vertragliche Beziehungen tritt. Auch muss der Zahnarzt weiterhin gegenüber dem Patienten alleine die Haftung für eventuelle Mängel der zahnprothetischen Versorgung insgesamt und damit unter Einschluss der zahntechnischen Leistungen übernehmen. Angesichts dieser vertraglichen und haftungsrechtlichen Situation kann der Vertragszahnarzt auch weder von einer Krankenkasse noch von seinem Patienten gezwungen werden, ein bestimmtes zahntechnisches Labor zu beauftragen, bei dessen Auswahl neben dem, selbstverständlich die Höchstpreisgrenzen des § 88 SGB V beachtenden Preis auch andere Kriterien, so die Erfahrungen des Zahnarztes mit der Qualität der zahntechnischen Leistungen, oder der organisatorischen Abwicklung der Leistungserbringungen von Bedeutung sind. Die bloße Beifügung zweier alternativer Kostenangebote bei einem Heil- und Kostenplan muss demgegenüber beim Versicherten notwendigerweise den Eindruck vermitteln, er habe insofern eine Auswahl entweder selbst oder im Zusammenwirken mit dem behandelnden Zahnarzt vorzunehmen. Der Vertragszahnarzt wäre daher in jedem Einzelfalle gezwungen, dem Versicherten die Einzelheiten und rechtlichen Hintergründe zu erläutern, ohne dass durch das Verfahren insgesamt dem Versicherten, der notwendigerweise über keine Kenntnisse über die im einzelnen zu erbringenden zahntechnischen Leistungen und die Marktsituation sowie die relevanten Vergleichskriterien zwischen verschiedenen zahntechnischen Laboratorien verfügt, insofern eine tatsächliche Beeinflussungsmöglichkeit eingeräumt wird.

Durch die vorgesehene gesetzliche Regelung wird der Vertragszahnarzt verpflichtet, mehrere Kostenangebote einzuholen. Damit sind sowohl für den Vertragszahnarzt als auch für die beteiligten zahntechnischen Laboratorien nicht unerhebliche Aufwendungen verbunden. Dies in einer Situation, in der über die tatsächliche Durchfüh-

rung der im Heil- und Kostenplan erst geplanten zahnprothetischen Versorgung noch nicht entschieden ist und auch eine Entscheidung über die Beauftragung eines konkreten zahntechnischen Laboratoriums noch aussteht. Für diese Aufwendungen sind keinerlei Vergütungen vorgesehen und es erscheint auch zweifelhaft, ob zahntechnische Laboratorien in Kenntnis einer solchen gesetzlichen Verpflichtung des Vertragszahnarztes bereit sein würden, für diesen kostenlos massenhaft Kostangebote abzugeben, bei denen von vornherein sicher ist, dass diese höchstens in 50 % der Fälle tatsächlich eine Beauftragung nach sich ziehen können.

Verfehlt ist schließlich auch die Annahme in der Begründung des Gesetzentwurfes, durch die Angabe zum Herstellungsort des Zahnersatzes in den Kostangeboten könne Abrechnungsmanipulationen entgegengewirkt werden. Hiermit wird ersichtlich die Möglichkeit angesprochen, fingierte Rechnungen über zahntechnische Leistungen auszustellen bzw. seitens zahntechnischer Laboratorien oder Dentalhandelsgesellschaften verdeckte Rückvergütungen an Vertragszahnärzte vorzunehmen. Diese bestehen jedoch ganz unabhängig vom Herstellungsort des Zahnersatzes und dieser liefert somit keinerlei tatsächliche Hinweise auf solche Manipulationen.

§ 30 Abs. 5 Satz 8 SGB V

Obligatorische Genehmigungspflicht bei Zahnersatzversorgungen in Härtefällen

In Fällen, in denen der Versicherte gemäß § 61 Abs. 1 Nr. 2 SGB V von den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz vollständig befreit ist, soll gemäß § 30 Abs. 5 Satz 8 SGB V eine obligatorische Begutachtung der zahnprothetischen Behandlungsplanung bei aufwendigen Versorgungen vorgeschrieben werden.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll dadurch einer Überversorgung mit Zahnersatz in solchen Fallgestaltungen entgegengewirkt werden. Als aufwendige Versorgungen werden in der Begründung beispielhaft Kombinationsversorgungen, Versorgungen mit mehr als 4 Kronen je Kiefer sowie Fehlversorgungen aufgrund der Nichtberücksichtigung des Parodontalzustandes beschrieben.

Bewertung

Jedenfalls systemimmanent ist die Zielsetzung einer Verhinderung von Überversorgungen für diese Versichertengruppe grundsätzlich ebenso zu begrüßen, wie die Bestätigung der bisherigen Verfahren der vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung und in diesem Zusammenhang einer eventuellen, fachlichen Begutachtung der Behandlungsplanungen.

Bemerkenswert ist allerdings eine weitere Aussage in der diesbezüglichen Begründung, wonach eine klarstellende Neuregelung in § 275 Abs. 1 SGB V gewährleisten soll, dass sämtliche Begutachtungen innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung insbesondere in Fällen des § 61 Abs. 1 Nr. 2 SGB V auch zukünftig durch gutachterliche Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erfolgen können, soweit es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. In dem vorliegenden Gesetzentwurf findet sich eine derartige „klarstellende Neuregelung“ in § 275 SGB V aber nicht. Die insofern unzutreffenden Ausführungen in der Begründung offenbaren aber eine allgemeine Bewertung des BMGS hinsichtlich der umfassenden Kompetenzen des Medizinischen Dienstes, die zurzeit zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KZBV umstritten und unter anderem Gegenstand des augenblicklichen Verfahrens zur Neufassung des KZBV/VdAK/AEV-Vertrages vor dem Bundesschiedsamt sind.

§ 67 SGB V

Hausarztssystem

§ 67 SGB V sieht Regelungen hinsichtlich eines Hausarztssystems vor, in dem sich Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse für zumindest ein Jahr verpflichten können, fachärztliche Leistungen mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen.

Bewertung

Da sich die Bestimmungen des vorgesehenen § 67 SGB V ausdrücklich nur auf die hausärztliche Versorgung beziehen und diese ausschließlich durch Vertragsärzte gemäß § 73 Abs. 1 a SGB V durchgeführt wird, bezieht sich diese Regelung nicht auf die vertragszahnärztliche Versorgung.

§ 68 SGB V

Elektronische Gesundheitsakte

Zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sollen die Krankenkassen ihren Versicherten zu von Dritten angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten finanzielle Unterstützung nach näherer Maßgabe der Satzung gewähren.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll die elektronische Gesundheitsakte die elektronische Gesundheitskarte in dem Sinne ergänzen, dass in der Gesundheitsakte allgemeine medizinische Daten des Patienten gespeichert und von diesem sektorübergreifend dem Leistungserbringer zur Verfügung gestellt werden können. Dadurch soll die Behandlungsqualität und –sicherheit erhöht und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Die Krankenkassen sollen danach in der Satzung auch die Qualifikationsanforderung präzisieren und von der Einhaltung dieser Anforderungen die Finanzierung einer solchen Gesundheitsakte abhängig machen können.

Bewertung

Das bereits an anderer Stelle im Gesetzentwurf vorgesehene System einer möglichst umfassenden Erfassung, Speicherung und Übermittlung aller relevanten Daten des Patienten auf elektronischem Wege wird durch die nunmehr neu vorgesehene elektronische Gesundheitsakte weiter perfektioniert. Die bisher im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte (§ 291 a SGB V) nur hinsichtlich einzelner Gesundheitsdaten zulässige Erfassung, Speicherung und Verarbeitung von Informationen hinsichtlich des Patienten soll durch die elektronische Gesundheitsakte auf gesetzlich nicht

näher eingegrenzte weitere Informationen ausgeweitet werden, wobei die nähere Ausgestaltung jedenfalls ausweislich der Begründung zu § 68 SGB V den Krankenkassen in ihrer Satzung obliegen soll. Die vorgesehene Regelung fügt sich somit auch in die, in den §§ 303 a ff. SGB V vorgesehenen Bestimmungen hinsichtlich einer möglichst umfassenden Datensammlung, Übermittlung und Auswertung im Sinne einer Datentransparenz. Die demgegenüber in der Vergangenheit bereits geäußerten Warnungen vor den Gefahren des Aufbaus einer umfassenden Datenbank hinsichtlich wesentlicher Gesundheitsdaten nahezu der gesamten Wohnbevölkerung der Bundesrepublik und der damit verbundenen Missbrauchsrisiken müssen sich auch auf die nunmehr vorgesehene elektronische Gesundheitsakte beziehen. Auch soweit diese, ebenso wie die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte nach den Inhalten des Gesetzentwurfes noch nicht gesetzlich vorgeschrieben, sondern von einer Einwilligung des Versicherten abhängig gemacht werden soll, ist damit zumindest der technische Einstieg in eine umfassende Datenerhebung, Übermittlung und Auswertung geschaffen worden, der sich auch ohne weitere gesetzliche Bestimmungen zu einem faktischen Zwang zur Nutzung dieser Systeme ausweiten kann.

Die damit ausweislich der Begründung generell verbundenen Effizienzsteigerungen und Kosteneinsparungen, die im einzelnen aber nicht beziffert werden können, rechtfertigen nach der Bewertung der KZBV die damit verbundenen, zumindest faktischen Eingriffe in das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten in keiner Weise. Dies umso mehr, als derartige Effizienzsteigerungen und Kosteneinsparungen jedenfalls im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, in dem Überweisungen und Kooperationen mit anderen Fachgebieten die seltene Ausnahme darstellen, ohnehin nicht ersichtlich sind.

§ 72 SGB V

Sicherstellung der Versorgung durch Gesundheitszentren

In § 72 Abs. 1 SGB V sollen zusätzlich Gesundheitszentren als Leistungsträger im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bezeichnet werden.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll durch diese Regelung sichergestellt werden, dass die Vorschriften der vertragsärztlichen Versorgung auch für die Gesundheitszentren und für die in diesen Zentren tätigen Ärzte gelten.

Bewertung

Die Regelung steht im Zusammenhang mit der in § 95 SGB V vorgesehenen ergänzenden Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung. Es wird insofern auf die dortige Bewertung verwiesen.

§ 77 SGB V

Zahl der KZVen, Mitglieder der KZVen

In § 77 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V ist vorgesehen, dass nur noch dann, wenn in einem Bundesland mehr als 6.000 Zahnärzte zugelassen sind und am Tage des Inkrafttretens des Gesetzes mehr als eine KZV in diesem Bundesland existiert, mit Zustimmung der Landesaufsichtsbehörde zwei KZVen errichtet werden oder fortbestehen können. Ansonsten kann in einem Land grundsätzlich nur noch eine KZV existieren. Auch bei Überschreitung der Grenzen von 6.000 zugelassenen Zahnärzten können in einem Land nicht mehr als zwei KZVen bestehen.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll hierdurch sowohl das Fortbestehen sehr kleiner als auch die gesetzliche Einführung zu großer Organisationseinheiten vermieden werden.

In § 77 Abs. 3 SGB V ist vorgesehen, dass nur noch die zugelassenen Zahnärzte Mitglieder der KZVen sind. Eine außerordentliche Mitgliedschaft existiert danach nicht mehr.

Hierdurch soll ausweislich der diesbezüglichen Begründung der reduzierten Mitgliederzahl in den Selbstverwaltungsorganen der KZVen Rechnung getragen werden.

Bewertung

Mit diesen Bestimmungen werden von der Regierungskoalition erneut Regelungen aufgegriffen, die bereits in Vorentwürfen eines GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 enthalten waren und seinerzeit an den Mehrheitsverhältnissen im Bundesrat gescheitert sind. Dies ist angesichts der augenblicklichen Mehrheitsverhältnisse diesbezüglich erneut zu erwarten. Unabhängig davon sind diese Bestimmungen – wie bereits in den früheren Gesetzgebungsverfahren – seitens der KZVen als sachlich unberechtigte Eingriffe des Gesetzgebers in die Selbstverwaltungsstrukturen der KZVen abzulehnen. Bei diesen handelt es sich um rein eigenfinanzierte Selbstverwaltungsorganisationen, die keine öffentlichen Mittel verbrauchen sondern sich alleine aus den Beiträgen der Vertragszahnärzte finanzieren. Dann kann und muss es auch den Mitgliedern überlassen bleiben, selbständig über die aus ihrer Sicht geeignete Organisationsform zu entscheiden. Die vorgesehene Reduzierung der Zahl der KZVen, die durch eine Zusammenlegung mehrerer KZVen in einem Bundesland erfolgen soll, steht im seltsamen Widerspruch zu parallel verfolgten Zielsetzungen des Gesetzentwurfes, insbesondere in den §§ 106 b SGB V zur Sicherstellung der Versorgung durch die Krankenkassen auf der Grundlage eines Einzelvertragssystems und den §§ 140 a ff. zur integrierten Versorgung. Während in diesen Bestimmungen eine weitgehende Atomisierung der Vertragsbeziehungen unter Einschränkung des Sicherstellungsauftrages und der Vertragskompetenzen der K(Z)Ven erfolgen soll, wird mit der vorgesehenen Neufassung des § 77 SGB V im Gegenteil eine Konzentration der Vertragsbeziehungen in den betroffenen Bundesländern auf maximal zwei KZVen betrieben. Eine Konsistenz des Gesetzentwurfes ist insofern insgesamt nicht feststellbar. Da zudem ausweislich der Einschätzungen der finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfes in der Begründung mit diesen Maßnahmen keine konkreten Einsparpotentiale verbunden werden und diese auch von den alleine betroffenen Vertragszahnärzten nicht mitgetragen werden, sind diese Bestimmungen aus dem Gesetzentwurf zu beseitigen.

Zudem besteht weiterhin ein berechtigtes Interesse auch nicht zugelassener Zahnärzte, die aber im Zahnarztregister eingetragen sind, an einer Mitwirkungsmöglichkeit innerhalb ihrer Selbstverwaltungsorganisation. Dies gilt insbesondere hinsichtlich

ermächtigter Zahnärzte oder angestellter Zahnärzte gemäß § 95 Abs. 9 SGB V, die nicht über eine Zulassung verfügen, dennoch aber an der vertragszahnärztlichen Versorgung mitwirken. Ein entsprechendes schutzwürdiges Interesse ist aber z.B. auch bei solchen Zahnärzten anzuerkennen, die bereits im Zahnarztregister eingetragen sind und z.B. wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen ihre angestrebte Zulassung bisher nicht haben verwirklichen können. Die in der Begründung angesprochene, im Gesetzentwurf an anderer Stelle vorgesehene Reduzierung der Mitgliederzahlen in den gewählten Selbstverwaltungsorganen der KZVen rechtfertigt derartige Einschnitte ebenfalls nicht. Selbst wenn eine entsprechende Reduzierung der Mitgliederzahlen tatsächlich erfolgen sollte, kann und muss es den Selbstverwaltungsorganisationen überlassen bleiben, in welchen Verfahren und durch welche Personen die reduzierten Sitze besetzt werden. Dies rechtfertigt jedenfalls nicht den Ausschluss solcher Zahnärzte von der demokratischen Mitwirkung in den entsprechenden Organen, die auch ohne eine Zulassung von den Beschlussfassungen dieser Organe unmittelbar betroffen sein können.

