



## Selektivverträge in der GKV Sündenfall oder Fortschrittsmotor ?

### **Editorial:**

Sündenfall oder Fortschrittsmotor ? .....3

### **Dr. Dietmar Gorski:**

Bewähren sich KZV-Selektivverträge ?  
Eine Bestandsaufnahme .....4

### **Dr. Dietmar Oesterreich:**

Gefahren der Deprofessionalisierung des zahn-  
ärztlichen Berufsstandes durch Selektivverträge ...9

### **Dr. Ute Maier:**

Chancen nutzen - Die künftige Positionierung der

KZVen im Nebeneinander von Kollektiv- und  
Selektivverträgen ..... 12

### **Rainer Linke:**

„Kollektive Ergänzungsverträge“ - Für eine  
neue Sprachregelung in der Diskussion um  
die Selektivverträge ..... 14  
Der IV13-Vertrag: Ein Vorschlag für eine  
moderne Vertragsstruktur ..... 16

### **Susanne Agasi:**

Gesetzlich und privat - Das Ergebnis der System-  
konvergenz in den Niederlanden ..... 17

# Cercon ht – Vollanatomische Sicherheit neu definiert.

Okklusale Mindestwandstärke 0,5 mm,  
inklusive 0,1 mm Einschleif-Reserve



Substanzschonende  
zirkuläre Präparation  
0,4 mm

Randbereich  
Mindestwandstärke  
0,2 mm

Anwendersicherheit

Klinische Sicherheit

Zukunftssicherheit

## cercon®

Cercon ht ist die neue Zirkonoxid-Generation mit herausragender Transluzenz für hochästhetische Restaurationen.

Cercon ht ist nachweislich sicher für den Antagonisten – selbst wenn eingeschliffen wird<sup>1</sup> – und ermöglicht substanzschonende, vollanatomische Kronen und Brücken auch im Seitenzahnbereich.

Cercon ht – das gute Gefühl 3facher Cercon-Sicherheit.

<sup>1</sup> Quelle: Universität Regensburg, 2011

[www.degudent.de](http://www.degudent.de)

**DeguDent**  
A Dentsply Company

Eric Banthien

# Selektivverträge: Sündenfall oder Fortschrittsmotor ?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die richtige Antwort lautet: „ja“, denn wie bei einer solchen Frage zu erwarten, sind Selektivverträge natürlich beides. Das resultiert aus ihrer wendungsreichen Geschichte. Geplant waren sie ganz zu Anfang als Einkaufsmodelle. In Zeiten der Kostendämpfung dachte man in der Politik und bei den Kassen darüber nach, wie Leistungen günstiger eingekauft werden könnten. Und man verfiel auf das Beispiel amerikanischer Krankenversicherungsgesellschaften. Dass man hier profitorientierte Konzerne in einen Topf warf mit unserer Solidarversicherung störte dabei anscheinend nicht. Konnte man doch lernen, wie man Leistungserbringer knechtet.

Die Idee war recht einfach. Ein Leistungsbereich wird zur Vergabe ausgeschrieben, und die billigsten Bieter dürfen dann die Patienten behandeln. Unser Kollektivvertragssystem mit freier Arztwahl für den Patienten und Beteiligung aller Vertragsärzte an der Versorgung wäre durch diese Form der Selektivverträge akut gefährdet worden. Diese Verträge spielen den einen Zahnarzt gegen den anderen aus. Das wäre der Sündenfall.

Da diese Verträge sich aber so einfach nicht durchsetzen ließen, unser Sozialgesetzbuch war davor, Wettbewerb trotzdem gewünscht war und ist, suchte der Gesetzgeber verschiedene Formen der vertraglichen Vereinbarungen zwischen Ärzten und Kassen neben dem Kollektivvertragssystem zu ermöglichen. Und die Krankenkassen waren und sind ihrerseits auf Wettbewerb sehr erpicht. Sie alle wollen ihren Versicherten etwas Besonderes bieten. Mit dem einfachen Programm kann man heute kaum noch Neumitglieder gewinnen.

