

Zur Diskussion gestellt:

DAZ-Positionen 2009

Nachdem der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V. sich über mehrere Jahre nur jeweils punktuell zu einzelnen aktuellen Ereignissen geäußert hat, haben vor der Jahrestagung 2009 einige DAZler damit begonnen, eine eher grundsätzliche berufs- und gesundheitspolitische Positionsbestimmung des Verbandes vorzubereiten. Die nachstehenden Aussagen zu einigen wichtigen Themenbereichen sind ein erster (durchaus ergänzungsfähiger) Grundstock dafür und sollen eine Diskussion im DAZ in Gang setzen, die über die Kommentierung von Tagesereignissen hinaus geht.

Festzuschüsse

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt es bekanntlich große Finanzierungsprobleme. Der Fehlbetrag im Gesundheitsfonds beträgt 2009 2,5 Mrd. Euro und 2010 wahrscheinlich 7,5 Mrd. Euro. Da vermutlich die realistisch möglichen Kostensenkungen durch Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem nicht ausreichen werden, die Finanzierungsprobleme der GKV, zumal in der jetzigen Wirtschafts- und Finanzkrise, in den Griff zu bekommen, werden Leistungseinschränkungen unausweichlich kommen.

Festzuschüsse wurden eingeführt, um Leistungen aus der GKV auszugrenzen. Sie sind, solange eine medizinisch ausreichende Grundversorgung durch die GKV bezahlt wird, in Teilbereichen ein akzeptables Modell. Die ausgegrenzten Leistungen können die Patienten über private Zusatzversicherungen absichern. Die Festzuschüsse sind ein Anwendungsbeispiel der Priorisierung im Sinne der Einschränkung der Versorgung auf einen Basiskatalog.

Festzuschüsse sind allerdings nur dort angezeigt, wo eine medizinisch sinnvolle Unterteilung in notwendige sowie ausreichende Grundversorgung und Zusatzversorgung möglich ist.

In der Prothetik sind Festzuschüsse grundsätzlich sinnvoll. Sie haben dort den Vorteil, dass die GKV-Patienten auch einen Zuschuss erhalten, wenn sie sich für nicht im Basiskatalog enthaltene oder neuartige Behandlungsmethoden entscheiden.

Festzuschuss-Systeme müssen aber auch praktikabel und durchschaubar sein.

Das in bemerkenswert kurzer Zeit erschaffene bürokratische Monster aus undurchschaubaren Regeln im Bereich der Prothetik-Festzuschüsse muss dringend wieder abgeschafft werden.

Sind die Prothetik-Festzuschüsse so kompliziert gestaltet worden, um als Existenz-Sicherung für den Verwaltungsapparat in den KZVen zu dienen, nach dem Motto, „Wissen ist Macht“?

Inhaltlich richtet sich die Kritik an den bestehenden Festzuschüssen in der Prothetik hauptsächlich gegen

einige fundamentale Indikationseinschränkungen, die die neuen Regelleistungen enthalten. Somit ist in der Regelversorgung nicht die geforderte solide Basisversorgung gesichert.

Da mit der Einführung der Festzuschüsse in der Prothetik auch die Budgetierung in diesem Bereich abgeschafft worden ist, ist es nahe liegend, dieses Modell auch auf andere Teilbereiche auszudehnen.

Ob die Einführung von Festzuschüssen in anderen Teilbereichen wie Parodontitistherapie, Endodontie oder Füllungstherapie (eigentlich schon vorhanden) sinnvoll ist, hängt davon ab, ob ein inhaltlich geschlossenes Konzept von den Befürwortern der Ausweitung des Festzuschuss-Systemes, wie z. B. der KZBV, vorgelegt werden kann. Ein Flickenteppich unzusammenhängender Teilreformen sollte vermieden werden. Bevor die Forderung aufgestellt wird, das Honorarsystem generell auf Festzuschüsse umzustellen, muss auch in der Zahnärzteschaft zunächst eine breite und offene Diskussion über diese grundlegende Veränderung stattfinden. Dabei darf dann natürlich auch nicht der Bereich der von den Patienten privat zu tragenden Mehrkosten (welche Mehrkosten werden wie honoriert) vergessen werden. Mehrkosten und Festzuschüsse müssen aufeinander abgestimmte Teile eines einheitlichen Honorarsystems sein.

Es besteht die Gefahr, dass neue Festzuschüsse dazu dienen, auch in diesen Bereichen – wie in der Prothetik - das von der GKV zur Patientenversorgung im Rahmen der Regelversorgung bereitgestellte Finanzierungsvolumen herabzusetzen, so dass das Niveau der vollständig von der GKV bezahlten Therapie abgesenkt wird bzw. über eine geringere Inanspruchnahme die Versorgungssituation verschlechtert wird.

Die GKV spart jährlich ca. 1 Mrd. Euro seit Einführung der Prothetik-Festzuschüsse ein. Es ist leider von Seiten der Zahnärzte-Vertreter versäumt worden, wenigstens einen Teil der Gelder in Bereiche wie Prophylaxe oder Parodontologie umzulenken.

Wenn im jetzigen Honorarsystem (außer bei ZE) Einsparungen vorgenommen werden, hat dies für uns Zahnärzte den Nachteil, dass diese Einsparungen voll zu unseren Lasten gehen.

