

## Terminservice- und Versorgungsgesetz

# Der „Omnibus“ ist unterwegs

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das der Bundestag in 2. und 3. Lesung Mitte März verabschiedet hat, ist das bislang umfassendste gesundheitspolitische Gesetzgebungsverfahren der laufenden Legislaturperiode abgeschlossen. Als klassisches „Omnibus-Gesetz“ enthält es mehrere Regelungen, die das Bundesministerium für Gesundheit auch unabhängig von der ärztlichen Versorgung regeln will. Das Gesetz ist zum 1. Mai 2019 in Kraft getreten.

### Wesentliche Änderungen

Die **Punktwertdegression** für vertragszahnärztliche Leistungen ist vollständig beseitigt worden, also die bislang gesetzlich vorgegebene Kürzung von zahnärztlichen Honoraransprüchen bei Überschreiten bestimmter Punktmengengrenzen durch Punktwertminderungen. Diese Honorarkürzungen kamen ausschließlich den Krankenkassen zugute.

Des Weiteren ist eine spezielle **Regelung zur Gründung zahnmedizinischer Versorgungszentren (Z-MVZ) durch Krankenhäuser** geschaffen worden. Deren Gründungsbefugnis für Z-MVZ ist künftig von der Wahrung bestimmter Versorgungsanteile abhängig, die durch die von einem Krankenhaus gegründeten bzw. betriebenen Z-MVZ nur noch maximal erreicht werden dürfen. Diese Anteile richten sich prozentual gestaffelt nach dem Versorgungsgrad des jeweiligen Planungsbereiches:

- In grundsätzlich **bedarfsgerecht versorgten Planungsbereichen** (entspricht einem Versorgungsgrad von 50% bis 109,99%) beträgt der zulässige Versorgungsanteil eines Krankenhauses bzw. „seiner“ Z-MVZ in dem betreffenden Planungsbereich **maximal 10%**, mindestens jedoch fünf Z-MVZ-Sitze/ Zahnarztstellen in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 50% und 99,9%.
- In **unterversorgten Planungsbereichen** (entspricht einem Versorgungsgrad von unter 50%) erhöht sich der zulässige Versorgungsanteil auf **maximal 20%**.
- In **überversorgten Planungsbereichen** (entspricht einem Versorgungsgrad ab 110%) reduziert sich der zulässige Versorgungsanteil auf **maximal 5%**.

Die Begrenzung auf bestimmte Versorgungsanteile gilt entsprechend auch für die Erweiterung bereits bestehender Z-MVZ, so dass auch hier der maximal zulässige Versorgungsanteil des betreffenden Krankenhauses nicht überschritten werden darf.

Auf die MVZ-Gründungsbefugnis von Vertragszahnärzten bezieht sich die Neuregelung hingegen nicht, sondern ausschließlich auf die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern und deren Betreibern bzw. Inhabern.

**Hintergrund:** Mit der durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015 ermöglichten Gründung auch fachgruppengleicher und somit auch reiner Zahnarzt-MVZ ist faktisch die ge-

samte ambulante zahnärztliche Versorgung dem potenziellen Zugriff von (versorgungsfremden) Finanzinvestoren geöffnet worden. Solche Investoren und Private Equity-Fonds – zum Teil mit Sitz in Übersee und in Steueroasen – haben in den vergangenen Jahren häufig ein zur Gründung von MVZ berechtigtes Krankenhaus erworben und konnten dann bislang über dieses Vehikel beliebig viele Z-MVZ gründen, betreiben und mitunter Dentalkettenstrukturen aufbauen. Den damit verbundenen negativen Auswirkungen wie z.B. einer Konzentration und Kommerzialisierung von Versorgung soll – nachdem die politischen Bemühungen der Zahnärzteschaft zunächst auf eine fachliche und räumliche Begrenzung der Gründung von Z-MVZ durch Krankenhäuser abzielten – mit der jetzt im Gesetz verankerten „Quotenregelung“ begegnet werden. Nach dieser Vorgabe wird die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern für Z-MVZ seit Inkrafttreten des TSVG auf ein sachgerechtes Maß von entsprechenden Quoten bzw. Versorgungsanteilen begrenzt, ohne die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern für Z-MVZ vollständig auszuschließen.

Die **Festzuschüsse der gesetzlichen Krankenkassen bei Zahnersatz** werden durch das TSVG zum 1. Oktober 2020 von derzeit 50% auf dann 60% erhöht. Im Zuge dessen steigen folglich auch die Boni, die Versicherte erhalten, die mit ihrem Bonusheft eine regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nachweisen können, von 60% bzw. 65% auf 70% bzw. 75%. In begründeten Ausnahmen soll künftig zudem das einmalige Versäumen der Vorsorgeuntersuchung für die Bonusregelung bei Zahnersatz folgenlos bleiben.

Im Falle einer unzumutbaren Belastung (sogenannte Härtefallregelung) haben Versicherte Anspruch auf den Gesamtbetrag aus Festzuschuss (künftig 60%) und zusätzlichem Betrag (künftig 40%), mithin also auf einen Betrag von 100%.

