

**Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
zum Regierungsentwurf eines Gesetzes
zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung
in der Pflege (PBEEG)**

Die KZBV nimmt zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (im Folgenden kurz: PBEEG bzw. PBEEG-RegE) nur insoweit Stellung, als hierdurch vertragszahnärztliche Interessen unmittelbar betroffen sind.

Vorausgehend wird indes darauf hingewiesen, dass die Ergänzung wesentlicher neuer Regelungsinhalte im Regierungsentwurf ohne vorherige Durchführung einer Verbändeanhörung insoweit als unglücklich empfunden wird, als erforderliche Korrekturen kaum noch bzw. nur unter immensem Aufwand möglich sind.

Die Stellungnahme bezieht sich auf die folgenden vorgesehenen Regierungsentwürfe:

- Neuregelungen zum vertragszahnärztlichen Notdienst (§ 81 Abs. 6, § 95 Abs. 3a SGB V-E),
- Neuregelungen zur elektronischen Ersatzbescheinigung (§ 291 Abs. 9 SGB V-E),
- Neuregelungen zum Umgang mit Authentifizierungskomponenten für Leistungserbringerinstitutionen (§ 340a, § 399 SGB V-E)
- Einführungsfrist für den elektronischen Medikationsplan (§ 342 Abs. 2a Nr. 1 SGB V-E).

Ziel dieser Stellungnahme ist es, bestehende Inkonsistenzen und potenzielle Fehlentwicklungen aufzuzeigen – auch dort, wo sie die Versorgungssicherheit der Bevölkerung berühren – und hierzu, soweit möglich, Anpassungsvorschläge zu unterbreiten.

Im Einzelnen nimmt die KZBV zu den Inhalten des PBEEG-RegE wie folgt Stellung:

I. Zum vertragszahnärztlichen Notdienst (Nr. 17 und 19 PBEEG-RegE, Einfügung § 81 Abs. 6 und § 95 Abs. 3a SGB V-E)

Der Gesetzentwurf enthält in § 81 Abs. 6 SGB V-E und § 95 Abs. 3 SGB V-E zwei Vorschläge zur Ergänzung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die ausdrücklich auf eine Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen im vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Notdienst abzielen sollen.

Damit soll - so die Gesetzesbegründung - insbesondere denjenigen, die diesen Notdienst organisieren oder leisten, Rechtssicherheit vermittelt werden, namentlich den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (K(Z)Ven), denen ein verlässlicher Handlungsspielraum zur Gestaltung des Notdienstes eröffnet werden soll, sowie den notdienstleistenden (Zahn-)Ärzten bzw. Vertrags(zahn)ärzten. Dies erfolgt vor dem Hintergrund der Entscheidung des 12. Senats des Bundessozialgerichts vom 24.10.2023 (Az. B 12 R 9/21 R), in welcher dieser entgegen den Vorinstanzen und der ursprünglichen Auffassung der Deutschen Rentenversicherung Bund geurteilt hatte, dass die Teilnahme eines sog. Pool-Zahnarztes an von einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) über von ihr betriebene Notdienstzentren organisierten vertragszahnärztlichen Notdienst nicht automatisch aufgrund der Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung als selbständige Tätigkeit zu klassifizieren ist, sondern vielmehr nach Lage des jeweiligen Einzelfalles eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung darstellt bzw. darstellen kann. Die daraus für den Betrieb solcher Notdienstzentren der K(Z)Ven entstandenen Rechtsunsicherheiten und Zweifel an deren Weiterbetreibbarkeit waren Anlass u.a. für die KZBV, einen einheitlichen und rechtssicheren gesetzlichen Befreiungstatbestand für notdienstleistende Zahnärzte zu schaffen, vergleichbar dem § 23c Abs. 2 Satz 1 SGB IV für notärztliche Tätigkeiten im Rettungsdienst.

Die im vorliegenden Gesetzentwurf stattdessen vorgesehenen Regelungen in § 81 Abs. 6 und § 95 Abs. 3a SGB V-E sind zwar – der Intention nach – grundsätzlich ein begrüßenswerter Schritt in die richtige Richtung, insbesondere soweit sie darauf abzielen, den vertrags(zahn)ärztlichen Notdienst weiterhin auch unter Einbindung von Pool(zahn)ärzten/-innen auf Basis einer selbstständigen Tätigkeit organisieren zu können. Allerdings bestehen nach eingehender Analyse dieser vorgesehenen Neuregelungen unter Berücksichtigung der spezifischen Notdienststrukturen in den von der o.g. BSG-Entscheidung betroffenen KZV-Bereichen erhebliche Bedenken dahingehend, dass die intendierte Rechtssicherheit für den Erhalt der bestehenden Notdienststrukturen unter Einsatz insb. von Poolzahnärzten hiermit nicht in dem erforderlichen Maße zu erzielen sein wird.

Diese Einschätzung deckt sich im Wesentlichen mit den Bedenken in der Stellungnahme des Bundesrates vom 26.09.2025 zu den den Notdienst betreffenden Regelungsentwürfen (BR-Drucks. 365/25, zu Nr. 52, S. 21 f.), welcher insoweit beipflichtet wird.

Daher sind weitergehende Regelungen erforderlich, um diese gesetzgeberische Zielsetzung wirksam erfüllen und die bestehenden Notdienststrukturen in den betroffenen KZV-Bereichen erhalten zu können (siehe hierzu die Regelungsvorschläge am Ende der hiesigen Ausführungen zu I.).

