



**Stellungnahme  
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)  
und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)  
zum Referentenentwurf eines Gesetzes  
zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune  
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)**

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) unterstützen das vom Gesetzgeber verfolgte übergeordnete Ziel, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vor Ort zu stärken und die individuelle Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Zur Erreichung dieses Ziels sehen KZBV und BZÄK jedoch die Notwendigkeit, einige im Referentenentwurf vorgesehene Regelungen, soweit diese die vertragszahnärztlichen Interessen berühren, anzupassen und nehmen den Gesetzesentwurf zum Anlass, um folgende drei Punkte zu adressieren, die eine längst überfällige und unbedingte Regelung durch den Gesetzgeber erfordern:

- Herausnahme der PAR-Leistungen aus der Regelungswirkung des § 85 Abs. 3a SGB V für das Jahr 2024,
- Beseitigung des gesetzlichen Darlehensverbots,
- Regulierung von investorengetragenen medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) durch räumlich-fachliche Begrenzung.

**A. GVSG-RefE ergänzende Regelungsbedarfe**

**I. Herausnahme der PAR-Leistungen aus der Regelungswirkung des § 85 Abs. 3a SGB V für das Jahr 2024**

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) wurde durch § 85 Abs. 3a SGB V für die Jahre 2023 und 2024 eine Budgetierung der zahnärztlichen Gesamtvergütungen dahingehend geregelt, dass diese nur in dem in § 85 Abs. 3a Satz 1 und 2 besagten Umfang angehoben werden dürfen. Über § 85 Abs. 3a Satz 3 SGB V wurden hiervon bestimmte Präventionsleistungen und Leistungen zur Behandlung vulnerabler Patientengruppen ausgenommen, einschließlich der auf Grundlage der zahnärztlichen Behandlungs-Richtlinie des G-BA erbringbaren Parodontitis-Leistungen für vulnerable Patientengruppen. Nicht ausgenommen wurden hingegen die für alle anderen Patienten erbringbaren Leistungen der

neuartigen, präventionsorientierten Parodontitis-Therapie, die erst zum 1. Juli 2021 auf Grundlage der PAR-Richtlinie des G-BA neu in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen wurden.

Die Wiedereinführung der Budgetierung durch das GKV-FinStG hat schwerwiegende Auswirkungen auf diese neue, präventionsorientierte Parodontistherapie. Bei Inkrafttreten des mengenbegrenzenden § 85 Abs. 3a SGB V befand sich die neue Therapie gerade erst in der bis 2025 dauernden Einführungsphase. Diese gesetzliche Regelung entzieht der neuen Parodontistherapie die finanzielle Grundlage mit dramatischen Auswirkungen auf die Patientenversorgung.

Parodontitis ist eine komplexe Entzündungserkrankung des Menschen. Jeder zweite Erwachsene leidet an dieser Volkskrankheit. Unbehandelt ist sie die häufigste Ursache für vermeidbaren Zahnverlust. Parodontitis steht in direkter Wechselwirkung mit Diabetes mellitus und nimmt zudem Einfluss auf weitere schwere Allgemeinerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und rheumatische Erkrankungen und kann ein erhöhtes Risiko für Schwangere sowie bei demenziellen Erkrankungen darstellen. Insofern handelt es sich bei der neuen Parodontitisversorgung um eine zentrale Präventionsleistung für die Mund- und Allgemeingesundheit.

Die Behandlung der Parodontitis (PAR-Behandlung) in der GKV entsprach über Jahrzehnte nicht mehr dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Zudem stand die Anzahl der Behandlungen aufgrund komplexer Zugangsvoraussetzungen in einem deutlichen Missverhältnis zur Zahl der Krankheitsfälle.

Die neue PAR-Behandlung besteht aus einer Behandlungs- sowie einer Nachsorgephase und erstreckt sich insgesamt über einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren. Dabei entfallen rund 36 Prozent der PAR-Leistungen auf das erste Behandlungsjahr. In den Folgejahren entfallen während der Nachsorgephase die übrigen 64 Prozent der PAR-Leistungen auf die Leistungen der unterstützenden Parodontistherapie (UPT). Die neue PAR-Behandlung wird in jedem Einzelfall von den Krankenkassen genehmigt.

Sowohl die BMG-Evaluation als auch der gemeinsame Evaluationsbericht der KZBV und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) zeigen, dass die Neubehandlungsfälle im 1. Halbjahr 2023 bundesweit signifikant und in hohem Maße zurückgegangen sind, bei einer weiterhin unverändert hohen Krankheitslast. Dieser Trend aus dem 1. Halbjahr 2023 hat sich im 2. Halbjahr weiter verstärkt. Die Neubehandlungen sind in der 2. Jahreshälfte 2023 auf nur noch rund 80.000 Neubehandlungen pro Monat zurückgefallen. Im 4. Quartal 2023 lag der Rückgang gegenüber dem Vorjahresquartal bei über 40 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahresmonat sind die Neubehandlungsfälle im Dezember 2023 um 54 Prozent sogar noch weiter eingebrochen und lagen damit auf einem Tiefstand von rund 77.000 Neubehandlungen. Die Regelungen des GKV-FinStG führen dazu, dass die Mittel nicht ausreichen und prioritär für die Weiterbehandlung der in den Vorjahren begonnenen Fälle aufgewendet werden müssen.