Und das nun ermöglicht den KVen und KZVen durch Abschluss von Zusatzverträgen unseren Kollegen neue Möglichkeiten der Versorgung anzubieten. Dabei können diese Verträge sehr unterschiedlich sein. Neue Leistungen außerhalb des GKV-Kataloges können bezuschusst werden. Dafür müssen aber im Vertrag auch neue Mittel außerhalb des Budgets vorgesehen sein. Alte Leistungen können unter veränderten Bedingungen trotzdem erbracht werden (z.B. verliert der Patient nicht seinen Leistungsanspruch, wenn er höherwertige Leistungen in Anspruch nimmt) Alte

Leistungen werden mit neuen Leistungen zu effizienteren Behandlungsabläufen kombiniert, und die neuen Leistungen erhalten einen Zuschuss (natürlich außerhalb des Budgets). Und einzelne Disziplinen können z.B. für gemeinsame Prophylaxeprogramme sektorübergreifend zusammenarbeiten. Gemeinsamer Nenner aller dieser Verträge muss es sein, dass sie allen Mitgliedern der vertragsschließenden KZV zugänglich sind. Die Selektion der Zahnärzte durch die Selektivverträge soll durch solche kollektiven Zusatzverträge gerade verhindert werden. Die KZVen haben hier ein neues und sehr weites Betätigungsfeld, auf dem sie zu Gunsten ihrer Mitglieder fleißig ackern können.

Die Kassen wollen natürlich auch vom Einkaufsmodell in seiner Urform noch nicht ganz Abschied nehmen. Verträge, in denen einzelne Leistungsbereiche an einzelne Ärzte oder Arztnetze bzw. Kliniken vergeben werden, haben allerdings bei den Zahnärzten bisher keine große Rolle gespielt. Und wo einzelne Zahnärzte für einen bestimmten Leistungsbereich Vertragspartner sind, können sich die Versicherten trotzdem für einen anderen Zahnarzt entscheiden. Der richtige Zwang ist bisher nicht möglich. Trotzdem müssen wir dieses Feld weiterhin wachsam im Auge behalten. Was jetzt schon auf dem Markt ist an Sündenfällen, ist genug. Außerdem gibt es ja immer noch Kollegen (und ihre Zahl wird wahrscheinlich nicht abnehmen), die in solchen Selektivverträgen eine Möglichkeit sehen, die Versicherten einer bestimmten Kasse exklusiv für sich zu reservieren. Dass sie sich damit erpressbar machen, dass sie um den Vertrag zu behalten, den Preis des nächsten billigsten Bieters wieder unterbieten müssen, macht ihnen dabei anscheinend keine Sorge. Wirtschaftlich kann das aber ruinös sein.

Die KZVen als Dienstleister und Interessenwahrer der Zahnärzte sind aufgerufen, die Möglichkeiten der neuen Vertragswelt zu nutzen. So sollen sie die Solidarität der Zahnärzte wahren und den Nutzen der Patienten mehren, denn die profitieren ja direkt von den neuen Möglichkeiten, die dann parallel zu den kollektiven Verträgen geboten werden. Nicht die Kassen sollen die Zahnärzte aussuchen, die für sie arbeiten dürfen, sondern die Zahnärzte sollen aussuchen, welchem Zusatzvertrag sie sich anschließen wollen.



Dr./RO Eric Banthien,  
Vorsitzender der IGZ,  
Vorsitzender der KZV Hamburg

Dietmar Gorski

# Bewähren sich KZV-Selektivverträge ?

## Eine Bestandsaufnahme



**Dr. Dietmar Gorski**  
Vorstandsvorsitzender der KZV-  
WL von 1997 bis 2010

### Die politischen Rahmenbedingungen: Verschiebung der Machtstrukturen

Mit dem GMG hat der damals SPD-dominierte Gesetzgeber die Interessenvertretung der Vertragsärzte und -zahnärzte drastisch eingeschränkt, indem festgelegt wurde, dass GKV-Kassen IV-Verträge (Integrierte Versorgungs-Verträge) ohne KV-Beteiligung abschließen können. Das war und ist aus meiner Sicht nach wie vor ein strategischer Wendepunkt und Sündenfall in der GKV-Landschaft. Die bis dahin alleinige Interessenvertretung durch KVen und KZVen wurde signifikant ausgehöhlt, ohne dass berufspolitische Verbände - gleich welcher Couleur - in der Lage gewesen wären, diese Schwächung der KVen und KZVen auszugleichen. Es mangelte nicht am Willen der Verantwortlichen, sondern schlicht an Handlungsoptionen!