Im Einzelnen:

Konkret sieht der Gesetzentwurf vor, § 81 SGB V um einen neuen Absatz 6 zu ergänzen, der klarstellt, dass die Satzungen der K(Z)Ven Regelungen zur Notdienstgestaltung und zur Zahlung von Sicherstellungspauschalen enthalten können.

Nach § 81 Abs. 5 SGB V soll folgender Absatz 6 eingefügt werden:

„(6) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Bestimmungen über die Sicherstellung des Notdienstes enthalten. Sofern dies zum Zwecke der Sicherstellung des Notdienstes in einer Region erforderlich ist, können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährung von Sicherstellungspauschalen an die teilnehmenden Ärzte festlegen.“

Darüber hinaus soll § 95 SGB V um einen neuen Absatz 3a ergänzt werden, in dem es heißt:

„Tätigkeiten im Notdienst, zu denen ein Vertragsarzt aufgrund seiner jeweiligen Zulassung verpflichtet ist, sind sozialversicherungsrechtlich entsprechend der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung seiner Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten.“

Dieser neue § 95 Abs. 3a SGB V-E soll nach der Gesetzesbegründung klarstellen, dass Vertragsärzte, soweit sie aufgrund ihrer Zulassung zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet sind, diese Tätigkeit als bloßen Annex zur selbständigen Haupttätigkeit ausüben. Damit wäre die sozialversicherungsrechtliche Bewertung der Notdiensttätigkeit akzessorietätsähnlich an die Haupttätigkeit gekoppelt, also typischerweise als selbständige Tätigkeit einzuordnen.

1. *Bewertung der geplanten Änderungen in § 81 Abs. 6 SGB V-E*

Der geplante § 81 Abs. 6 SGB V-E beinhaltet im Wesentlichen zwei Regelungsgegenstände:

- Einerseits stellt die Regelung klar, dass die K(Z)Ven berechtigt sind, die Organisation des Notdienstes durch einfaches Satzungsrecht zu bestimmen.
- Andererseits wird klargestellt, dass den im Notdienst tätigen Zahnärzten – neben der ohnehin geschuldeten Vergütung – eine sog. Sicherstellungspauschale gezahlt werden kann, um den Notdienst (gerade in strukturschwachen Gebieten) attraktiver zu machen.

Die auf Basis des § 81 Abs. 6 SGB V-E erlassenen Organisationsregelungen und/oder Regelungen zur Sicherstellungspauschale gelten sowohl für Vertrags(zahn)ärzte als auch für diejenigen Ärzte, die mangels Zulassung zur Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung und somit auch am Notdienst, verpflichtet sind.

1.1 Organisationsermessen

Ausweislich der Gesetzesbegründung ist es den K(Z)Ven „schon nach aktueller Rechtslage möglich“, den zahnärztlichen Notdienst „über einfaches Satzungsrecht“ auszugestalten. In rechtlicher Hinsicht schlägt sich der Gebrauch des Organisationsermessens beispielsweise in der Notfalldienstordnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW) nieder. Insofern bleibt festzuhalten, dass der Verweis auf die Organisationshoheit der K(Z)Ven letztlich keine Neuerung oder Erweiterung der Befugnisse mit sich bringt.

1.2 Sicherstellungspauschale

Das Gleiche gilt auch für den deklaratorischen Hinweis, wonach an Zahnärzte, die sich zur Erbringung von Tätigkeiten im Notdienst bereithalten (neben der Vergütung) eine Sicherstellungspauschale gezahlt werden kann. Bereits aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass auch diese Regelung „ebenfalls klarstellend“ ist.

1.3 Erwerbsstatus der Zahnärzte

Die in § 81 Abs. 6 SGB V-E beinhalteten Regelungsgegenstände weisen keinen unmittelbaren Bezug zum Erwerbsstatus der im Notdienst tätigen Zahnärzte auf. Sie lassen sich – wenn überhaupt – nur mittelbar, aber auch dann ohne konstituierende, Rechtssicherheit schaffende Lösungsansätze auf die bekannte Statusproblematik der Zahnärzte übertragen:

- Der Hinweis auf die **Organisationsverantwortung** der K(Z)Ven lässt sich – im Lichte des Urteils des Bundessozialgerichts vom 24.10.2023 (Az. B 12 R 9/21 R, Rn. 12) – auch dahin verstehen, dass diese verpflichtet sind, eine Notdienststruktur zu wählen, die von vornherein klare sozialversicherungsrechtliche Statusverhältnisse schafft. Das Bundessozialgericht betonte ausdrücklich, dass seine Entscheidung nur die konkret praktizierte Organisationsform betreffe und bei abweichenden Modellen eine andere Statusbeurteilung möglich sei. Daraus ließ sich folgern, dass das Urteil keine grundsätzliche Wertung enthält, sondern die Tür für alternative Organisationsformen offenlässt – allerdings ohne konkret aufzuzeigen, wie diese rechtssicher auszugestalten wären.