Trotz rückläufiger neuer Behandlungsfälle ist es im Jahr 2023 durch die Überlagerung der Folgeleistungen der Altfälle aus den Jahren 2021 und 2022 und der bereits begonnenen neuen Behandlungsfälle zu steigenden Gesamtleistungsmengen gekommen. Jedoch ist dies kein Ausweis für eine verbesserte PAR-Versorgung, sondern verdeckt vielmehr die durch das GKV-FinStG tatsächlich bewirkte Verschlechterung unterhalb des Niveaus der alten PAR-Behandlungsstrecke.

Die negativen Konsequenzen der Budgetierung auf den Umfang der Parodontitisversorgung sind langfristig für das GKV-System mit erheblich höheren Kosten verbunden. Die Gesamtheit der indirekten Krankheitskosten (z. B. Produktivitätsverlust durch Abwesenheit vom Arbeitsplatz; Zahnlosigkeit; unbehandelte Karies bei Patienten mit Parodontitis, hauptsächlich Wurzelkaries) wird in einer Studie für Deutschland mit rund 34,79 Mrd. Euro angegeben (Botelho et al., 2022). Die konsequente Therapie von Parodontitis würde diese Kosten zumindest reduzieren und neben den individuellen und strukturellen gesundheitlichen Vorteilen zu einer gesamtwirtschaftlichen Entlastung führen. Allein im zahnärztlichen Bereich summieren sich diese Folgekosten auf rund 200 Mio. Euro jährlich. Darüber hinaus ist von deutlich positiven Auswirkungen der PAR-Behandlung auf die Allgemeingesundheit der Versicherten und dadurch induzierte Einsparungen im ärztlichen Sektor auszugehen – insbesondere im Zusammenhang mit Diabeteserkrankungen.

Mit dem geplanten „Gesundes Herz Gesetz“ möchte das Bundesgesundheitsministerium die hohe Zahl der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland erheblich senken. Dies unterstreicht die Relevanz der Prävention nicht nur im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern für das Gesundheitssystem im Allgemeinen. Bei den geplanten Maßnahmen fehlt jedoch ein wesentlicher Aspekt: die Berücksichtigung der neuen, präventionsorientierten Parodontitistherapie. Parodontitis ist eine komplexe Entzündungserkrankung des Menschen, an der jeder zweite Erwachsene leidet. Sie steht in direkter Wechselwirkung mit Diabetes mellitus und nimmt zudem Einfluss auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Gerade vor diesem Hintergrund ist es widersprüchlich, dass der neuen, präventionsorientierten Parodontitistherapie mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) die erforderlichen Mittel entzogen wurden.

Die in § 85 Abs. 3a Satz 1 und 2 SGB V enthaltenen Budgetierungsregelungen führen zu einer Kappung der notwendigen Finanzmittel und damit zu einer unsachgemäßen Reduzierung der neuen PAR-Versorgungsstrecke bzw. einer Rationierung des Leistungsangebots. Wie dargelegt, hat sich für das Jahr 2023 insoweit erwiesen, dass die Zahl der Neubehandlungsfälle für die 3-jährige präventionsorientierte PAR-Behandlungsstrecke bundesweit signifikant und in hohem Maße zurückgegangen ist, bei einer weiterhin unverändert hohen Krankheitslast. Es ist zu befürchten, dass bei unveränderter Rechtslage der durch die Regelung des § 85 Abs. 3a SGB V ausgelöste langfristige strukturelle Schaden für die PAR-Versorgung sowie dadurch bedingt auch im allgemeinmedizinischen Bereich zukünftig noch deutlicher spürbar sein wird.

KZBV und BZÄK fordern daher die Einfügung eines neuen Satzes 4 in § 85 Abs. 3a SGB V, wonach für das Jahr 2024 die gemäß der PAR-Richtlinie des G-BA zu erbringenden Parodontitis-Leistungen aus der budgetierenden Regelungswirkung des § 85 Abs. 3a (Satz 2) SGB V ausgenommen werden, um den Gesamtvertragspartnern auf der Landesebene für das Jahr 2024 die Verhandlungsspielräume zu geben, die eine angemessene Berücksichtigung des Parodontitis-Behandlungsbedarfs ermöglichen.

### **Regelungsvorschlag:**

In § 85 Abs. 3a SGB V wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt (unterstrichen):

*"<sup>1</sup>Die Gesamtvergütungen nach Absatz 3 dürfen im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. <sup>2</sup>Im Jahr 2024 dürfen die Gesamtvergütungen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. <sup>3</sup>Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind. <sup>4</sup>Im Jahr 2024 gilt Satz 2 zudem nicht für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie). <sup>5</sup>Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert bis zum 30. September 2023 die Auswirkungen der Begrenzung der Anhebungen der Gesamtvergütungen nach Satz 1 auf den Umfang der Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur Behandlung von Parodontitis."*

## **II. Beseitigung des gesetzlichen Darlehensverbots**

Mit dem 8. Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze wurde mit Wirkung zum 01.01.2023 durch eine Ausweitung von § 78 Abs. 6 SGB V das in § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V für Krankenkassen geltende Verbot der Darlehensaufnahme auf die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erstreckt.

Für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KZBV und KBV) wurde das Verbot der Darlehensaufnahme bereits im Jahr 2017 durch das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz mit der Begründung eingeführt, „*dass Fremdmittel (Bankkredite) zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht eingesetzt werden dürfen*“. Dies sei sachliche Konsequenz aus der beitragszentrierten Finanzordnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.

Bei der Erstreckung des Verbots der Darlehensaufnahme auf KZVen und KVen hat sich der Gesetzgeber von denselben Überlegungen leiten lassen, dabei jedoch verkannt, dass sich die Situation von KZVen und KVen maßgeblich von der der Bundesvereinigungen unterscheidet. Denn während die Aufgabenerfüllung der Bundesvereinigungen rein beitragsfinanziert erfolgt, werden bei KVen und KZVen lediglich die Verwaltungskosten aus Mitgliedsbeiträgen finanziert, wohingegen die Vergütung (zahn)ärztlicher Leistungen im Wesentlichen durch die Verteilung der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen (bzw. Abschläge auf selbige) erfolgt.

