

An die Mitglieder des
BDIZ / EDI



Dr. Thomas Ratajczak
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Sozialrecht
Wegenerstr. 5
71063 Sindelfingen

Tel.: 07031-950518
Fax: 07031-950599
E-Mail: ratajczak@rwo.de

11. September 2003

Erste Hinweise zur Gesundheitsreform 2004

Aus zahlreichen Presseberichten von Anfang August 2003 konnte man den Eindruck gewinnen, dass die Gesundheitsreform vielleicht doch an mangelndem Konsens scheitern könnte. Das aber war nur Theaterdonner. Seit dem 22.08.2003 wissen wir, dass sich Regierungsparteien und Opposition einig sind. Gezweifelt hatte in Insiderkreisen daran niemand. Zu groß sind der Reform- und damit der Einigungsdruck, zuviel hängt am Gesundheitswesen. Nun liegt der **gemeinsame Gesetzentwurf** einer großen Koalition aus **SPD, Bündnis 90/Die Grünen und CDU/CSU** vom 04.09.2003 vor, der am 09.09.2003 vom **Bundestag** in 1. Lesung beraten wurde. Am 22.09.2003 ist noch eine Anhörung der betroffenen Organisationen und Verbände geplant. Diese wird aber – wie es aus Berliner Kreisen heißt – nur „pro forma“ stattfinden. Am 26.09.2003 soll das Gesetz im Bundestag verabschiedet werden. Dass es im Bundesrat noch zu einer nennenswerten Änderung kommt, glaubt niemand. Die durch die überhaupt nicht überraschende Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vom 09.09.2003 zum ärztlichen Bereitschaftsdienst an den Kliniken ausgelöste Aufregung betrifft zwar die Interessen der Bundesländer. Es herrscht aber offenbar Einigkeit, dass man diese Problematik nicht mit dem laufenden Gesetzgebungsverfahren vermischen will. Man kann deshalb davon ausgehen, dass das Gesetz so, wie es jetzt vorliegt, mit allenfalls noch geringfügigen Änderungen (nur im Bereich des Arzneimittelhandels [!] ist derzeit eine ab-zusehen) kommen wird.

Vorbemerkung

Die gute Nachricht zuerst:

Für die **Implantologen** ändert sich weniger und damit verschlechtert sich auch **weniger**. Die implantologisch-chirurgische Behandlung bleibt weiterhin Privatleistung. Allerdings ist die Versorgung mit Suprakonstruktionen künftig – wahrscheinlich – ohne die bisherige Einschränkung durch die Richtlinien Leistungsgegenstand der Festzuschüsse. Diese sind nach dem bisherigen Einigungsstand der Politik entweder über BEMA oder über GOZ abzurechnen, je nachdem, wie sich der Patient künftig (ab 2005) versichern wird.



Die schlechten Nachrichten:

Für Zahnärzte setzt die Degression ab 2005 künftig schon bei 262.500 Punkten statt bisher 350.000 Punkten ein, Zahnersatz wird aber nicht eingerechnet.

Für die **Kieferorthopäden** setzt die Degression bei 280.000 Punkten ein.

Für die überwiegend chirurgisch tätigen Mitglieder, insbesondere also auch die **MKG-Chirurgen**, gilt dergleichen.

Die Möglichkeiten zum Abschluss von **Mehrkostenvereinbarungen** verschlechtern sich bei Zahnersatz.

Die ganz schlechte Nachricht:

Das Gesetz weitet die Bürokratie im Gesundheitswesen in bisher ungekannte Dimensionen aus. Wie die verwaltungstechnischen Mehraufgaben für K(Z)Ven und Krankenkassen mit dem Postulat der Reduzierung der Verwaltungsausgaben in Einklang gebracht werden sollen, bleibt unerfindlich.

Ansonsten: Es wird sich vieles ändern.

Einleitung

Am 11.08.2003 wurde der Arbeitsentwurf zur Gesundheitsreform 2004 vorgestellt und verschickt, versehen mit dem Hinweis, er sei noch nicht mit der Leitung des BMG abgesprochen. Seit dem 04.09.2003 gibt es nun einen gemeinsamen Gesetzentwurf aller Bundestagsparteien mit Ausnahme der FDP und der PDS, der mit der Leitung und den Gremien einschließlich der Opposition abgestimmt ist und am 09.09.2003 in 1. Lesung im Bundestag behandelt wurde. Er wird wohl am 26.09.2003 im Bundestag als Gesetz verabschiedet werden und dann im Bundesrat auf keine Hürden stoßen. Es bleibt beim vorgesehenen Titel: GMG – Gesundheitssystem Modernisierungsgesetz (nachstehend, soweit es Änderungen des SGB V betrifft, zitiert als SGB V-E).