Des Weiteren führt das TSVG eine **Mehrkostenregelung bei kieferorthopädischen Leistungen** analog der bewährten Mehrkostenregelung bei zahnerhaltenden Maßnahmen ein. Das bedeutet, dass gesetzlich Versicherte, die eine KFO-Versorgung über die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema) abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen hinaus wählen, die Mehrkosten für diese Behandlung selbst tragen müssen.

Zudem ist über das TSVG eine gesetzliche Grundlage für weitergehende Konkretisierungen durch die Selbstverwaltung geschaffen worden. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und GKV-Spitzenverband haben im Bewertungsausschuss bis spätestens Ende 2022 einen Katalog von Leistungen zu erstellen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. Außerdem sind auf Bundesebene Formulare für die Vereinbarung von Mehr- und Zusatzleistungen zu entwickeln, die den Praxis ab einem noch zu bestimmenden Zeitpunkt zur Verfügung gestellt werden. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) werden künftig „anlassbezogen“ prüfen, ob die mit KFO-Behand-

lungen verbundenen Aufklärungs- und Informationspflichten der Zahnärzte gegenüber Patienten erfüllt wurden.

Ebenfalls im TSVG ist die **Bestätigung des bewährten bundesmantelvertraglichen Gutachterverfahrens** festgeschrieben und

oder KZVen ersetzt. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren das Nähere zu den Voraussetzungen dieser Prüffart in Rahmenempfehlungen. Die nach wie vor mögliche Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten wird für unterversorgte und von Unterversorgung bedrohte Planungsbereiche sowie solche mit zu-

sätzlichem lokalen Versorgungsbedarf ausgeschlossen. Hinsichtlich der auf zwei Jahre verkürzten Ausschlussfrist für die Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V wird die Richtlinienkompetenz der Bundesmantelvertragspartner auch darauf erstreckt, die Voraussetzungen für die Einhaltung der Ausschlussfrist verbindlich zu regeln, beispielsweise in Gestalt von Vorgaben zu Verfahrensschritten oder Datenübermittlungsfristen. Die KZBV wird die ihr bzw. den Bundesmantelvertragspartnern obliegenden Ausgestaltungsschritte zeitnah gehen.

*Vanessa Hönighaus*



zudem eine ausdrückliche Befugnis der Bundesmantelvertragspartner und der Gesamtvertragspartner verankert worden, nach der diese vereinbaren können, dass die Krankenkassen einheitlich und ausschließlich eine der beiden Verfahrensmöglichkeiten – also entweder eines Gutachters oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) – anwenden. Derartige vertragliche Regelungen können erforderlich werden, um eine eventuelle Vermengung und ein unregelmäßiges Nebeneinander von Gutachterverfahren und MDK-Verfahren zu vermeiden. Eine ausdrückliche Ermächtigung im Gesetz schafft jetzt die erforderliche Rechtssicherheit für Zahnärzte.

Um die Anwendungen der Telematikinfrastruktur voranzutreiben, werden die Krankenkassen durch das TSVG dazu verpflichtet, ihren Versicherten bis spätestens zum Jahr 2021 eine **elektronische Patientenakte** anzubieten. Dabei ist vorgesehen, dass Patienten auch ohne den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte mittels Smartphone oder Tablet auf medizinische Daten zugreifen können. Die KZBV wird diesen Prozess eng begleiten.

Bezüglich **Abrechnungsprüfung und Wirtschaftlichkeitsprüfung** werden die bisher vierjährigen Ausschlussfristen auf zwei Jahre verkürzt. Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird zudem die bisher gesetzlich vorgesehene Zufälligkeitsprüfung abgeschafft und durch eine Prüfung auf begründeten Antrag der Krankenkassen

### Beschluss des Bundesrates

Der Bundesrat hat das TSVG Mitte April gebilligt. In einer begleitenden Entschließung kritisiert er, dass die Änderungen mit den Ländern im Vorfeld nicht erörtert wurden. Außerdem warnt der Bundesrat vor dem zusätzlichen bürokratischen Aufwand, den einige der neuen Regelungen mit sich bringen. Sie stünden dem Ziel einer schnelleren Versorgung entgegen. Auf die Skepsis der Länder stößt auch die mit dem Gesetz einhergehende Tendenz, Aufgaben im Gesundheitsbereich auf die Ebene des Bundes zu verlagern. Gerade die föderale Struktur sichere die passgenaue Versorgung, mahnen sie.

Neben der Kritik hebt der Bundesrat hervor, dass auch Forderungen des Bundesrates aufgegriffen worden sind. Beispielhaft ist die MVZ-Regelung im zahnärztlichen Bereich genannt: Um bereits bestehenden Konzentrationsprozessen in der zahnärztlichen Versorgung entgegenzuwirken, ist die Gründung von MVZ deshalb künftig an bestimmte Voraussetzungen geknüpft.