Kommt es bei diesen Zahlungsflüssen von den Krankenkassen an KVen und KZVen zu Verzögerungen, so entspricht es der üblichen und bundesweit praktizierten Praxis, eine etwaig entstehende Finanzierungslücke durch die Aufnahme kurzfristiger, sog. Kassenverstärkungskredite – d.h. Krediten mit kurzer Laufzeit, die üblicherweise noch im laufenden Geschäftsjahr beglichen werden – zu überbrücken, um so eine rechtzeitige Honorarzahlung gewährleisten zu können. Hierdurch werden die (zahn)ärztlichen Praxen zur Aufrechterhaltung des Betriebs befähigt und damit nicht zuletzt auch zur Versorgung der Versicherten.

Zwar ist das System der gesetzlichen Krankenkassen weitestgehend gegen vollständige Zahlungsausfälle (bspw. im Falle der Insolvenz einzelner Krankenkassen) geschützt, nicht jedoch gegen die hieraus oder aus anderen Ursachen resultierenden Verzögerungen, die mitunter noch nicht einmal in der unmittelbaren Einflussphäre der Krankenkassen liegen müssen. So können etwa IT-Angriffe auf Krankenkassen und deren Finanzdienstleister Zahlungsflüsse stören (so etwa geschehen im Falle der BIG direkt und deren IT-Dienstleister Bitmarck, welcher am 26.04.2023 Opfer einer Cyberattacke wurde, wodurch sich auch Zahlungen der BIG direkt verzögerten).

Unter Hinweis auf § 134 BGB i.V.m. dem Verbot zur Darlehensaufnahme verweigern Banken zusehends die Gewährung solcher Zwischenfinanzierungen. Perspektivisch steigt damit die Gefahr, dass es zu empfindlichen Störungen bei den (zahn)ärztlichen Honorarzahlungen kommt, die in Zeiten rasant steigender Kosten neben den Praxisinhabern auch deren Angestellte und verbundenen Berufe mitunter empfindlich treffen und schlimmstenfalls zur Zahlungsunfähigkeit der Betroffenen und mittelbar auch zu einer Beeinträchtigung der Versorgung führen können.

### **Forderung von KZBV und BZÄK:**

Vor diesem Hintergrund fordern KZBV und BZÄK eine Aufhebung des Verbots der Darlehensaufnahme für KVen und KZVen und dementsprechend die Streichung der Formulierung „sowie § 220 Abs. 1 Satz 2“ in § 78 Abs. 6 SGB V.

Soweit an dem generellen Darlehensverbot festgehalten werden soll, muss gesetzlich zwingend ein Ersatzmechanismus geschaffen werden, der eine kontinuierliche und vor allem rechtzeitige Honorarauszahlung gewährleistet, bspw. durch eine kurzfristige Zwischenfinanzierung aus Landesmitteln oder hilfsweise zumindest durch die Ermöglichung der Aufnahme von Kassenverstärkungskrediten.

### **III. Regulierung von iMVZ**

#### **1. Räumlich-fachliche Begrenzung**

Fremdinvestoren (z.B. Private-Equity-Gesellschaften) dringen immer weiter in die vertragszahnärztliche Versorgung vor. Eine aktuelle Analyse der KZBV bestätigt die anhaltend hohe Dynamik. Die Ausbreitung von iMVZ konnte durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das im SGB V einen Sonderweg für die vertragszahnärztliche Versorgung vorgibt, nicht nennenswert eingedämmt werden. Mit einseitigem Fokus auf schnelle Gewinnmaximierung stellen iMVZ eine erhebliche Gefahr für Patientenversorgung dar, welche sich insbesondere wie folgt äußert.

iMVZ siedeln sich vornehmlich in Großstädten und Ballungsräumen mit überdurchschnittlichen Einkommen an, die häufig bereits einen hohen zahnärztlichen Versorgungsgrad aufweisen. Zur Versorgung in strukturschwachen, zumeist ländlichen Gebieten leisten iMVZ keinen nennenswerten Beitrag.

Die aktuellen Daten zeigen auf, dass die Fremdinvestoren mit der Gründung von iMVZ über ein Krankenhaus keinen Beitrag zur Stärkung der regionalen zahnmedizinischen Versorgung oder der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit leisten. Kein einziger Krankenhausträger (0 Prozent), der von Fremdinvestoren zur MVZ-Gründung genutzt wird, verfügt über eine Abteilung mit zahnärztlichem Bezug. Zugleich besteht nur ein einziges (0,2 Prozent) der aktuell 468 iMVZ tatsächlich im Planungsbereich des jeweiligen Krankenhausträgers. Demgegenüber siedeln sich zahnärztliche MVZ von Trägerkrankenhäusern ohne Investor zu 95,2 Prozent im Planungsbereich des zugehörigen Krankenhauses an. Gleichzeitig weisen Trägerkrankenhäuser zahnärztlicher MVZ ohne Investor zu 94,4 Prozent einen zahnärztlichen Bezug auf. Demgemäß verfehlen iMVZ – jedenfalls soweit es die zahnärztliche Versorgung betrifft – auch das mit der Gründungsbefugnis für Krankenhäuser verbundene gesetzgeberische Ziel einer engen Verzahnung von Krankenhaus und MVZ (BT-Drs. 16/2474, S. 29).