Beim Festzuschuss-System müssen wir nur dann die Einsparungen tragen, wenn wir ausschließlich eine Leistung erbringen, die zur Regelversorgung gehört. Zusatzversorgungen, wie gegenwärtig bei ZE, werden nach GOZ privat liquidiert, und eine Honorar-Absenkung der Regelversorgung verringert nur den Kassenanteil und erhöht den Eigenanteil der Patienten, wirkt sich aber nicht auf unser Honorar aus.

Sollten allerdings die Kassen bei der Regelversorgung stärker sparen, würde wahrscheinlich aufgrund der höheren Zuzahlung die Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen zurückgehen und, um diesem zu begegnen, auf einen Teil von uns die Notwendigkeit zukommen, das GOZ-Honorar abzusenken, um dadurch den Eigenanteil der Patienten zu verringern.

Die von den Krankenkassen für den Eigenanteil im Festzuschuss-System bereitgestellten Zusatzversicherungen bringen für diesen Bereich ein System von Kostenerstattung. Durch zusätzlichen Beantragungsaufwand und von den Patienten an die Behandler weitergeleitete Auseinandersetzungen mit den Kassen über die Erstattungssumme wird vermehrt Verwaltungsarbeit auf die Praxen zukommen.

Die Privaten Krankenversicherungen freuen sich schon auf die Leistungseinschränkungen in der GKV, die sie durch eigene Angebote ausgleichen möchten.

Praxisgebühr

Die Praxisgebühr sollte abgeschafft werden.

Der kostenlose Einzug über die Zahnärzte ist nicht deren Aufgabe. Unsere Aufgabe ist die Therapie und nicht, für die Krankenkassen Versicherungsbeiträge im Sinne einer Strafgebühr für Erkrankung einzuziehen. Obwohl allen Patienten bekannt sein müsste, dass die 10 Euro an die Krankenkassen gehen, werden sie im Unterbewusstsein natürlich mit dem Zahnarzt, der sie einkassiert, in Verbindung gebracht. Hier hat sich die Bundesregierung einen Trick ausgedacht, um eine Erhöhung der Versicherungsbeiträge psychologisch den Ärzten und Zahnärzten in die Schuhe zu schieben. Eine weitere Erhöhung der Gebühr ist der Versuch, diesen Trick ein weiteres Mal einzusetzen.

Aus therapeutischer Sicht ist die Praxisgebühr natürlich auch fragwürdig, weil sie schon bei der kleinsten Behandlung erhoben werden muss. Es ist zu befürchten, dass mancher Patient, gerade in der heutigen wirtschaftlichen Situation, vom rechtzeitigen Zahnarztbesuch abgehalten wird.

Der Zahnarzt wird durch die Gebühr auch genötigt - im Sinne von Kulanz, kleinere Leistungen häufig ohne Berechnung zu erbringen.

Die Kosten für die Erhebung der Praxisgebühr und die Berechnung der Gebührenbefreiung sind viel zu hoch. Besser wäre es, aus Kostengründen und mit positiver Lenkungswirkung, am Jahresende eine Beitrags-Rückvergütung zu gewähren, wie sie bei Privatkrankenkassen üblich ist.

Zahnärztliches Honorar

Die Ärzte bzw. ihre KVen haben kurz vor der letzten Bundestagswahl (ein guter Termin für Forderungen an die Politiker) ein höheres Honorar durch eine Honorarreform für ihre Leistungen im Rahmen der GKV durchgesetzt. Die niedergelassenen Ärzte erhalten 2009 fast 2 Mrd. Euro mehr als 2008 und 2010 noch einmal 1,2 Mrd. Euro. Von uns Zahnärzten war überhaupt keine Rede, obwohl die GKV-Kassen durch die Einführung der Prothetik-Festzuschüsse erhebliche Einsparungen erzielt haben.

Warum fordert die KZBV in ihren aktuellen „Perspektiven Mundgesundheits“ nicht die dringend notwendige Erhöhung des Honorars für die grundlegenden zahnärztlichen Leistungen, wie 01, Rö, Füllungen usw., die wir täglich erbringen müssen? Sind diese Leistungen zu vernachlässigen und liegt unser finanzielles Heil nur noch in den außervertraglichen Leistungen und der Ausweitung der Festzuschüsse? Auch wenn die KZVen unsere Interessen nur im engen Rahmen der Gesetze des Bundes vertreten können, so sollten sie doch jedenfalls diesen Spielraum nutzen.

Um zu verhindern, dass wir Zahnärzte aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen sind, uns immer weiter von unseren grundlegenden Aufgaben zu entfernen und in den Bereich der privat zu liquidierenden Wellness-Zahnmedizin auszuweichen, müssen die Honorare für die Basisversorgung der Patienten angehoben werden. Andernfalls wird diese Versorgung immer schlechter und große Teile der Bevölkerung nur noch unzureichend zahnärztlich behandelt.

Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds hat den Krankenkassen die Finanzautonomie genommen, indem der Staat den Beitragssatz bestimmt.

Dieser nicht kostendeckende Beitragssatz, der durch Zuschüsse des Staates als Darlehen (wie sollen diese jemals zurückbezahlt werden?) aufgebessert wird, führt zu einem großen Druck auf die Krankenkassen, nicht immer den medizinisch notwendigen Therapien zuzustimmen.