Den Entwürfen vorausgegangen war das Eckpunktepapier. Der Vergleich zwischen Eckpunktepapier und Gesetzentwurf zeigt, dass das BMG sich um die Abarbeitung bemüht hat. Vieles, was jetzt im Gesetzentwurf steht, ist aus dem Eckpunktepapier zwar nicht abzulesen. Man muss aber zur Kenntnis nehmen, dass die rot-grüne Koalition mit Eckpunktepapieren gerade in ihrer Wählerklientel sehr positive Erfahrungen gemacht hat. Zahlreiche Verbände orientieren sich nur an den Eckpunktepapieren und prüfen später nicht mehr nach, was von den Eckpunkten tatsächlich reale Politik wurde. Die Eckpunkte haben allerdings die Zustimmung der Opposition gefunden, so dass wesentliche Teile dessen, was jetzt als Gesetzentwurf vorliegt, auch Gesetz werden dürften. Wertet man den Einfluss von rot-grün einerseits und schwarz (gelb ist ja aus den Gesprächen in letzter Minuten ausgeschieden) andererseits politisch, dann hat sich überwiegend rot-grün durchgesetzt.

Im Folgenden soll das Gesetzesvorhaben in seinen für Zahnärzte wichtigsten Punkten vorgestellt und einer ersten Bewertung unterzogen werden.

1. Zahnersatz wird keine echte Privatleistung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass ab dem Jahre 2005 die Krankenkassen zu Zahnersatz anstelle der bisherigen prozentualen Beteiligung nur noch **Festzuschüsse** auf der Basis von Regelversorgungen zahlen müssen (§ 55 SGB V-E). Die Festzuschüsse sind vom neu geschaffenen Gemeinsamen Bundesausschuss den Regelversorgungen zuzuordnen (§ 56 Abs. 1 SGB V-E). Die Festzuschüsse sind so zu kalkulieren, dass sie 50 % der noch festzulegenden Regelversorgung umfassen. Der Rest ist vom Patienten zu bezahlen. Härtefallregelungen sind aber vorgesehen und in ihrer Anwendung kompliziert (§ 55 Abs. 2 SGB V-E).



Damit könnte man leben. Der „Hund“ steckt aber im Detail. Mit den Festzuschüssen wird die bisherige Mehrkostenvereinbarung abgeschafft. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen künftig Festzuschüsse und alle Mehrkosten, so sie denn vom Patienten nachgefragt werden und in die sog. Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V gelistet sind, nach **BEMA** bzw. BEL abgerechnet werden (Begründung zu § 55 Abs. 4 SGB V-E). Da die Regelversorgung „in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen ist“ (§ 56 Abs. 2 Satz 11 SGB V-E), ist zu erwarten, dass erhebliche Teile der bisher anerkannten privaten Mehrleistungen künftig in die Beschreibung der Regelleistungen einfließen wird.

Das gilt allerdings nur, wenn – das steht so nicht im Gesetz, muss man aber wissen – der Patient sich künftig dazu entschließt, sich über die GKV zu versichern. Entschließt er sich dazu, Zahnersatz über die PKV zu versichern, ist die gesamte prothetische Versorgung privat Zahnärztlich und damit nach **GOZ** abzurechnen.

Der Gesetzentwurf sieht auch vor, dass Suprakonstruktionen bezuschusst werden sollen, jedenfalls in dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Umfang. Hier steht zu erwarten, dass die Krankenkassen die bisher in § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V enthaltene Beschränkung auf Ausnahmeindikationen insgesamt zu Fall bringen wollen. Das hätte zur Konsequenz, dass Suprakonstruktionen auf Implantaten bei GKV-versicherten Privatpatienten (einen solchen Unfug wird es künftig im Zahnersatz geben) nach BEMA abzurechnen sind, bei PKV-versicherten Privatpatienten nach GOZ. Nach der derzeitigen Regelung – die, obwohl als fehlerhaft erkannt, angesichts der Brisanz der Zahnersatzdynamik wohl erst in einem Änderungsgesetz korrigiert werden wird – entscheidet der neu geschaffene Gemeinsame Bundesausschuss (s. u. 9.) über die Frage, ob die prothetische Versorgung von Zähnen „einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist“. Diese Frage müsste der Bundesausschuss in der Zusammensetzung 4 KBV, 1 KZBV, 4 DKG auf Leistungserbringerseite entscheiden! Dass dies ein Systembruch ist, ist – wie gesagt – erkannt, aber derzeit offenbar nicht korrigierbar.