- Die **Sicherstellungspauschale** soll dazu dienen, den Notdienst attraktiver zu machen, und kann ausweislich der Normbegründung für die Zahnärztinnen

und Zahnärzte unabhängig von der Vergütung der geleisteten Dienste für einen bestimmten Zeitraum gewährt werden, in dem sich diese zur Teilnahme an der Sicherstellung des vertragszahnärztlichen Notdienstes der KZV bereithalten. Ob die Gewährung einer Sicherstellungspauschale maßgebliche Auswirkungen auf den sozialversicherungsrechtlichen Status mit sich bringt, unter dem die Zahnärzte ihre Tätigkeiten in Notdienstzentren erbringen, lässt sich indes nicht mit der nötigen Rechtssicherheit konstatieren. Die reine Höhe der finanziellen Zuwendungen war bislang in keiner bekannten Entscheidung der Sozialgerichtsbarkeit entscheidend für den Status des jeweiligen „Pool(zahn)arztes“. In der von den Sozialgerichten vorgenommenen Einzelfallprüfungen standen vielmehr lediglich die Abrechnungsmodalitäten – also das „wie“ der Vergütungsauszahlung – im Fokus. Insofern bringt der deklaratorische Hinweis auf die Möglichkeit der Zahlung einer Sicherstellungspauschale vor allem auch mit Blick auf die Sozialgerichte nicht die gewünschte rechtssichere Erleichterung hinsichtlich der verbindlichen, ggf. gerichtlichen Einordnung des sozialversicherungsrechtlichen Status von Poolzahnärzten mit sich.

Auch der Bundesrat hat in seiner o.g. Stellungnahme insoweit festgestellt, dass auf Grundlage der intendierten Neuregelungen nicht eindeutig sei, wie bei (Zahn-)Ärzten, die nicht K(Z)V-Mitglieder sind (zum Beispiel "Rentner" bzw. Ruheständler, "Freelancer", sonstige Pool(zahn)ärzte), sich deren sozialversicherungsrechtlicher Status darstellt (BR-Drucks. 365/25, zu Nr. 25, S. 21 f.).

2. *Bewertung der geplanten Änderung in § 95 Abs. 3a SGB V-E*

Zwar ist der grundsätzliche Ansatz, mit dem bestehende Rechtsunsicherheiten beseitigt werden sollen, zu begrüßen. Allerdings ist festzustellen, dass nach Einschätzung der konkret betroffenen KZVen die verbleibenden Rechtsunsicherheiten dazu führen, dass die im vertragszahnärztlichen Bereich betriebenen Notdienstzentren so nicht (mehr) fortgeführt werden können. Bei näherer Betrachtung zeigt sich nämlich, dass der Gesetzentwurf zentrale Fragen offenlässt und damit das Ziel, umfassende Rechtssicherheit zu schaffen, zu verfehlen droht. Es wird von den betroffenen KZVen die Gefahr gesehen, dass neue Probleme und zusätzliche Bürokratie geschaffen werden, die es so bislang nicht gegeben hat.

2.1 *Fehlende Abgrenzung der zulassungsrechtlichen Verpflichtung als Anknüpfungspunkt*

Eine erste Unschärfe der geplanten Regelung ergibt sich bereits aus der Formulierung des § 95 Abs. 3a SGB V-E. Danach erfasst die Norm lediglich:

„Tätigkeiten im Notdienst, zu denen ein Vertragsarzt aufgrund seiner jeweiligen Zulassung verpflichtet ist, [...]“.

In dem Gesetzesentwurf wird in diesem Zusammenhang auf Seite 207 zwischen Tätigkeiten unterschieden,

„[...] die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten außerhalb der aus ihrer Zulassung folgenden Verpflichtung oder von anderen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden [...]“.

Diese Formulierung zieht eine Trennlinie zwischen Tätigkeiten, die „innerhalb“ und „außerhalb“ der aus der Zulassung folgenden Verpflichtungen erbracht werden. Es ist zwar naheliegend an die vertrags(zahn)ärztlichen Verpflichtungen anzuknüpfen, da so der Bezug zum konkreten Versorgungsauftrag hergestellt wird. Dieser ist allerdings auch räumlich und ggf. zeitlich begrenzt, etwa durch den Ort der Zulassung und deren konkreten Umfang. Der Regelungsentwurf definiert aber gerade nicht, was den beiden Bereichen („innerhalb“ und „außerhalb“) zuzurechnen ist.

Die Regelung bedarf daher in diesem Punkt der Auslegung, was erneut zu Rechtsunsicherheiten führt. Zudem erzeugt sie einen erheblichen Verwaltungsaufwand, der in der Praxis kaum zu bewältigen ist.

2.1.1 Zeitlich überschießende Notdiensteinsätze und Fragmentierungsrisiko

Unklarheiten entstehen zunächst durch einen zeitlich begrenzten Umfang der Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst.

Auszugehen ist dabei zunächst davon, dass unter Berücksichtigung von Art. 3 GG eine gleichmäßige Belastung bei Heranziehung zum Notdienst erfolgen muss (vgl. BSG, Urteil vom 06.02.2008, Az.: B 6 KA 13/06 R). Der konkrete Umfang des Versorgungsauftrags muss also stets beachtet werden (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26.11.2014, Az.: L 5 KA 3306/12 bzgl. einer Zweigpraxis). Dies führt in jedem Einzelfall zu einer individuellen zeitlichen Begrenzung der Notdienstverpflichtung.