Da die Krankenkassen nicht mehr über ihren Beitragssatz, da fremdbestimmt und einheitlich, konkurrieren können, flüchten sie in Marketingmaßnahmen, die nicht der Krankenversorgung dienen sondern dieser nur Geld entziehen oder den Ärzten die Konzentration auf die eigentliche Versorgung erschweren. Den Krankenkassen sollte untersagt werden, finanzielle Mittel für andere Dinge als die Therapie von Erkrankungen auszugeben. Die GKV ist keine Wellness-Versicherung.

Außerdem müssten die Kassen von versicherungsfremden Leistungen, die ihnen der Gesetzgeber übertragen hat, wie z. B. Mutterschaftsgeld, entbunden werden. Ebenfalls sollten die nicht kostendeckenden Beiträge des Staates für Arbeitslose und Hartz IV – Empfänger erhöht werden.

Der Gesundheitsfonds sollte wieder abgeschafft werden, da nur eine weitere Bürokratie mit hohen Kosten (jährlich zusätzlich 3 Millionen Euro Verwaltungskosten) geschaffen worden ist.

Zudem sind allgemein die abartigen Auswüchse diese Konstruktion bekannt, die sich z.B. darin äußern, dass viele ahnungslose Patienten von den Krankenkassen zu schwer chronisch kranken Menschen gemacht wurden, wobei sie die Ärzte noch zur Beihilfe aufgefordert haben, um dadurch größere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten.

Dieses Vorgehen der Krankenkassen kann sich für den betroffenen Patienten noch negativ auswirken, wenn durch die Einführung der e-card die Patientendaten zentral gesammelt werden. Die Datensicherheit kann, wie die Erfahrung beweist, grundsätzlich nicht garantiert werden.

Sachleistung – Kostenerstattung

Im System der Kostenerstattung werden Therapie und Therapiekosten mit dem Patienten vereinbart, unabhängig von seiner Versicherung. Die Behandlungskosten sind also auch für den Patienten transparent. Das wäre eigentlich der normale Umgang. Es besteht allerdings bei der Einführung die reale Gefahr, dass diese radikale Systemveränderung den durchschnittlichen Patienten überfordert wird, von den „bildungsfernen“ ganz zu schweigen. Dieses wird zur Folge haben - schon bei kleineren Veränderungen haben wir Zahnärzte das ja bereits erlebt -, dass die Umsätze auf breiter Front zurückgehen werden. Die Patienten sind verunsichert und werden den Zahnarzt zunächst völlig und dann so gut es geht meiden. Bei der Prothetik ist das alte Volumen von vor der Festzuschuss-Regelung noch immer nicht wieder erreicht.

Außerdem wird es zu einem Wettbewerb über die Therapiekosten kommen. Die Krankenversicherungen werden versuchen, ihre Versicherten an Praxen oder Praxisketten zu vermitteln, mit denen sie Verträge über günstige Konditionen abgeschlossen haben.

Da alle Patienten wie Privatversicherte zu behandeln sind, wird sich auch der Verwaltungsaufwand (samt Verwaltungskosten) gegenüber der bisher durchgeführten Sammelabrechnung unglaublich erhöhen. Außerdem werden die Honorarausfälle erheblich ansteigen. Diese Entwicklung würde zu einer wirtschaftlichen Existenzkrise für viele freiberufliche Praxen werden mit der Folge, dass in die entstehenden Lücken Kapitalgesellschaften mit Praxisketten und angestellten Zahnärzten stoßen werden.

Selektivverträge und andere besondere Verträge

Von KZV-Vorsitzenden kann man die Erwartung hören, dass von den Kassen der GKV der Vertragswettbewerb (Selektivverträge) vorangetrieben werden wird. Die GKV-Kassen selber fordern den Ausbau der Selektivverträge, bisher allerdings nur als Ergänzung der Kollektivverträge. Ob die Selektivverträge die Kollektivverträge, die bisher die flächendeckende Versorgung der Patienten garantieren, jemals ablösen werden, wird die Zukunft zeigen.

Da Selektivverträge aber auch im zahnärztlichen Bereich schon jetzt eine Realität sind, z. B. DAK-Imex, und sicherlich weiter zunehmen werden, ist es notwendig, dass die Zahnärzteschaft sich darüber einig wird, welche

Bedingungen sie an einen Selektivvertrag stellt. Sollte sie keine eigenen Forderungen formulieren, liefert sie sich den vorgelegten und bereits ausformulierten Verträgen der Krankenkassen aus und verliert so wichtige Gestaltungsmöglichkeiten.

Bei den Ärzten gibt es als Vertragspartner der GKV nicht mehr nur die KVen sondern neuerdings auch den Hausärzterverband. Dieser Hausärzterverband darf exklusiv die Hausarztverträge (Selektivvertrag) abschließen, nicht die KVen. Damit ist, aufgrund politischer Entscheidungen der Bundesregierung, vermutlich das Ende oder jedenfalls der Bedeutungsverlust der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeläutet.

Aus den KVen/KZVen heraus sind kaum Initiativen zu einer flexiblen Vertragsgestaltung im Kollektivbereich zu erkennen. Die von einigen Körperschaften geplanten Ausgründungen von Dienstleistungsgesellschaften sind nur Gesellschaften bürgerlichen Rechtes, die Beratungs- und Managementdienstleistungen verkaufen, ohne dass der Käufer eine Mitgestaltungsmöglichkeit hätte, wie sie in dem ursprünglichen KZV-Gedanken angelegt war.