Die **GOZ-Reformdebatte** wird als Folge des Gesetzgebungsvorhabens wieder aufgenommen. Der Informationsdienst des Deutschen Bundestages meldete am 19.08.2003, dass nach Auffassung der Bundesregierung sowohl die GOÄ als auch die GOZ reformbedürftig sind. Es müssten die in den Gebührenverzeichnissen für die vertragsärztliche Versorgung vorgenommenen Reformen nachvollzogen werden, heißt es in einer Antwort der Bundesregierung (BT-Drs. 15/1477) auf eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion (BT-Drs. 15/1266). Die Anfrage der CDU/CSU-Fraktion muss man als unglücklich bezeichnen. Die meisten Fragen betreffen die Honorarordnung für Architekten und Ingenieure (HOAI), die Anfragen zu den anderen Gebührenordnungen scheinen nur „Begleitmusik“ zu sein. Das wird der Tatsache, dass die GOZ seit nunmehr 16 Jahren auf eine Anpassung der Gebührensätze wartet, schon im Ansatz nicht gerecht. Im Vergleich zur GOZ sind die Probleme der Architekten und Ingenieure mit der HOAI eher bescheiden.

Die Einführung befundbezogener Festzuschüsse ist sinnvoll. Das jetzige Zuschusssystem leidet unter einem Gerechtigkeitsproblem. Derjenige, der sehr viel zuzahlen kann, darf sich aus dem Solidartopf entsprechend mehr an Zuschuss für eine teurere Versorgung holen, während derjenige, der nicht soviel zuzahlen kann, eine entsprechend weniger gute Versorgung bekommt, es sei denn, er wäre Härtefall gewesen. Die Härtefälle zeichnen sich seit Jahren im Zahnersatz dadurch aus, dass sie aufwendigste Versorgungen erhalten. Das war gut für diejenigen Zahnärzte, die Härtefälle versorgten, aber schlecht für das Solidarprinzip.

In das System der Festzuschüsse passt aber **nicht**, dass künftig zwischen den Versicherten je nach dem geschieden wird, ob sie über die **GKV** oder die **PKV** versichert sind. Diese Option wird allen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen ab 2005 eingeräumt (§ 58 Abs. 2 SGB V-E). Wie hoch der Beitrag für künftig GKV-versicherte Privatpatienten zum Zahnersatz sein wird, steht noch nicht fest. Im Arbeitsentwurf war noch an 0,3 Beitragsprozentpunkte gedacht worden (§ 241a SGB V idF des Arbeitsentwurfs vom 11.08.2003). Offenbar hat die Kritik an dieser Regelung gefruchtet, aber die Problematik der Festzuschüsse nicht insgesamt bereinigen helfen.

Festzuschüsse sind als Systemwechsel nur dann sachgerecht, wenn die Behandlungsleistungen insgesamt nach GOZ abzurechnen sind und nicht mal so oder so, je nach dem, wo der Patient seinen Versicherungsvertrag abgeschlossen hat. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Lösung wird Zahnarztpraxen dazu zwingen, im eigenen Interesse als **Vermittler von Versicherungspolice**n für ihre Patienten aufzutreten, um bei Patienten nicht nur privat Zahnärztliche Leistungen abrechnen zu können, sondern ihnen überhaupt die gesamte Palette privat Zahnärztlicher Leistungen anbieten zu können. Wenn – wie dies vorgesehen ist – künftig **vollkeramische Brücken und Kronen in den BEMA** aufgenommen werden sollen (Begründung zu § 55 Abs. 1 SGB V-E), dann steigt die Behandlungshonorierung nur für den unwahrscheinlichen Fall, dass diese neuen Gebührensätze ausnahmsweise einmal angemessen vergütet werden. Ansonsten droht, dass Zahnarztpraxen sich mit verdeckten Barzuschüssen zu Behandlungen behelfen – wie wir dies in der Vergangenheit leider oft genug beobachten mussten. Hier wäre eigentlich dringend nachzubessern. **Zahnersatz mit Festzuschüssen macht Sinn nur als privater Zahnersatz, abzurechnen nach GOZ!** Die Versicherungsprämien sind entsprechend zu kalkulieren ohne Rücksicht darauf, wo der Patient versichert ist. Dies ist auch notwendig, damit der Wettbewerb zwischen GKV und PKV um die Zahnersatzversicherungspolice nicht vom herein verzerrt ist.

Aber leider wird dieser Mischmasch nicht korrigiert werden. Dem Gesetz **mangelt** es – wie der Politik überhaupt – an einer **ordnungspolitischen Grundvorstellung**. Zwischen der Frage, ob man nicht besser den Bürger entscheiden lassen soll, wofür er sein Geld ausgibt, und der Überzeugung, dass es dem Bürger an Einsichts- und Erkenntnisfähigkeit fehlt, das notwendige vom unsinnigen zu unterscheiden und sich für das notwendige zu entscheiden, hat sich auch das GMG für die zweite Variante entschieden. Das zeigt sich bei der Kostenerstattung.

Die Opposition hat sich mit diesem Systembruch abgefunden. Vielleicht wird man ja darin in einigen Jahren den Beginn des Wandels der gesetzlichen Krankenkassen hin zu privat Krankenversicherungen erblicken können. Der Änderung lassen sich unter langfristigen Gesichtspunkten bei Einnahme einer sehr optimistischen Grundhaltung in diesem Punkt also ganz ansatzweise auch positive Aspekte entnehmen.