§ 79 SGB V

Änderung der Organisationsstrukturen der KZVen

Es ist in § 79 Abs. 1 SGB V vorgesehen, lediglich noch die Vertreterversammlung der KZVen als Selbstverwaltungsorgan auszugestalten und den Vorstand demgegenüber hauptamtlich zu besetzen. Die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlungen soll auf 30 begrenzt werden. Bei mehr als 2.000 zugelassenen Zahnärzten kann die Zahl der Mitglieder auf bis zu 40, bei mehr als 5.000 zugelassenen Zahnärzten auf bis zu 50 erhöht werden. Die Vertreterversammlung der KZBV kann bis zu 60 Mitglieder umfassen.

Die Vertreterversammlung soll gemäß § 79 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 SGB V unter anderem die Körperschaft gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern vertreten.

Gemäß § 79 Abs. 4 SGB V soll der Vorstand aus bis zu 3 Mitgliedern bestehen. Er kann in der Satzung auf bis zu 5 Mitgliedern erweitert werden. Die Amtszeit der hauptamtlichen Vorstandsmitglieder soll 6 Jahre betragen, die Wiederwahl ist möglich. Die Höhe der jährlichen Vergütungen der Vorstandsmitglieder einschließlich Ne-

benleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen sind zum 01.03.2005 im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Eine entsprechende Veröffentlichung hat bis zum 01.03.2004 hinsichtlich der Vergütungen der bis zum 31.12.2004 noch tätigen, ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder zu erfolgen.

Dies wird in der Begründung damit motiviert, es solle die notwendige Transparenz zum Inhalt der Vorstandsverträge geschaffen werden. Dies sei erforderlich, da es sich um den Einsatz öffentlicher Mittel handelt die auf gesetzlicher Grundlage erhoben werden. Dadurch werde dem Informationsbedürfnis der Beitragszahler und der Öffentlichkeit Rechnung getragen und gleichzeitig die Möglichkeit für einen Vergleich geschaffen.

Gemäß § 79 Abs. 6 SGB V sollen die Bestimmungen der §§ 35 a Abs. 1 Satz 3 und 4, Abs. 2, Abs. 5 Satz 1, Abs. 7 und 42 Abs. 1 bis 3 SGB IV entsprechend gelten.

Bewertung

Auch hinsichtlich dieser Bestimmungen handelt es sich um Regelungen die bereits in Vorentwürfen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 enthalten waren. Diese sind ebenso wie zum damaligen Zeitpunkt inhaltlich abzulehnen, da der Ihnen zugrundeliegende Gedanke, die KZVen würden öffentliche Gelder verwalten, vom Ansatz her unzutreffend ist. Die KZVen finanzieren sich ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen der Vertragszahnärzte. Diese sind zwar im Grundsatz gesetzlich geregelt, da es sich bei den KZVen um öffentlich-rechtliche Körperschaften handelt, in ihrer Höhe und ihrer Verwendung aber von den näheren Bestimmungen in den Satzungen der KZVen abhängig. Die Aufwendungen der KZVen werden daher keineswegs aus allgemeinen Steuermitteln bestritten, sondern ausschließlich aus den Beiträgen von Vertragszahnärzten, die diese aus ihrem Privateinkommen finanzieren müssen. Zudem erfüllen die KZVen nach ihrer gesetzlichen Ausgestaltung wesentlich Selbstverwaltungsfunktionen deren Art und Umfang von Selbstverwaltungsorganen bestimmt werden. Bei dieser Konstellation besteht aber kein sachlicher Grund, durch eine gesetzliche Bestimmung die Ausgestaltung, insbesondere die Mitgliedszahl der Selbstverwaltungsorgane zu begrenzen.

Aus dem gleichen Grund entfällt eine sachliche Berechtigung für eine permanente Veröffentlichung der Vergütungen für Vorstandsmitglieder. Ein hierfür in der Begründung angeführtes Informationsbedürfnis liegt sicherlich beim BMGS vor, ist aber bei den Beitragszahlern und der Öffentlichkeit tatsächlich nicht erkennbar. Selbst wenn ein solches bestehen sollte, kann dieses eine Veröffentlichung von Vergütungen so lange nicht rechtfertigen, als eine entsprechende Verpflichtung zur Veröffentlichung der jeweiligen Einkommens nicht für jedermann gilt.

Die gesetzgeberischen Motive für die vorgesehene Einführung hauptamtlicher Vorstände bei den KZVen können nur erahnt werden. In der Begründung des Gesetzesentwurfes sind diese jedenfalls nicht konkret angesprochen. Lediglich aus einem Hinweis in der Begründung zu der vorgesehenen Neuregelung in § 79 Abs. 6 Satz 2 SGB V, wonach die Vertreterversammlung bei der Wahl darauf zu achten hat, dass die Mitglieder des Vorstandes die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen, lässt sich entnehmen, dass der Gesetzgeber mit derartigen Bestimmungen offensichtlich eine „Professionalisierung des Vorstandes“ und dabei insbesondere „Management-Qualifikationen der einzelnen Mitglieder des Vorstandes“ sicherstellen möchte. Die damit im Grundsatz erfolgte Übertragung der Organisationsstrukturen der Krankenkassen und deren Verbände auf die KZVen berücksichtigt aber nicht hinreichend die Besonderheiten der Organisation und Aufgaben. Anders als bei den gesetzlichen Krankenkassen handelt es sich bei den KZVen um Körperschaften, die eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen und dabei auch die Interessen der Vertragszahnärzte als ihrer Mitglieder wahrzunehmen haben. Dieser doppelte Aufgabenbereich der KZVen setzt notwendigerweise voraus, dass deren Organe mit Personen besetzt werden, die unmittelbare Kenntnis über die Verhältnisse in der vertragszahnärztlichen Praxis haben, da sie selber an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen. Nur so können sich die Realitäten in der vertragszahnärztlichen Praxis auch in den Beschlussfassungen der Organe der KZVen niederschlagen.

Diese Beschlussfassungen können teilweise sehr weitgehende Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Tätigkeit im einzelnen haben. Deren tatsächliche Umsetzbarkeit setzt daher einen ausreichenden Realitätsbezug ebenso voraus, wie eine darauf aufbauende Akzeptanz in den vertragszahnärztlichen Praxen. Beide Aspekte können

nur sichergestellt werden, wenn die bisherige, standesrechtliche Organisationsstruktur der KZVen erhalten bleibt. Die zwangsweise Besetzung der Vorstände mit berufsfremden und daher zwangsläufig praxisfernen Managern würde das Bild einer technokratischen Verwaltungsorganisation der KZVen, die nicht mehr ausreichend in der Lage ist, die Interessen ihrer Mitglieder wirklichkeitsnahe zu vertreten, begründen müssen. Der Gesetzgeber würde damit ohne Not die Handlungsfähigkeit der KZVen selbst in Frage stellen.

An dieser Bewertung ändert auch die theoretische Möglichkeit nichts, dass Vertragszahnärzte als hauptamtliches Mitglied in einem Vorstand der KZV tätig werden können. Denn nach der einschlägigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts schließt jedenfalls eine hauptamtliche Tätigkeit eine gleichzeitige Zulassung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung aus. Selbst wenn insofern ein Ruhen der Zulassung als möglich angesehen werden sollte, wäre der betroffene Zahnarzt gezwungen, angesichts der vorgesehenen Amtsperiode seine vertragszahnärztliche Tätigkeit zumindest für die Dauer von sechs Jahren zu unterbrechen. Die für die vertragszahnärztliche Praxis gemachten Investitionen könnten in dieser Zeit nicht weiter genutzt werden und nach Ablauf dieser Zeitperiode würde sich der zwischenzeitlich aufgebaute Patientenstamm, der einen wesentlichen Teil des Goodwill der jeweiligen vertragszahnärztlichen Praxis darstellt, aufgelöst haben. Eine Rückkehr in die fortbestehende vertragszahnärztliche Praxis wäre dem betroffenen Zahnarzt daher zwar theoretisch möglich, dieser würde aber faktisch einem Neubeginn der vertragszahnärztlichen Tätigkeit entsprechend. Vor diesem Hintergrund führt die vorgesehene Verpflichtung zur Bildung hauptamtlicher Vorstände zu einem faktischen Ausschluss von Vertragszahnärzten aus den Vorständen der KZVen. Da damit entgegen den Vorstellungen des Gesetzgebers gerade keine „Professionalisierung“ sondern im Gegenteil eine „Amateurisierung“ wesentlicher Organe der KZVen erreicht würde, ist diese Neuregelung insgesamt abzulehnen.

§ 80 SGB V

Neuregelung des Wahlverfahrens zu den Vertreterversammlungen

In § 80 Abs. 1 SGB V ist vorgesehen, dass die Wahlen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen erfolgen müssen.

Die Mitglieder jeder Vertreterversammlung einer KZV wählen danach im unmittelbarer und geheimer Wahl aus ihren Reihen die ihnen zustehenden Mitglieder der Vertreterversammlung der KZBV, wobei die KZVen entsprechend ihrem jeweiligen Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder zu berücksichtigen sind. In Abs. 3 ist vorgesehen die Amtsdauer von 4 Jahren auf 6 Jahre zu verlängern.

Die bisherigen getrennten Wahlgänge für ordentliche und außerordentliche Mitglieder entfallen infolge der vorgesehenen Beseitigung der außerordentlichen Mitgliedschaft.

In der Begründung wird insofern ausgeführt, durch die Einführung des Verhältniswahlrechtes werde sichergestellt, dass maßgeblichen Interessengruppen Möglichkeiten eingeräumt werden, Vertreter auch in die nunmehr verkleinerte Vertreterversammlung zu entsenden. Durch die Beschränkung der Vertreter der KZVen in der Vertreterversammlung der KZBV auf den Kreis der Mitglieder der Vertreterversammlung der KZV soll ausweislich der Begründung die Vertretung der KZVen in der Vertreterversammlung der KZBV gestärkt werden.

Bewertung

Ebenso wie in den zurückliegenden Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ist diese Neuregelung als unnötiger Eingriff in die Selbstverwaltungsstrukturen der KZVen abzulehnen. Verfassungsrechtlich besteht kein Rangverhältnis zwischen dem Mehrheits- und dem Verhältniswahlrecht. Insbesondere bei Selbstverwaltungsorganen kann und muss es den unmittelbar betroffenen Mitgliedern der jeweiligen Körperschaft überlassen bleiben, sich für das ihnen geeignet erscheinende Wahlrecht zu entscheiden.

Die diesbezüglichen Ausführungen in der Begründung verdeutlichen die Zielsetzung des Gesetzgebers, mit der Einführung des Verhältniswahlrechtes eine angemessene Repräsentation verschiedener Gruppen innerhalb der Vertreterversammlung sicherzustellen. Dabei wird ersichtlich von den Verhältnissen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ausgegangen, in dem bereits durch die gesetzliche Differenzierung zwischen der hausärztlichen, der fachärztlichen und der psychotherapeutischen Versorgung, die in den §§ 79 b und c SGB V durch die Einführung beratender Fachaus-

schüsse für die einzelnen Versorgungsbereiche noch zusätzlich dokumentiert worden ist, tatsächlich klar abgrenzbare Mitgliedergruppen in Abhängigkeit von dem von ihnen wahrgenommenen Versorgungsbereich existieren. Diese Differenzierung existiert im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung aber gerade nicht. Diese ist im Gegenteil dadurch geprägt, dass bereits berufsrechtlich nicht – wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung – eine Vielzahl unterschiedlicher Fachrichtungen besteht, die unterschiedliche Aufgaben wahrzunehmen haben und die damit auch eine unterschiedliche Interessenlage aufweisen, die in den Vertreterversammlungen angemessen repräsentiert werden müsste.

Auf der Grundlage der dortigen Sondersituation beabsichtigen die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Satzungen vom Mehrheitswahlrecht auf das Verhältniswahlrecht überzugehen, was auf der Grundlage der augenblicklichen Fassung von § 80 SGB V auch ohne weiteres möglich ist, da darin ein bestimmtes Wahlverfahren nicht vorgeschrieben wird. Bei dieser Regelung, die den unmittelbar betroffenen Organisationen ein flexibles Abstellen der Bestimmungen zum Wahlverfahren in den Satzungen auf die in ihrem Bereich jeweils herrschenden Verhältnisse ermöglicht, sollte es daher verbleiben.

Ebenso unnötig ist die gesetzliche Beschränkung der Wählbarkeit der Vertreter in der Vertreterversammlung der KZBV. Es können durchaus vernünftige Gründe dafür sprechen, auch solche Mitglieder der KZVen in die Vertreterversammlung der KZBV zu entsenden, die nicht selbst Mitglieder der Vertreterversammlung der KZV sind. Eine diesbezügliche Bewertung und Entscheidung kann und muss den Selbstverwaltungsorganen überlassen bleiben. Dies gilt ebenso hinsichtlich der Verteilung der Sitze in der Vertreterversammlung der KZBV auf die KZVen.

§ 81 a SGB V

Korruptionsbekämpfungsstellen

Gem. § 81 a SGB V sollen die KZVen organisatorische Einrichtungen einrichten, die den Fällen nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige bzw. zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben

der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten. Sie sollen Kontrollbefugnisse nach § 67 c Abs. 3 SGB X wahrnehmen.

Gem. § 81 a Abs. 3 SGB V haben die KZVen unverzüglich die Staatsanwaltschaft zu unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

Gem. § 81 a Abs. 4 SGB V hat der Vorstand der Vertreterversammlung im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der Korruptionsbekämpfungsstellen zu berichten und den Bericht auch der Aufsichtsbehörde zuzuleiten.

Entsprechende Bestimmungen finden sich auch in § 197 a SGB V hinsichtlich Korruptionsbekämpfungsstellen bei den Krankenkassen und in den §§ 274 a ff. SGB V hinsichtlich eines Beauftragten zu Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll dadurch die Selbstreinigung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung befördert werden.

Bewertung

Die Institutionalisierung gleich einer Vielzahl von Stellen sowie eines besonderen Beauftragten mit entsprechendem Aufgabenkreis verdeutlicht die Überzeugung der Autoren des Gesetzentwurfes, dass die gesamte GKV im erheblichen Umfange kriminell unterwandert ist, und dass dem durch die bisherigen Prüfungs- und Überwachungsmaßnahmen einerseits sowie die bisherigen Sanktionsmöglichkeiten im Rahmen des Disziplinarrechtes der KZVen, des Zulassungsrechtes und des Strafrechtes andererseits nicht hinreichend begegnet werden kann. Konkrete Anhaltspunkte hierfür sind der Begründung aber ebenso wenig zu entnehmen wie Hinweise darauf, wie diesen vermeintlichen Missständen durch die neu geschaffenen Stellen und den zusätzlich vorgesehenen Beauftragten besser entgegengewirkt werden könnte, als durch die bisherigen Überwachungs- und Sanktionsmechanismen.