Ganz vereinzelt gibt es allerdings Versuche von KZVen, auf der Basis neuer gesetzlicher Möglichkeiten mit GKV-Kassen Verträge abzuschließen, die über die gemeinsam und einheitlichen für alle Kassen festgelegten Vereinbarungen hinausgehen. Diese „kollektiven Ergänzungsverträge“ oder Strukturverträge sollten näher analysiert werden.

Diese Verträge mit einzelnen GKV-Kassen sind auch Selektivverträge, egal wie man sie nennt. Es fragt sich aus ordnungspolitischen Gründen, ob die KZVen gut beraten sind, solche Verträge abzuschließen. Schließlich halten sich die KZVen für die Garanten des Kollektivvertragssystems. Denkbar ist die Konstruktion von KZV-Selektivverträgen, die für besondere, gerade in der Breitenversorgung zu wenig erbrachte, Leistungen zusätzliches Honorar erwirken, die Umstände für die Behandlung vereinfachen oder über die Bindung an sinnvolle Qualitätsvorgaben bessere Honorare erreichen.

Wettbewerb

Wettbewerb im Gesundheitswesen sollte nicht heißen, dass alles billiger werden muss. Das Gesundheitswesen kann nicht in erster Linie unter betriebswirtschaftlichem Aspekt gesehen werden. Wettbewerb im Gesundheitswesen kann nur in sozialer Verantwortung ausgetragen werden.

Wettbewerb primär über den Preis wird die freiberuflichen Strukturen mit niedergelassenen Ärzten/Zahnärzten im ambulanten Bereich zerstören. Praxisketten mit angestellten Ärzten/Zahnärzten werden die Folge sein, da sie Gesundheitsleistungen preiswerter anbieten können und demzufolge von den chronisch unterfinanzierten Krankenkassen bevorzugt werden.

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss vorrangig um Qualität geführt werden, wobei das Niveau der Qualität in gesellschaftlichem Konsens offen festgelegt werden muss (nicht alles, was machbar ist, muss auch von der GKV bezahlt werden). Im Rahmen des gesellschaftlich festgelegten Qualitätsniveaus muss die gute medizini-

sche Versorgung der Patienten gesichert sein, und nur unter diesem Primat kann die wirtschaftlichste Lösung gesucht werden.

Nur der eigenverantwortliche, fachlich unabhängig behandelnde Arzt/Zahnarzt in eigener Praxis oder Praxisgemeinschaft kann für die Versorgungsqualität garantieren. Bietet er keine Qualität, muss der Patient die Möglichkeit haben, den Arzt zu wechseln. Dieses ist der stärkste Anreiz zur Sicherung der Qualität.

Zufriedenheit des Patienten ist das wichtigste Qualitätskriterium.

Der Patient muss also die Wahlmöglichkeit haben, sich selber einen niedergelassenen Arzt/Zahnarzt zu suchen und ihn notfalls auch zu wechseln. Dieses ist eine der wichtigsten Bedingungen für Qualität im ambulanten Bereich.

Verpflichtungen des Patienten, bei einem Arzt/Zahnarzt zu bleiben, dienen nicht der Therapie-Qualität.

Die Wahlmöglichkeit muss im ambulanten Bereich zwischen den niedergelassenen Ärzten/Zahnärzten bestehen und im Krankenhaussektor zwischen den einzelnen Krankenhäusern. Praxisketten mit angestellten Ärzten/Zahnärzten oder Krankenhausketten schränken die Wahlmöglichkeiten der Patienten ein. Wenn eine Krankenhausgruppe in regionaler Nähe zu ihren Krankenhäusern durch eigene „Medizinische Versorgungszentren“ (MVZ) auch noch den ambulanten Bereich dominiert, bilden sie ein medizinische Versorgungskartell. Patienten werden aus dem ambulanten MVZ natürlich in das dazugehörige Krankenhaus überwiesen, welches nicht zwangsläufig das Krankenhaus mit der besten Qualifikation für die patientengerechte Therapie sein muss.

Diese medizinischen Kartelle beinhalten aber aufgrund ihrer Monopolstellung die große Gefahr, dass die Qualität der Behandlung sinkt, da es keinen Wettbewerb mehr gibt und die Wahlmöglichkeiten für die Patienten eingeschränkt sind. Ohne Konkurrenz könnten auch die Behandlungskosten über das notwendige Maß hinaus, zugunsten einer gesteigerten Gewinnabschöpfung, erhöht werden.

Wettbewerb muss auch zwischen den Krankenkassen stattfinden. Eine staatliche Beitragsfestsetzung, wie im Gesundheitsfonds, behindert diesen Wettbewerb. Günstige Beiträge für die Patienten sind immer noch das stärkste Wettbewerbsargument. Dabei sollte allerdings auch die Leistung für die Ärzte stimmen. Werden einzelne Kassen in diesem Bereich auffällig, lässt sich dagegen leichter streiten als gegen eine Einheitsfront.