2. Kostenerstattung

Der Bundesgesetzgeber ändert § 13 SGB V und führt die Möglichkeit der Wahl der Behandlung gegen **Kostenerstattung** wieder **für alle** ein. Er macht die Kostenerstattung sogar handhabbarer, weil sie auf den ambulanten Bereich beschränkt werden kann. Dies hat in der Vergangenheit zu großen Irritationen geführt und zu ganz unterschiedlicher Handhabung innerhalb der Kassenarten. Man kann das neue Recht m.E. auch so interpretieren, dass es innerhalb des ambulanten Bereichs auf Zahnärztliche Behandlungen beschränkt werden kann, weil insoweit ein erheblicher Unterschied zu ärztlichen Behandlungen besteht. Hier wäre aber eine Klärung zu wünschen.

Neu ist auch, dass ein GKV-Mitglied mit Zustimmung seiner Krankenkasse sich künftig auch bei einem Privat Zahnarzt, ja ggf. sogar einem Heilpraktiker behandeln lassen darf (§ 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V-E).

Allerdings traut die große Koalition dem Patienten nicht zu, sich eigenverantwortlich für die Kostenerstattung zu entscheiden. Er muss vielmehr vor seiner für 1 Jahr bindenden Wahl der Kostenerstattung von seiner Krankenkasse „beraten“ werden (§ 13 Abs. 2 SGB V-E). Hier kommt die ordnungspolitische Vorstellung des sorgenden, tatsächlich jedoch nur bevormundenden Staates zum Vorschein. Die DDR zerbrach an einer solchen Einstellung, Neuseeland, Großbritannien, Schweden und viele andere mussten erkennen, dass ein solcher Weg in den Untergang führt und haben ihn verlassen. Deutschland steht die Erkenntnis noch bevor.

3. Neue KZV-Strukturen

Der Gesetzentwurf legt sich auf die Einführung **hauptamtlicher Vorstände** fest mit Wirkung ab dem Jahre 2005. Die **Amtszeit** beträgt **6 Jahre**. Es darf bis zu 3 Vorstandsmitglieder geben (§ 79 Abs. 4 Satz 1 SGB V-E).

Die Vorstandsmitglieder müssen nicht Vertrags(zahn)ärzte sein. Gleichzeitig werden die Möglichkeiten, in Bundesländern mehr als eine KZV zu unterhalten, drastisch beschränkt. Dies betrifft Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Für Rheinland-Pfalz wird aus 3 KZVen eine einzige gebildet werden müssen, für Baden-Württemberg können es künftig nicht mehr als 2, wahrscheinlich aber nur 1 sein. Zur Erleichterung der Neubildung dürfen die neuen Landes-KZVen für die Übergangszeit einer Wahlperiode bis zu 5 Vorstandsmitglieder haben (Art. 35 § 3 Satz 2 GMG).

Wenn Zahnärzte sich über die hohen Verwaltungskosten der Krankenkassen (zu recht) aufregen, weil diese schlussendlich die zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung Gelder schmälern, dann sollten sie dafür sorgen, dass ihre eigenen Standesorganisationen schlank sind und keine vermeidbaren Verwaltungskosten verursachen. Allerdings wäre wünschenswert gewesen, wenn der Gesetzgeber auch ansonsten das Gebot schlanker Verwaltungsstrukturen im Gesetz verankert hätte. Davon kann jedoch leider keine Rede sein, ganz im Gegenteil.

Die Arbeitsbelastung der Vorsitzenden und ihrer Stellvertreter – jedenfalls der großen KZVen (und große KZVen wird es künftig nur noch geben) – ist mittlerweile so immens, dass aus der als ehrenamtlich gedachten Tätigkeit längst eine verdeckte hauptamtliche Tätigkeit geworden ist. Ausdrücklich zugelassen wird entgegen der neueren Rechtsprechung des BSG, dass der hauptamtliche Zahnarztvorstand noch nebenher in seiner Praxis weiter mitarbeitet. Er kann auch das Ruhen der Zulassung beantragen (§ 79 Abs. 4 Satz 3 SGB V-E).