Die iMVZ zeigen gegenüber den bewährten Praxisformen eine Tendenz zu Über- und Fehlversorgungen, was durch die Analyse von Abrechnungsdaten belegt werden kann. An der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung im Rahmen der aufsuchenden Versorgung und von Kindern und Jugendlichen mit präventiven Leistungen der Individualprophylaxe nehmen iMVZ kaum teil. Durch größere Kettenbildungen steigt die Gefahr von regionalen Versorgungslücken im Fall von Insolvenzen mit erheblichen Folgen für Patientinnen und Patienten.

Zudem ist die zahnmedizinische Versorgung, die fast ausschließlich ambulant erbracht wird, gänzlich anders gelagert als die Versorgung im ärztlichen Bereich.

### **Forderung von KZBV und BZÄK:**

Zwecks Lösung der damit verbundenen Versorgungsgefahren fordern KZBV und BZÄK:

- die Verankerung einer räumlichen und fachlichen iMVZ-Gründungsbeschränkung für Krankenhäuser im SGB V.

In räumlicher Hinsicht muss das von einem Krankenhaus gegründete MVZ in demselben Planungsbereich wie das Krankenhaus liegen.

Zudem sollten zahnärztliche MVZ nur von Krankenhäusern mit einer zahnmedizinischen Fachabteilung bzw. einem zahnmedizinischen Versorgungsauftrag gegründet werden. Zwingend notwendig ist es, den mit dem TSVG beschrittenen Sonderweg für den vertragszahnärztlichen Bereich weiterzugehen und eine räumliche und eine fachliche Beschränkung gesetzlich zu verankern.

## **2. Schaffung von Transparenz hinsichtlich der Eigentümerstrukturen**

Die hinter iMVZ stehenden verschachtelten Eigentümer und Beteiligungsstrukturen sind häufig sehr intransparent und können durch die bestehenden Register nicht ausreichend nachvollzogen werden. Daher sollten flankierend zu der unter 1. geforderten räumlich-fachlichen Begrenzung der Gründungsbefugnis die nachfolgenden Transparenzmaßnahmen geregelt werden. KZBV und BZÄK weisen insoweit jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die Schaffung von Transparenz allein keine Regulierungswirkung erzielt, sondern lediglich als ergänzende Begleitmaßnahme sinnvoll wäre.

### **Forderung von KZBV und BZÄK:**

Zur Herstellung einer größtmöglichen Transparenz fordern KZBV und BZÄK:

- die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einrichtung von MVZ-Registern auf Bundes- und Landesebene in Anlehnung an die bereits existierenden Zahnarztregister. Diese sollen die Transparenz über die Inhaber- und Beteiligungsstrukturen, insbesondere von iMVZ schaffen und die Prüfung von deren Eignung zur Teilnahme an der Versorgung durch den Zulassungsausschuss ermöglichen. Die Eintragung in das Register sollte verpflichtende Zulassungsvoraussetzung für MVZ sein;
- die zahnärztlichen MVZ gesetzlich zu verpflichten, in geeigneter Weise auf ihrem Praxisschild und auf ihrer Homepage Angaben über ihren Träger und die gesellschaftsrechtlichen Inhaberstrukturen zu machen.

## **B. Regelungen des GVSG-RefE**

Zu den im GVSG-RefE vorgesehenen Regelungsinhalten nehmen KZBV und BZÄK, sofern zahnärztliche Interessen betroffen sind, wie folgt Stellung:

### **I. Prüfrecht des Bundesrechnungshofs (BRH) gegenüber den K(Z)Ven, der K(Z)BV und dem G-BA (Art. 1 Nr. 26 GVSG-RefE / § 274 Abs. 4 Satz 2 SGB V sowie Art. 3 GVSG-RefE / § 112 Abs. 1 Satz 3 BHO-E)**

KZBV und BZÄK lehnen die mit § 274 Abs. 4 Satz 2 SGB V-E vorgesehene Ausweitung der Prüfrechte des BRH auch gegenüber den K(Z)Ven, deren Bundesvereinigungen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie die in dem Zusammenhang stehende Änderung des § 112 Abs. 1 Satz 2 Bundeshaushaltsordnung (BHO) entschieden ab.

Die Prüfständigkeit des BRH setzt gemäß Art. 114 Abs. 2 GG die Verfügung über Bundesmittel voraus. K(Z)BV, K(Z)Ven und G-BA erhalten jedoch, anders als die Krankenkassen, keine Bundeszuschüsse. Insoweit ist bereits die zur Ausweitung der Prüfkompetenzen des Bundesrechnungshofs herangezogene Begründung gänzlich verfehlt. Dies wird auch durch zwei von KZBV, KBV sowie G-BA in Auftrag gegebene dezidierte Rechtsgutachten von Prof. Hermann Butzer sowie von Prof. Winfried Kluth belegt.

Die ggf. auch aus Bundeszuschüssen an die Krankenkassen gespeisten vertrags(zahn)ärztlichen Gesamtvergütungen dienen nicht der Finanzierung der K(Z)Ven und der K(Z)BV, sondern einzig der Vergütung vertrags(zahn)ärztlicher Leistungen. Indem die Krankenkassen die ihnen auch aus den Bundesmitteln nach § 221 Abs. 1 SGB V zugeflossenen Finanzmittel einsetzen, um die vertrags(zahn)ärztliche Gesamtvergütung zu leisten, endet die bis zu diesem Zeitpunkt bestehende Zweckbindung dieser Finanzmittel.