Es besteht ein Interesse aller Beteiligten, Rechtsmissbräuche im Bereich der GKV und in diesem Zusammenhang insbesondere kriminelle Handlungen zu verhindern bzw. zu sanktionieren. Hierfür existieren jedoch bereits jetzt umfassende Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten. Diese sollen nach den Inhalten des Gesetzentwurfes nicht durch zusätzliche, konkret geregelte Verfahren, sondern lediglich durch weitere Kontrollstellen ergänzt werden, diesen wird lediglich die Aufgabe zugewiesen, Verdachtsfällen nachzugehen. Um welche Fallgestaltungen es sich dabei im Einzelnen handeln soll und in welchem Umfang und unter Einsatz welcher Instrumentarien diese Stellen insofern eigene Ermittlungen anzustellen haben, ist nicht weiter geregelt. Auch ist unklar, aufgrund welcher Informationen diese Stellen Ermittlungen gegen welche Personen vornehmen müssen bzw. können. Die weite Formulierung in Abs. 1 der Entwurfsfassung von § 81 a SGB V begründet nach ihrem Wortlaut eine Verpflichtung dieser Stellen der KZVen gegen Jedermann zu ermitteln, sofern nur Andeutungen von Unregelmäßigkeiten bzw. der Verdacht besteht, diese Person könne in irgendeiner Form auf eine „zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln“ der GKV hinwirken. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung kann es sich dabei um Vertragszahnärzte, aber auch um sonstige Leistungserbringer, Mitarbeiter von gesetzlichen Krankenkassen, Versicherte oder deren Angehörige handeln. Soweit insofern ein Verdacht auf strafbare Handlungen besteht, kann es aber bereits unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten nicht Aufgabe der neu zu schaffenden Stellen der KZVen, der Krankenkassen oder des insofern vorgesehenen Beauftragten sein eigene Ermittlungen vorzunehmen, sondern dies obliegt weiterhin den hierfür legitimierten Strafverfolgungsbehörden.

Dementsprechend ist auch in § 81 a Abs. 3 der Entwurfsfassung eine Verpflichtung der KZVen zur Unterrichtung der zuständigen Staatsanwaltschaft vorgesehen. Eine derartig weitgehende, allgemeine Verpflichtung zur Einschaltung der Staatsanwaltschaft auf einen bloßen Verdacht hin ist aber ebenfalls bereits aus rechtsstaatlichen Gesichtspunkten heraus generell abzulehnen. Im Bereich der GKV kann jede Fehlrechnung und jede Beantragung oder Gewährung einer Leistung, auf die tatsächlich kein Anspruch besteht, ohne nähere Kenntnis der Einzelheiten einen solchen Verdacht auf eine strafbare Handlung begründen. Denn es kann niemals von vornherein ausgeschlossen werden, dass es sich bei solchen Fallgestaltungen nicht um einen bloßen Irrtum, sondern um ein gezieltes, kriminelles Vorgehen handeln könnte.

Ein formelles Ermittlungsverfahren auf einen bloßen Verdacht hin in jedem einzelnen Falle dürfte von den Verfassern des Gesetzentwurfes allerdings nicht ernsthaft erwartet werden und von den Strafverfolgungsbehörden auch nicht zu bewältigen sein. Die insofern vorgesehene Begrenzung auf Verdachtsmomente hinsichtlich strafbarer Handlungen „mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung“ stellt keine geeignete Einschränkung der Anzeigepflichten der KZVen dar. Dieser Begriff taucht in diesem Gesetzentwurf erstmalig auf und wird weder in diesem, noch in der diesbezüglichen Begründung näher definiert. Die diesbezügliche Begründung offenbart allerdings, dass die Autoren des Gesetzentwurfes selber bemerkt haben, welche Konsequenzen mit einer derartigen, generellen Anzeigepflicht der KZVen verbunden wäre. Danach soll die Begrenzung auf Fälle von nicht nur geringfügiger Bedeutung verhindern, dass „ein allgemeines Klima des Misstrauens erzeugt wird.“ Genau dieses Ergebnis würde bei einer tatsächlichen Umsetzung dieses Entwurfes allerdings erreicht werden.

§ 85 Abs. 3 SGB V

Zulässige Überschreitung der Veränderungsdaten nach § 71 Abs. 3 SGB V

Es soll in § 85 Abs. 3 SGB V zugelassen werden, dass dann eine Überschreitung der Veränderungsdaten nach § 71 Abs. 3 SGB V erfolgen kann, wenn sich Mehrausgaben aufgrund von Beschlüssen des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen nach § 135 Abs. 1 SGB V ergeben, sofern diese nicht durch Minderausgaben aufgrund eines Wegfalls von Leistungen, die aufgrund einer Prüfung nach § 135 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen, ausgeglichen werden.

Bewertung

Im Grundsatz ist der Ansatz zu begrüßen, wieder einen teilweisen Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Leistungsvergütung herzustellen. Angesichts des absoluten Vorranges des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V und den Schwierigkeiten einer Quantifizierung gemäß der vorgesehenen Neufassung von § 85 Abs. 3 SGB V wird die praktische Relevanz dieser Bestimmung allerdings notwendigerweise gering bleiben.

§ 85 Abs. 4 SGB V

Honorarverteilungsmaßstab als Bestandteil der Gesamtverträge

Der bisher als autonome Satzung der KZVen zu erlassende Honorarverteilungsmaßstab soll nach der Neufassung von § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V zukünftig als Bestandteil der Gesamtverträge mit den Krankenkassenverbänden vereinbart werden. Gemäß der Neufassung von Abs. 4 Satz 6 hat der Verteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes vorzusehen.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll dadurch eine stärkere Mitverantwortung der Verbände der Krankenkassen für eine leistungsgerechte Honorarverteilung sichergestellt und den Interessen insbesondere kleinerer Arztgruppen hinreichend Rechnung getragen werden. Die in diesem Zusammenhang weiterhin erfolgten Hinweise auf die paritätische Besetzung des Bewertungsausschusses sind unverständlich.

In den Sätzen 7 und 8 sollen die bisher fakultativen Regelleistungsvolumen nunmehr als obligatorisch bestimmt werden.

Bewertung

Bei der Honorarverteilung handelt es sich um ein reines Internum der vertragszahnärztlichen Selbstverwaltung. Eine vertragliche Vereinbarung des HVM mit den Verbänden der Ersatzkassen ist daher sachlich nicht gerechtfertigt. Die diesbezügliche Begründung, die Krankenkassenverbände würden quasi als Wahrer der Interessen kleiner Arztgruppen auftreten, ist sachlich nicht nachzuvollziehen. Den KZVen würde dadurch der letzte autonome Regelungsbereich entzogen.

Es ist kein sachlicher Grund ersichtlich, auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung Regelleistungsvolumen verbindlich vorzuschreiben. Zudem stellt

sich die Frage, wie bei einer gesamtvertraglich obligatorisch auszugestaltenden degressiven Punktwertvergütung im Rahmen von Regelleistungsvolumen diese mit den weiterhin geltenden Bestimmungen zum degressiven Punktwert in Einklang zu bringen sind.

§ 85 Abs. 4 a SGB V

Bestimmung des Inhaltes des Honorarverteilungsmaßstabes durch den Bewertungsausschuss

In § 85 Abs. 4 a Satz 1 SGB V soll bestimmt werden, dass der Bewertungsausschuss unter anderem erstmalig bis zum 31.12.2004 den Inhalt der nach § 85 Abs. 4 Satz 4, 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen bestimmt. Die KZVen haben danach dem Bewertungsausschuss die hierfür erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen und der Bewertungsausschuss hat dem BMGS jährlich einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragszahnärztlichen Versorgung im Vorjahr vorzulegen.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll dadurch eine Kompatibilität der Bestimmungen auf Bundes- und Landesebene hinsichtlich der Honorarverteilung sowie eine bessere Transparenz über die Vergütungs- und Leistungsstrukturen erreicht werden.

Bewertung

Die Bestimmung erscheint weder sachgerecht noch praktikabel. Der Bewertungsausschuss hat sich im Rahmen der Festsetzung des Bewertungsmaßstabes und dabei auch der Bewertungsrelationen mit völlig anderen Fragestellungen als denjenigen der Honorarverteilung zu befassen. Das Zusammenwirken der neu gefassten Absätze 4 und 4 a von § 85 kann zudem zu einer Perplexität der zuständigen Gremien führen, da die Honorarverteilungsmaßstäbe einerseits von den Gesamtvertragspartnern zu vereinbaren sind, andererseits deren Inhalt aber vom Bewertungsausschuss bestimmt werden soll. Für den Fall der Nichteinigung der Gesamtvertragspartner gemäß § 85 Abs. 4 SGB V wäre insofern das Landesschiedsamt zuständig. Dies würde allerdings mit der Kompetenz des Bewertungsausschusses aus § 85 Abs. 4 a SGB V

kollidieren. Systemwidrig würde in diesem Falle Landesrecht der Gesamtvertragspartner durch eine Institution auf Bundesebene festgesetzt.

Nach dem Wortlaut der Bestimmung wird die in der Begründung angesprochene Kompatibilität der Bestimmungen zur Honorarverteilung dadurch erreicht, dass jedenfalls die Bestimmungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes sowie zu den Regelleistungsvolumina entgegen den Bestimmungen in § 85 Abs. 4 Satz 4 bis 8 SGB V nicht von den Vertragspartnern, sondern vom Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen festgesetzt werden. Dies ist besonders deshalb interessant, weil gleichzeitig nach der vorgesehenen Neufassung von § 87 Abs. 6 SGB V unter anderem auch diese Beschlüsse des Bewertungsausschusses durch das BMGS beanstandet, bzw. von diesem selber gefasst werden können (vgl. die Bewertung dort). Im Ergebnis können daher sogar die einzelnen Honorarverteilungsmaßstäbe inhaltlich sehr wesentlich vom BMGS ausgeformt werden, was unzweifelhaft eine bundesweite Kompatibilität ebenso sicherstellt wie eine detaillierte, staatliche Steuerung des Gesundheitssystems durch das BMGS und eine entsprechende Kompetenzeinschränkung der Aufsichtsbehörden der Länder.

§ 87 Abs. 2 SGB V

Festlegung des erforderlichen Zeitaufwandes im Bewertungsmaßstab

Gemäß § 87 Abs. 2 SGB V sollen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab die Leistungen, soweit möglich, mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes versehen werden. Bei der Bewertung der Leistung ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen.

Bewertung

Die vorgesehene Regelung steht in ersichtlichem Zusammenhang mit der, in § 106 a SGB V i.d.F. des Gesetzentwurfes vorgesehenen Neuregelung hinsichtlich der Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung. Insofern kann auf die dortige Bewertung verwiesen werden.

§ 87 Abs. 2 d SGB V

Bildung von Leistungskomplexen

In § 87 Abs. 2 d SGB V soll die bisher fakultative Möglichkeit des Bewertungsausschusses, die Leistungsbeschreibungen im Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen, zu einer Verpflichtung ausgestaltet werden.

In der diesbezüglichen Begründung wird hierzu ausgeführt, die Einführung der Festzuschüsse zielt insbesondere auf die Bildung von standardisierten Versorgungsformen bei der Versorgung mit Zahnersatz ab. Es werde davon ausgegangen, dass der Bewertungsausschuss die in Angriff genommene Neubewertung einschließlich der Bildung von Leistungskomplexen im ersten Halbjahr 2003 auf der Grundlage des bisherigen Rechts beschließen.

Bewertung

Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen wird, wie bereits in der Vergangenheit, seine Aufgaben auf der Grundlage des geltenden Rechts erfüllen. Dabei ist entgegen der Begründung aber kein sachlicher Zusammenhang zwischen der, im Gesetzentwurf vorgesehenen Einführung eines nicht befundorientierten, sondern leistungsorientierten Festzuschusssystem und der Bildung von Leistungskomplexen im Bewertungsmaßstab gegeben. Festzuschüsse können sich auch dann auf standardisierte Versorgungsformen beziehen bzw. beschränken, wenn diese im Bewertungsmaßstab in der Form von Einzelleistungsbeschreibung und nicht in Leistungskomplexen definiert sind. Zudem ist die Einführung eines Festzuschusssystem in § 30 SGB V i.d.F. des Gesetzentwurfes ausdrücklich auf Zahnersatzversorgungen inklusive Zahnkronen beschränkt worden. Dieser Aspekt rechtfertigt daher in keinem Falle die nunmehr in § 87 Abs. 2 d vorgesehene generelle Verpflichtung des Bewertungsausschusses, Leistungskomplexe nicht nur für den Leistungsbereich des Zahnersatzes inklusive Zahnkronen, sondern für alle Leistungsbereiche einzuführen.

Der Bewertungsausschuss hat in der Vergangenheit im zahnärztlichen Bereich nur im Ausnahmefall Leistungskomplexe definiert, da mit diesen ggf. auch unerwünschte Steuerungseffekte verbunden sein können. Die gesetzliche Festlegung des Bewertungsausschusses auf diese Form der Leistungsbeschreibung schränkt den erforderlichen Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses ungerechtfertigt ein, zumal der hierfür ausweislich der Begründung entscheidende Gesichtspunkt der Einführung eines Festzuschussystems auf den Bereich der Zahnersatzleistungen beschränkt ist.

Überraschen muss die weitere Aussage in der Begründung, wonach davon ausgegangen wird, dass der Bewertungsausschuss die in Angriff genommene Neubewertung einschließlich der Bildung von Leistungskomplexen im ersten Halbjahr 2003 auf der Grundlage des bisherigen Rechts beschließt. Das bisherige Recht sieht eine derartige Bildung von Leistungskomplexen gerade nicht verpflichtend, sondern lediglich fakultativ vor. Die Autoren des Gesetzentwurfes können daher ernsthaft nicht erwarten, dass der Bewertungsausschuss eventuell zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft tretende Bestimmungen bereits zumindest ein halbes Jahr zuvor umgesetzt hat.

§ 87 Abs. 6 SGB V

Fassung der Beschlüsse der Bewertungsausschüsse durch das BMGS

Gemäß dem neu vorgesehenen § 87 Abs. 6 SGB V sind sämtliche Beschlüsse der Bewertungsausschüsse dem BMGS vorzulegen, das sie innerhalb von 2 Monaten beanstanden kann. Kommen Beschlüsse der Bewertungsausschüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom BMGS gesetzten Frist zustande oder werden Beanstandungen des BMGS innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das BMGS die Beschlüsse selber fassen.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll dadurch eine zügige und vollständige Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Ausgestaltung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes sichergestellt werden.

Zusätzlich wird dem BMGS die Möglichkeit eingeräumt, zunächst den Erweiterten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V mit Wirkung für die Vertragspartner

anzurufen. Dieser hat sodann mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb einer vom BMGS gesetzten Frist die Vereinbarung festzusetzen. Erfolgt dies nicht oder nicht im Sinne des BMGS, kann dieses auch nachfolgend die Vereinbarungen selber festsetzen.

Bewertung

Die vorgesehene Bestimmung ist im Zusammenhang mit der bereits geltenden Regelung zur Möglichkeit eines Erlasses von Richtlinien des Bundesausschusses durch das BMGS in § 94 Abs. 1 SGB V sowie der ferner neu vorgesehenen Bestimmungen in § 85 Abs. 4 a SGB V hinsichtlich der Inhalte der Honorarverteilungsmaßstäbe und § 89 Abs. 1 SGB V hinsichtlich der Schiedsämter zu sehen. Das BMGS soll danach nach einer entsprechenden Beanstandung bzw. Fristsetzung die Möglichkeit bekommen sowohl die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen als auch den Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen, die Inhalte der Bundesmantelverträge sowie weitgehend diejenigen der Honorarverteilungsmaßstäbe selbständig festsetzen zu können. Die weiteren Inhalte der Gesamtverträge und damit auch der Honorarverteilungsmaßstäbe sollen von den Landesaufsichtsbehörden festgesetzt werden können. Die entsprechenden Beschlussgremien sowie letztlich die gemeinsame Selbstverwaltung insgesamt wird dadurch letztlich obsolet, in dem die Möglichkeit für ein durchgängig zentralistisch staatlich gesteuertes Gesundheitssystem eröffnet wird.