Die gefundene Lösung mag aus der Sicht derjenigen Vorstände, die in 6 Jahren ohnehin in den Ruhestand treten werden, angenehm sein. Für jüngere Zahnärzte, die eigentlich auch dringend in Vorständen gebraucht werden, stellt die Hauptberuflichkeit aber ein kaum zu überschätzendes Risiko dar. Wer mit Lebensalter 40 für 6 Jahre hauptberuflich in den Vorstand einer KZV gewählt wird, muss entweder darauf vertrauen, dass er bis zu seinem altersmäßigen Ausscheiden immer wiedergewählt wird, den Hauptberuf also zum Lebenszeitberuf machen kann, oder aber mit immensen Risiken leben. Wer als 46-jähriger 6 Jahre aus der Praxis weg war und dann zurück in seine Praxis kommt, wird völlig veränderte Strukturen vorfinden. Die mit einem so langen Zeitraum verbundenen Entfremdungseffekte (von den Patienten, vom Personal wie von der Arbeit) wird man auch kaum durch eine nebenher weiter mögliche zahnärztliche Tätigkeit auffangen können. Hier boten die bisherigen Regelungen den jüngeren die Chancen, sich im Vorstand um die weniger zeitaufwendigen „Jobs“ zu kümmern und Erfahrung zu sammeln für das meist erst im höheren Lebensalter angetretene Amt des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters. Hier sollte nachgebessert werden. Man könnte z.B. daran denken, die Vorstandstätigkeit im Hauptberuf auch in Teilzeit (Jobsharing) führen zu dürfen, wie dies jetzt für Chefarztpositionen gefordert wird.

4. Neue Praxisstrukturen

Die für den niedergelassenen Zahnarzt vermutlich langfristig bedeutendste und in seinen Auswirkungen noch kaum zu überschauende Änderung steckt in der Einführung einer neuen Praxisstruktur. Neben Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft und Gemeinschaftspraxis soll ab 01.01.2004 das **medizinische Versorgungszentrum** stehen. Vorbild für letzteres sind die Polikliniken der ehemaligen DDR. Voraussetzung für den Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums ist, dass Heilberufler (Ärzte oder Zahnärzte) ihn gründen und – das ist gegenüber dem Arbeitsentwurf neu – auch nur von Heilberuflern betreiben lassen (§ 95 Abs. 6 Satz 2 SGB V-E). Weitere Voraussetzung ist, dass es sich um eine fachübergreifende Einrichtung handelt (§ 95 Abs. 1 SGB V-E). Ärzte und Zahnärzte zusammen können ein medizinisches Versorgungszentrum bilden. Ich hätte auch keine Bedenken, Zahnärzte und Ärzte für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie in diesem Sinne als fachübergreifend anzusehen.

Die medizinischen Versorgungszentren arbeiten mit zugelassenen Vertrags(zahn)ärzten wie mit angestellten (Zahn)Ärzten (§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V-E). Die für niedergelassene Vertrags(zahn)ärzte geltende Beschränkung auf 1 ganztags bzw. 2 halbtags angestellte (Zahn)Ärzte pro zugelassenem Arzt/Zahnarzt gilt für medizinische Versorgungszentren nicht (§ 32b Abs. 1 Satz 2 Zahnärzte-ZV idF durch Art. 16 Nr. 6a GMG), was einen



erheblichen Vorteil der neuen Struktur darstellt. Theoretisch können ein Zahnarzt und ein Allgemeinarzt ein Heer von angestellten Ärzten und Zahnärzten in einem solchen Versorgungszentrum beschäftigen, solange die Aufnahme der Mitarbeiter nicht an Zulassungsbeschränkungen scheitert. Die Regelungen zur Zulassungssperre in überversorgten Gebieten gelten auch für die Anstellung von Ärzten und Zahnärzten in medizinischen Versorgungszentren.

Die medizinischen Versorgungszentren nehmen an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teil, sind (obwohl viele ihrer Mitarbeiter angestellte Ärzte bzw. Zahnärzte sein werden) ordentliche Mitglieder der jeweiligen KZV bzw. KV (§ 77 Abs. 3 SGB V-E) und genießen den Status eines voll zugelassenen Vertrags(zahn)arztes mit der Ausnahme, dass sie selbst keinen Zulassungsstatus haben. Nach 5 Jahren wird Ihnen der Zulassungsstatus unter bestimmten – nicht sonderlich einleuchtenden Voraussetzungen (§ 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V-E) – zuerkannt.

Medizinische Versorgungszentren dürften die **Wettbewerbsstrukturen** jedenfalls in Großstädten und in Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte in den nächsten Jahren massiv verändern; denn die Idee, die dahinter steckt, ist dass kapitalkräftige Ärzte/Zahnärzte sich am Markt engagieren, (insbesondere junge) Kollegen anstellen und diese dann – Erfahrungen gibt es leider bereits zur Genüge – preiswert arbeiten lassen. Hiermit kann man ein großes Versorgungsangebot abdecken. Damit stellt eine solche Einrichtung eine massive Konkurrenz für die niedergelassenen Praxen dar.

Es gibt schon seit Jahren Hinweise darauf, dass der Wettbewerb für Einzelpraxen immer schwieriger werden wird. Ein neuer den Wettbewerb beeinflussender Parameter ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Einführung des **praxisinternen Qualitätsmanagements** (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V-E) als verbindliche Maßnahme. All dies ist mit sehr viel Aufwand verbunden, der zu allem sonstigen Aufwand, der künftig betrieben werden muss, noch hinzukommt. Dies wird Einzelpraxen weiter das Leben erschweren. Je größer die Praxiseinheiten sind, umso leichter werden sie auf solche Gegebenheiten reagieren können. Hier haben große Gemeinschaftspraxen und die medizinischen Versorgungszentren eindeutige Wettbewerbsvorteile.