Sollte der sozialversicherungsrechtliche Regelungsgehalt des § 95 Abs. 3a SGB V-E ausschließlich für jene Notdiensttätigkeit gelten, die unmittelbar aus der zulassungsrechtlichen Verpflichtung von Vertrags(zahn)ärzten resultiert, wäre nicht ausgeschlossen, dass sich im Umkehrschluss jede darüberhinausgehende Tätigkeit - sei es freiwillig oder infolge einer „überschießenden“ Einteilung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung – als potentiell sozialversicherungspflichtig erweisen kann.

Dies hätte nicht nur erhebliche praktische Konsequenzen für die Dienstplangestaltung, sondern würde auch das sozialversicherungsrechtliche Risiko für

die betroffenen Leistungserbringer und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen selbst in kaum kalkulierbarer Weise erhöhen. Letztlich wird dadurch das Ziel des Gesetzgebers, durch § 95 Abs. 3a SGB V-E für Rechtsklarheit und administrative Entlastung zu sorgen, konterkariert.

Es müsste also bei der Notdienstorganisation - unter Berücksichtigung des vorstehend dargelegten rechtlichen Rahmens - zunächst bestimmt werden, in welchem Umfang die betreffende Person notdienstverpflichtet ist. Konkrete Grenzen für den zeitlichen Umfang einer zulassungsrechtlich verpflichtenden Notdiensttätigkeit – etwa in Form einer bestimmten Stundenanzahl pro Monat – bestehen bislang nicht. Angesichts der stark variierenden regionalen Versorgungsstrukturen lassen sich solche Grenzen auch normativ kaum einheitlich definieren. Schon angesichts dessen werden erhebliche Rechtsunsicherheiten in der praktischen Anwendung der Norm befürchtet.

Hinzu kommt, dass in der Einzelfallbetrachtung weder die Freiwilligkeit noch die Veranlassung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigungen zuverlässig dokumentiert oder abgegrenzt werden kann - etwa bei kurzfristigen Tauschanfragen der Leistungserbringer oder Dienstplanverschiebungen. Die Folge wäre eine faktische Einzelfallprüfung jedes Notdiensteinsatzes im Hinblick auf seine sozialversicherungsrechtliche Einordnung - ein Verfahren, das weder verwaltungspraktisch noch rechtsstaatlich tragfähig erscheint.

Im Ergebnis wird aufseiten der betroffenen KZVen die Gefahr gesehen, dass die einheitliche notdienstliche Tätigkeit ein und derselben Person in zwei unterschiedliche sozialversicherungsrechtliche Abschnitte aufgespalten wird: In einen versicherungsfreien Teil, soweit die Tätigkeit noch von der zulassungsrechtlichen Verpflichtung gedeckt ist, und in einen beitragspflichtigen Teil, sobald ein solcher – gesetzlich nicht näher definierter – Umfang überschritten wird. Eine derartige Fragmentierung einheitlicher Dienstverhältnisse führt auch zu erheblichen praktischen Umsetzungsschwierigkeiten.

Auch der Bundesrat hat in seiner o.g. Stellungnahme insoweit festgestellt, dass der Regelung des § 95 Abs. 3a SGB V unterstellt werden könnte, dass alle Tätigkeiten im Not-/Bereitschaftsdienst, die freiwillig übernommen oder freiwillig über eine bestehende Pflicht hinaus zusätzlich übernommen werden, der Sozialversicherungspflicht unterlägen; zudem wird auf den entstehenden Verwaltungsmehraufwand hingewiesen (BR-Drucks. 365/25, zu Nr. 25, S. 21 f.).

2.1.2 Räumlich übergreifende Dienstzuteilungen

Ebenso erhebliche Rechtsunsicherheiten entstehen in Konstellationen, in denen Vertragszahnärzte für Notdienste außerhalb des Bereichs eingeteilt werden, der ihrem konkreten Versorgungsauftrag aus der Zulassung entspricht. Solche Fälle treten insbesondere im Rahmen überregionaler Organisationsmodelle auf - etwa bei zentralen Notdienstzentren, die einen größeren „Einzugsbereich“ haben. Wird ein Vertragszahnarzt dort zur Dienstleistung herangezogen, obwohl seine originäre Verpflichtung auf einen anderen räumlichen Bereich beschränkt ist, stellt sich die Frage, ob die geleistete Tätigkeit noch vom sozialversicherungsrechtlichen Regelungsgehalt des § 95 Abs. 3a SGB V-E erfasst ist.

2.1.3 Statusrechtliche Unsicherheit bei freiwilliger Dienstübernahme

Ebenfalls ist nicht klar, ob der Gesetzgeber mit der Formulierung des § 95 Absatz 3a SGB V lediglich solche Einsätze klarstellend erfassen wollte, zu denen Ärzte bzw. Zahnärzte durch Einteilung (mittels Verwaltungsakt) herangezogen werden, oder ob auch zusätzliche freiwillige Einsätze, etwa im Rahmen von Vertretungen oder Diensttausch, unter die Regelung fallen sollen. Auch in diesem Fall bleibt unklar, woran sich die Abgrenzung zwischen „innerhalb“ und „außerhalb“ der zulassungsrechtlichen Verpflichtung konkret orientieren soll – mit der Folge erheblicher Rechtsunsicherheit für alle Beteiligten.