Finanzierung des Gesundheitswesens

Bevor aus finanziellen Gründen Leistungseinschränkungen im Gesundheitswesen vorgenommen werden, müsste zuerst folgendes geschehen:

a) Absenkung der Preise für die im europäischen Vergleich überbewerteten Medikamente, (die Pharmaindustrie muss einen deutliche Beitrag leisten)

b) Erstellung einer Positivliste der von der GKV bezahlten Medikamente, auf dieser Liste dürfen sich nur Medikamente befinden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist

c) Fortbildungen unter Einfluss der Pharmaindustrie und der Medizinindustrie dürfen von den ärztlichen Organisationen nicht als solche anerkannt werden, weil man unterstellen muss, dass solche Fortbildungen weniger den Patienteninteressen als den Industrieinteressen dienen und sich negativ und Kosten steigernd auf die Therapie auswirken

d) Kosten für die Medizintechnik müssen reduziert werden. Das kann einerseits über Preisverhandlungen geschehen, andererseits über Bedarfsanalysen. Dieser Punkt wird in der öffentlichen Diskussion völlig ausgespart. Keiner legt sich mit Siemens und Co an?

e) Es dürfen von der GKV nur noch wissenschaftlich belegte Therapien bezahlt werden. Wenigstens ein unteres Evidenzniveau sollte erreicht sein.

f) Überflüssige Untersuchungen und Therapien von Patienten, die nur der Auslastung der übersteuert eingekauften Medizintechnik dienen, dürfen von der GKV nicht honoriert werden. Hierfür ist eine grobe Bedarfsplanung und Festlegung von Behandlungskorridoren erforderlich. Eine aufklärende öffentliche Diskussion über Sinn und Nutzen von aufgerüsteter und überspezialisierter Medizin ist zu führen.

In diesem Sinn ist das von der Bundesregierung initiierte „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ zu unterstützen.

Die Empfehlungen für evidenzbasierte Therapien werden dann auch einen Einfluss auf die Behandlung von Privatpatienten haben. Schließlich stehen auch die PKVen vor einem Finanzierungsproblem, welches ständig steigende Beiträge zur Folge hat.

Sollten diese Maßnahmen zur finanziellen Absicherung der GKV nicht ausreichen (und es ist zu befürchten, dass sie, realistisch betrachtet, auch nicht konsequent durchgeführt werden) ist daran zu denken, eine Unterteilung in „Grundversorgung“ durch die GKV und privat zu bezahlende „Zusatzleistungen“, die durch die PKV abgesichert werden können, vorzunehmen.

Nach Prof. Beske sind aber den Versicherten in der GKV folgende Gesundheitsziele zu garantieren:

- Krankheit darf niemals zu einer finanziell Existenz bedrohenden Situation werden
- medizinischer Fortschritt für alle
- Alter darf zu keinem Leistungsausschluss führen
- wohnortnahe ambulante haus- und fachärztliche Versorgung

Außerdem muss für die Ärzte (+Zahnärzte) und Krankenhäuser eine Planungssicherheit bestehen, weil sonst Investitionen in moderne Medizintechnik zu riskant werden.

Die steigenden Defizite in der GKV (laut DAK bis zu 11 Milliarden € in 2010) werden, wenn sie nicht anders begrenzt werden können, nur durch Leistungseinschränkungen in den Griff zu bekommen sein. Bei ansteigender Staatsverschuldung kann man nicht davon ausgehen, dass die Bundesregierung immer mehr Steuermittel in den Gesundheitsfonds fließen lässt.

Allerdings könnten die Finanzierungsprobleme der GKV für die nächsten Jahre behoben werden, wenn der Staat aufhören würde, der GKV jährlich bis zu 48 Milliarden €

zur Subventionierung anderer Sozialsysteme und öffentlicher Haushalte zu entziehen. Dieses ist aber in einer anhaltenden Wirtschaftskrise wenig realistisch.

Wahrscheinlich wird deshalb die Diskussion über Grundversorgung und Zusatzversorgung geführt werden müssen. Hierbei ist es allemal besser, diese Diskussion offen und öffentlich zu führen, als, in unzumutbarer Weise, die Verantwortung für heimliche Rationierungen und deren Durchführung den Ärzten zu übertragen (auf dem Rücken der unwissenden Patienten).

Priorisierung (Rationierung)

Die Debatte über Priorisierung von Gesundheitsmaßnahmen geht von der Annahme aus, dass es aus finanziellen Gründen zu einer Leistungseinschränkung in der GKV kommen muss.

Ursachen:

- a. demografische Entwicklung (Erwerbstätige nehmen ab, Rentenbezieher nehmen zu)
- b. dadurch Zunahme altersbedingter Krankheiten, Zunahme der Pflegebedürftigkeit
- c. medizinischer (vermeintlich oder real) Fortschritt führt zur Ausgabensteigerung der GKV von jährlich ca. 1% - 2%.

Bundesärztekammer-Präsident Hoppe versteht unter Priorisierung zweierlei:

Patienten, die schwer erkrankt sind, werden zuerst behandelt, Patienten, die weniger leiden, werden später behandelt.

Außerdem werden Patienten mit Krankheiten, die durch unvernünftige Lebensweise (eigenes Verschulden) entstehen, in einer Behandlungs-Rangfolge unten angesiedelt, also auch zeitlich verschoben.

Andere verstehen unter Priorisierung eine Rangfolge der bei einer bestimmten Erkrankung einzusetzenden medizinischen Maßnahmen. Dabei wird in dieser Rangfolge unterschieden zwischen Maßnahmen der Grundversorgung, die die GKV bezahlt und Zusatzleistungen, die der Patient selber bezahlt oder privat absichern lässt (PKV).

Die von Hoppe vertretene Ansicht ist unethisch, nicht praktikabel und nicht sinnvoll.

Unethisch, weil man einem Kranken eine notwendige medizinische Behandlung verweigert, indem man sie zeitlich verschiebt.