5. Degression bleibt und wird verschärft, Budgets in der bisherigen Form abgeschafft

Die **Degressions**regelung bleibt, beginnt aber für Zahnärzte ohne die Gebietsbezeichnung Kieferorthopädie bei **262.500** Punkten mit weiteren Stufen bei **337.500** und **412.500** Punkten (§ 85 Abs. 4b Satz 1, 1. Hs. SGB V-E idF durch Art. 2 Nr. 7c GMG). Begründet wird dies als „*Folgeänderung aufgrund der Einführung von befundbezogenen Festzuschüssen beim Zahnersatz*“. Für die **Kieferorthopäden** wurde in letzter Sekunde nachgebessert (was den Gesetzentwurf nicht leserlicher macht). Für sie gilt jetzt eine Stufung von 280.000/360.000/440.000 Punkten (§ 85 Abs. 4b Satz 1, 2. Hs. SGB V-E idF durch Art. 1 Nr. 64j GMG).

Für die nicht prothetisch arbeitenden Zahnärzte (Oralchirurgen, MKG-Chirurgen) gilt die niedere Stufe. Von Nichtkieferorthopäden erbrachte kieferorthopädische Leistungen zählen voll für die Degression. Zahnersatz dagegen nicht.

Nicht tröstlich ist, dass sie nun auch bei den Ärzten eingeführt wird (§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V-E).

Die Budgets werden abgeschafft zugunsten der Einführung von arztgruppen- und arztbezogenen Regelleistungsvolumina (Begründung zu § 85a bis d SGB V-E). Arztgruppenbezogene Regeleistungsvolumina sollen für Vertragszahnärzte nicht gelten (§ 85a Abs. 1 SGB V-E). Die Regelung über arztbezogene Regelleistungsvolumina soll für Vertragszahnärzte zumindest in Teilen nicht gelten (§ 85b Abs. 1 Satz 4 SGB V-E). Was dann gelten soll, ist mir nach der Lektüre des Gesetzentwurfs noch immer nicht klar.

6. Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfung



Der Gesetzentwurf enthält erhebliche Verschärfungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Zum einen werden nun generell die Voraussetzungen für die Prüfung nach **Tagesprofilen** geschaffen (§ 106a Abs. 2 Satz 2 SGB V-E), zum anderen wird das Prüfverfahren verschärft und den **Krankenkassen** die Möglichkeit gegeben, ihrerseits **Prüfungen** durchzuführen (§ 106a Abs. 3 SGB V).

Zu den **irrwitzigen Besonderheiten** des neuen Prüfungsrechts gehört, dass die für das Prüfwesen zuständigen **Vorstandsmitglieder der KZVen und der Krankenkassen einer verschuldensunabhängigen persönlichen Haftung** unterworfen werden, wenn die Prüfungsgremien den Prüfaufgaben nachlässig oder ungenügend nachkommen (§ 106 Abs. 4b SGB V-E). Wenn damit ernstgemacht wird, müssten die Vorstände sog. Spiegelreferate einrichten, um zu wissen, was in den Ausschüssen vor sich geht (und was vor sich gehen sollte). Die Vorstellung, dass 1 Vorstandsmitglied die Prüfung von jeweils tausenden von Zahnärzten im Quartal persönlich ohne großen Stab überwachen kann, ist abwegig.

7. Praxiseintrittsgebühr auch bei Zahnarztpraxen

Kassenpatienten, die älter als 18 Jahre sind, müssen pro Quartal eine Praxiseintrittsgebühr (im Gesetzentwurf heißt sie Zuzahlung) von 10 € leisten, es sei denn, sie kommen auf Überweisung. Sucht ein Kassenpatient mehrere Zahnärzte im Quartal ohne Überweisung auf, sind bei jedem die 10 € fällig (§ 28 Abs. 4 iVm § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB V-E). Ausgenommen von den Zuzahlungen sind zahnärztliche Untersuchungen im Rahmen der Individualprophylaxe nach § 22 SGB V, was die spannende Frage aufwirft, was gilt, wenn der Patient nicht nur zu einer Prophylaxebehandlung kommt und bei dieser Behandlung ein behandlungsbedürftiger sonstiger Befund (z.B. Endo) erkannt wird. Wird dieser in einer neuen Sitzung versorgt, fällt die Praxisgebühr an. Wird er gleich versorgt, m.E. auch. Die Endo-Behandlung ist zugleich eine erste Inanspruchnahme i.S. des Gesetzes. An die Zuzahlung schließt sich ein immenser Verwaltungsaufwand, da sie mit dem Honoraranspruch gegen die KZV zu verrechnen ist (§ 43b Abs. 2 SGB V-E).