Die Finanzierung der K(Z)Ven erfolgt demgemäß durch rechtlich davon zu trennende Mitgliedsbeiträge aus dem Privatvermögen der Vertrags(zahn)ärzte und nicht aus Bundesmitteln. Die Finanzierung der KBV und KZBV erfolgt wiederum durch Mitgliedsbeiträge der KVen bzw. KZVen. Die damit verbundene veränderte rechtliche Zuordnung hat zur Folge, dass spätestens mit der Nutzung der Gelder zum Zweck der Gesamtvergütung eine Prüfungsbefugnis unter Berufung auf den teilweisen Ursprung der Gelder im Bundeshaushalt nicht mehr stichhaltig begründbar ist.

Dass die K(Z)Ven, K(Z)BV und der G-BA nicht durch Bundesmittel finanziert werden, spiegelt sich auch in den Regelungen der BHO wider, die in ihrem § 112 Abs. 1 Satz 1 die Geltung der BHO und damit eine Prüfständigkeit des BRH (s. etwa § 111 BHO) zwar für die Krankenkassen anordnet, wenn diese Bundeszuschüsse erhalten, gemäß ihrem § 112 Abs. 1 Satz 3 aber die Geltung der BHO für die sonstigen Körperschaften auf dem Gebiet der Sozialversicherung (mithin auch KZVen, KVen, KZBV und KBV) gerade ausdrücklich und bislang folgerichtig ausschließt.



Insoweit ist neben den o.g. Rechtsgutachten gerade auch der geltende § 112 BHO eindrücklicher Beleg dafür, dass die zur Rechtfertigung von Prüfrechten des BRH in der Begründung des Referentenentwurfs aufgestellte Behauptung, K(Z)BV, K(Z)Ven und G-BA seien „mittelbar Empfänger von Bundesmitteln aus dem Gesundheitsfonds“, in der Sache unzutreffend und rechtlich unhaltbar ist.

Abseits der rechtlichen Fragwürdigkeit wäre eine Ausweitung der Prüfständigkeit des BRH zudem auch in der Sache nicht zweckmäßig. Bereits heute unterliegen KBV, KZBV und G-BA einer regelmäßigen und engmaschigen aufsichtsrechtlichen Kontrolle durch das BMG und stimmen sich gerade auch in wesentlichen Finanzfragen eng mit diesem ab, um potentiellen Rechtsverstößen vorzubeugen. Das Aufsichtsinstrumentarium des BMG wurde durch die Regelungen des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes bezüglich der Bundeskörperschaften und dem G-BA nochmals erheblich ausgeweitet und verschärft. Zusätzlich besteht eine Vielzahl gesondert geregelter Vorlage-, Genehmigungs- und Zustimmungserfordernisse, die den Aufsichtsbehörden einzelfallbezogen zusätzliche Prüfmöglichkeiten und -pflichten eröffnen, wie etwa ein Genehmigungserfordernis hinsichtlich der Vorstandsdienstverträge. Mit einer Erweiterung der Zuständigkeit des BRH würden zusätzliche Prüfmöglichkeiten neben die der originär zuständigen Aufsichtsbehörden einschließlich der Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung nach § 274 SGB V treten. Dabei wäre zu erwarten, dass es durch die Parallelzuständigkeit von Aufsichtsbehörden und BRH zu unterschiedlichen Prüfergebnissen bei identischer Sachlage und entsprechenden Rechtsunklarheiten kommt.

Der Aufbau von Doppelstrukturen würde zwangsläufig zum Aufbau von unnötiger und alle Beteiligten belastende Bürokratie führen, welche dem gesetzgeberischen und politischen Ziel, Bürokratien abzubauen, entgegenstehen.

Auch sind die mit der Schaffung solcher unnötigen Doppelstrukturen zwangsläufig einhergehenden Kosten nicht zu rechtfertigen. Auch wenn die Gesetzesbegründung klarstellt, dass diese durch eine Prüfständigkeit des BRH entstehenden Kosten nicht den Geprüften auferlegt werden, entstehen sie gleichwohl und müssen demgemäß aus dem Bundeshaushalt und mithin vom Steuerzahler getragen werden. Legt man die erheblichen, sich pro Prüffjahr bis in den sechsstelligen Bereich bewegenden Kosten für die aufsichtsrechtlichen Prüfungen nach § 274 Abs. 1 SGB V als Maßstab zugrunde und geht naheliegender Weise davon aus, dass auch beim BRH Kosten in entsprechender Höhe anfallen, handelt es sich hierbei um sehr umfangreiche Kosten, für die angesichts der bereits sehr engmaschigen Prüfung von K(Z)BV und K(Z)Ven im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Turnusprüfungen nach § 274 SGB V keine Rechtfertigung ersichtlich ist – erst recht nicht, wenn sich der BRH hierbei außerhalb seiner originären, auf Bundesmittel bezogenen Prüfständigkeit bewegt, welche es (siehe oben) bei K(Z)BV, K(Z)Ven und G-BA nicht gibt.

Letztlich ist auch die Annahme in der Gesetzesbegründung verfehlt, wonach eine Prüfung durch den Bundesrechnungshof für die prüfunterworfenen Körperschaften keine finanziellen Auswirkungen hätte. Zwar mag dies insoweit stimmen, als

keine unmittelbaren Prüfkosten anfallen. Die bisherige Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung vonseiten der prüfunterworfenen Körperschaft aufwendig begleitet werden müssen und dementsprechend mit einem hohen personellen Ressourceneinsatz einhergehen, wodurch letztlich Arbeitskraft gebunden wird, die ansonsten zur originären Aufgabenerfüllung eingesetzt würde. Insoweit entstehen den prüfunterworfenen Körperschaften mittelbar durchaus erhebliche Kosten.