Nicht praktikabel, weil nicht zu unterscheiden ist, ob ein Erkrankung durch Veranlagung, bestimmte unverschuldete Arbeits- u. Lebensumstände oder ungesunde Lebensführung (eigenes Verschulden) hervorgerufen wird. Soll der Arzt als Ermittlungsbeamter im Auftrag der Krankenkassen tätig werden?

Nicht sinnvoll, weil durch eine verspätete Behandlung die Erkrankung weiter fortgeschritten sein wird und dadurch kostenaufwendiger.

Verstaatlichung und Privatisierung im Gesundheitswesen

Es gibt divergierende Entwicklungen im Gesundheitswesen, die auf eine Konzeptionslosigkeit des Gesundheitsministeriums schließen lassen:

Einerseits Verstaatlichung des Systems der Beitragsfestsetzung (Gesundheitsfonds) und andererseits eine

Welle von Privatisierungen im Krankenhaussektor. Der Staat stiehlt sich, gegen den erklärten Willen der Bevölkerung, aus der Verantwortung und überträgt Renditeorientierten Krankenhauskonzernen die Verantwortung für die Patienten. Auch im ambulanten Bereich, in dem bisher die niedergelassenen Ärzte dominieren, erhalten die Kapitalgesellschaften durch gesetzliche Änderungen die Möglichkeit, tätig zu werden (Gründung von MVZ, Praxisketten).

Eine fatale Entwicklung nimmt ihren Lauf. Die Gründung von MVZs durch Krankenhauskonzerne führt zu einer Aufhebung der Trennung von ambulantem und stationärem Bereich. Der niedergelassene Arzt, erster und vertrauter Ansprechpartner des Patienten, überweist ihn bei entsprechender Indikation in das Krankenhaus, welches nach Einschätzung dieses unabhängigen Arztes für den speziellen Fall die beste Qualifikation besitzt. Arbeitet dieser Arzt aber in einem MVZ, das einem Krankenhaus gehört, liegt es auf der Hand, in welches Krankenhaus der Arzt überweisen muss.

Eine andere Entwicklung, die mit der von interessierter Seite geforderten Übernahme des amerikanischen Managed Care – Systems eintreten würde, ist die Aufhebung der Trennung von Versicherung (Erstattung der notwendigen Therapiekosten) und ärztlicher Versorgung. Im Managed Care-System übernimmt z. B. eine Kapitalgesellschaft mit angestellten Ärzten für ein zuvor festgelegtes Gesamtbudget die Versorgung einer bestimmten Gruppe von Patienten. Die Folge ist, dass je weniger ärztliche Leistungen erbracht werden, desto größer der Gewinn für die Kapitalgesellschaft ist. Aus einer solchen Konstruktion folgt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Unterversorgung der Patienten, eine Unterlassung kostspieliger Therapien, eine heimliche Rationierung von Gesundheitsleistungen.

Eine ebenfalls sehr bedenkliche Variante ist die Versorgung der Patienten in Praxen und Krankenhäusern, die unmittelbar den Krankenversicherungen gehören. Hier wird dann ganz direkt von denen über die Kosten der Therapie entschieden, die diese Kosten tragen müssen. Die Patienten-orientierte Therapie wird durch die Rendite-orientierte Therapie abgelöst.

Aus diesem Grund fordern wir die gesetzlich festgelegte Trennung von Krankenversicherungen und ärztlichen Therapieinstitutionen (Praxen, MVZ und Krankenhäusern).

Neue Kooperationsformen

Neue, wirtschaftlich begründete, Kooperationsformen und Netzstrukturen der Zahnärzte, wie z. B. Genossenschaften, sollten gefördert werden. Die Zahnärzte müssen neue Versorgungsformen selber aktiv gestalten, um ihre ärztliche Tätigkeit weiterhin freiberuflich ausüben zu können.

Dieser Bereich darf von den Zahnärzten nicht den Kapitalgesellschaften und Klinikkonzernen überlassen werden, die eigene Praxisnetze für Zahnärzte gründen oder die Zahnärzte in die von ihnen betriebenen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) integrieren. In diesen werden die Zahnärzte dann zukünftig nur noch Angestellte oder bestenfalls Pseudo-Selbständige sein.

Auch große Dentallabore wie Dentaltrade mit „netzwerk zahn“ und Imex mit „dent-net“ organisieren für uns

Zahnärzte Netzwerke zwischen Krankenkassen, Zahnärzten und ihrem Dentallabor. Dem Zahnarzt sind in einem solchen Netzwerk nur sehr wenige Mitbestimmungsmöglichkeiten gegeben – die Abhängigkeiten überwiegen.

Wir müssen selbst bestimmt und innovativ auf veränderte Rahmenbedingungen reagieren. Sind wir durch die Zwangsmitgliedschaft in den schleichend entdemokratisierten KZVen so deformiert, dass wir die gegenwärtig ablaufenden Veränderungen nicht wahrnehmen oder nicht darauf reagieren können? Die KZVen sind einmal als Interessenvertretung im Rahmen der Organisationsfreiheit gegründet worden.

