



Prof. Dr. Thomas Ratajczak

Rechtsanwalt
 Fachanwalt für Medizinrecht
 Fachanwalt für Sozialrecht
 Justitiar des BDIZ EDI

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB Rechtsanwälte

Berlin · Essen · Freiburg im
 Breisgau · Meißen · München ·
 Sindelfingen

Posener Straße 1
 71063 Sindelfingen

Fon +49 7031-9505-18
 (Sybill Ratajczak)

Fax +49 7031-9505-99

ratajczak@bdizedi.org
www.rpmed.de

TSVG - Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung

Inhalt

• Einführung	65
• Zielsetzungen des TSVG	65
• Terminservicestellen	66
• Mindestsprechzeiten für Vertragsärzte	66
• Elektronische Patientenakte	66
• Mehrleistungsvereinbarung in der Kieferorthopädie	67
• Schiedsamtspflicht der Vergütung für die Regelversorgung beim Zahnersatz	69
• Schiedsamtspflicht des BEL für die Regelversorgung beim Zahnersatz	69
• Vergütung von Vorstandsmitgliedern	69
• Ausbau digitaler Vernetzung	70
• Degression	70
• Gutachterverfahren nach BMV-Z	70
• Schiedsamt	71
• MVZ / ZMVZ	71
• Nachbesetzungsverfahren nach § 103 SGB V	72
• PRP-/PRGF-Verfahren und dergleichen	72
• Schlussbemerkungen	72

Einführung

Jede neue Bundesregierung bringt mindestens ein großes Gesetzesvorhaben im Gesundheitswesen im ersten Jahr nach ihrer Neukonstitution in das Gesetzgebungsverfahren ein. Im Falle des Bundesgesundheitsministers *Jens Spahn* sind es gleich mehrere. Dieser Artikel befasst sich mit dem TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz), das einen Namen trägt, der einen leicht hinter Licht führt.

Der am 26.09.2018 vom Bundeskabinett verabschiedete Gesetzentwurf umfasst 191 Seiten. Es geht darin nur marginal um schnellere Termine und auch nicht unbedingt um eine sehr bessere Versorgung. Schwerpunkt des Gesetzes sind weitere staatliche Eingriffs- und Durchgriffsmöglichkeiten auf die Selbstverwaltung. Andererseits bringt das Gesetz für die Zahnärzteschaft durchaus einige positive Überraschungen. Von Zuckerbrot und Peitsche zu reden ist daher beim TSVG

aus zahnärztlicher Sicht nicht falsch. Die Haltung der Ärzteschaft zum TSVG ist dagegen bisher eher negativ.

Zielsetzungen des TSVG

Das TSVG zielt darauf ab,

- allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, das



- Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert wird,
- die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden,
 - Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und
 - dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzen können.

Terminservicestellen

In einer im Entwurf als „Sofortprogramm“ bezeichneten Maßnahme sollen die Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung und der Zugang zu diesen Leistungen für die versicherten Patientinnen und Patienten verbessert werden. Dazu sollen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 (bisher Nummer nur des Not- und Bereitschaftsdienstes) **täglich 24 Stunden** telefonisch und auch online erreichbar sein und nicht nur Termine

bei Haus- und Kinderärzten, sondern in Akutfällen auch eine unmittelbare ärztliche Versorgung entweder in einer geöffneten Arztpraxis, in einer Portal- oder Bereitschaftsdienstpraxis oder in einer Notfallambulanz vermitteln. Zudem sollen die Terminservicestellen die gesetzlich versicherten Patienten bei der Suche nach einem Haus- oder Kinderarzt unterstützen, der sie dauerhaft versorgen kann (Änderungen des § 75 SGB V). Dieser Kelch ist bisher an den Vertragszahnärzten vorübergegangen.

Hintergrund dieser Bemühungen ist die Scheu, Patienten, welche die Notaufnahmen der Krankenhäuser belagern und dort eigentlich nichts zu suchen haben, finanziell zu sanktionieren. Stattdessen werden für die Vertragsärzte teure Einrichtungen weiter aufgebläht. Weil der zahnärztliche Notdienst funktioniert und es flächendeckend keine Ausweichoptionen am Wochenende in Kliniken gibt, ist der Druck, das auch bei den Vertragszahnärzten so zu machen, noch nicht gegeben.