§ 89 Abs. 1 SGB V

Festsetzung der Gesamt- und Mantelverträge durch die Aufsichtsbehörden

In § 89 Abs. 1 soll ergänzend geregelt werden das dann, wenn ein Schiedsspruch bis zum Ablauf von 3 Monaten nicht zustande kommt, dieser von der Mehrheit der unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes innerhalb eines weiteren Monats festgesetzt wird. Kommt ein Vertrag auch in diesem Verfahren nicht zustande und setzt das Schiedsamt auch innerhalb einer von der zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmten Frist den Vertragsinhalt nicht fest, setzt die für das Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde den Vertragsinhalt fest.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung dient diese Regelung der Verbesserung der Schiedsamsregelungen.

Bewertung

Es kann insofern auf die Bewertung der vergleichbaren Regelung in § 87 Abs. 6 SGB V verwiesen werden.

§ 92 Abs. 1 SGB V

Kompetenzen des Bundesausschusses

In § 92 Abs. 1 SGB V soll ergänzend geregelt werden, dass der Bundesausschuss die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen kann, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll damit infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts das den Bundesausschüssen vom Gesetzgeber aufgebene Normsetzungsprogramm nach Inhalt, Zweck und Ausmaß klarer als bisher gefasst werden.

Ferner ist vorgesehen, dass die Bundesausschüsse dann, wenn das Zentrum nach § 139 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zu einem Bereich eine Empfehlung abgegeben hat, innerhalb von sechs Monaten Richtlinien zu beschließen oder dem BMGS gegenüber zu begründen haben, aus welchen Gründen keine Richtlinien beschlossen wurden. In diesem Falle kann die Richtlinie gem. § 94 Abs. 3 SGB V unmittelbar durch das BMGS erlassen werden.

Bewertung

Entgegen der Aussage in der Begründung existiert bisher – soweit ersichtlich – keine umfassende Forderung nach engmaschigeren Gesetzesvorgaben. Im Gegenteil hat das Bundessozialgericht in der auch in der Begründung in Bezug genommenen Entscheidung vom 20.03.1996 (BSGE 78, 70) ausdrücklich ausgeführt, bereits aus den seinerzeit geltenden Bestimmungen des SGB V habe sich ein ausreichend dichtes Normprogramm ergeben, welches die gesetzgeberischen Vorgaben für den Umfang ärztlicher Behandlung und die Einbeziehung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die gesetzlichen Krankenversicherung so präzise, wie auf abstrakter Ebene möglich, beschreibe. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der weiteren in Bezug genommenen Entscheidung des BSG vom 19.02.2003, in der es ebenfalls um die Einbeziehung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Versorgung ging.

Die nunmehr vorgesehene Formulierung legt nach ihrem Wortlaut allerdings die Auslegung nahe, dass die darin angesprochenen Einschränkungen oder Ausschlüsse der Erbringung oder Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen durch den Bundesausschuss nur in den konkret angesprochenen Fallgestaltungen möglich sei. Demgegenüber ist in der weiteren Rechtsprechung des BSG (so insbesondere BSGE 79, 239) anerkannt, dass einerseits ein stimmiges Ineinandergreifen der Entscheidungen des Bundesausschusses, des Bewertungsausschusses und der Gesamtvertragspartner bei der Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütungen erforderlich ist und dass andererseits jedenfalls bei der Aufnahme neuer ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die Prüfung erfolgen muss, ob für die neu aufzunehmende Leistung bereits ein ausreichender Vergütungsrahmen zur Verfügung steht oder ein solcher geschaffen werden kann.

Die vorgesehene Formulierung kann daher zu Fehlinterpretationen dahingehend führen, dass Leistungsausweitungen durch den Bundesausschuss dann, wenn die weiteren Voraussetzungen gegeben sind, unabhängig davon zu erfolgen hätten, ob hierfür ein ausreichender Vergütungsrahmen tatsächlich zur Verfügung gestellt werden kann oder nicht. Hierdurch würde der bereits infolge der jahrzehntelangen Bud-

getierung der Gesamtvergütungen bestehende Druck zur ungesteuerten Rationierung von Leistungen noch weiter verstärkt werden.

Die weiteren vorgesehenen Bestimmungen zur Umsetzung von Empfehlungen des Zentrum nach § 139 b SGB V durch die Bundesausschüsse bzw. den bei nicht oder nicht vollständig erfolgreicher Umsetzung der Empfehlungen vorgeschriebenen Rapport gegenüber der Aufsichtsbehörde verdeutlichen einmal mehr die allgemeine Zielsetzung des Gesetzentwurfes nach möglichst weitgehender, zentralistischer Steuerung des GKV-Systems durch das BMGS. Wenn dieses so weitgehende Vorbehalte gegenüber der Handlungsfähigkeit bzw. den Handlungen einzelner Institutionen und Gremien des SGB V hegt, wäre es konsequenter, diese gleich ganz zu beseitigen und deren Aufgaben auf das BMGS direkt zu verlagern, als derart vielgestufte, Zeit- und Verwaltungsaufwendige Verfahren zu institutionalisieren.

§ 95 Abs. 1 SGB V

Zulassung von Gesundheitszentren

§ 95 Abs. 1 SGB V soll dahingehend ergänzt werden, dass neben zugelassenen und ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen zukünftig auch Gesundheitszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können. Hierbei soll es sich um fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen handeln, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Abs. 2 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte tätig sind.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung sollen die Gesundheitszentren als juristische Personen ausgestaltet werden können, wobei sich diesen auch andere Leistungserbringer als Ärzte (z.B. Pflegedienste, Heilmittelerbringer usw.) anschließen können. Es soll auch möglich sein, dass Vertragsärzte mit den Gesundheitszentren zusammenarbeiten und Einrichtungen der Gesundheitszentren mit nutzen. Es wird in diesem Zusammenhang auf den Erfolg von Gesundheitszentren in den neuen Bundesländern verwiesen.

Bewertung

Durch die Zulassung von Personengesellschaften zur vertragsärztlichen Versorgung, wird der Vergewerblichung und Kommerzialisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit Vorschub geleistet.

Allerdings wird nach der vorgesehenen Fassung von Abs. 2 Satz 4, wonach sich um die Zulassung ein Gesundheitszentrum bewerben kann, dessen Ärzte in das Arztregister nach Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen und entweder Hausärzte, Augenärzte oder Frauenärzte sind, davon ausgegangen, dass Gesundheitszentren nur im Bereich der vertragsärztlichen, nicht aber der vertragszahnärztlichen Versorgung tätig werden dürfen.

§ 95 Abs. 2 b und c SGB V

Fortbildungspflicht

In einem neu eingefügten Abs. 2 b soll bestimmt werden, dass ein Vertragsarzt alle 5 Jahre gegenüber dem Zulassungsausschuss den Nachweis zu erbringen hat, dass er in dem unmittelbar zurückliegenden 5-Jahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach § 95 d Abs. 1 SGB V nachgekommen ist. Wird dieser Nachweis auch innerhalb einer angemessenen Nachfrist nicht erbracht, ist ihm die Zulassung zu entziehen. Dies soll gem. Abs. 2 c ebenso für an einem Gesundheitszentrum angestellte Ärzte gelten.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll dadurch zulassungsrechtlich die Einhaltung der zur qualitätsgesicherten Behandlung des Versicherten notwendigen Fortbildungsverpflichtung des Vertragsarztes gesichert und gleichzeitig dessen Interesse an einer zumutbaren – und damit verhältnismäßigen Ausgestaltung der Erfüllung dieser vertragsärztlichen Rechtspflicht Rechnung getragen werden.

Bewertung

Eine spezielle, vertragszahnrechtliche Fortbildungspflicht ist bereits als fachlich nicht gerechtfertigter Eingriff in die allgemeinen Berufsrechte des Zahnarztes abzulehnen. Zudem haben die Erfahrungen der Vergangenheit gezeigt, dass eine tatsächliche qualitätssichernde Wirkung nur auf der Grundlage einer freiwilligen Fortbildung des Zahnarztes erreicht werden kann.

Entgegen der Begründung stellt auch die Konsequenz eines Verstoßes gegen die Fortbildungspflicht in Form einer sofortigen Entziehung der Zulassung keine verhältnismäßige Regelung dar. Gerade angesichts der erheblichen Investitionsvolumina für die vertragszahnärztliche Praxis ist der Vertragszahnarzt auf eine langfristige Planung seiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit angewiesen. Damit stehen die Bestimmungen zur Rezertifizierung nicht im Einklang.

§ 95 Abs. 5 SGB V

Ruhen der Zulassung bei Tätigkeit im hauptamtlichen Vorstand

In § 95 Abs. 5 SGB V soll ergänzend bestimmt werden, dass die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes dann und solange ruht, als er in einem hauptamtlichen Vorstand einer KZV nach § 79 Abs. 1 SGB V tätig ist.

Bewertung

Die Bestimmung ist insofern konsequent, als unter der Geltung einer hauptamtlichen Tätigkeit im Vorstand nach der augenblicklichen Rechtsprechung des BSG eine gleichzeitige vertragszahnärztliche Tätigkeit in dem hierfür erforderlichen zeitlichen Umfang nicht möglich ist. Die Bestimmung, dass während der hauptamtlichen Tätigkeit im Vorstand einer KZBV die Zulassung ruht, gibt dem (ehemaligen) Vertragszahnarzt zumindest die Möglichkeit, nach Abschluss seiner Tätigkeit in einem hauptamtlichen Vorstand wieder seine Tätigkeit als Vertragszahnarzt aufzunehmen. Angesichts der regelmäßigen Amtszeit eines hauptamtlichen Vorstandes von 6 Jahren dürfte diese Möglichkeit allerdings eher theoretischer Natur sein, da in diesem Zeit-

raum der Patientenstamm als ein wesentlicher Bestandteil des goodwills einer vertragszahnärztlichen Praxis weitgehend verloren gegangen sein dürfte.

Zudem wird durch diese Bestimmung auch verhindert, dass die aktuellen Gegebenheiten und Probleme aus der vertragszahnärztlichen Praxis von den hauptamtlichen Mitgliedern des Vorstandes aus eigenem Erleben angemessen berücksichtigt werden können. Damit würde ein wesentlicher Vorteil der bisherigen ehrenamtlichen Ausgestaltung der Tätigkeit im Vorstand einer KZV und damit eine wesentliche Voraussetzung für den Sachbezug und die Akzeptanz deren Tätigkeit verloren gehen.

§ 95 d SGB V

Pflicht zur fachlichen Fortbildung

Durch den neu eingefügten § 95 d SGB V soll der Vertragsarzt verpflichtet werden, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Inhalt und zeitlicher Umfang der Fortbildung ist von den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen erstmals bis zum 31.03.2004 in Richtlinien festzulegen. Diese haben dabei gemäß § 95 d Abs. 2 SGB V zu regeln, dass der Nachweis „insbesondere durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Zahnärzte erbracht werden kann“.

Bewertung

Zunächst kann auf die Bewertung der Regelung der Fortbildungspflicht oben in § 95 Abs. 2 b bis c SGB V verwiesen werden.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass sich die Begründungen zu § 95 d SGB V ausdrücklich auf Fragestellungen aus der vertragsärztlichen Versorgung beziehen. Dies gilt auch hinsichtlich der dabei in Bezug genommenen sozial- und verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung. Insbesondere die in diesem Zusammenhang zutreffend angesprochene weitgehende Ausdifferenzierung der ärztlichen Tätigkeit in ver-

schiedene fachärztliche Weiterbildungsbereiche existiert im zahnärztlichen Sektor ebenso wenig wie die Beschränkung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ausschließlich auf weitergebildete Ärzte. Vielmehr soll auch nach der Fassung durch den Entwurf eines GMG in § 95 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 SGB V nach wie vor die Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit als Voraussetzung für die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung erhalten bleiben. Da es auch ausweislich der Inhalte der Begründung dieses Gesetzentwurfes an jeglichen Hinweisen auf eine sachliche Notwendigkeit einer spezifischen, vertragszahnarztrechtlichen Fortbildungspflicht fehlt, ist eine solche Regelung, jedenfalls in diesem Leistungsbereich, abzulehnen.

Auch inhaltlich besteht keine sachliche Notwendigkeit für eine gesetzlich geregelte, formalisierte Fortbildungspflicht gerade im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Zahnärztekammern, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Vertragszahnärzte selber haben seit jeher aus eigenem Interesse für eine umfassende, fachgerechte Fortbildung Sorge getragen. Auch in der Begründung des Gesetzentwurfes werden in diesem Zusammenhang keine spezifischen Mängel gerade im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung angesprochen. Selbst wenn aber die Bedenken, die in der Begründung fußend auf einer nicht näher belegten Aussage des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung und Inanspruchnahme des augenblicklichen Fortbildungsangebotes zutreffend wären, könnten diese durch die vorgesehene Formalisierung einer Fortbildungspflicht, die von den Bundesausschüssen zu konkretisieren und von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu kontrollieren wäre, nicht ausgeräumt werden. Im Gegenteil birgt die Einführung derart formalisierter Verfahren das Risiko, das die darin einbezogenen Vertragszahnärzte Ihre Fortbildungsbemühungen darauf konzentrieren und die notwendige eigeninitiative Fortbildung vernachlässigen.

Die Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass gerade bei hoch qualifizierten freien Berufen eine Fortbildung nur auf freiwilliger Basis und dann Erfolg haben kann, wenn sie nicht verwaltungsmäßig aufoktroiert wird, sondern sich auf die unmittelbaren Anforderungen der Berufstätigkeit des Einzelnen bezieht. Eine generelle berufsrechtliche Fortbildungsverpflichtung besteht nicht nur für den Vertragszahnarzt,

sondern für jeden Zahnarzt. Bei dieser berufsrechtlichen Ausgestaltung der Fortbildungspflicht, die im Übrigen nicht der Gesetzgebungskompetenz des Bundesgebers unterfällt, sollte es daher sowohl unter dem Gesichtspunkt der Akzeptanz als auch der Effizienz auch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung verbleiben.

§ 106 Abs. 2 SGB V

Wegfall der Durchschnittsprüfungen

Durch die Neufassung von § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V entfällt die augenblickliche Verpflichtung zur Durchführung arztbezogener Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten.

Diese werden ausweislich der Begründung als ineffizient qualifiziert. Durch die Neuregelung soll die Selbstverwaltung einen Impuls erhalten, auf andere Prüfungsformen, insbesondere auf die Zufälligkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V überzugehen.

Bewertung

Der vorgesehene Wegfall einer ausdrücklichen, gesetzlichen Verpflichtung zur Durchführung von Durchschnittsprüfungen ist zu begrüßen. In der Begründung des Gesetzentwurfes wird insofern zutreffend ausgeführt, dass dieses, im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung entwickelte Verfahren einer Prüfung unter Zugrundelegung statistischer Vergleichszahlen ineffizient ist. Dies gilt insbesondere im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, in dem in weitem Umfange die indizierten zahnärztlichen Leistungen durch den Befund vorgegeben sind und die erbrachten Leistungen im Nachhinein am Patienten rational nachvollzogen werden können. Eine derartige Einzelleistungsprüfung ist daher im wesentlich weitergehenden Maße als eine bloße statistische Vergleichsprüfung, die letztlich eine bloße Schätzung darstellt, in der Lage, das tatsächliche Behandlungsverhalten des zu prüfenden Zahnarztes nachzuvollziehen und auf seine Wirtschaftlichkeit hin zu beurteilen.