Demgegenüber erhielten die GKV-Kassen mehr Macht durch das WSG, da sie nun in alleiniger Entscheidungskompetenz Einkaufsverträge im Sinne einer „besonderen ambulanten Versorgung“ §73c SGBV - besser bekannt als Selektivverträge - abschließen konnten. Die GKV-Kassen waren damit endgültig vom „Payer“ zum „Player“ aufgestiegen, die Ärzte- und Zahnärzteschaft wurde entsprechend zum bittstellenden Nachfrager degradiert. Diese vom Gesetzgeber gewollte Verschiebung der Machtstrukturen scheint bis heute noch nicht von allen begriffen worden zu sein! Man bedenke allein die Stärkung der Kassensmacht durch Fusionen. Im Juni 2011 gab es nur noch 154 GKV-Kassen und das Fusionskarussell dreht sich weiter. Manchmal gehen auch Kassen durch Pleite verloren wie die City BKK. Je weniger Kassen es gibt, umso größer ist die Macht der einzelnen GKV-Kasse, besonders wenn sie überregional aufgestellt ist oder in einem begrenzten Bereich quasi eine Monopolstellung hat.

### Die Reaktion der KZVWL: Eigene innovative Vertragsgestaltungen

Um einer Zersplitterung der Zahnärzteschaft soweit als möglich vorzubauen, die zwangsläufig bei unkoordinierten Leistungsangeboten durch zahnärztliche Leistungsträger ohne KZV-Beteiligung eintritt, hat sich die VV der KZVWL schon am 11.5.2007 dafür ausgesprochen, dass die KZVWL als kompetenter Vertragspartner sich um den Abschluss von 73c-SGBV-Verträgen bemühen soll. Danach gelang es, mit der großen, überregional agierenden VdAK-Kas-

se DAK einen ersten Vertrag zur Verbesserung der PAR-Therapie abzuschließen. Dass es überhaupt zu einem solchen Abschluss kommen konnte, hatte als Voraussetzung ein über die Jahre gewachsenes gegenseitiges Vertrauensverhältnis zwischen der KZVWL und der Verwaltungsspitze der DAK. Am 7.12.2007 unterstützte die VV der KZVWL mit 33 Ja-Stimmen bei 5 Enthaltungen den KZV-Vorstand in seinen Bemühungen um „innovative Vertragsgestaltungen.“ Sie forderte den Vorstand auf „in diesem Bereich weiter innovativ zu denken und zu verhandeln...“

Es war allerdings, wie das in zahnärztlichen Kreisen häufig üblich ist, zu erwarten gewesen, dass der Abschluss eines solchen „Selektiv“-Vertrages nicht nur Befürworter, sondern auch berufspolitische Gegner generiert. Es kam trotz der einhelligen VV-Empfehlungen zu entsprechenden Kontroversen. Argumente gegen solche Vertragsabschlüsse basierten häufig auf Unkenntnis und ideologischer Einseitigkeit. Kritiker sahen die Freiberuflichkeit untergraben. Eine KZV habe mit einer GKV-Kasse keine Verträge auf GOZ-Basis (hier z.B. die durch die DAK bezuschusste PAR-Nachbehandlung - eine Privatleistung ohne vertraglich limitiertes Honorar) abzuschließen, da eine „Egalisierung von Privat- und Sozialversicherungselementen“ stattfände. Von Spaltung der Zahnärzteschaft war die Rede - eine KZV sei nur für Kollektivverträge zuständig. Argumente, die sich inzwischen alle in Luft aufgelöst haben und die ich eigentlich auch nie verstanden habe!

Was sprach demgegenüber für den Abschluss von §73c-Verträgen durch eine KZV? Aus Platzgründen will ich nicht alle Pro-Argumente aufzählen. Hier nur die wichtigsten: Voraussetzung muss sein, dass jede Kollegin und jeder Kollege die Möglichkeit haben muss, freiwillig aufgrund eigener Entscheidung einem solchen Vertrag beitreten zu können. Dabei müssen mögliche Eingangskriterien ohne allzu großen Aufwand überwindbar sein. So ist natürlich beim DAK-Vertrag Voraussetzung, dass man als Therapeut PAR-Erfahrung hat, sich mit den fachlichen und vertraglichen Notwendigkeiten auseinandergesetzt hat und willens ist, diese erweiterten therapeutischen Möglichkeiten dem Patienten anzubieten und auch anzuwenden. Durch KZVen geschlossene 73c-Verträge dürfen keinen „closed shop“ darstellen, sie müssen grundsätzlich allen KZV-Mitgliedern als Angebot offen stehen, sofern geforderte Voraussetzungen

erfüllt sind. Dem „Allgemeinzahnarzt“ werden keine Hürden errichtet, sondern es wird eher der Weg geebnet! 73c-Verträge, die nicht von einer KZV geschlossen werden, sondern von irgendwelchen Vereinen oder wissenschaftlichen Gesellschaften vereinbart werden, machen den Beitritt in aller Regel von der Mitgliedschaft in diesen Organisationen abhängig. Dem „closed shop“-Gedanken ist Tür und Tor geöffnet. An dieser Stelle ist die berufspolitische Frage nach der zukünftigen Richtung zu stellen: Will man den Zahnarzt als Generalisten mit besonderen beruflichen Befähigungen oder will man das Spezialistentum fördern? - Eine Entscheidung, die besonders die Zahnärztinnen und Zahnärzte zu treffen haben, die gezwungen sind, noch lange in diesem System zum Wohle ihrer Patienten zu arbeiten.