Mindestsprechzeiten für Vertragsärzte

Das bisher in § 17 Abs. 1a Satz 1 BMV-Ä geregelte Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten

soll von 20 auf 25 Stunden erhöht werden (§ 19a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV-E). Offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe von Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen, sollen ebenfalls ausgeweitet werden. Das erweiterte Sprechstundenangebot soll mit entsprechenden extrabudgetären Vergütungsanreizen für die Vertragsärzte gefördert werden. Die Vertragszahnärzteschaft, die solche Mindestsprechzeiten im BMV-Z nicht kennt, ist davon nicht betroffen.

Elektronische Patientenakte

Die elektronische Patientenakte soll flächendeckend eingeführt und der Zugriff auf die elektronische Patientenakte über mobile Geräte wie Smartphones ermöglicht werden.

Das wird eine datenschutzrechtlich sehr interessante Entwicklung, vor allem wenn man bedenkt, wie Facebook, WhatsApp und andere Anbieter auf die Handydaten zugreifen.

Zugleich bedeutet dies aber auch, dass die Praxen gezwungen werden, die Patientenakten extrem zeitnah zu aktualisieren und möglichst vollständig zu halten. Von politisch unkorrekten, aber sehr passenden Bezeichnungen wird man Abstand nehmen müssen.



Foto: freepik.com/katemangostar

Mehrleistungsvereinbarung in der Kieferorthopädie

§ 29 SGB V, der die kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen behandelt, soll eine im Grundsatz sinnvolle, in der bisher vorgesehenen Umsetzung auch wenig praktikabel erscheinende Möglichkeit zur Vereinbarung von Mehrleistungen erhalten. Vorgesehen ist folgender neuer Absatz 5, der schon angesichts seines Umfangs erkennen lässt, wie mühsam und bürokratisch das Verfahren gestaltet werden soll. Immerhin wird anerkannt, dass sich auch und gerade Jugendliche durchaus für Verfahren wie zum Beispiel Lingualtechnik und Invisalign begeistern, weil man damit nicht mehr unmittelbar sieht, dass man noch in der kieferorthopädischen Behandlung und damit doch wohl noch jünger ist, als man erscheinen möchte.

§ 29 Abs. 5 SGB V soll folgenden Wortlaut erhalten (wobei die fehlerhaften Querbezüge im Text im Gesetzentwurf von mir der besseren Lesbarkeit wegen korrigiert wurden):

„Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, die aber anders als abgebildet durchgeführt werden oder bei denen andere Behandlungsmittel eingesetzt werden (**Mehrleistungen**), so haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt die im einheitlichen Bewertungs-

maßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend. Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis zum 31. Dezember 2022 die Mehrleistungen nach Satz 1. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (**Zusatzleistungen**). Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, **konkretisiert** der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung. Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen sowie über die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom ihm zu tragenden **Kostenanteile**

in Textform zu informieren. **Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung** des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen sowie über die Kosten, die mit den Behandlungsalternativen gegebenenfalls für ihn verbundenen sind, informiert worden ist. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die Erklärung des Versicherten nach Satz 8 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der **Informations- und Aufklärungspflichten** aus den Sätzen 7 und 8. Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Verlangen die für die Prüfung erforderliche Erklärung nach Satz 8 vorzulegen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in diesen Unterlagen enthaltenen Daten nur für die Prüfung nach Satz 10 verarbeiten. Soweit es für die Prüfung der Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus den Sätzen 7

und 8 sowie zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist, können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur Übermittlung dieser Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die Daten, die in den ihnen nach Satz 9 oder Satz 11 übermittelten Unterlagen enthalten sind, nur für die Prüfung nach Satz 10 verarbeiten.“

Das ist zunächst ein Textungetüm mit 15 Sätzen und entsprechend mühsam zu lesen und zu verstehen. Im Kern geht es um Folgendes:

Der Bewertungsausschuss soll bis zum 31.12.2022 die nach § 29 Abs. 5 SGB V mit den Patienten gesondert (nach Maßgabe der GOZ) abrechenbaren kieferorthopädischen Mehrleistungen beschließen. Dazu wird die kieferorthopädische Behandlung in drei Behandlungskategorien eingeteilt:

- Grundleistungen,
- Zusatzleistungen und
- Mehrleistungen.