Bedauerlicherweise hat die bisherige Fassung des SGB V und die diesbezügliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes dazu geführt, dass ungeachtet dessen

eine statistische Vergleichsprüfung als letztlich alleiniger Prüfungsmaßstab vorgegeben worden ist. Vor diesem Hintergrund kann es nicht überraschen, dass von der Selbstverwaltung diese Rechtslage nachvollzogen und de facto nur statistische Vergleichsprüfungen durchgeführt worden sind. Dies lässt es allerdings auch zweifelhaft erscheinen, ob die nunmehr vorgesehene Neufassung von § 106 Abs. 2 SGB V tatsächlich eine Zurückdrängung der augenblicklichen Prüfungsverfahren unter Zugrundelegung statistischer Vergleichszahlen zur Folge haben wird. Denn nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ist unabhängig vom jeweiligen Anknüpfungspunkt (Auffälligkeitsprüfung oder Zufälligkeitsprüfung) in jedem Falle eine Prüfung auf der Grundlage statistischer Vergleichswerte vorrangig durchzuführen. Sollte der Gesetzgeber entgegen dieser Rechtsprechung tatsächlich eine Änderung der Prüfungsverfahren insofern beabsichtigen, müsste zusätzlich zu der vorgesehenen Änderung von § 106 Abs. 2 SGB V ausdrücklich bestimmt werden, in welchem Umfang andere Prüfungsverfahren, insbesondere das Verfahren einer Einzelfallprüfung auf der Grundlage der eingereichten Abrechnungsunterlagen sowie ggf. der zahnärztlichen Dokumentation zu erfolgen haben.

§ 106 Abs. 2 b SGB V

Richtlinien zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren

Gemäß dem neu eingefügten Abs. 2 b sollen KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen Richtlinien zur Durchführung der Prüfungen nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 erstmalig bis zum 31.12.2004 vereinbaren. Die Richtlinien sind dem BMGS vorzulegen, welches sie innerhalb von 2 Monaten beanstanden kann. Die Richtlinien können bei Nichtzustandekommen bzw. bei einer nicht behobenen Beanstandung durch das BMGS von diesem selbst erlassen werden.

Bewertung

Es bleibt unklar welche Funktion, insbesondere welche Verbindlichkeit den Richtlinien zukommen soll. Deren Erlass durch das BMGS fügt sich in die umfassenden Regelungskompetenzen des Ministeriums im übrigen ein. Damit ist allerdings die diesbezügliche Begründung insofern nur schwer zu vereinbaren, als dort hervorgehoben wird, durch diese Richtlinien könne „die spezifische Fachkompetenz der

Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf der Bundesebene“ für den Umsetzungsprozess nutzbar gemacht werden.

§ 106 Abs. 3 SGB V

Einbeziehung der Richtlinien in die Prüfvereinbarungen

Durch eine Ergänzung von § 106 Abs. 3 SGB V soll geregelt werden, dass die auf Bundesebene gemäß Abs. 2 b vereinbarten Richtlinien Bestandteil der Prüfvereinbarungen auf Landesebene sind.

Bewertung

In einem weiteren Punkt soll hiermit die Tendenz verstärkt werden, durch Bundesvereinbarungen, die ersatzweise auch unmittelbar durch das BMGS erlassen werden können, unmittelbar Landesrecht inhaltlich auszugestalten.

§ 106 Abs. 4 SGB V

Prüfungsausschüsse

Die Prüfungsausschüsse sollen nach der vorgesehenen Neufassung entweder bei der KZV oder bei einem Landesverband der Krankenkassen gebildet werden. Sie sollen weiterhin aus Vertretern der KZVen und der Krankenkassen in gleicher Zahl bestehen, wobei jedoch ein unparteiischer Vorsitzender hinzutritt. Dieser sowie der Sitz des Prüfungsausschusses wird im Zweifelsfalle von der Aufsichtsbehörde bestimmt.

Bewertung

Insbesondere die Möglichkeit einer Bestimmung des unparteiischen Vorsitzenden durch die Aufsichtsbehörde stellt die Fachkompetenz und Unparteilichkeit der Prüfungsausschüsse infrage. Dies obwohl in der Begründung hierdurch gerade eine effizientere Arbeitsweise gewährleistet und interessengeleitete Entscheidungen zugunsten einer Seite verhindert werden sollen.

§ 106 Abs. 4 a SGB V

Geschäftsstelle der Prüfungsausschüsse

Die Prüfungsausschüsse müssen eine Geschäftsstelle bei der KZV oder bei einem Landesverband der Krankenkassen errichten. Diese und nicht mehr die Prüfungsausschüsse selber soll die für die Prüfungen erforderlichen Daten und Unterlagen aufbereiten und Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalte treffen. Zudem soll die Geschäftsstelle dem Prüfungsausschuss einen Vorschlag zur Festsetzung von Maßnahmen zur Entscheidung vorlegen. Das Nähere kann das BMGS durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates regeln.

Bewertung

Durch die Einrichtung einer mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteten Geschäftsstelle wird die fachliche Entscheidung in den Prüfungsverfahren weitgehend von den hierzu eigentlich berufenen Prüfungsausschüssen weg verlagert. Durch die diesbezügliche Regelungskompetenz des BMGS wird dessen Einflussmöglichkeit auch insofern weiter ausgedehnt. Dies wird auch besonders deutlich durch die parallel in § 106 Abs. 5 SGB V vorgesehene Streichung der Bestimmung, wonach der Prüfungsausschuss die Prüfungen nach Abs. 2 durchführt. Diese Durchführung soll demnach tatsächlich zukünftig den Geschäftsstellen und nicht den paritätisch und sachkundig besetzten Prüfungsausschüssen obliegen.

§ 106 Abs. 5 SGB V

Durchführung der Prüfungen

In Satz 1 soll die Passage beseitigt werden, wonach der Prüfungsausschuss die Prüfungen nach Abs. 2 durchführt. Die bisher in Satz 3 vorgesehenen Beschwerdeausschüsse sollen entfallen. Vielmehr sollen die Betroffenen ohne Vorverfahren auf die sozialgerichtliche Klage verwiesen werden, der weiterhin keine aufschiebende Wirkung zukommt.

Bewertung

Durch den Wegfall des Beschwerdeverfahrens und der diesbezüglichen aufschiebenden Wirkung wird der Rechtsschutz der Betroffenen erheblich eingeschränkt. Sie werden diesbezüglich sofort auf ein langwieriges, kostenaufwendiges und nicht mit einer aufschiebenden Wirkung verbundenes Sozialgerichtsverfahren verwiesen.

Der hierfür in der Begründung angeführte Aspekt der Unterstützung freiwillig abgeschlossener individueller Vereinbarungen zwischen dem Arzt und dem Prüfungsausschuss gegenüber einer Regressfestsetzung (Abs. 5 d) ist jedenfalls für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zutreffend, da sich diese Möglichkeit auf Prüfungen hinsichtlich des Ordnungsverhaltens des Zahnarztes bezieht, die im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Rolle spielen.

§ 106 a SGB V

Umfassende Plausibilitätsprüfungen auf der Grundlage von Tagesprofilen

In § 106 a SGB V ist vorgesehen, dass die bisher in § 83 Abs. 2 Satz 1 SGB V geregelten Plausibilitätskontrollen der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit nicht mehr auf der Grundlage von Stichproben, sondern damit flächendeckend erfolgen müssen. Gem. § 106 a Abs. 3 SGB V soll dabei mit den Krankenkassenverbänden nicht nur wie bisher Anzahl und Häufigkeit der Prüfungen, sondern auch deren Ausgestaltung vertraglich vereinbart werden. In Abs. 1 Satz 3 ist vorgesehen, dass Gegenstand der Prüfungen insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand sein muss. Die KZVen haben die Verbände der Krankenkassen über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse zu unterrichten.

Nach einem neu einzufügenden Abs. 4 muss die KZBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen spätestens bis zum 30.06.2004 Richtlinien zu den Inhalten der Vereinbarungen zu den Plausibilitätskontrollen vereinbaren. Die Richtlinien sind dem BMGS vorzulegen, können von diesem innerhalb von 2 Monaten beanstandet und im Falle der Nichtvereinbarung innerhalb einer von ihm gesetzten Frist von ihm selbst erlassen werden.

Bewertung

Die vorgesehene Bestimmung baut auf dem, im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung entwickelten Verfahren der Plausibilitätsprüfung auf der Grundlage von Tagesprofilen auf und intensiviert und konkretisiert die diesbezüglich bisher in § 83 Abs. 2 Satz 1 SGB V enthaltenen Regelungen. Dabei sollen diese Bestimmungen weiterhin undifferenziert für alle Leistungsbereiche Anwendung finden. Dies wird jedoch den Besonderheiten im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht gerecht.

In diesem Leistungssektor ist eine sachbezogene Plausibilitätsprüfung auf der Grundlage von Zeitangaben für die einzelnen vertragszahnärztlichen Leistungen und der Angaben über die Leistungserbringung in den Abrechnungsunterlagen nicht möglich. Dies ist zum Einen darauf zurückzuführen, dass vertragszahnärztliche Leistungen anders als vertragsärztliche Leistungen in unterschiedlichen Zeiträumen abgerechnet werden. So werden z.B. die volumenstarken Leistungsbereiche der konservierend-chirurgischen Behandlungen und der Zahnersatzleistungen einerseits quartalsweise, andererseits monatlich abgerechnet. Für weitere Leistungsbereiche gelten zum Teil wiederum andere Abrechnungszeiträume. Es kann zudem keine stringente Verpflichtung des Vertragszahnarztes bestehen, Leistungen die in einem bestimmten Zeitraum von ihm erbracht worden sind, auch vollständig in einem ganz bestimmten Anschlusszeitraum gegenüber der KZV abzurechnen. Vielmehr ist es möglich und muss auch weiterhin möglich bleiben, dass der Vertragszahnarzt dann, wenn die Abrechnungsvoraussetzungen in dem jeweiligen Anschlusszeitraum noch nicht vorliegen, die erbrachten Leistungen auch zu einem späteren Zeitpunkt noch nachreicht.

Entscheidend ist aber der Umstand, dass vertragszahnärztliche Leistungen, im Gegensatz zu vertragsärztlichen Leistungen, in einem erheblichen Maße über einen längeren Zeitraum hinweg erbracht werden, eine Abrechnung dieser Leistungen, insbesondere dann, wenn sie im Bewertungsmaßstab mit Komplexgebühren beschrieben und bewertet worden sind, aber zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt des Abschlusses der jeweiligen Leistung bzw. des Behandlungsabschnittes erfolgt. Die Leistungserbringung kann sich dabei zum Teil über mehrere Wochen oder Monate,

so bei aufwendigeren zahnprothetischen Versorgungsformen, oder sogar Jahre, so bei kieferorthopädischen Behandlungen, erstrecken. Aus der Abrechnung des jeweiligen Leistungskomplexes zu einem bestimmten Zeitpunkt und entsprechenden Angaben in den Abrechnungsunterlagen, lässt sich dann aber nicht im Nachhinein entnehmen, welche konkrete Teilleistung mit welchem konkreten Zeitaufwand der Vertragszahnarzt hierfür zu welchem Zeitpunkt tatsächlich erbracht hat. Jedenfalls auf der Grundlage der augenblicklichen Ausgestaltung des Bewertungsmaßstabes für die zahnärztlichen Leistungen lässt sich daher anhand der Angaben in den Abrechnungsbestimmungen eine Plausibilitätsprüfung in der vorgesehenen Form nicht sachgerecht durchführen.

Hieran ändert auch die nunmehr fakultativ vorgesehene Orientierung nicht an den Abrechnungsangaben für einen Tag, sondern für einen längeren Zeitraum, nichts Grundsätzliches. Auch dann ist eine konkrete Zuordnung der Zeitaufwendungen für bestimmte Leistungen innerhalb des jeweiligen Prüfungszeitraumes nicht möglich.

Die Durchführung der vorgesehenen Plausibilitätsprüfungen auch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung würden eine völlige Umstellung des Bewertungsmaßstabes für die zahnärztlichen Leistungen einerseits und des Verfahrens der Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen andererseits voraussetzen. Zunächst müssten im Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen nicht nur für jede einzelne Leistung eine konkrete Erbringungszeit festgesetzt werden, sondern die bisherigen Leistungskomplexbeschreibungen müssten auch in eine Vielzahl von Einzelleistungsbeschreibungen ausdifferenziert werden. Auf dieser Grundlage müsste dann eine einzelleistungsbezogene Abrechnung des Leistungsgeschehens in einheitlichen Zeiträumen erfolgen. Die Schaffung dieser Voraussetzungen würden aber nicht den Bestimmungen des SGB V in der vorgesehenen Form im Übrigen entsprechen.

So ist in § 87 Abs. 2 d Satz 1 SGB V in der vorgesehenen Neufassung durch das GMG eine Verpflichtung des Bewertungsausschusses enthalten, sämtliche vertragszahnärztliche Leistungen im Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Auf der Grundlage einer derartigen Leistungsbeschreibung nach Komplexen innerhalb derer notwendigerweise auch

keine Einzelzeiten für Teilleistungen ausgewiesen werden können, ist eine Plausibilitätsprüfung in der in § 106 a SGB V vorgesehenen Form aber aus den o.g. Gründen nicht möglich. Der Gesetzentwurf ist insofern daher in sich widersprüchlich und müsste entweder in der einen oder der anderen Norm entsprechend umgestaltet werden.

Im Übrigen besteht eine Widersprüchlichkeit auch insofern, als in § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.d.F. des GMG die bisherigen Durchschnittsprüfungen beseitigt werden sollen. Wenn in diesem Zusammenhang in der Begründung zutreffend auf die fehlende Effizienz einer in diesem Zusammenhang erfolgende Abstellung auf durchschnittliche Abrechnungswerte hingewiesen wird, muss dies entsprechend für eine bloße statistische Betrachtung in einem bestimmten Zeitraum von einem Vertragszahnarzt erbrachter Leistungen auf der Grundlage theoretisch bestimmter, durchschnittlicher Leistungszeiten gelten. Auch insofern ist daher zumindest für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Abstellung auf Durchschnittswerte, sondern eine konkrete Einzelfallprüfung zu fordern, die in diesem Bereich gemäß den obigen Ausführungen zu § 106 Abs. 2 SGB V die allein sachgerechte Prüfmethode darstellt.

§ 135 SGB V

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

In § 135 Abs. 2 SGB V soll zusätzlich die Bestimmung aufgenommen werden, dass die Bundesmantelvertragspartner zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Regelungen treffen können, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll den Vertragspartnern dadurch eine Leistungssteuerung ermöglicht werden, die eine Trennung zwischen der Diagnosestellung und Befundbewertung durch den therapeutisch tätigen Arzt einerseits und der Durchführung der diagnostischen Maßnahmen durch den lediglich diagnostisch tätigen Facharzt andererseits bewirkt.