#### **Selektivverträge können Patientenbindung stärken**

Die Tatsache, dass eine Kasse für eine Leistung wie z.B. die PZR oder die Nachbehandlung nach der PAR-Therapie einen Zuschuss bezahlt, fördert die Patientenbindung an die Praxis. Die Argumentation für eine notwendige Leistung ist vom Patienten besser zu verstehen, wenn seine Kasse durch einen Zuschuss deutlich macht, dass das Angebot des Behandlers - auch wenn es eine Privatleistung ist - positiv zu bewerten und zu empfehlen ist. Die Eigenverantwortung des Patienten für seine Gesundheit wird durch einen solchen Vertrag ganz klar gefördert, wenn der Patient erkennt, dass gerade auch privat Zahnärztliche Leistungen für den Erhalt der Gesundheit von entscheidender Bedeutung sind. So ganz nebenbei wird durch einen von der KZV geschlossenen Vertrag zur „Förderung der ambulanten Versorgung“ deutlich, dass eben nicht alle zur Wiederherstellung der Gesundheit notwendigen Leistungen, die die Zahnmedizin erbringen kann, von der GKV über Chipkarte getragen werden. Das ist übrigens auch eine Bestätigung der Limitierung von Leistungen im GKV-Bereich, die GKV-Kassenvertreter in der Öffentlichkeit nur ungern zugeben.

#### **Motive der GKV-Kassen**

Die Beurteilung solcher Verträge durch GKV-Kassen hat natürlich und zwangsläufig eine andere Grundlage. Neben der Förderung der Qualität, die als Argument immer genannt wird, bei gleichzeitiger Betonung der Schutzfunktion der Kassen für ihre Versicherten vor „ausbeuterischen“ Zahnärzten, spielt ganz unzweifelhaft die Frage des Wettbewerbes zwischen den Kassen eine entscheidende Rolle: Ist aus Sicht einer Kasse ein §73c-Vertrag ein werbewirksamer Parameter bei den Versicherten oder nicht? Wie wird die flächendeckende Versorgung in einem KZV-Bereich sichergestellt? Eine Frage, die natürlich eine KZV relativ

leicht positiv beantworten kann. So war es wenig erstaunlich, dass nach Abschluss des DAK-PAR-Vertrages andere GKV-Kassen auf die KZVWL zukamen und nachfragten, ob die KZVWL zum Abschluss ähnlicher Verträge bereit sei. Mit diesen Nachfragen wurde die KZVWL wieder vermehrt zum „Player“ und war nicht dazu verdammt, wie ein vor Schreck erstarrtes Mäuschen vor der züngelnden Schlange zu sitzen.

## **Selektivverträge dürfen kein „closed shop“ sein, sondern müssen allen offenstehen.**

Dabei spielte bei der KZVWL ganz wesentlich beim weiteren Abschluss von §73c-Verträgen der Gedanke eine Rolle, wie weitere Verträge möglichst vertraglich gleichlautend verfasst werden können. Aus verwaltungstechnischen Gründen ist eine weitgehende Vereinheitlichung wünschenswert, aber leider auch nicht immer erreichbar, da die Interessen und verwaltungstechnischen Möglichkeiten der Kassen merklich differieren!

So konnten mit der Vereinigten IKK, mit der BIG Gesundheit und mit der Barmer GEK weitere Verträge über eine Förderung von PAR-Therapien geschlossen werden. Mit zwei Primärkassen wurden reine PZR-Verträge abgeschlossen, wobei ein Vertrag ausgefallen ist, da die betreffende Primärkasse mit einer VdEK-Kasse zwischenzeitlich fusioniert ist.