Die Grundleistungen unterfallen vollständig der Sachleistung nach BEMA und sind damit nicht mehrkostenfähig.

Die Zusatzleistungen sind nach der Gesetzesbegründung solche zahnärztliche-kieferorthopädischen Leistungen, die von den im BEMA beschriebenen Leistungen in einem Maße abweichen, dass mit ihrer Durchführung die Leistungsbeschreibung des BEMA nicht mehr erfüllt wird. Sie sind nach der Formulierung in § 29 Abs. 5 Satz 5 SGB V-E nicht mehrleistungsfähig, nach der Gesetzesbegründung muss der Versicherte aber dennoch die Kosten der Zusatzleistungen in voller Höhe selbst tragen (S. 102). Vermutlich wird der darin steckende Widerspruch parallel zu den Regelungen beim Zahnersatz aufgelöst werden und die Mehrleistungen nur die andersartige Kieferorthopädie betreffen.

Für die Definition der Mehr- und Zusatzleistungen empfiehlt die Bundesregierung in der Begründung zum Gesetzentwurf, auf den 2016 zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden vereinbarten Katalog zurückzugreifen (S. 87).

Ehe man als Zahnarzt den Patienten mit Zusatz- oder gar Mehrleistungen versorgen darf, sind umfangreiche und jedenfalls in Textform (siehe § 126b BGB) zu dokumentierende Beratungen erforderlich (Sätze 7 und 8). Die KZVen haben diese gegebenenfalls anlassbezogen zu überprüfen (Satz 10). Die Abrechnungsprüfung erfasst auch die Zusatz- und Mehrleistungen (Satz 13).

Schiedsamtsfähigkeit der Vergütung für die Regelversorgung beim Zahnersatz

Mit einer kleinen, aber bedeutsamen Änderung wird die Vereinbarung über die Höhe der Vergütungen für die Regelversorgung beim Zahnersatz schiedsamtsfähig (§ 57 Abs. 1 Satz 8 SGB V-E).

Schiedsamtsfähigkeit des BEL für die Regelversorgung beim Zahnersatz

Schiedsamtsfähig wird auch die entsprechende zahntechnische Leistungsvergütung (§ 57 Abs. 2 Satz 8 SGB V-E).

Das Misstrauen in die Gestaltungskompetenz und -willigkeit der Selbstverwaltung zieht sich durch den gesamten Gesetzentwurf des TSVG, weshalb in § 89 und § 89a SGB V-E umfangreiche Neuregelungen zu den Schiedsämtern durch das TSVG eingeführt werden sollen. Es werden insgesamt 18 neue Schiedsamts-/Gremienverfahren vorgesehen. Durchsucht man den Gesetzentwurf nach dem Wortbestandteil „schieds“, wird man 372 Mal fündig. Das sagt doch einiges aus über die Tendenzen des TSVG hinsichtlich der Wertigkeit der Selbstverwaltung.

Vergütung von Vorstandsmitgliedern

Wenig Freude wird die für die KBV/KZBV, aber in anderen Normen auch für die Krankenkassen und die KVen/KZVen geltende Neuregelung zur Vergütungshöhe auslösen. § 79 Abs. 6 soll folgende neuen Sätze enthalten:



„**Vergütungserhöhungen** sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen **unzulässig**. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindex vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine **niedrigere** Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 10 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen anzurechnen oder an die jeweilige Kassenärztliche Bundesvereinigung abzuführen. Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“

Man kann die Selbstverwaltung auch dadurch schwächen, dass man die Führungspositionen ihrer finanziellen Attraktivität beraubt. Für den Spitzenver-

band Bund der Krankenkassen soll nach den Ergänzungen § 217b Abs. 2 SGB V-E gleiches gelten.