Bewertung

Infolge der Besonderheiten der zahnmedizinischen Behandlung, die in wesentlich geringerem Maße als im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung von einer Spezialisierung in einzelne Fachgebiete und deren Kooperation untereinander geprägt ist, haben schon die z.Z. vorgesehenen Bestimmungen in § 135 Abs. 2 Satz 2 SGB V zur Vereinbarung von Qualifikationserfordernissen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Relevanz erlangt. Auch die nunmehr diesbezüglich vorgesehene Ergänzung und die diesbezügliche Begründung verdeutlichen die insofern bestehenden, grundsätzlichen Unterschiede zwischen diesen Versorgungsbereichen. Die in der Begründung angesprochene Trennung zwischen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen tritt im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung in aller Regel nicht ein. Von daher geht auch diese Bestimmung insofern ins Leere. Zudem ist der Begriff des „Kerns des Fachgebietes“ nicht hinreichend definiert, so dass Abgrenzungsprobleme vorprogrammiert sind. Insgesamt sollte die Bestimmung jedenfalls auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung begrenzt werden.

§ 135 a Abs. 2 SGB V

Einführung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

In § 135 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V soll zusätzlich zu den insofern bereits bisher bestehenden Regelungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, die Verpflichtung für jeden Vertragszahnarzt statuiert werden, einrichtungswirtschaftlich ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll dadurch sichergestellt werden, dass auch dieser Leistungsbereich von den positiven Wirkungen des Qualitätsmanagements profitiert, wobei davon ausgegangen wird, dass der Aufwand für ein derartiges Qualitätsmanagement in einem angemessenen Verhältnis insbesondere in Bezug auf die personelle und strukturelle Ausstattung steht.

Bewertung

Die generelle Zielsetzung des Gesetzentwurfes, eine weitere Steigerung der Qualität in der vertragszahnärztlichen Versorgung herbeizuführen, ist ersichtlich und im Grundsatz auch zu begrüßen. Soweit in diesem Zusammenhang zusätzliche Aufwendungen und Verpflichtungen der Vertragszahnärzte eingeführt werden sollen, ist dies aber nur dann zu rechtfertigen, wenn die vorgesehenen Maßnahmen nachweislich zu einer entsprechenden Qualitätssteigerung führen und die damit verbundenen Aufwendungen in einem angemessenen Verhältnis zur Qualitätssteigerung führen.

Im Hinblick auf die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements teilt die KZBV nicht die Bewertung des Gesetzgeber, dass sich dadurch automatisch erhebliche Qualitätssteigerungen ergeben würden. Derartige Managementsysteme sind für industrielle Massenfertigungen bzw. für die immer wiederkehrende Bearbeitung von Routineaufgaben entwickelt worden. Dabei soll durch die Zerlegung bestimmter Arbeitsvorgänge in Einzelschritte sichergestellt werden, dass in jedem Falle auch durch ggf. noch nicht in vollem Umfange eingearbeitete Mitarbeiter jeder erforderliche Arbeitsschritt auch tatsächlich in einer normierten Form erfolgt. Damit gehen diese Systeme aber an den Erfordernissen in der vertragszahnärztlichen Praxis vorbei.

Die Qualität der vertragszahnärztlichen Leistungserbringung hängt vorrangig von einer entsprechenden fachlichen Ausbildung des Vertragszahnarztes, der die Leistungen unmittelbar am Patienten erbringt, von einer entsprechenden Ausstattung der vertragszahnärztlichen Praxis und von einer ausreichenden Behandlungszeit für die Leistungserbringung im Einzelnen, im weitaus geringeren Maße aber von der Organisation der verwaltungsmäßigen Praxisabläufe im Übrigen ab. Da die Methoden des Qualitätsmanagements zudem notwendigerweise von standardisierten Vorgaben ausgehen müssen, kann durch diese individuellen Gegebenheiten und Anforderungen bei der Behandlung des individuellen Patienten naturgemäß nicht Rechnung getragen werden. Eine Steigerung der Qualität des vertragszahnärztlichen Behandlungsergebnisses ist durch derartige Maßnahmen daher nicht zu erwarten. Dann sind diesbezügliche Aufwendungen in der vertragszahnärztlichen Praxis, die zu einer

weiteren Belastung des, in der Vergangenheit bereits kontinuierlich abgesunkenen Einnahmenüberschusses aus der vertragszahnärztlichen Praxis und somit nicht zu einer Steigerung der Qualität, sondern zu einer zusätzlichen Gefährdung der Qualität infolge einer Reduzierung der zur Verfügung stehenden Behandlungszeit für den Vertragszahnarzt und einer geringeren Rentabilität der vertragszahnärztlichen Leistungserbringung führen.

Methoden des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sollten daher weiterhin auf Bereiche beschränkt bleiben, die gegenüber der vertragszahnärztlichen Praxis über eine wesentlich umfangreichere und tiefer gestaffelte Verwaltungsorganisation verfügen, wie z.B. den stationären Sektor.

§ 136 SGB V

Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Die KZVen sollen durch einen neu gefassten Abs. 1 verpflichtet werden, Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung durchzuführen. Ziele und Ergebnisse dieser Maßnahmen sind zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.

Die weiterhin geforderten Qualitätsprüfungsmaßnahmen der KZVen nach Abs. 2 sind von diesen hinsichtlich Auswahl, Umfang und Verfahren nicht mehr im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festzulegen, sondern diese sollen zukünftig vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Richtlinien entwickelt werden.

Bewertung

Die Verpflichtungen der KZVen zur Qualitätssicherung werden intensiviert und die Kompetenz zu deren inhaltlichen Bestimmung hinsichtlich der Qualitätsprüfungen auf den Bundesausschuss übertragen. In diesem Zusammenhang ist es selbstverständlich, dass auch insofern die entsprechenden Richtlinien im Zweifelsfalle vom BMGS erlassen werden können (§ 94 Abs. 1 SGB V).

§ 136 b SGB V

Grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

In § 136 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V soll der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen zusätzlich zu seinen bisherigen Aufgaben im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung verpflichtet werden, auch die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gem. § 135 a Abs. 2 SGB V zu bestimmen.

Bewertung

Es kann insofern auf die diesbezügliche Bewertung von § 135 a SGB V verwiesen werden. Da auch die diesbezüglichen Richtlinien gem. § 94 Abs. 1 SGB V wiederum im Zweifelsfalle vom BMGS erlassen werden können, ist auch insofern eine bürokratisch-zentralistische Steuerung sichergestellt. Dies dürfte gerade im sensiblen Bereich des individuellen Praxismanagements des einzelnen Vertragszahnarztes nicht ohne Konsequenzen bleiben.

§ 137 e SGB V

Koordinierungsausschuss

In § 137 e Abs. 2 SGB V soll ergänzend die Bestimmung aufgenommen werden, dass der Koordinierungsausschuss mit der Mehrheit seiner Mitglieder beschließt.

Bewertung

Da der Koordinierungsausschuss für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung keine Tätigkeiten entfalten konnte und musste, ist zunächst die Beseitigung der KZBV als Trägerorganisation dieser Arbeitsgemeinschaft zu fordern.

Die nunmehr vorgesehene Mehrheitsentscheidung im Koordinierungsausschuss ist im Hinblick auf dessen heterogene Besetzung und dessen weitgehende Regelungskompetenzen hinsichtlich der einzelnen, betroffenen Leistungsbereiche abzulehnen. Der erforderliche Sachbezug und eine entsprechende Akzeptanz kann im jeweiligen Leistungsbereich nur dann sichergestellt werden, wenn dessen Vertreter nicht von den übrigen Mitgliedern des Koordinierungsausschusses majorisiert werden können.

§§ 139 a bis f SGB V

Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

Es soll ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin als rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechtes errichtet werden. Dieses soll über einen Direktor, ein Direktorium, einen wissenschaftlichen Beirat und ein Kuratorium verfügen. Das Zentrum soll gem. § 139 b Abs. 1 SGB V unter anderem Informationen für Versicherte bereitstellen, evidenzbasierte Leitlinien und pflegerische Standards für ausgewählte Krankheiten erstellen, sowie den Bundesausschüssen Empfehlungen zu den jeweils bestverfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen geben.

Die Bundesausschüsse haben die Empfehlungen des Zentrums gem. § 139 c SGB V zu beachten und eine von Empfehlungen abweichende Entscheidung zu begründen. Sie sollen verpflichtet werden, die ihnen vorliegenden Prüfanträge und ihre Arbeitspläne dem Zentrum unverzüglich zu benennen.

Bewertung

Ohne klare Aufgabenabgrenzung soll neben den bereits bestehenden Institutionen innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung nunmehr eine weitere Stelle geschaffen werden, die wesentliche Aussagen und Empfehlungen hinsichtlich der Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung abgeben können soll. Eine Notwendigkeit hierfür ist jedenfalls hinsichtlich des Bereiches der vertragszahnärztlichen Versorgung auch aus den diesbezüglichen Begründungen nicht ersichtlich.

Vielmehr ist davon auszugehen, dass wegen der Besonderheiten der zahnmedizinischen Behandlungen das Zentrum in diesem Bereich ebenso wenig praktische Tätigkeiten wird entfalten können wie der Koordinierungsausschuss gemäß § 137 e SGB V bereits jetzt.

Gerade vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich nach den Erfahrungen der Vergangenheit die Einführung immer neuer Gremien zur bürokratischen Steuerung des Gesundheitswesens als ineffizient erwiesen haben, wobei lediglich exemplarisch auf die Tätigkeiten des Koordinierungsausschusses gem. § 137 e SGB V verwiesen werden kann, ist die Einführung eines weiteren Gremiums dieser Art grundsätzlich abzulehnen. Dies gilt um so mehr, wenn dieses, wie vorliegend, mit einer tiefgestaffelten Verwaltung und einer Vielzahl unterschiedlicher Gremien ausgestattet werden soll, was dessen Handlungsfähigkeit von vorneherein in Frage stellt, Personal- und Sachaufwendungen in erheblicher Höhe und damit eine zusätzliche finanzielle Belastung des GKV-Systems insgesamt aber sicherstellt.

Dabei wurde insbesondere in § 139 h hinsichtlich des Kuratoriums zwar ausdrücklich Wert auf eine Parität zwischen Frauen und Männern, nicht aber auf eine Parität der Vertreter der Leistungserbringer und Leistungsträger gelegt. Die Besetzung mit insgesamt 49 Mitgliedern stellt die Handlungsfähigkeit dieses Gremiums auch von vorne herein in Frage. Dieses dürfte in der Praxis jedoch ohnehin keine Relevanz erlangen können, da das Zentrum gem. § 139 d Abs. 1 SGB V vorrangig die Aufträge des BMGS zu bearbeiten hat, bei dem auch der Direktor des Zentrums unmittelbar angestellt ist.

Das besondere Verhältnis zwischen dem BMGS und dem Zentrum wird auch durch die neueingeführte Übergangsregelung des § 139 I SGB V unterstrichen, wonach das BMGS bis zur erstmaligen Berufung eines Direktors das Zentrum durch eine von ihm beauftragte Person führen lässt und auch den Haushalt des Zentrums für das Jahr 2004 selbst aufstellt.

§§ 140 a bis d SGB V

Integrierte Versorgung

Die Bestimmungen zur integrierten Versorgung werden insgesamt neu gefasst und in ihrem Regelungsumfang deutlich reduziert. Diese Verträge sollen sich weiterhin auf eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten beziehen, wobei gemäß 140 a Abs. 1 Satz 1 SGB V nunmehr auch eine „interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ angesprochen wird.

Gemäß der vorgesehenen Neufassung von § 140 b Abs. 1 SGB V können die Krankenkassen derartige Verträge nunmehr nicht nur mit einer Gemeinschaft von Ärzten, sondern auch mit einzelnen Ärzten schließen. Ferner können auch Gesundheitszentren Vertragspartner werden.

Gemäß § 140 b Abs. 2 SGB V soll die integrierte Versorgung auch von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen durchgeführt werden können. Dabei müssen die angestellten Ärzte der Einrichtungen der Krankenkassen die Voraussetzungen für eine Eintragung in das Arztregister nach § 95 a oder § 95 c SGB V erfüllen.

Gemäß § 140 b Abs. 4 Satz 2 SGB V soll für solche Verträge, die bis zum 31.12.2006 abgeschlossen werden, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V nicht gelten. Gemäß Satz 3 können die Vertragspartner der integrierten Versorgung sich intern darauf verständigen, dass sie Leistungen auch dann erbringen können, wenn diese von ihrem Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus nicht gedeckt sind.

§ 140 d SGB V wird neu gefasst. Damit entfallen die Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung auf Bundesebene.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll durch diese Regelungen insgesamt das Verfahren zur integrierten Versorgung vereinfacht und die Einführung dieser Versorgungsformen erleichtert werden. Durch die Vergrößerung des Kreises potentieller Vertragspartner und Leistungserbringer in diesem Bereich soll der Wettbe-

werb gestärkt und mit Rücksicht darauf, dass die Vertragspartner der Krankenkassen ein unternehmerisches Risiko eingehen und der Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung in aller Regel bedingt, dass die Leistungserbringer erhebliche Investitionskosten aufzubringen haben, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität insofern ausdrücklich durchbrochen werden. Dies soll allerdings nur für eine Startphase der integrierten Versorgung gelten.

Um die bisherigen Schranken zwischen den einzelnen Leistungssektoren zu überwinden sollen auch die jeweiligen Zulassungsstatus keine Begrenzungen für die Tätigkeit innerhalb der integrierten Versorgungen mehr darstellen.

Bewertung

Die vorgesehene Neufassung der Bestimmungen hinsichtlich der integrierten Versorgung ändert nichts an der grundsätzlichen Bewertung, dass sich diese Vertragsbeziehungen auf Leistungssektoren übergreifende Versorgungen von Versicherten beziehen. Dies wird durch die Neufassung des § 140 a Abs. 1 SGB V nochmals hervorgehoben in dem dort in Satz 1 nunmehr ergänzend eine „interdisziplinärfachübergreifende Versorgung“ angesprochen wird. Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung stellt sich eine derartige Fragestellung jedoch nur in Ausnahmefällen, so dass auch nur insofern – wenn überhaupt – eine Beteiligung von Vertragszahnärzten an derartigen Vereinbarungen in Betracht kommt.

Abzulehnen ist insbesondere die in § 140 b Abs. 2 SGB V vorgesehene Zulassung von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen zur integrierten Versorgung. Damit wird eine Einbruchstelle für die Krankenkassen eröffnet, im nahezu beliebigem Umfang eine ausschließlich selbst gesteuerte, medizinische Versorgung ihrer Versicherten ohne Bindung an die näheren Bestimmungen des 4. Kapitels des SGB V einzuführen. Hierdurch würden die vielfältigen gesetzlichen Bestimmungen, z.B. zur Qualitätssicherung oder zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung leer laufen. Zudem würde der Sicherstellungsauftrag der KZVen und der in ihnen zusammengeschlossenen Vertragszahnärzte letztlich zur Disposition der Krankenkassen gestellt. Die notwendige Planungssicherheit für die betroffenen Vertragszahnärzte würde da-

durch ebenso beseitigt wie die vom BMGS ansonsten so intensiv erstrebte umfassende Steuerungsmöglichkeit durch ein Selbsteintrittsrecht.