#### **Neue Wege: Der Endo-Vertrag mit der DAK**

Eine völlig neue zukunftsorientierte Vertragsgestaltung ist Ende 2010 mit der DAK gelungen. Es handelt sich hier um eine Vereinbarung zwischen der KZVWL und der DAK, die es ermöglicht, unter entsprechenden Voraussetzungen bei DAK-Patienten das Zuzahlungsverbot bei Wurzelkanalbehandlungen aufzuheben. Ich sage es bewusst hier deutlicher: Mit diesem vom Bundesversicherungsamt nicht beanstandeten Vertrag ist es möglich, Mehrkosten legal nach gegenseitigem schriftlichem Einverständnis dem Patienten/der Patientin berechnen zu können. Die DAK, die sich selbst als Premiumkasse definiert, hat seit Jahren die Förderung der Qualität bei der Leistungserbringung als Geschäftsmodell favorisiert. Die KZVWL setzt sich ebenfalls seit Jahren für die Förderung der Qualität ein. Allerdings erfordert erhöhte Qualität nicht nur den Willen zur Leistungserbringung unter erhöhten Qualitätsstandards, im Zweifel eine erweiterte Ausbildung, entsprechende instrumentelle Ausrüstung, eingehende Dokumentation usw. - alles Parameter, die kostenträchtig sind, ganz zu schweigen von dem in aller Regel erhöhten Zeitaufwand und dem möglichen vermehrten instrumentellen Verschleiß. Zahn-

*Eine rundum positive Bilanz des PAR-Vertrages zeigt eine Patientenbefragung der DAK: Die Zahnärzte erhalten gute und sehr gute Bewertungen für ihre Arbeit. Die Patienten zeigen sich zufrieden mit dem Angebot ihrer Kasse. Beachtenswert sind die Antworten auf Frage 5: 9 von 10 Patienten wollen die PZR nach Ablauf des DAK-Nachsorgeprogramms weiter durchführen, auch wenn sie keine Zuschüsse der Kasse mehr erhalten. Ein deutlicher Beweis für den Erfolg des PAR-Vertrages.*

ärztinnen und Zahnärzte standen zumindest in der Vergangenheit vor der Frage, wie man den Mehraufwand legal dem Patienten berechnet. Das Zuzahlungsverbot stellte eine fast unüberwindliche Hürde dar, so dass der Patient vor der Entscheidung stand, entweder die Wurzelkanalbehandlung vollständig selbst zu bezahlen (unter Verlust des GKV-Anteils) oder sich für die gesamte ambulante Medizin für die Kostenerstattung zu entscheiden mit den entsprechenden über einen längeren Zeitraum zu tragenden finanziellen Folgen. Wenn der Patient die komplette Wurzelkanalbehandlung nicht bezahlen konnte oder wollte, stand der Zahnarzt/die Zahnärztin vor der Frage, ob die medizinisch bessere Behandlung unter Honorarverzicht erbracht wird oder man durch die GKV-„Standardbehandlung“ das Risiko des Zahnverlustes beim Patienten unnötig vergrößert. Diese Gewissensfragen konnten durch einen Vertrag zwischen der DAK und der KZVWL entschärft werden. WL-Zahnärzte,

die sich in den Vertrag eingeschrieben haben, dürfen bei DAK-Patienten nach entsprechender Aufklärung des Patienten und schriftlicher Zustimmung desselben völlig legal für erhöhte und dokumentierte Qualität bei Wurzelkanalbehandlungen liquidieren, ohne dass DAK-Versicherte ihren GKV-Anteil verlieren. Auch wenn ab 1.1.11 durch das GKV-Fin-Gesetz die Kostenerstattung für den Patienten erleichtert worden ist (Man kann jetzt selektiv für ein Quartal die Kostenerstattung wählen), beinhaltet dieser Vertrag eine strategische Weichenstellung hin zu der von allen geforderten höheren Qualität.

**Kooperation mit smile4fair**

Bei der Auflistung von besonderen Verträgen gemäß § 73c soll auch noch auf eine nach wie vor existente Übereinkunft der KZVWL-Service GmbH mit der Dentalhandelsfirma „smile4fair“ hingewiesen werden, eine Vereinbarung, die zu Diskussionen innerhalb der WL-Zahnärzteschaft, bei den Zahntechnikern und vor allem bei der Zahntechnikerin geführt hat. Die Hauptfrage ist auch hier: Stellt man sich den Herausforderungen der schon bestehenden, aber sich noch permanent ausweitenden Globalisierung und den möglichen finanziellen Problemen unserer Patienten oder stellt man sich nicht durch Nichtstun und das Prinzip „Hoffnung“?