#### **Forderung von KZBV und BZÄK:**

Aus diesen Gründen fordern KZBV und BZÄK, auf die Einführung von BRH-Prüf-rechten gegenüber den K(Z)Ven, den K(Z)BVen und dem G-BA zu verzichten und die geplanten Regelungen in § 274 Abs. 4 Satz 3 SGB V-E sowie in § 112 Abs. 1 Satz 3 BHO ersatzlos zu streichen.

### **II. Regelung zur Ermöglichung digitaler Sitzungen des Bewertungsausschusses (Art. 1 Nr. 8 lit. d GVSG-RefE / § 87 Abs. 3e SGB V-E)**

KZBV und BZÄK bewerten die mit der ergänzenden Regelung in § 87 Abs. 3e SGB V-E vorgesehene Klarstellung, wonach die Geschäftsordnung des Bewertungsausschusses für Ärzte die Durchführung von Sitzungen als hybride oder digitale Sitzung vorsehen kann, in denen auch Beschlüsse gefasst werden können, als positiv, gibt jedoch zu bedenken, dass die Geltung des § 87 Abs. 3e SGB V inkl. der mit dem Gesetzesentwurf vorgesehenen Ergänzung aufgrund der gesetzlichen Anordnung in § 87 Abs. 3g SGB V im vertragszahnärztlichen Bereich ausgeschlossen ist.

#### **Forderung von KZBV und BZÄK:**

Da keine Gründe für die unterschiedliche Behandlung des Bewertungsausschusses für Ärzte und des Bewertungsausschusses für Zahnärzte ersichtlich sind, halten KZBV und BZÄK eine Ausweitung der beabsichtigten Regelung auch auf den vertragszahnärztlichen Bereich für geboten und regt an, die beabsichtigte Regelung in § 87 Abs. 3 SGB V zu verorten.

### **III. Regelungen zur betragsmäßigen Beschränkung der Sicherheitsleistungen (Art. 1 Nr. 13 GVSG-RefE / § 95 Abs. 2 Sätze 7 und 8 SGB V-E)**

KZBV und BZÄK stehen den in § 95 Abs. 2 Sätze 7 und 8 SGB V-E vorgesehenen Regelungen zur betragsmäßigen Beschränkung der Sicherheitsleistungen kritisch bis ablehnend gegenüber.

Die mit § 95 Abs. 2 Satz 7 SGB V-E den Gesellschaftern eines nichtkommunalen bzw. kommunalen MVZ in der Rechtsform einer GmbH eingeräumte Möglichkeit, u.a. die selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung betragsmäßig zu beschränken, lehnen KZBV und BZÄK ab.

Der Gesetzgeber berücksichtigt nicht das seinerseits mit der Einführung der Regelung zur Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung in § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V verfolgte Ziel. Dieses besteht ausweislich der seinerzeitigen Begründung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 (s. BT-Drs. 16/2474, Seite 21) zum einen darin, die in der Rechtsform einer GmbH betriebenen MVZ den als Personengesellschaft organisierten MVZ, deren Gesellschafter persönlich haften, sowie den persönlich haftenden in Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaften tätigen Vertragsärzten gleichzustellen. Zum anderen dient die Regelung – wie auch in § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V ausdrücklich geregelt - der Absicherung sämtlicher Forderungen von K(Z)Ven und Krankenkassen gegen das MVZ und damit dem Schutz der Gemeinschaft der anderen in der K(Z)V durch Pflichtmitgliedschaft organisierten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringer. Die selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung muss daher betragsmäßig unbegrenzt, unbefristet und unkündbar sein (s. a. Pawlita in jurisPK 4. Aufl., § 95 Rdn. 260 f.; BSG Urteil vom 22. 10. 2014 – B 6 KA 36/13 R, Rn. 27).

Eine betragsmäßige Begrenzung der selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung würde die seinerzeitige Zielsetzung, deren Erfüllung nach wie vor Bestand hat, ins Gegenteil verkehren, die MVZ im Vergleich zu den persönlich und unbeschränkt haftenden Vertragszahnärzten privilegieren und die Position von K(Z)Ven bzw. Krankenkassen bei der Geltendmachung und Durchsetzung ihrer Forderungen gegenüber dem MVZ in der Rechtsform einer GmbH schwächen.

Berücksichtigt man die vom Gesetzgeber zur Begründung der Beschränkungsmöglichkeit angeführte Argumentation, die ausschließlich die Berichterstattung aus der Kommunalpraxis berücksichtigt und zur Begründung der Implementierung der neuen Regelung die bestehenden faktischen Schwierigkeiten bei der Gründung von kommunalen MVZ in der Rechtsform der GmbH in Bezug nimmt (keine betragsmäßig unbeschränkte Bürgschaftserklärungen aus kommunalrechtlichen Gründen), ist kein Grund dafür ersichtlich, weshalb der Gesetzgeber die primär für die kommunalen MVZ in der Rechtsform der GmbH konzipierte Regelung auch auf die nichtkommunalen MVZ erstreckt. Gründe für eine Gleichstellung der kommunalen und nichtkommunalen MVZ sowie die Gleichstellung der selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung mit der Sicherheitsleistung nach § 232 BGB sind nicht ersichtlich.

Nicht nachvollziehbar ist ferner, warum der Gesetzgeber die Ausübung des Rechts zur Begrenzung der Sicherheitsleistungen schon vor Inkrafttreten der nach § 95 Abs. 6 Satz 8 SGB V-E zwischen den Bundesmantelvertragspartnern (KBV bzw. KZBV und GKV-SV) zu vereinbarenden Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der gem. Satz 7 begrenzten Sicherheitsleistungen ermöglicht.