Wollen wir uns wirklich in die Abhängigkeit von Kapitalgesellschaften, Versicherungen oder großen Dentallaboren bzw. in die von ihnen mit der Organisation der Netzwerke beauftragten Managementgesellschaften begeben? Die Kosten für die Therapie der Patienten werden in diesen Kreisen gern als „Produktionskosten“ bezeichnet? Diese entlarvende betriebswirtschaftliche Denkweise stellt die Behandlung von Kranken auf die gleiche Stufe mit der Herstellung von Autos.

Spezialisierungen

Zurzeit gibt es von verschiedenen Interessen geleitete Tendenzen, postgraduale Spezialisierungen mit Master-Grad für diverse Teilgebiete zu etablieren.

Sicher braucht die Zahnheilkunde hoch qualifizierte Spezialisten für viele Bereiche. Ohne diese gibt es keine Forschung und Weiterentwicklung des Faches. Darüber hinaus werden Spezialisten für besondere, komplexe und schwierige Behandlungsfälle benötigt. Das Austreten von Grenzen dient auch dem Fortschritt. Eine strukturierte Spezialisierung in den entsprechenden Abteilungen der Universitäten wäre geeignet die genannten Anforderungen zu erfüllen und gleichzeitig das Spezialwissen für die allgemeine Lehre nutzbar zu machen.

Die Forderung nach einer Ausweitung des Spezialistenwesens in den Praxen hat damit nichts zu tun. Die normale Versorgung ist durch gut aus- und fortgebildete „Allgemeinzahnärzte“ sicher zu stellen. Der DAZ hat sich immer für die Sicherung einer soliden Breitenversorgung durch dafür umfassend und praxisgerecht ausgebildete Zahnärzte eingesetzt. In diesen Zusammenhang gehört auch das Eintreten für eine Verbesserung und Intensivierung der universitären Ausbildung.

Die Master-Spezialisierungen wie sie jetzt von Zeitgeistpolitikern, Fortbildungsverkäufern, Dentalindustrie und Marketingstrategen propagiert werden, verteuern und erschweren die Patientenersorgung in unangemessener Weise. Spezialisten müssen sich zur eigenen Rechtfertigung abgrenzen, (künstlich) definieren und ausstatten. Der Erwerb des Spezialistenzertifikates und die dazugehörige apparative Ausstattung sind Investitionen, die wieder eingespielt werden müssen. Die Leistung, die der Spezialist erbringt, muss teurer sein. Unnötige Spezialistenleistungen verteuern die Versorgung und sind geeignet, die solide „Allgemeinzahnmedizin“ zu entwerten.

Die Universitäten befinden sich in der Klemme von Einsparungsdruck und Zwang zur Erschließung neuer

Geldquellen. Deshalb ist zu befürchten, dass die Idee vom Master Spezialisten zu Einschränkungen in der zahnärztlichen Grundausbildung führen wird, die dann durch für die Auszubildenden kostenpflichtige und für die Universitäten und Referenten einträgliche Spezialisierungen ausgeglichen werden müssen.

Der Bologna-Prozess zur Vereinheitlichung der Ausbildungsgänge über eine Bachelor/Masterstruktur wird als Vorwand benutzt, um Umstrukturierungen in Richtung auf mehr Spezialisierung zu legitimieren. Nicht ohne Grund gibt es allerdings in den Bolognaverträgen Ausnahmen für Rechtswissenschaften und Medizin. Die Medizinausbildung ist notwendigerweise hoch komplex und langwierig. Ein Medizinbatchelor nach der halben Zeit kann kein sinnvoller Abschluss sein („Barfußarzt“).

Elektronische Gesundheitskarte

Die elektronische Gesundheitskarte wird aus Gründen des Datenschutzes und der immensen Kosten abgelehnt.

Angesichts der Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Milliarden-Ausgaben für das System der Elektronischen Gesundheitskarte unverantwortlich. Im Jahr 2009 werden dem Gesundheitsfonds 660 Millionen Euro zur Finanzierung der e-card entzogen. Nach einem von der „Gematik“ in Auftrag gegebenen Gutachten kostet die Einführung der e-card insgesamt 5,4 Milliarden Euro, die damit für die Behandlung der Patienten nicht zur Verfügung stehen. Von Seiten unabhängiger Beobachter werden die Kosten sogar auf fast das Doppelte geschätzt. Es handelt sich um Kosten der Installation und Unterhaltung von Hardware, Software und zusätzliche Personalkosten in dem Bereich der „Leistungserbringer“. In den bisher veröffentlichten Planungen ist für die Praxen mit keinem Rationalisierungsgewinn zu rechnen, sondern mit einer zusätzlichen Verkomplizierung. Diese überflüssige e-card, ein Beispiel für erfolgreiche Lobbyarbeit, ist für einige Unternehmen ein Riesen-Geschäft und für die Kranken ein riesiger Verlust an Ressourcen für Behandlung. Die beteiligten Politiker sind der Lobbyarbeit erlegen mit Wunsch nach Kontrolle, „Modernität“ und Wirtschaftsförderung.

Dabei ist es überhaupt kein Problem, die Behandlungsdaten der Patienten bei den Hausärzten oder einem anderen Arzt der Patientenwahl zu sammeln und sie bei Bedarf dort abzurufen. Für Zahnarztpraxen mit wenig Fremddiagnostik, Medikamentenverordnung und Krankenschreibungen etc. ist das Ganze besonders unsinnig.