Ausbau digitaler Vernetzung

Der Weg in das elektronische Zeitalter wird vom TSVG mit Vehemenz besritten, auch wenn noch unklar ist, ob und ab wann die Telematik-Infrastruktur stehen und funktionieren wird. Was da auf die (Zahn-)Ärztenschaft zukommen wird, lässt sich exemplarisch an § 87 Abs. 1 SGB V-E erkennen, dem folgende Sätze hinzugefügt werden sollen:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln in dem Bundesmantelvertrag für Zahnärzte bis zum 31. Dezember 2019 das Nähere zu einem **elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen**. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer durch Regelungen im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte dazu verpflichten, die für die Beantragung von bewilligungspflichtigen Leistungen notwendigen Angaben an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und an die jeweilige Krankenkasse

im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln. Zur Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren sind die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und an die entsprechende Krankenkasse zu übermitteln. Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ist befugt, die für die Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlichen versicherungsbezogenen übermittelten Angaben zu verarbeiten.“

Degression

Die Regelungen des § 85 Abs. 4b–4f SGB V zur Degression sollen ersatzlos aufgehoben werden.

Gutachterverfahren nach BMV-Z

Der BMV-Z enthält detaillierte Regelungen für die Gutachterverfahren. Das LSG Bayern meinte allerdings in zwei Entscheidungen vom 27.06.2017 – L 5 KR 170/17 und L 5 KR 260/16 –, dass diese Vorschriften den gesetzlichen Regelungen des § 275 SGB V widersprüchen und unwirksam seien. Nun soll in § 89 Abs. 1c SGB V-E ausdrücklich geregelt werden,



Foto: freepik.com/katemangostar

dass die Krankenkassen entweder den MDK einschalten oder die Gutachterverfahren des BMV-Z nutzen können. Das ist nur ein bedingter Fortschritt, solange es nicht zu einer jetzt möglichen (aber nicht unbedingt wahrscheinlichen) Vereinbarung zwischen KZBV und Spitzenverband Bund der Krankenkassen kommt, nur die Verfahren nach BMV-Z zu nutzen oder nur den MDK einzuschalten.

Schiedsamt

Die bisherigen Regelungen zum Schiedsamt werden in § 89 SGB V-E grundlegend überarbeitet. Es wird auch Schiedsämter für den Bereich der Zahntechnik geben (§ 89 Abs. 12 und 13 SGBV).

In § 89a SGB V-E soll ein Schiedsamt für die sektorenübergreifende Versorgung neu eingerichtet werden. § 89a SGB V-E wird wohl vor allem für die Ärzteschaft, die Krankenkassen und die Krankenhausseite Bedeutung erlangen. Hier sei nur angemerkt, dass das TSVG auf die Schiedsämter als Lösung setzt, nicht auf die Verhandlungskompetenz oder die Rechtsprechung.

MVZ / ZMVZ

Bei den Medizinischen Versorgungszentren sind eine Reihe von Änderungen vorgesehen. So soll es ausreichen, dass eine Trägergesellschaft für ein MVZ besteht, um mehrere MVZ zu gründen (§ 95 Abs. 1a SGB V-E). Ferner dürfen – was aber nur die Ärzteschaft betrifft – in unterversorgten Gebieten auch Praxisnetze MVZ gegründet werden (ebd.).

Die Erbringer nicht ärztlicher Dialyseleistungen sollen für die Zukunft als Gründer von MVZ ausscheiden. Die bestehenden sollen allerdings keinerlei Beschränkungen unterliegen, sodass man den verbliebenen, noch nicht an Finanzinvestoren verkauften, nicht ärztlichen Dialysedienstleistern empfehlen muss, das nun aber schleunigst zu tun, wenn sie einen guten Preis erzielen und die Vorzüge des aktuellen MVZ-Gründerstatus für sich sichern wollen.