Die Sicherheitsleistung ist eine Zulassungsvoraussetzung, die bundesweit gleichen Anforderungen genügen muss. Wie in der Begründung zum GVSG-RefE vom Gesetzgeber selbst ins Feld geführt, müssen zur Vermeidung von ungleichen Zulassungsvoraussetzungen bundesweit einheitliche Vorgaben geschaffen werden. Dieses vom Gesetzgeber verfolgte Ziel würde jedoch nicht erreicht und

sogar konterkariert, wenn die Ausübung des Rechts zur Begrenzung der Sicherheitsleistung bereits vor Vereinbarung von Rahmenvorgaben ermöglicht werden würde.

Die vorgesehene zeitliche Abfolge könnte zur Entstehung von doppelten bzw. zusätzlichen Verwaltungsaufwänden führen, wenn die durch den Gesellschafter der Höhe nach begrenzte Bürgschaft unter den bundeseinheitlichen Vorgaben liegen sollte und nachträglich wieder nach oben korrigiert werden müsste. Für die Zulassungsausschüsse würde bis zum Inkrafttreten der Vorgaben ein Aufwand entstehen, der in der Verifizierung der Orientierungswerte für die Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB begründet liegen könnte, sofern solche überhaupt existieren. Damit würde ein nicht näher bezifferbarer Bürokratieaufwand entstehen.

#### **Forderung von KZBV und BZÄK:**

KZBV und BZÄK fordern den Gesetzgeber daher auf, vorgesehene Regelung in § 95 Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V-E ersatzlos zu streichen oder hilfsweise zumindest

- die vorgesehene Regelung in § 95 Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V-E auf die kommunale MVZ in der Rechtsform einer GmbH zu beschränken, und
- die Ausübung des Rechts zur Beschränkung der selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung durch die Kommune erst nach Inkrafttreten der zwischen der KZBV bzw. KBV und dem GKV-SV zu vereinbarenden Rahmenvorgaben zu ermöglichen.

#### **IV. Bagatellgrenze im Rahmen der WP für ärztlich verordnete Leistungen (Art. 1 Nr. 17 GVSG-RefE / § 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V-E)**

KZBV und BZÄK bewerten die in § 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V-E vorgesehene Einführung einer Bagatellgrenze im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung für ärztlich verordnete Leistungen, insbesondere mit Blick auf die mit dieser verfolgten Entbürokratisierung, als positiv. Im Interesse der angestrebten einheitlichen und möglichst aufwandsarmen Umsetzung wäre es aus Sicht von KZBV und BZÄK vorzugswürdig, die Bagatellgrenze direkt im Gesetz zu verorten.

#### **V. Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen aufseiten der Krankenkassen (Art. 1 Nr. 23 GVSG-RefE / div. Ergänzungen in § 197a SGB V-E)**

KZBV und BZÄK bewerten die intendierten Ergänzungen in § 197a SGB V, soweit es die Einfügung der Absätze 3c und 7 betrifft, als hochproblematisch.

Die in Absatz 3c angelegte KI-gestützte Auswertung kassenübergreifender Datenbestände zwecks (Fehlverhaltens-)Mustererkennung dürfte im Ergebnis

nichts Anderes als eine Art Rasterfahndung darstellen, an welche die Rechtsprechung nicht grundlos erhebliche verfassungsrechtliche Anforderungen gestellt hat, die vorliegend kaum erfüllt sein dürften.

Ohne die grundsätzliche Notwendigkeit einer Bekämpfung wirtschaftlichen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen in Abrede stellen zu wollen, darf diese Zielsetzung nicht dazu führen, dass diejenigen, die das System der GKV durch ihren fortwährenden und mitunter hohen persönlichen Einsatz am Laufen halten, als gesamte Personengruppe bzw. als Berufsstand unter Generalverdacht gestellt und ihre verfassungsrechtlich garantierten Persönlichkeitsrechte einschließlich des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung ohne konkreten Anlass massiv ausgehöhlt werden.

Ein solcher Generalverdacht ist auch deshalb verfehlt, weil die bisherige Berichterstattung im Bereich der Fehlverhaltensbekämpfung – insb. soweit es die zahnärztliche Versorgung betrifft – keinen Anlass hierzu gibt. Im Gegenteil hat sich seit Einrichtung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen nach § 81a SGB V vielmehr fortlaufend die Vermutung bestätigt, dass zahnärztliches Fehlverhalten auf wenige Einzelfälle beschränkt ist.

Die im Entwurf des GVSG angedachten Maßnahmen, die letztlich auf eine leistungserbringerbezogene Rasterfahndung hinauszulaufen drohen, sind daher aus Sicht von KZBV und BZÄK gänzlich unverhältnismäßig und hinsichtlich ihrer verfassungsrechtlichen Zulässigkeit in höchstem Maße zweifelhaft.

Vergleichbare Bedenken bestehen auch hinsichtlich der nach § 197a Abs. 7 SGB V-RefE vom GKV-SV zu konzeptionierenden Betrugspräventionsdatenbank, in die offenbar schon auf Grundlage bloßer Auffälligkeiten oder allgemeiner Verdachtsmuster "präventiv" Leistungserbringer eingetragen werden sollen, ohne dass ihnen ein konkretes Fehlverhalten bereits nachgewiesen werden konnte. Zudem ist – losgelöst von der Zulässigkeit – völlig unklar, wie dies einer "Betrugsprävention" als einer Verhinderung von Straftaten, ehe sie – mutmaßlich – begangen werden, dienen soll. Aufgrund der Nähe zur o.g. Rasterfahndung sowie der erheblichen Gefahr einer Stigmatisierung der lediglich "präventiv" eingetragenen Leistungserbringer ist auch eine solche Betrugspräventionsdatenbank wegen des damit verbundenen schwerwiegenden Eingriffs in das allgemeine Persönlichkeits(grund)recht strikt abzulehnen.