Daher ist auch unklar, wie in Bezug auf freiwillige Einsätze in einem Notdienstzentrum zu verfahren ist. Trotz einer grundsätzlich bestehenden Pflicht zur Teilnahme am Notdienst können die konkreten Dienste schließlich auch auf freiwilliger Basis organisiert werden.

In der Praxis wird in den betreffenden KZV-Bereichen bspw. quartalsweise der potenzielle Teilnehmerkreis abgefragt und um Mitteilung gebeten, ob und ggf. welche Dienste im kommenden Quartal übernommen werden können. Dies stellt rechtlich betrachtet eine bloße Aufforderung zur Abgabe eines verbindlichen Angebots dar (*invitatio ad offerendum*), nicht aber eine verpflichtende Heranziehung zum Notdienst im engeren Sinne.

Angesichts dessen stellt sich die Frage, wie bei Notdiensteinsätzen, die auf eigenverantwortlicher Meldung beruhen, zu verfahren ist.

Auch der Bundesrat hat in seiner o.g. Stellungnahme insoweit festgestellt, dass die Einordnung aller Tätigkeiten im Bereitschafts-/Notdienst unklar ist, die freiwillig übernommen werden (BR-Drucks. 365/25, zu Nr. 25, S. 21 f.).

2.2 Ausschluss nicht zugelassener Zahnärzte - Risiken für Versorgung und Organisation

Zugleich bleibt der Gesetzentwurf seinem Wortlaut nach auf Vertrags(zahn)ärzte beschränkt und verkennt damit die tatsächlichen Gegebenheiten der Notdienstversorgung in den betroffenen KZV-Bereichen. In der Versorgungspraxis wird der zahnärztliche Notdienst nämlich nicht allein durch niedergelassene Vertragszahnärzte erbracht, sondern je nach KZV-Bereich in erheblicherem Umfang auch durch weitere Personengruppen, die nach o.g. Lesart der Norm nicht vom sozialversicherungsrechtlichen Regelungsgehalt des § 95 Abs. 3a SGB V-E erfasst wären.

Dies betrifft insbesondere angestellte Zahnärzte im Sinne des § 32b der Zahnärzte-Zulassungsverordnung, zahnärztliche Vorbereitungsassistenten sowie nicht zuletzt auch ehemalige Vertragszahnärzte im Ruhestand, die bislang in den vorhandenen vertragszahnärztlichen Notdienstzentren der KZVen freiwillig Notdienste übernommen haben. Für sämtliche dieser Personengruppen bietet der Gesetzentwurf nicht die erforderliche Rechtssicherheit, um zuverlässig davon ausgehen zu können, dass ihre Mitwirkung am KZV-seitig organisierten Notdienst künftig gesichert bzw. verbindlich als sozialversicherungsfreie Tätigkeit im Sinne des § 95 Absatz 3a SGB V-E anerkannt wird. Der Gesetzentwurf stellt allein auf die aus der vertragszahnärztlichen Zulassung resultierende Verpflichtung ab und lässt damit alle Personen außen vor, die keine eigene Zulassung innehaben.

Dies kann in erheblichem Maße die Folge nach sich ziehen, dass angestellte Zahnärzte, Assistenten und Ruheständler faktisch für den KZV-seitig organisierten Notdienst ausgeschlossen würden bzw. nicht mehr zur Verfügung stehen - sei es präventiv durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Vermeidung statusrechtlicher Risiken, sei es durch die Betroffenen selbst aus Sorge vor möglichen Beitragsnachforderungen oder unklarer sozialversicherungsrechtlicher Einordnung.

Die damit verbundenen Risiken betreffen nicht nur die unmittelbar Mitwirkenden, sondern insbesondere auch die Sicherstellung des Notdienstes, soweit Kassenzahnärztliche Vereinigungen in der Praxis seit Jahren flächendeckend auf die aktive Mitwirkung dieser Gruppen angewiesen sind - etwa zur Abdeckung von Urlaubszeiten, Wochenenddiensten oder zur Überbrückung struktureller Versorgungslücken. Damit könnte die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu den sprechstundenfreien Zeiten ernstlich gefährdet werden. Insoweit sollte der Gesetzgeber die vorstehend dargelegten Hinweise auch unter dem Aspekt der Patientenversorgung während der sprechstundenfreien Zeiten würdigen und berücksichtigen.

3. *Forderung nach gesetzgeberischer Klarstellung und alternativer Regelungsvorschlag*

Deutlich rechtssicherer, den Zielsetzungen des Gesetzesentwurfs angemessener und daher gegenüber den vorgesehenen Regelungen in § 81 Abs. 6 und § 95 Abs. 3a SGB V-E vorzugswürdig wäre eine Überarbeitung dahin, dass sämtliche im Rahmen der von den K(Z)Ven satzungsmäßig organisierten Notdienste ausgeübten Tätigkeiten ausdrücklich von der Sozialversicherungspflicht ausgenommen werden.

Dies kann entweder durch eine erweiterte Fassung des § 95 SGB V oder durch eine **ergänzende Regelung im Vierten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV; dort etwa in § 23c Abs. 2, zusammen mit entsprechenden Begleitregelungen wie in § 2 Abs. 1 SGB VII)** hinsichtlich der nicht zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und Zahnärzte erfolgen.