Geld ist nicht das Hauptproblem, wenn auch wichtig. Die medizinischen Daten der Patienten bedürfen des besonderen Schutzes. Das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient verlangt, dass die Patientendaten nur zum Zweck der medizinischen Behandlung weitergegeben werden. Eine zentrale Speicherung auf einem Server gefährdet die Sicherheit der Patientendaten und die informationelle Selbstbestimmung der Patienten. Diese e-card ist ein weiterer Schritt auf dem bereits beschrittenen Weg zum zentralistischen Überwachungsstaat.

Der Datenschutz für die sensibelsten Daten der einzelnen Bürger ist nicht gewährleistet und vermutlich auch nicht zu gewährleisten. Diverse Hackerattacken auf ver-

schiedene für sicher erklärte zentrale Datenbanken haben das deutlich gemacht. Zahllose Organisationen haben ein Interesse an den zentral gespeicherten Patientendaten. Sie werden diese entweder durch kriminelle Machenschaften oder durch Aufweichung der Datenschutzgesetze mit Sicherheit auch erhalten.

Basistarif in der PKV

Der Basistarif in der PKV ist abzulehnen. Hier wird ein Tarifsysteem, das von seinen Bedingungen in die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gehört, in die private Krankenversicherung (PKV) eingeführt. Die PKV bestimmt die individuelle Höhe der Beiträge nach den Risiken, mit denen ein neues Versicherungsmittglied behaftet ist. Beim Basistarif muss die PKV auch Patienten mit großen Risiken bzw. großem Behandlungsbedarf zu vom Gesetzgeber bestimmten Konditionen (durchschnittlicher Höchstbeitrag in der GKV darf nicht überschritten werden, ca. EUR 570) versichern.

Auftretende Defizite in der PKV werden aber nicht vom Staat getragen (keine permanenten staatlichen Zuschüsse wie in der GKV) sondern von den anderen Privatversicherten, was unweigerlich Beitragssteigerungen für diese Gruppe zur Folge haben wird.

Die Vermischung versicherungswirtschaftlicher und solidarischer Strukturen führt zu einer Belastung der Privatversicherten, die mit den einmal geschlossenen Verträgen nicht mehr viel zu tun hat. Der private Versicherungsschutz wird teurer werden oder im Umfang eingeschränkt werden. Wir Zahnärzte werden, wenn die klassischen Leistungen der privaten Versicherungen für die Versicherten schwer bezahlbar werden, auch bei den Privatversicherten im Gehege des „Ausreichenden und Wirtschaftlichen“ gefangen sein. Einschränkungen des Leistungsumfanges werden sicherlich die Tarife unübersichtlicher machen und den bürokratischen Aufwand für Planung und Abrechnung erhöhen.

Für uns Zahnärzte bedeutet der Basistarif eine Behandlung zum 2,0 fachen Satz der GOZ, allerdings nur im Rahmen des GKV-Leistungskataloges.

Zahnärzte sind nicht verpflichtet, eine Behandlung zum Basistarif durchzuführen. Eine Weigerung ist allerdings ein Protest, den der Patient ausbaden muss, der den strukturellen Unfug nicht zu verantworten hat. Wäre er GKV-versichert, könnten wir uns als Kassenärzte nicht verweigern

Wenn eine GKV für alle mit privater Zusatzversicherung gewollt ist, dann sollte man es auch klar so machen.

Das gegliederte Versicherungssystem ist sicher grundsätzlich unsolidarisch, hat aber auch durch eine Art von Quersubventionierung zur Stabilisierung der Breitenversorgung beigetragen. Darüber hinaus ist hier für die Zahnärzte ein Bereich relativer Bürokratiearmut zu genießen.

Informations- und Beratungsstellen für Patienten

Die Einrichtung von unabhängigen Patientenberatungsstellen ist zu unterstützen. Die Zusammenarbeit von

Körperschaften und Universitäten mit Verbraucherverbänden sollte flächendeckend ausgebaut werden. Wie in verschiedenen Medienauftritten erkennbar war, ist die Aufrüstung der Verbraucherschützer mit zahnärztlichem Sachverstand dringend erforderlich, um eine ernsthafte Beratung der Patienten zu ermöglichen. Diese Form der Beratung muss ein deutliches Gegengewicht zu als Beratung getarnten Verkaufsförderungen von Labors und unseriösen Praxen darstellen.

Daneben sollte es eine aufklärende Öffentlichkeitsarbeit zu wichtigen Versorgungsfragen geben. Diese müsste eigentlich auch von den Körperschaften und den wissenschaftlichen Gesellschaften gestaltet werden. Da bisher keine ernsthaften Aktivitäten in dieser Richtung zu erkennen sind, könnte sich in diesem Bereich eine Aufgabe für den DAZ stellen. Eine Arbeit zur Emanzipation des Patienten war immer ein Teil des Programms. Das Projekt Qualitätssicherung ist unter anderem auch mit dieser Zielrichtung gedacht.

Wie eingangs erwähnt: dies ist eine Anregung zur Diskussion, die weiter entwickelt werden kann und soll.

**Qualitätsmanagement
ist jetzt Pflicht!**

Projekt Qualitätssicherung des DAZ

**Wir orientieren uns an der
Betreuungsqualität
für den Patienten**



**Macht Ihre Praxis
schon mit -
beim DAZ-Projekt
Qualitätssicherung?**

**Hier erhalten Sie alle
Informationen:**

**Dr. Peter Nachtweh
Kaiserdamm 97
14057 Berlin**

**T. 030/3023010, F. 3255610
p.nachtweh@t-online.de**