## **VI. Zu den G-BA-bezogenen Regelungen**

### **1. Änderung von § 91 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Art. 1 Nr. 11 lit. a) GVSG-RefE)**

Die Schaffung einer ausdrücklichen Rechtsgrundlage, auf deren Grundlage der G-BA im Rahmen seiner Geschäftsordnung Regelungen zu den Voraussetzungen für die Durchführung seiner Sitzungen im Hybrid- oder Digitalformat treffen kann, wird als zweckmäßig begrüßt. Auch nach Ende der COVID-Epidemie hat sich die Möglichkeit der Durchführung von Hybrid- oder Digitalsitzungen als zweckmäßig erwiesen.

**2. Änderung von § 91 Abs. 11 Satz 1 SGB V (Art. 1 Nr. 11 lit. b) aa) GVSG-RefE)**

Die Reduktion des bisherigen Aufwands für den G-BA, die von ihm zur Straffung der Verfahren vorgenommenen Maßnahmen sowie die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Überschreitung der gesetzlichen Fristen und zu Verfahrensverzögerungen über zwei Jahre hinausgeführt haben können, im Rahmen seiner Berichtspflicht an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages darzulegen, wird begrüßt.

**3. Änderung von § 91 Abs. 11 Satz 2 SGB V (Art. 1 Nr. 11 lit. b) bb) GVSG-E)**

Die Verschärfung der Darstellungspflicht von Entscheidungen und Richtlinien, die anstatt wie bisher länger als drei Jahre, nun länger als zwei Jahre beraten werden, wird nicht für nötig befunden. Ausweislich des aktuellen Fristenberichts des G-BA für das Jahr 2022 haben von 670 Verfahren lediglich 13 die Dreijahresfrist überschritten. Der G-BA hat, wie auch im Bericht ausgewiesen, in jedem einzelnen Fall geprüft, wie die Verfahren beschleunigt, resp. zum Abschluss gebracht werden können. Durch die bereits verfahrensrechtlich verankerten Grundlagen verfügt der G-BA über ein zweckmäßiges Instrumentarium, welches es insbesondere den zuständigen Unparteiischen Mitgliedern ermöglicht, verfahrenslenkende und –beschleunigende Maßnahmen zu ergreifen.

**4. Änderung von § 92 Abs. 4 SGB V (Art. 1 Nr. 12 lit. c) GVSG-RefE)**

Die Regelung, den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Richtlinien des G-BA über Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Qualitätssicherung der Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme ein Stellungnahmerecht einzuräumen, wird begrüßt. Es wird jedoch darauf verwiesen, dass den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinie seit langem ein Stellungnahmerecht durch den G-BA zuerkannt wurde. Die Regelung hat zumindest diesbezüglich rein deklaratorischen Charakter.

**5. Änderung von § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V (Art. 1 Nr. 12 lit. e) GVSG-RefE)**

Die Regelung, den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Richtlinien des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln ein Stellungnahmerecht einzuräumen, wird begrüßt

**6. Änderung von § 140f Abs. 2 SGB V (Art 1 Nr. 22 lit. b) GVSG-RefE)**

Die Sinnhaftigkeit der vorgesehenen einmaligen Möglichkeit für die Patientenvertretung, mittels Veto eine Beschlussfassung im Plenum des G-BA zu verhindern, wird vor dem Hintergrund des Zieles der Verfahrensbeschleunigung sowie der verfahrensrechtlichen Gleichbehandlung hinterfragt. Über die aktive Einbindung

der Patientenvertretung mit Teilnahme-, Rede- und Antragsrecht in allen Gremien des G-BA wird eine Berücksichtigung der Positionen der Patientenvertretung gewährleistet. Über die Regelungen der Geschäftsordnung des G-BA ist die Wahrung der Rechte der Patientenvertretung bereits heute umfassend gesichert. So ist z.B. vor jeder Abstimmung die Position der Patientenvertretung den Trägerorganisationen zur Kenntnis zu geben und es wird aktiv seitens des Unparteiischen Vorsitzenden das Votum der Patientenvertretung abgefragt. Der Patientenvertretung stehen bereits heute weitgehende verfahrensrechtliche Möglichkeiten zur Verfügung, Abstimmungen im Plenum herbeizuführen (auf Antrag bei Delegationsbeschlüssen gem. 1. Kap. § 4 Abs. 2 Satz 4 VerfO, Einleitung von Stellungnahmeverfahren gem. 1. Kap. § 10 Abs. 1 VerfO, direkte Abstimmungen im Plenum gem. 1. Kap. § 5 Abs. 4 Satz 3 VerfO).

Ein explizites Vetorecht der Patientenvertretung steht dazu im Wertungswiderspruch zur in der Geschäftsordnung des G-BA verankerten Möglichkeit der Hemmung einer Beschlussfassung, wenn alle anwesenden Unparteiischen und alle Vertreterinnen und Vertreter mindestens einer Trägerorganisation gegen ihn stimmen (§ 15 Abs. 1 Satz 2 GO). Trägerorganisationen ist es nur gemeinsam mit den Unparteiischen möglich, eine Beschlussfassung zu hemmen. Ein einseitiges Vetorecht der Patientenvertretung würde über diese Möglichkeit weit hinausgehen.

30.04.2024