Ein Regelungsvorschlag im SGB V für eine **erweiterte Fassung des § 95 Abs. 3a SGB V-E** könnte - unter Rückgriff auf § 81 Abs. 6 SGB V-E – wie folgt lauten:

„(3a) Ärztliche Tätigkeiten im Notdienst, die durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach § 81 Absatz 6 Satz 1 SGB V organisiert und bestimmt werden, gelten sozialversicherungsrechtlich als Ausübung des ärztlichen Berufs in freier Praxis. Sie sind insoweit so zu behandeln, als würden sie im Rahmen einer selbstständigen vertragsärztlichen Tätigkeit erbracht.“

Ohne eine entsprechende Erweiterung besteht die Gefahr, dass sich die bestehende Rechtsunsicherheit verfestigt und sogar neue Risiken entstehen - nicht nur für die Zahnärzte, sondern auch für die betroffenen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die gezwungen wären, Dienstpläne, Vergütungsregelungen und Satzungen unter einem erhöhten Haftungs- und Prüfungsdruck zu gestalten. Vor allem aber wäre in den betroffenen KZV-Bereichen die flächendeckende Sicherstellung des zahnärztlichen Notdienstes - auch im ländlichen Raum - ernsthaft gefährdet. Es ist sicherlich nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten, wenn die bestehenden und bewährten Notdienststrukturen durch rechtliche Unklarheiten geschwächt oder gar in ihrer Funktionsfähigkeit infrage gestellt werden, anstatt sie durch eine eindeutige gesetzliche Regelung dauerhaft zu stabilisieren und zu sichern. Der eingebrachte Regelungsvorschlag dient letztlich dem Bevölkerungsschutz, indem eine verlässliche ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung auch außerhalb der regulären Sprechzeiten gewährleistet bleibt.

Es wird daher um Berücksichtigung der vorstehenden Hinweise sowie Regelungsvorschläge im weiteren Gesetzgebungsverfahren gebeten.

II. Zur elektronischen Ersatzbescheinigung (Nr. 31 PBEEG-RegE, Neufassung § 291 Abs. 9 SGB V-E)

Die KZBV bewertet die in § 291 Abs. 9 Satz 2 ff. SGB V-E vorgesehene Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Anforderung einer elektronischen Ersatzbescheinigung (eEB) durch die Praxen als sinnvoll. Das darin normierte Verfahren ist dem Grunde nach geeignet, zur Entlastung der Praxen beizutragen, aber auch die Patienten bei der Anforderung der eEB im Bedarfsfall, insb. wenn diese zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 1 nicht in der Lage sein sollten, unterstützen zu können.

Um dieser auch seitens des Gesetzgebers verfolgten Intention bestmöglich nachzukommen, wäre es nach dem Dafürhalten der KZBV sinnvoll, das Verfahren nach Satz 2 nicht auf wenige Ausnahmefälle zu beschränken, sondern stattdessen den Praxen grundsätzlich zu ermöglichen, im Bedarfsfall eine eEB anfordern zu können.

Dies würde voraussetzen, dass das Verfahren auch allen Patienten zur Verfügung gestellt und nicht lediglich auf solche Versicherte beschränkt wird, die „in der jeweiligen Leistungserbringerinstitution bekannt“ sind.

Zudem wird das Merkmal des Bekanntseins auch für ungeeignet erachtet, einen potentiellen Missbrauch des Verfahrens nach Satz 2 effektiv zu verhindern. Vielmehr droht das Verfahren nach Satz 2 durch eine solche Einschränkung eines erheblichen Potentials beraubt und eine Vielzahl von praxisrelevanten Anwendungsfällen von vornherein ausgeschlossen zu werden, in denen die Möglichkeit zur Anforderung einer eEB höchst sinnvoll wäre. Dies betrifft insb. Fallkonstellationen, in denen Urlauber oder Dienstreisende fernab ihres Wohnorts unerwartet eine fremde Praxis aufsuchen müssen bzw. Patienten im Notdienst vorstellig werden und dabei jeweils ihre eGK nicht mitführen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die KZBV die Streichung von Satz 4.

Auch wenn aus Sicht der KZBV das Verfahren nach Satz 1 – da für die Praxen aufwandsärmer – grundsätzlich vorzugswürdig ist, sollte das Verfahren nach Satz 2 ff. wie eingangs dargelegt nicht auf Ausnahmefälle beschränkt werden, sondern den Praxen grundsätzlich ermöglicht werden, im Bedarfsfall eine eEB anfordern zu können, ohne dass ein entsprechender Anspruch der Versicherten hierauf begründet würde, wie dies insoweit im Entwurf bereits vorgesehen ist. Insoweit regt die KZBV die Streichung von Satz 5 an.

Um zudem eine für die Praxen alltagstaugliche Umsetzung zu gewährleisten und die Akzeptanz des Verfahrens nach Satz 2 sicherzustellen, ist es zwingend erforderlich, die Regelung „des Weiteren“ im Sinne des Satzes 6 einschließlich des etwaig für sinnvoll erachteten Ausschlusses bestimmter Fallkonstellationen und

der Vorsehung von Verfahren zur Vorbeugung von Missbrauch den Bundesmantelvertragspartnern zu überantworten (lediglich hilfsweise wird insoweit gefordert, die in Satz 6 vorgesehene Benehmenserstellung mit den Verbänden der Leistungserbringer durch eine Einvernehmensherstellung mit den Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen zu ersetzen). Zur Sicherstellung eines hinreichenden Schutzes der Versichertendaten sollte zudem die Einbeziehung der oder des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) verpflichtend vorgesehen werden (gleichfalls: Einvernehmensherstellung).