Durch diese Klarstellung in § 140 b Abs. 2 Satz 4, die ausdrücklich nur auf diejenigen Bestimmungen des SGB V Bezug nimmt, in denen die näheren Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte bzw. für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister geregelt sind folgt, dass danach Vertragszahnärzte, die nicht unter diese Bestimmungen zu subsumieren sind, nicht als Angestellte in den Einrichtungen der Krankenkassen tätig werden können.

Die Realität der Gefährdung des allgemeinen Sicherstellungsauftrages wird insbesondere durch die vorgesehene Bestimmung in § 140 b Abs. 4 Satz 2 SGB V verdeutlicht, wonach für solche Verträge zur integrierten Versorgung, die bis zum 31.12.2006 abgeschlossen werden, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V nicht gilt. Der Gesetzgeber geht somit selber davon aus, dass jedenfalls mit der Einführung eines derartigen Systems integrierter Versorgungsverträge tatsächlich keine Kosteneinsparungen, sondern im Gegenteil zusätzliche Kostenaufwendungen verbunden wären. Die politisch allseits als dringlich anerkannte Reduzierung der Beitragssätze in der GKV ließe sich dadurch somit nicht erreichen, sondern würde sich in ihr Gegenteil verkehren. Die Beschränkung der Aussetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität insofern auf solche Verträge die bis zum 31.12.2006 abgeschlossen werden, verdeutlicht zudem das besondere Risiko für die Vertragspartner, das sich daraus ergibt, dass sich zu einem späteren Zeitpunkt auch solche Verträge wiederum diesem Grundsatz werden unterwerfen müssen, wobei somit den auch dann sicherlich nicht geringeren Investitionsbemühungen der Vertragspartner nicht mehr Rechnung getragen werden könnte. Es ist nicht ersichtlich, warum ab dem Jahre 2007 eine Sicherstellung der Versorgung im Rahmen der integrierten Versorgung ohne zusätzliche Aufwendungen möglich sein soll, wenn dies vor diesem Zeitpunkt als ausgeschlossen erscheint.

Unter qualitativen Gesichtspunkten als kontraproduktiv zu bewerten ist die weitere Bestimmung in § 140 b Abs. 4 Satz 3 SGB V, wonach die Vertragspartner der integrierten Versorgung auch Leistungen außerhalb ihres Zulassungs- oder Ermächtigungstatus erbringen können. Zudem werden dadurch die Bemühungen sowohl des

Gesetzgebers als auch der Vertragspartner an anderer Stelle, im Rahmen der Bedarfsplanung eine qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sicherzustellen, konterkariert.

§ 140 e SGB V

Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages

Gemäß § 140 e SGB V sollen Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des 3. Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechtsverträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages abschließen dürfen.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll es sich dabei um ein auf Vertrag gegründetes Sachleistungsprinzip handeln, durch den sich Leistungserbringer im EU-Ausland verpflichten sollen, deutsche GKV-Versicherte zu den Konditionen des deutschen Leistungsrechtes zu behandeln.

Bewertung

Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers sollen die einzelnen Krankenkassen zukünftig offenbar nicht nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, sondern EU-weit in Vertragsverhandlungen mit einzelnen Leistungserbringern vor Ort treten. Vertragsgrundlage sollen dabei die Leistungen nach dem 3. Kapitel des SGB V sein, wobei allerdings die näheren Vorschriften zur Leistungserbringung gemäß dem 4. Kapitel des SGB V nicht gelten sollen. Abgesehen davon, dass es illusorisch erscheint, dass jede einzelne Krankenkasse in der Bundesrepublik für ihre Versicherten im gesamten EU-Ausland durch den Abschluss derartiger Einzelverträge eine Sicherstellung einer zahnärztlichen Versorgung erreichen könnte, die dem Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik entspricht bleibt völlig unklar, wie im Rahmen eines solchen Leistungssystems eine im Inland vorrangige Steuerung des Ausgabenvolumens unter Orientierung an dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität erfolgen soll.

Das Angebot eines Rahmenvertrages ohne konkrete Vergütungsvereinbarung und ohne eine konkrete Aussicht darauf, ob und gegebenenfalls welche Leistungen der Vertragspartner gerade für Versicherte dieser deutschen gesetzlichen Krankenkasse wird erbringen können, dürfte für den Leistungserbringer im EU-Ausland auch wenig attraktiv sein.

§ 197 a SGB V

Korruptionsbekämpfungsstellen der Krankenkassen

Ebenso wie die KZVen sollen auch die Krankenkassen spezielle organisatorische Einheiten mit identischen Aufgaben der Überprüfung von Verdachtsfällen hinsichtlich strafbarer Handlungen oder missbräuchlicher Nutzung von Finanzmitteln bilden.

Bewertung

Es kann insofern auf die diesbezügliche Bewertung im Zusammenhang mit den entsprechenden Bestimmungen bezüglich der KZVen in § 81 a SGB V des Entwurfes verwiesen werden.

§ 221 SGB V

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Gem. § 221 SGB V leistet der Bund zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für Mutterschaftsgeld und sonstigen Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfe sowie Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, zweimal jährlich Abschlagszahlungen in Höhe des Aufkommens aus der Erhöhung der Tabaksteuer im jeweiligen Vorjahr, wobei der Betrag vom 01.05.2007 die Obergrenze bildet.

Bewertung

Es ist in § 221 SGB V keine 100 %-ige Erstattung der entsprechenden Aufwendungen der Krankenkassen durch den Bund, sondern lediglich eine Beteiligung an den Kosten vorgesehen, die sich in ihrer Höhe an den tatsächlichen Einnahmen aus der Erhöhung der Tabaksteuer orientiert. Damit würde nicht nur eine unmittelbare Verknüpfung gesundheitsschädigenden Verhaltens der Allgemeinheit mit steigenden Einnahmen der Krankenkassen erfolgen, sondern auch eine „umgekehrte Budgetierung“, diesmal nicht der Ausgaben sondern der Einnahmen der GKV hinsichtlich der Beteiligungszahlungen durch den Bund. Entgegen ursprünglichen Verlautbarungen gehen die Autoren des Entwurfes offenbar selbst nicht mehr davon aus, dass die Einnahmen aus der Erhöhung der Tabaksteuer langfristig die genannten Ausgaben der Krankenkassen im vollen Umfange finanziell abdecken können.

§§ 274 a ff. SGB V

Beauftragter zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

In den §§ 274 a – c SGB V werden die Aufgaben, die Initiativen und die Stellung eines vom BMGS berufenen Beauftragten geregelt. Dieser soll im Wesentlichen die gleichen Aufgaben erfüllen wie die Korruptionsbekämpfungsstellen der KZVen und der Krankenkassen. Dieser soll zusätzlich als Beschwerdestelle für Jedermann dienen und mit den Aufsichtsbehörden zusammenarbeiten.

Bewertung

Die Bestimmungen zur Kontrolle und Überwachung werden weiter intensiviert. In den Bestimmungen zum Beauftragten ist es dabei bemerkenswert, dass dieser gem. § 274 c Abs. 1 Satz 3 SGB V des Entwurfes seine Tätigkeit ehrenamtlich ausüben soll, während ansonsten im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eine solche Tätigkeit als ineffizient bewertet sind und weitgehend durch eine hauptamtliche Tätigkeit ersetzt worden ist.

§ 290 SGB V

Krankenversichertennummer

Die Krankenversichertennummer wird nunmehr dahingehend konkretisiert, dass diese aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil bestehen soll, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 SGB V sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer hat den Richtlinien nach Abs. 2 zu entsprechen.

Aufbau und Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer ist von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis zum 30.06.2004 durch Richtlinien zu regeln. Kommen diese Richtlinien nicht zustande oder werden diese beanstandet, können sie vom BMGS selber erlassen werden.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll durch den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer ein eindeutiger und auch bei einem Wechsel der Krankenkasse bleibender Bezug zu dem Versicherten sichergestellt werden.

Bewertung

Die Krankenversichertennummer soll in ihrem unveränderbaren Teil in jedem Falle, d.h. auch bei einem Wechsel der Krankenkasse eine eindeutige Identifikation des Versicherten sicherstellen. Es handelt sich damit um ein Personenkennzeichen, das auch für die Durchführung der in der Begründung angesprochenen Aufbereitung von Abrechnungs- und Leistungsdaten für die arzt- und versichertenbezogenen Zufälligkeitsprüfungen usw. nicht erforderlich und daher aus datenschutzrechtlichen Aspekten abzulehnen ist.

§ 291 a SGB V

Elektronische Gesundheitskarte

Im Zusammenhang mit der, in § 291 Abs. 2 a SGB V geregelten technischen Erweiterung der Krankenversicherungskarte soll diese spätestens zum 01.01.2006 in Form einer elektronischen Gesundheitskarte weitere Anwendungen ermöglichen. Insbesondere soll die Karte gem. § 291 a Abs. 2 SGB V als elektronisches Rezept bei der Verordnung und Abrechnung von Arzneimittelverordnungen sowie zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland dienen. Nur mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten kann die Karte darüber hinaus weitere Funktionen erfüllen (§ 291 a Abs. 3 SGB V), wobei die beispielhaft genannten Funktionen, z.B. die Bereitstellung und Nutzung von medizinischen Daten für die Notfallversorgung von Befunden, Diagnosen und Therapieempfehlungen (elektronischer Arztbrief), der Arzneimitteldokumentation oder der Dokumentation von Impfungen, Diagnosen und Befunden im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung eine untergeordnete Rolle spielen dürfte. Diese Daten können ohnehin nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis gelesen werden.

Gemäß § 291 a Abs. 6 SGB V soll „die Schaffung der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur“ von den Spitzenverbänden unter anderem auch mit der KZBV vereinbart werden.

Bewertung

Es wird von der konkreten Ausgestaltung des zukünftigen Systems der vertragszahnärztlichen Versorgung sowie der Funktionen der elektronische Gesundheitskarte abhängen, inwieweit die darin gespeicherten Informationen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung tatsächlich sinnvoll genutzt werden können.

Sicher ist aber bereits jetzt, dass hierfür eine völlig neue Infrastruktur in allen Zahnarztpraxen aufgebaut werden muss, da die bisherige Krankenversicherungskarte und die diesbezüglichen Kartenlesegeräte nicht für die Verwendung einer sogenannten

„Smartcard“ geeignet sind. Nach den Erfahrungen mit der Einführung der wesentlich einfacher strukturierten Krankenversichertenkarte ist mit einer nicht unerheblichen Übergangs- und Anlaufphase, sowie mit erheblichen Investitionskosten zu rechnen, die erfahrungsgemäß weder vom BMGS noch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen getragen werden. Dies mit dem Argument, dass die Karte schließlich nur der Verbesserung und Erleichterung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit diene und zu erheblichen Rationalisierungsgewinnen in der Praxis führe, deren tatsächliche Existenz allerdings noch nachzuweisen wäre.

Dies gilt um so mehr hinsichtlich des für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte erforderlichen elektronischen Heilberufsausweises der in seinen Funktionalitäten und technischen Aufbau mit allen anderen Heilberufen abgestimmt werden müsste.

§ 293 Abs. 4 SGB V

Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Durch Einfügung eines neuen Satzes nach Satz 3 soll klargestellt werden, dass die Übermittlung der Arztnummer zur Herstellung des Arztbezuges nach den Vorschriften des 2. Abschnittes unter Verwendung der unverschlüsselten Arztnummer vorzunehmen ist.

Bewertung

Bei der Regelung handelt es sich um den Versuch, die insbesondere im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung praktizierte quartalsweise Verschlüsselung der Zahnarztnummer zu verhindern und die Verwendung der unverschlüsselten Zahnarztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V vorzuschreiben. Dies wird insbesondere aus der diesbezüglichen Begründung deutlich, in der ausgeführt wird, dass bei einer in den Vorschriften des 2. Abschnittes vorgeschriebenen Übermittlung der Arztnummer die unverschlüsselte Arztnummer nach diesem Absatz zu verwenden ist.

Für die im zweiten Abschnitt geregelten Datenübermittlungen der KZVen an die Krankenkassen zum Zwecke der Leistungsabrechnung bzw. zur Vorbereitung von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren, ist die nunmehr vorgesehene zahnarztbezogene Übermittlung von Abrechnungsdaten nicht erforderlich und daher mit dem datenschutzrechtlichen Grundsatz einer möglichst sparsamen Datenübermittlung auch nicht zu vereinbaren. Insbesondere unter Berücksichtigung des absoluten Vorranges des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gem. § 71 Abs. 1 SGB V gegenüber allen anderen Vergütungskriterien und der damit verbundenen Notwendigkeit in jedem Falle eine absolute Obergrenze der Gesamtvergütungen zu vereinbaren, ist für reine Abrechnungszwecke die Kenntnis der Person des Vertragszahnarztes, der eine bestimmte Leistung im Rahmen der Gesamtvergütungen erbracht und abgerechnet hat, für die Krankenkassen nicht erforderlich.

Entsprechendes gilt auch für die Vorbereitung von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren gem. § 106 SGB V. Sowohl für die insofern vorgesehenen Auffälligkeitsprüfungen, als auch für die Zufälligkeitsprüfungen, ist nicht die Person des einzelnen Vertragszahnarztes, sondern die Tatsache entscheidend, dass er entweder aufgrund eines allgemein geregelten Verfahrens in eine Zufallsstichprobe einbezogen worden ist, bzw. dass aufgrund der vorliegenden Abrechnungsdaten ein auffälliges Abrechnungsverhalten festzustellen ist. In jedem Falle ist zur Bestimmung derjenigen Vertragszahnärzte, die in ein Prüfungsverfahren einbezogen werden sollen, die Kenntnis der jeweiligen Abrechnungsdaten, nicht aber die Kenntnis der Person des betreffenden Vertragszahnarztes erforderlich. Diese ist erst in den diesbezüglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren selber offenzulegen, was unabhängig von der routinemäßigen Übermittlung von Abrechnungsdaten erfolgen kann und muss.

Eine zahnarztbezogene Übermittlung bereits dieser Daten ließe sich nicht mit Zwecken der Abrechnungs- oder Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern nur mit der Wahrnehmung allgemeiner Informations- und Steuerungsbedürfnisse der Krankenkassen rechtfertigen. Hierfür sind im vorliegenden Gesetzentwurf aber in den §§ 303 a ff. SGB V Sonderregelungen hinsichtlich der Datentransparenz vorgesehen. Bezeichnenderweise ist in diesem Zusammenhang in § 303 c Abs. 1 Satz 2 SGB V hinsichtlich der Vertrauensstelle ausdrücklich vorgesehen, dass eine Reidentifikation des

Versicherten oder des Leistungserbringers durch die Verarbeitung und Nutzung der Daten bei der Vertrauensstelle, der Datenaufbereitungsstelle und den nutzungsberechtigten Stellen nach § 303 f Abs. 1 SGB V ausgeschlossen ist. Wenn somit allgemeine Informations- und Steuerungsziele, wie sie mit den Bestimmungen der §§ 303 a ff. SGB V ausweislich der vorgesehenen Fassung von § 303 f Abs. 2 SGB V verfolgt werden sollen, nicht erforderlich ist, gilt dies im noch stärkeren Maße für die routinemäßige Übermittlung von Abrechnungsdaten gem. den §§ 294 ff. SGB V.