Der Versuch von KZBV und BZÄK, den Kauf zahnärztlicher Praxen durch Finanzinvestoren zu verhindern, vor allem besonders heftig vorgetragen nach der Vorlage des Referentenentwurfs zum TSVG, hat im Gesetzentwurf keine Resonanz erfahren. Die Finanzinvestorenbranche hat darauf mit der Gründung des Bundesverbandes nachhaltige Zahnheilkunde (BNZK) reagiert.

Klargestellt wird auch, dass die Nachfolger von ursprünglich als Vertrags-(Zahn)ärzten zugelassenen, dann aber im MVZ als Angestellte beschäftigten Gründern auch angestellte (Zahn-)Ärzte sein dürfen (§ 95 Abs. 6 Satz 5 SGB V-E).

Andere Änderungen des MVZ-Rechts betreffen derzeit ausschließlich die Vertragsärzteschaft, so die Korrektur einer Bundesverfassungsgerichtsentscheidung vom 26.09.2016 – 1 BvR 1326/15 – zur Verfassungswidrigkeit des § 19 Abs. 3 Ärzte-ZV durch Aufnahme einer identischen Norm in § 95 Abs. 7 Satz 1, 2. Hs. SGB V-E.

Nachbesetzungsverfahren nach § 103 SGB V

Wichtige, aber auch nur die Ärzteschaft betreffende Änderungen bringt das TSVG zum Nachbesetzungsverfahren nach § 103 SGB V.

So sollen nach § 96 Abs. 2a SGB V-E die „für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Verfahren, in denen der Zulassungsausschuss für Ärzte eine der folgenden Entscheidungen trifft, ein Mitberatungsrecht haben:

1. ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,

2. Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,
3. Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage einer Entscheidung des Landesausschusses nach § 103 Absatz 2 Satz 4 und 5,
4. Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 9,
5. Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,
6. Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und
7. Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.

Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das **Recht zur Teilnahme an den Sitzungen** einschließlich des Rechts zur **Anwesenheit bei der Beschlussfassung** sowie das **Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge.**“

Das Zulassungswesen ist bisher eine alleinige Domäne der Selbstverwaltung. Nun soll die Aufsicht mit am Tisch sitzen und sogar bei der Beratung der Beschlussfassung anwesend sein dürfen. Was passiert denn wohl, wenn der Aufsichtsbeamte in der beschlussfassenden Sitzung seine Rechtsauffassung darlegt und bei nicht genehmer Beschlussfassung mit rechtsaufsichtlicher Beanstandung droht?

Auch derzeit nur für die Ärzteschaft relevant, aber dennoch erwähnenswert ist die Stärkung der Stellung von MVZ im

Nachbesetzungsverfahren durch § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 9 und Abs. 4a Satz 1 SGB V-E. Andererseits soll deren bisherige Privilegierung bei der Nachbesetzung von angestellten Arztstellen aufgehoben werden (§ 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V-E). Vertragsärzten droht Gleiches (§ 103 Abs. 4b Satz 4 SGB V-E). Für die wirtschaftliche Zukunftskalkulation ist das durchaus verheerend.

PRP-/PRGF-Verfahren und dergleichen

Das TSVG stellt durch Änderung des Transfusionsgesetzes klar, dass Eigenblutverarbeitungen durch Zahnärzte legal sind. Das war zuletzt in Zweifel gezogen worden und betrifft vor allem PRP- und PRGF-Verfahren.

Schlussbemerkungen

Die meisten Regelungen des TSVG werden die Zahnärzte aktuell nur wenig berühren. Es ist nicht damit zu rechnen, dass die KZVen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags eigene Behandlungseinrichtungen betreiben müssen, wie dies § 105 Abs. 1b Satz 3 SGB V-E vorschreibt, wenn Unterversorgung festgestellt ist. Aber die verfasste Zahnärzteschaft wird ebenso wie die Ärzteschaft unter den die Handlungsoptionen immer stärker einengenden Vorgaben und der Schiedsamtsfähigkeit über alles leiden. Wozu sollte man sich einigen, wenn das Schiedsamt die Dinge regelt, solange die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts so eher krankenkassenfreundlich eingestellt ist? ■