Eine verpflichtende Einbeziehung der BfDI ist nach dem Dafürhalten der KZBV überdies insoweit angezeigt, als durch das Verfahren nach Satz 2 Versichertendaten auf Zuruf von den Krankenkassen übermittelt werden sollen, ohne dass sich die Versicherten wie im Falle der aktiven Anforderung einer eEB nach Satz 1 vor der Übermittlung der eEB gegenüber ihrer Krankenkasse authentifizieren.

Letztlich muss zumindest in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass im Rahmen „der Regelung des Weiteren zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 2“ auszuschließen ist, dass Krankenkassen Honorare zurückfordern, wenn Praxen eine eEB aufgrund einer patientenseitig vorgetäuschten „falschen“ Identität anfordern und im Vertrauen auf die Personenidentität von Patient und Versicherten, für den die eEB angefordert und ausgestellt wurde, Leistungen erbringen.

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen fordert die KZBV daher, § 291 Abs. 9 SGB V-E wie folgt zu fassen (Änderungen gegenüber dem vorgelegten Regierungsentwurf wurden durch Streichung / Fettschrift kenntlich gemacht):

(9) „¹Die Versicherten können von ihrer Krankenkasse über eine von ihrer Krankenkasse angebotene Benutzeroberfläche einen Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für die Vorlage bei einem Leistungserbringer anfordern, der unmittelbar von der Krankenkasse über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 an den Leistungserbringer übermittelt wird. ~~2Mit Einwilligung des Versicherten kann ein~~ **Der** Leistungserbringer **kann** den in Satz 1 genannten Nachweis auch unmittelbar über das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 anfordern, **soweit der Versicherte in diese Anforderung eingewilligt hat.** ³Der Leistungserbringer hat die Einwilligung des Versicherten **in seiner Behandlungsdokumentation** zu protokollieren. ~~4Voraussetzung für die Nutzung des Verfahrens nach Satz 2 ist, dass der Versicherte in der jeweiligen Leistungserbringerinstitution bekannt ist.~~ ⁵Das Verfahren nach den Sätzen 2 bis 4 soll nur in Ausnahmefällen genutzt werden. ⁶Das Weitere zur Durchführung des Verfahrens nach den Sätzen 2 bis 4 regelt ~~der Spitzenverband Bund der Krankenkassen~~ **und 3 regeln die Partner der Bundesmantelverträge im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer** **Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für**

den Datenschutz und die Informationsfreiheit ⁷Für die Mitteilung der durchgeführten Prüfung des Nachweises nach Satz 1 durch den Leistungserbringer gilt § 291b Absatz 3 entsprechend.“

III. Zum sicheren Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von LEI (Nrn. 34 u.45 a) bb) PBEEG-RegE, Einfügung von § 340a SGB V-RegE u. Ergänzung von § 399 Abs. 1 SGB V-RegE)

Die KZBV begrüßt die mit dem in § 340a SGB V-RegE enthaltenen Regelungsvorschlag intendierte Verankerung von Regelungen zum sicheren Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (im Folgenden: LEI-Authentifizierungskomponente) dem Grunde nach und unterstützt das mit dieser Regelung verfolgte Ziel, eine unbefugte missbräuchliche Nutzung der LEI-Authentifizierungskomponenten zu verhindern. Die Implementierung derartiger Regelungen im Gesetz sind grundsätzlich geeignet, um den bereits jetzt auf der Ebene der Selbstverwaltung existierenden Regelungen mehr Gewicht und Verbindlichkeit zu verleihen und einen Beitrag zur Sensibilisierung der für die LEI-Authentifizierungskomponenten Verantwortlichen im Umgang mit diesen Komponenten zu leisten.

Dem konkret in § 340a SGB V-RegE vorgesehenen Regelungsvorschlag steht die KZBV jedoch sehr kritisch gegenüber und regt daher an, die Regelungsinhalte unter Berücksichtigung der nachfolgenden Ausführungen zu modifizieren.

Der Gesetzgeber scheint die aus § 340a Abs. 1 SGB V-RegE resultierende Pflicht an eine natürliche Person anknüpfen zu wollen. Dies folgt aus der Verwendung der Formulierung „demjenigen / derjenigen, an den eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerorganisationen ausgegeben wurde“ und der vorgesehenen Strafbewehrung in § 399 SGB V-RefE in Form einer Freiheits- bzw. Geldstrafe, welche naturgemäß nur durch natürliche Personen verwirkt werden kann.

Vom Gesetzgeber unberücksichtigt bleibt allerdings, dass die LEI-Authentifizierungskomponenten nicht dem beantragenden Leistungserbringer (= natürlichen Person), sondern der LEI (= insb. Einzelpraxis, BAG, MVZ u.a.) zugeordnet werden, weil die LEI-Authentifizierungskomponente die LEI und nicht den einzelnen Leistungserbringer gegenüber der eGK und gegenüber der Telematikinfrastruktur authentifiziert. Inhaber des elektronischen Praxisausweises ist damit die LEI und nicht der in dieser tätige Zahnarzt, der die Komponente in Vertretung der LEI für diese bestellt. Die LEI-Authentifizierungskomponente wird demgemäß formal an die LEI (und nicht an eine natürliche Person) ausgegeben, welche für den bestimmungsgemäßen Gebrauch dieser Komponente verantwortlich ist (s. auch Gemeinsame Zertifizierungsrichtlinie für Teilnehmer der gematik- TSL).