8. Zwangsbildung und Qualitätssicherung

Die **Zwangsbildung** kommt (§ 95d SGB V-E):

Der Nachweis über die **Fortbildung** kann durch **Fortbildungszertifikate der Kammern** der Ärzte, der **Zahnärzte** sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden. Andere Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat. In Ausnahmefällen kann die Übereinstimmung der **Fortbildung** mit den Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 auch durch sonstige Nachweise erbracht werden; die Einzelheiten werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach Absatz 6 Satz 2 geregelt.

Immerhin ist festzustellen, dass die an der Formulierung im Arbeitsentwurf vom 11.08.2003 geübte Kritik gefruchtet hat und die vorgesehene Dominanz der Kammern in diesem Bereich zurückgefahren wurde.

Wer sich nicht fortbildet (5-Jahreszyklus) verliert zunächst Honorar (im 1. Quartal 10 %, ab dem 5. Quartal 25 %). Wer das zwei Jahre lang ignoriert, sieht sich einem Zulassungsentziehungsantrag gegenüber, den die KZV dann stellen muss (§ 95d Abs. 3 SGB V-E). Das Ganze diene der Qualitätssicherung (wozu auch sonst), heißt es, weshalb die Veranstaltungen „frei von wirtschaftlichen Interessen“ sein müssen (§ 95d Abs. 1 SGB V-E). Der im Arbeitsentwurf vom 11.08.2003 noch enthaltene Ausschluss von industrie- oder pharmagesponserten Fortbildungen ist entfallen. Auch hier scheint die Kritik gefruchtet zu haben. Ich frage mich aber dennoch, in welchem Gesundheitssystem staatliche Eingriffe bisher nachhaltig Qualität erzeugten?

Mit dem angeblich auch der Qualitätssicherung dienenden „**Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**“ (§ 139a SGB V-E) erfüllt sich wohl der zuständige Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium einen persönlichen Wunsch. Dieses Institut soll u.a. für die Bewertung von Leitlinien für die



epidemiologisch wichtigsten Krankheiten zuständig sein (§ 139a Abs. 3 Nr. 3 SGB V-E). Gehört dazu Karies und Parodontose? Gegen das Institut wurden von Anfang an Bedenken geltend gemacht. Eine Kritik scheint mir aber zwingend zu sein. Leitlinien und Richtlinien bedeuten und bewirken eine Verrechtlichung der Medizin und damit auch eine immer größere Kluft zwischen medizinischem Wissen, medizinischem Fortschritt und praktischer Anwendung. Es ist völlig ausgeschlossen, etwa die mittlerweile schon über 1.200 Leitlinien, welche die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften publiziert hat, in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Es ist erst recht ausgeschlossen, dass sich das Institut für Qualitätssicherung jährlich mit dem Update von Tausenden von Leitlinien und Richtlinien befasst, es sei denn, hier wird eine neue Großbehörde (soviel zum Thema Bürokratieabbau im Gesundheitswesen) errichtet statt dem Markt den Vorzug zu geben. Das Institut ist überflüssig, aber es kommt.

9. Gemeinsamer Bundesausschuss

Was für viele kaum erwähnenswert erscheinen wird ist die **Zusammenlegung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen mit dem Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen und den Einrichtungen im Krankenhausbereich** zu einem gemeinsamen Bundesausschuss. Dennoch ist das ein echter „Hammer“ (§ 91 SGB V-E). Er hat **9** Mitglieder auf Leistungserbringerseite. Der Einfluss der KZBV ist im Plenum gegenüber dem Arbeitsentwurf fast auf null geschrumpft: 4 KBV, **1 KZBV** [!], 4 DKG.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird einheitlich über alle allgemeinen Aspekte abstimmen. Nur bei bestimmten, gegenüber dem bisherigen Umfang eingeschränkten – fachspezifischen Gesichtspunkten wird die KZBV ihre bisherigen Einflussmöglichkeiten behalten (§ 91 Abs. 6 SGB V). Dazu gehört aber – wie schon oben kritisiert – nicht die u.a. im Zusammenhang mit Suprakonstruktionen (s. § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E) bedeutende Feststellung der Methodenanerkennung nach § 135 Abs. 1 SGB V! Es ist kaum vorstellbar, dass sich KBV, KZBV und DKG auf eine einheitliche Politik gegenüber den Krankenkassen einigen können, noch weniger, dass sich die KZBV mit ihrer 1 Stimme gegen KBV und DKG durchsetzen kann. Die Interessen gerade der DKG liegen im Bereich der ambulant-operativen Versorgung deutlich näher bei den Krankenkassen als der KBV. Das lässt nichts Gutes ahnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird – wenn er aus ärztlicher und zahnärztlicher Sicht überhaupt funktionieren soll – eine enge Abstimmung zwischen KBV und KZBV erfordern. Damit sind schon erste Schritte hin zu einer künftigen Zusammenlegung der Kassenärztlichen mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eingeleitet.