§ 295 Abs. 2 u. 4 SGB V

Abrechnung ärztlicher Leistungen

In Abs. 2 soll eingefügt werden, dass die von den KZVen den Krankenkassen zu übermittelnden Abrechnungsdaten zukünftig nicht nur fallbezogen, sondern auch arztbezogen zu übermitteln sind.

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung soll es sich hierbei lediglich um eine Klarstellung handeln.

In Abs. 4 soll vorgesehen werden, dass die Zahnärzte die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben den KZVen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln haben. Das Nähere regelt die KZBV.

Bewertung

Mit erstaunlicher Unbefangenheit soll hier geregelt werden, dass nicht nur im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren wie bisher, sondern bereits bei der bloßen Abrechnung eine nicht nur arztbeziehbare Übermittlung von Leistungsdaten unter Verwendung einer zumindest pseudonymisierten Nummer, sondern eine unmittelbar arztbezogene Übermittlung der Abrechnungsdaten erfolgen soll. Dies widerspricht den bereits seit Jahren vorliegenden wiederholten Stellungnahmen der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder nach denen eine derartige Übermittlung nicht notwendig und daher datenschutzrechtlich unzulässig ist. Sie ist wegen der damit verbundenen Schaffung des „gläsernen Zahnarztes“ abzulehnen.

Im Übrigen ist auf die Bewertung der vorgesehenen Neufassung von § 293 Abs. 4 SGB V zu verweisen.

Die bisherige Papierabrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen soll gemäß der vorgesehenen Bestimmung in Abs. 4 ohne die Geltung einer Übergangsfrist zugunsten einer Abrechnung im Wege der Datenübertragung oder auf Datenträgern abgeschafft werden. Von der KZBV ist eine derartige Verpflichtung der Vertragszahnärzte in ihrer Praxis EDV zu Abrechnungszwecken zu verwenden, bisher stets abgelehnt worden. Auf der anderen Seite ist der Durchdringungsgrad mit Praxis-EDV-Systemen inzwischen derart groß, dass mit dieser Regelung nur noch für wenige Vertragszahnärzte zusätzliche Investitionskosten verbunden sein dürften.

In jedem Falle ist aber die Vorsehung einer Übergangsfrist zu fordern, um den Aufbau und die Erprobung entsprechender, leistungsbereichsspezifischer Abrechnungsprogramme zu ermöglichen.

§ 303 Abs. 3 SGB V

Datenerfassung durch die Krankenkassen

Durch eine Neuregelung sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, solche Daten, die ihnen von den KZVen nicht im Wege der Datenübertragung oder auf Datenträgern übermittelt werden, nach zu erfassen und die Kosten durch eine pauschale Leistungskürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.

Bewertung

Es kann auf die Bewertung oben zur vorgesehenen Neuregelung in § 295 Abs. 4 SGB V verwiesen werden.

§ 303 a SGB V

Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBVen sollen eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz bilden. Die Arbeitsgemeinschaft soll die Erfüllung der Aufgaben einer Vertrauensstelle und einer Datenaufbereitungsstelle gewährleisten. Sofern die Arbeitsgemeinschaft nicht fristgerecht gebildet wird, kann diese vom BMGS durch Rechtsverordnung gebildet werden.

Gemäß Abs. 3 hat die Arbeitsgemeinschaft Anforderungen für einheitliche und sektorenübergreifende Datendefinitionen für den Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erarbeiten und dem BMGS bis zum 31.12.2006 einen Bericht vorzulegen.

Bewertung

Durch die §§ 303 a bis f SGB V soll in Weiterverfolgung der bereits seit Jahren bekannten Pläne des BMGS zu einem „Datentransparenzgesetz“ eine bundesweite, zahnarzt- und versichertenbeziehbare, leistungsbereich- und krankenkassenübergreifende Zusammenführung sämtlicher Abrechnungsdaten für alle GKV-Versicherten erfolgen. Hierfür ist unter Bildung verschiedener Institutionen ein mehrstufiges Verfahren vorgesehen, bei dem zunächst eine Pseudonymisierung der Abrechnungsdaten, sodann eine gesetzlich nicht näher geregelte Datenaufbereitung sowie eine Datenübermittlung zu bestimmten Zwecken vorgesehen ist. Die diesbezügliche Bewertung der KZBV kann aus der als Anlage beigefügten Stellungnahme der KZBV zum Entwurf von Eckpunkten zum Vorhaben „Datentransparenz in der GKV“ und der Position der KZBV zum BMG-Workshop „Datentransparenz, Datenschutz und Datensicherheit in der GKV“ am 22./23.01.2002 entnommen werden.

Nach der Fassung von § 303 a Abs. 1 SGB V besteht noch die Möglichkeit der Interpretation, dass sich dieses Verfahren nur auf den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung beziehen soll. Die diesbezügliche Begründung verdeutlicht aber, dass als Beteiligte der Arbeitsgemeinschaft „die Kassenärztliche Bundesvereinigungen“ ge-

meint sind. Die weiterhin vorgesehenen Bestimmungen insbesondere in § 303 e Abs. 2 SGB V legen allerdings die Vermutung nahe, dass im Gegensatz zu den Planungen im Rahmen eines Datentransparenzgesetzes eine Einbeziehung weiterer Leistungsträger, so insbesondere auch des gesamten Krankenhausbereiches jedenfalls zunächst nicht vorgesehen ist.

Andererseits ist an anderer Stelle, so z.B. bei der Besetzung des Beirates gemäß § 303 b SGB V oder bei der Abgrenzung der zur Datennutzung berechtigten Stellen in § 303 f Abs. 1 SGB V verschiedentlich neben den Krankenkassen und der KBV sowie den KVen von „den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer“ die Rede, so dass dies die Vermutung nahe legt, dass auch andere Leistungserbringer jedenfalls in Zukunft in dieses Verfahren einbezogen werden sollen. Dies dürfte auch den Zielsetzungen des Gesetzentwurfes entsprechen, möglichst umfassende Daten über sämtliche im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen und die diesbezüglichen Kosten zu erheben, zu speichern und auszuwerten, um umfassende, sowohl sämtliche Leistungserbringer als auch den jeweiligen Versicherten umfassende Datenstrukturen aufbauen zu können.

§ 303 c SGB V

Vertrauensstelle

Der Vertrauensstelle sollen die Leistungs- und Abrechnungsdaten übermittelt werden. Die Vertrauensstelle hat diese nach einem in § 303 c Abs. 2 SGB V näher geregelten Verfahren zu pseudonymisieren. Ausweislich der ausdrücklichen Bestimmung in § 303 c Abs. 2 Satz 2 SGB V ist das Pseudonym so zu gestalten, dass für alle Leistungsbereiche ein bundesweit eindeutiger periodenübergreifender Bezug der Abrechnungs- und Leistungsdaten zu dem Versicherten, der Leistungen in Anspruch genommen hat, und zu dem Leistungserbringer, der Leistungen erbracht und verordnet hat, herstellbar ist.

Bewertung

Hierdurch soll eine quasi lebensbegleitende Gesamtdokumentation der Erkrankungen und der diesbezüglichen Behandlungen jedes einzelnen Versicherten erreicht werden. Diese Dokumentation soll sich auf alle Leistungsbereiche beziehen. Bemerkenswerterweise ist hinsichtlich dieser Daten an keiner Stelle eine Löschung der Daten zu irgendeinem Zeitpunkt vorgesehen. Während ansonsten auch im Bereich des SGB V der Eindruck vermittelt wird, dem Datenschutz werde eine besondere Bedeutung zugewiesen, soll im Rahmen der Datentransparenz gemäß den §§ 303 a ff. SGB V eine zeitlich unbegrenzte, personenbeziehbare Dokumentation sämtlicher Erkrankungen und diesbezüglicher Behandlungen hinsichtlich nahezu der gesamten Wohnbevölkerung der Bundesrepublik zu gesetzlich nicht näher geregelten Zwecken aufgebaut werden. Eine Bewertung sollte sich eigentlich erübrigen, scheint aber im augenblicklichen gesellschaftspolitischen Dialog nicht vorgenommen zu werden.

§ 303 d SGB V

Datenaufbereitungsstelle

Die Vertrauensstelle hat die pseudonymisierten Daten einer Datenaufbereitungsstelle zu übermitteln. Diese hat diese Daten „zur Erstellung von Datengrundlagen für die in § 303 f Abs. 2 SGB V genannten Zwecke aufzubereiten und den in § 303 f Abs. 1 SGB V genannten Nutzungsberechtigten zur Verfügung zu stellen.“

Bewertung

Es ist bemerkenswert, dass das eigentliche Verfahren der Datenaufbereitung weder gesetzlich in irgendeiner Form determiniert, noch in den ansonsten recht umfangreichen Bestimmungen zur Datentransparenz näher geregelt wird. Danach kann die Datenaufbereitungsstelle nach eigenem Gutdünken mit den Daten intern verfahren wie es ihr beliebt.

§ 303 e SGB V

Datenübermittlung und -erhebung

Die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 303 a SGB V hat im Benehmen mit dem Beirat gemäß § 303 b SGB V bis zum 31.12.2004 Richtlinien über den Umfang und die Auswahl der Daten, die zur Erfüllung der Zwecke nach § 303 f Abs. 2 SGB V erforderlich sind, die Struktur, die Prüfqualität und das Verfahren der Übermittlung der Abrechnungs- und Leistungsdaten an die Vertrauensstelle zu beschließen. Im Zweifelsfall werden die Richtlinien wie üblich vom BMGS erlassen. In Abs. 1 ist ergänzend vorgesehen, dass bei der Bestimmung des Umfanges der zu erhebenden Daten zu prüfen ist, ob die Erhebung einer Stichprobe ausreichend ist.

Die Leistungsdaten sind spätestens 12 Monate nach Übermittlung durch die Leistungserbringer an die Vertrauensstelle zu übermitteln. Geschieht dies nicht fristgerecht, sind die jeweiligen Organisationen der Leistungserbringer gemäß § 303 e Abs. 3 SGB V von der Nutzung der Daten ausgeschlossen.

Bewertung

Es ist hervorzuheben, dass sich die in § 303 e Abs. 1 SGB V geregelten Richtlinien nicht auf die Datenaufbereitung gemäß § 303 d Abs. 1 SGB V beziehen.

§ 303 f SGB V

Datennutzung

Es werden die Nutzungsberechtigten sowie die Zwecke, für die die Nutzungen erfolgen können, gesetzlich geregelt.

Bewertung

Die Nutzungszwecke sind in § 303 f Abs. 2 SGB V so weitgehend gefasst (z.B. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner oder Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetz-

lichen Krankenversicherung), dass damit praktisch jegliche Nutzung gerechtfertigt werden kann.

§ 305 SGB V

Auskünfte an Versicherte

Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen haben die Versicherten auf deren Verlangen hin schriftlich in verständlicher Form, entweder direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens 4 Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten zu unterrichten. Gemäß Satz 2 gilt diese Bestimmung auch für die vertragszahnärztliche Versorgung. Der Versicherte hat für eine quartalsweise schriftliche Unterrichtung eine Aufwandspauschale in Höhe von 1 EURO zuzüglich Versandkosten zu erstatten. Das Nähere hat die KZBV zu regeln. Kommt diese Regelung nicht bis zum 31.03.2004 zustande, wird diese vom BMGS durch Rechtsverordnung bestimmt.

Bewertung

Wie bereits die bisherige Bestimmung hinsichtlich einer sogenannten „Patientenquittung“ ist auch diese Regelung als praktisch nicht umsetzbar und ineffizient abzulehnen. In den vorgesehenen Zeiträumen kann zwar eine Information des Versicherten über die von ihm in Anspruch genommen Leistungen erfolgen, nicht aber über die damit verbundenen Kosten für die GKV, auch nicht über die „vorläufigen Kosten“. Das augenblickliche System budgetierter Gesamtvergütungen, das nach den weiteren Inhalten des Gesetzentwurfes nicht revidiert, sondern noch weiter ausgebaut werden soll, lässt eine derartige Information nicht zu, da die konkreten Kosten für die GKV erst nach Abrechnung der Gesamtvergütungen insgesamt einzelleistungsbezogen festgestellt werden können. Zu den nunmehr vorgesehenen Zeitpunkten ist daher allenfalls eine vorläufige Schätzung der tatsächlichen Vergütungen möglich, die sich auf der Grundlage von Budgetierungsbestimmungen im jeweiligen Gesamtvertrag, Bestimmungen im Honorarverteilungsmaßstab und speziell im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung durch die Bestimmungen zum degressiven Punktwert gem. §§ 85 Abs. 4 b ff. SGB V um mehr als 50 % gegenüber den zunächst an-

zunehmenden Vergütungen reduzieren können. Dabei sind eventuelle Vergütungsreduzierungen auf Null z.B. auf der Grundlage nachträglicher Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren noch gar nicht berücksichtigt.

Mit derart ungesicherten, in der Regel als überzogen zu bewertenden Vergütungsinformationen, erhält der Versicherte aber keine sachbezogene Information, sondern es erfolgt im Gegenteil geradezu eine gezielte Desinformation des Versicherten. Bereits im Hinblick darauf sind erheblichen Aufwendungen für den Vertragszahnarzt mit der zusätzlichen Unterrichtung des Versicherten in der vorgesehenen Form in keiner Weise zu rechtfertigen. Dies umso mehr, als die Erfahrungen mit den bisherigen Bestimmungen in § 305 SGB V sowie diesbezügliche Modellversuche belegen, dass das Interesse der Versicherten an einer bloßen Leistungs- und Kosteninformation, wobei letztere völlig ungesichert ist, sich als ausgesprochen gering erwiesen hat.

Die mit derartigen Auskünften verbundenen Kosten sind durch die vorgesehene Aufwandspauschale in keiner Weise abgegolten. Zudem ist völlig ungeklärt, wie der einzelne Vertragszahnarzt oder die KZV vom einzelnen Patienten eine Aufwandspauschale in Höhe von 1 EURO zuzüglich Versandkosten einfordern und gegebenenfalls einziehen soll. Bereits das diesbezügliche Verfahren wäre wiederum teurer als der jeweilige Erstattungsbetrag.

Immerhin ist anzuerkennen, dass in der diesbezüglichen Begründung nunmehr konzediert wird, dass das bisherige Verfahren nicht praktikabel ist und auch keinen vertretbaren Aufwand verursacht.

Im Weiteren wird in der Begründung die Auffassung vertreten, der Versicherte könne den tatsächlichen Abrechnungsbetrag nach erfolgter Abrechnung von seiner Krankenkasse im Rahmen des Auskunftsanspruches nach § 305 Abs. 1 SGB V erfahren und mit den erhaltenen Patientenquittungen abgleichen. Eine solche Information kann allerdings erst nach mehreren Jahren erfolgen und es erscheint wenig realistisch anzunehmen, Versicherte würden ihre Patientenquittungen solange sammeln und aufheben, um zu einem späteren Zeitpunkt einen Kostenabgleich vorzunehmen. Derartige Ausführungen in den Begründungen verdeutlichen die Ineffizienz des vorgesehenen Verfahrens und die bereits mehrfach hervorgehobene Tatsache, dass die ei-

gentliche Zielsetzung einer Kostentransparenz für den Versicherten nur durch die Einführung eines generellen Kostenerstattungssystems erreicht werden kann.

II-500-2 Dr.Ms/Zi/mk
06.06.2003
stellgmg2.doc