Sofern der Gesetzgeber beabsichtigt hat, die Pflicht zur Einhaltung des Weitergabeverbotes und zur Sperrung der Komponente einem in der LEI tätigen Leistungserbringer aufzuerlegen, gibt die KZBV zu bedenken, dass innerhalb einer LEI - insbesondere dann, wenn es sich bei dieser um eine BAG oder ein MVZ handelt - mehrere natürliche Personen auf die Komponente zugreifen können und imstande wären, diese unbefugt weiterzugeben.

Dieser Aspekt wird weder in § 340a noch in § 399 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB V-RegE berücksichtigt. Die Regelungen sind insoweit nicht hinreichend bestimmt. Nach dem Dafürhalten der KZBV muss gesetzlich zumindest ausgeschlossen sein, dass sich ein Angehöriger einer LEI strafbar macht, falls eine unbefugte und eigenmächtige Weitergabe von Komponenten durch andere Angehörige derselben LEI erfolgt. Eine zivil- oder strafrechtliche Zurechnung erscheint insoweit unbillig.

Nicht nachvollziehbar ist auch die beabsichtigte Einbeziehung eines Praxisnachfolgers in den Prozess zur Sperrung einer für ihn fremden LEI-Authentifizierungskomponente. Wie eingangs ausgeführt, wird die LEI-Authentifizierungskomponente an die jeweilige die Ausgabe der Komponente beantragende LEI ausgegeben. Bei Aufgabe der LEI erlischt die Nutzungsberechtigung. Die Sperrung der Komponente wird entweder durch die LEI, vertreten durch deren Inhaber, veranlasst und spätestens mit Wirksamkeit dessen Zulassungsverzichts bzw. Bestandkraft der Entscheidung des Zulassungsausschusses durch die KZV vollzogen. Für den Fall einer Mehrzahl von Leistungserbringern innerhalb einer LEI besteht diese, soweit sie nicht gänzlich aufgelöst wird bzw. alle zugehörigen Leistungserbringer ausscheiden, fort.

Die mit der Regelung einhergehende Einbeziehung des Praxisnachfolgers in den „Pflichtenkreis“ des Vorgängers ist insoweit ungeeignet, das gesetzgeberische Ziel zu erreichen. Im Falle einer Einzelpraxis besteht für den Nachfolger keine Möglichkeit zur Sperrung der Komponenten. Im Falle einer Mehrzahl von Leistungserbringern führt eine partielle Nachfolge bzw. die Fortsetzung der LEI durch die verbleibenden Leistungserbringer im Falle einer unterbleibenden Nachfolge für einen ausscheidenden Leistungserbringer nicht zu einer die Sperrpflicht auflösenden Aufgabe der LEI (da diese im Ergebnis fortgeführt wird).

Die vorstehenden Ausführungen zugrunde legend, regt die KZBV an, bei der finalen Abfassung des § 340a SGB V-RegE folgende Punkte einzubeziehen:

- Klarstellung, dass die LEI-Authentifizierungskomponenten an die LEI ausgegeben werden;
- Herausnahme der Praxisnachfolger aus der Verantwortung, die Sperrung einer „fremden“ LEI-Authentifizierungskomponente veranlassen zu müssen (da unmöglich).

Des Weiteren erachtet die KZBV die in § 399 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB V-RegE vorgesehene Strafbewehrung als überzogen und lehnt die Sanktionierung ab. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Regelung zu streichen, zumindest aber auf deren Verhältnismäßigkeit zu überprüfen und in dem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass eine zum bestimmungsgemäßen Gebrauch der Komponente und zur Einhaltung der Pflichten aus § 340a SGB V-RegE verpflichtete LEI, bei der es sich um eine „juristische“ Einheit handelt, strafrechtlich nicht belangt werden kann. Nicht möglich ist schon die Verhängung einer Freiheitsstrafe. Die mit § 399 SGB V-RegE verfolgte Sanktionierung ist bei juristischen Einheiten / Personen nur nach dem Ordnungswidrigkeitenrecht möglich.

IV. Zur Einführungsfrist für den eMP (Nr. 35 b) PBEEG-RegE, Neufassung von § 342 Abs. 2a Nr. 1 SGB V-RegE)

Die KZBV hat wiederholt auf die Notwendigkeit hingewiesen, gesetzliche Umsetzungsfristen, insb. soweit sie für die Zahnärzte mit Umsetzungspflichten und ggf. negativen Folgen im Falle der nicht rechtzeitigen Umsetzung einhergehen (könnten), in zeitlicher Hinsicht sachgerecht auszugestalten. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass bereits die ursprüngliche in Absatz 2a Satz 1 vorgegebene Frist – „*spätestens ab dem Zeitpunkt, zu dem die elektronische Patientenakte gemäß Absatz 1 Satz 2 zur Verfügung steht*“ – nicht eingehalten werden konnte und auch die nunmehr vorgesehene Frist „31. März 2026“ als erneut zu ambitioniert erachtet wird. Insoweit fordert die KZBV, gesetzlich eine realistische Frist für die Einführung des eMP als ePA-MIO vorzusehen.

Köln, 06.10.2025