10. Budgetferien

Die im Arbeitsentwurf vom 11.08.2003 noch vorgesehene Sanktionierung sog Budgetferien (§ 81 Abs. 5 Satz 2 SGB V-AE) mit drohender Zulassungsentziehung ist in den Gesetzentwurf nicht aufgenommen worden.

11. Staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren

Das Korsett, in dem sich die Ärzte und Zahnärzte im Gesundheitswesen bewegen, wird durch das GMG noch enger werden. Dafür werden u.a. Einrichtungen wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139a SGB V-E) oder die Beteiligung von Patientenorganisationen (§ 140f SGB V-E) und der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (§ 140h SGB V-E) sorgen.

Besonders bedrohlich sind die neuen Regelungen im Rahmen der Honorarabrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung (§§ 106, 106a SGB V-E), u.a. mit der schon erwähnten Einführung von Tagesprofilen. Es ist nun vorgesehen, dass zwischen K(Z)Ven und Krankenkassen Vereinbarungen zur Abrechnungsprüfung getroffen werden, die auch „Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen“ vorsehen. (§ 106a Abs. 5 SGB V-E). Das können nach Ansicht des Gesetzgebers „neben einer Honorarkürzung u.a. Maß-



nahmen disziplinar- oder berufsrechtlicher Art, bis hin zur Einleitung von staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren“ sein (Begründung zu § 106a Abs. 5 SGB V-E).

Das Gesetz sieht weiter gleich zweifach die explizite (Soll-)Verpflichtung vor, die Staatsanwaltschaft einzuschalten (§ 81a Abs. 4 SGB V-E und §197a Abs. 4 SGB V-E). Erfolgt die nach der Gesetzesbegründung die „Selbstreinigung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung fördernde“ Unterrichtung der Staatsanwaltschaft nicht, kann nach Ansicht des Gesetzgebers eine Strafbarkeit nach § 258 StGB wegen **Strafvereitelung** in Betracht kommen (Begründung zu § 81 Abs. 4 SGB V-E).

Man muss deshalb damit rechnen, dass künftig sehr viel häufiger seitens der KZVen Strafanzeige gegen Zahnärzte erstattet werden wird, wenn der bloße Anfangsverdacht (mehr ist nicht erforderlich) auf vorsätzliche Abrechnungsunregelmäßigkeiten entsteht.

Kennt man die Praxis der KVen und KZVen, wie sie sich in den letzten Jahren entwickelt hat, wird man auch erwarten müssen, dass die Angebote zu anzeigeabwendenden, dafür aber zugunsten der K(Z)Ven finanziell großzügigen Rückzahlungsregelungen zunehmen werden. Dagegen hilft nur, dass sich die Zahnärzte selbst intensiv mit den Abrechnungsfragen befassen und nicht nur darauf vertrauen, die Helferinnen werden das schon richtig machen. Die Rechtsprechung fordert für die Abrechnung die positive Feststellung der Abrechenbarkeit durch den Zahnarzt (BSG, 17.09.1997 – 6 RKA 86/95 –; BGH, 10.03.1993 – 3 StR 461/92 –; BVerfG, 08.09.1997 – 2 BvR 2414/94 –). Der Fehler der Helferin entlastet daher eigentlich nicht. Hier wird der BDIZ / EDI mit eigenen Weiterbildungsangeboten für den Bereich der Implantatprothetik (und darüber hinaus) seinen Mitgliedern helfend unter die Arme greifen.

12. Fazit

Dem Gesetzentwurf muss man zugestehen, dass er einige Strukturen massiv verändert, geradezu umkrempelt. Ihn in toto abzulehnen mag standespolitisch bequem sein. Nützen wird es nichts mehr, dafür reicht die Zeit einfach nicht. In den aus zahnärztlicher Sicht wichtigsten Bereich (ZE) ist keine Bewegung mehr zu bringen, obwohl gerade dieser Bereich verkorkst gelöst wird. Hier kann man allenfalls auf künftige Gesetzesänderungen hoffen.

Die implantologische Chirurgie bleibt Privatleistung, die Suprakonstruktion wird künftig wohl den Festzuschüssen unterliegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss dürfte keine Probleme machen, diesem Wunsch der Krankenkassen nachzukommen. Nach der jetzt vorgesehenen Regelung hätte die KZBV bei dieser Frage gerade mal 1 Stimme. Arbeiten müsste die KZBV daran, dass über zahnärztliche Fragen im Bundesausschuss auch tatsächlich nur von ihr auf Leistungserbringerseite abgestimmt wird, unabhängig davon, unter welcher Gesetzesnorm die zahnärztlichen Fragen angesprochen werden. Aber das ist eine Aufgabe für die nächste Änderung des SGB V, die bald kommen dürfte.

Sindelfingen, den 11. September 2003

Dr. Ratajczak