Worum geht es? Es kommen immer wieder Patienten in die Praxis, die - aus welchen Gründen auch immer - keine oder nur geringe Zuzahlungen bei der prothetischen Versorgung tragen können oder wollen. Für die behandelnde Zahnärztin oder den behandelnden Zahnarzt stellt sich dann die Frage, wie man diesem Wunsche nachkommen kann, ohne selbst Honorar einbußen hinnehmen zu müssen. Der Behandler wird zuerst seinen vertrauten Zahntechniker fragen, ob er dem Patientenwunsch wie auch immer gerecht werden kann. Entweder hat der Techniker einen eigenen Weg, um an preiswerten Auslandszahnersatz zu kommen. Oder er stellt selber unter betriebswirtschaftlich problematischen Bedingungen „billigen“ Zahnersatz her. Nach meiner Kenntnis ist zumindest die Herstellung einer Einzelkrone zu chinesischen Preisen in Deutschland nicht kostendeckend möglich! Vielleicht gelingt es künftig durch CAD/CAM, die deutschen Personalkosten in den betriebswirtschaftlichen Kalkulationen zu reduzieren, aber das ist wohl noch Zukunftsmusik.

Sollte der Techniker sich nicht in der Lage sehen, preiswerten Zahnersatz zu besorgen bzw. selbst herzustellen, kann sich der Behandler dann an bekannte Handelsgesellschaften wenden, die Auslandszahnersatz importieren. In aller Regel bedeutet das aber, dass er mit diesem Auftrag seinem angestammten und immer helfend zur Seite stehenden Zahntechniklabor „untreu“ wird. Zumindest zum Zeitpunkt

**Ergebnisse einer Patientenbefragung der DAK**

1.) Kontrolliert Ihr Zahnarzt persönlich den Behandlungserfolg?

Ja:	92%
Nein	8 %
Keine Antwort	0 %

(Männliche und weibliche Antworten gleich!)

2.) Wie zufrieden sind Sie mit dem Nachsorgeprogramm im Rahmen der optimierten Parodontistherapie?

	männlich	weiblich
Note 1	33 %	38 %
Note 2	55 %	50 %
Note 3	7 %	6 %
Note 4	1 %	2 %
Note 5	1 %	2 %

3.) Wie zufrieden sind Sie mit der Information und Beratung Ihres Zahnarztes zu med. Hintergründen über die Entstehung, Behandlung und Vermeidung einer Parodontitis?

	männlich	weiblich
Note 1	41 %	43 %
Note 2	47 %	50 %
Note 3	11 %	5 %
Note 4	1 %	1 %

4.) Würden Sie Freunden und/oder Verwandten die Teilnahme an dem DAK-Vertrag empfehlen?

	männlich	weiblich
Ja	91 %	95 %
Nein	8 %	5 %
Keine Antwort	1 %	0 %

5.) Beabsichtigen Sie die Professionelle Zahnreinigung nach Ablauf des DAK-Nachsorgeprogramms weiter regelmäßig durchzuführen, auch wenn es hierzu keine Kostenbeteiligung gibt?

	männlich	weiblich
Ja	89 %	90 %
Nein	9 %	10 %
Keine Antwort	2 %	0 %

Quelle: DAK

der Diskussionsphase um die Kooperation mit smile4fair war nicht gesichert, dass der Behandler bei diesem Auftragsweg nicht doch auf einen eigenen Honoraranteil verzichten musste, um den sogenannten Zahnersatz zum „Nulltarif“ anbieten zu können. Für den damaligen Zeitpunkt galt das übrigens auch für bekannt gewordene IV-Verträge zwischen Krankenkassen und mehr oder weniger bekannt gewordene Dentalhandelsgesellschaften, wobei sich Zahnärzte, die diesen Weg beschreiten wollten, vertraglich im Sinne der IV-Verträge binden mussten und zwar mit der zusätzlichen Konsequenz, dass man die gesamte Zahntechnik nur noch über diesen Wege beziehen konnte. Damit war das Zahntechniklabor vor Ort außen vor!

Um die bestehenden und meistens sicher guten Geschäftsbeziehungen zwischen Zahnarzt/-ärztin und Labor zu fördern, wurde eine Übereinkunft mit smile4fair getroffen. smile4fair ist eine Dentalhandelsgesellschaft, die von einem deutschen Zahntechnikermeister überwachten ZE aus China bezieht und von deutschen Zahntechniklaboren getragen wird. Der Clou der Kooperation mit smile4fair ist, dass jedes Zahntechniklabor einen Zahntechnikauftrag eines WL-Zahnarztes an smile4fair weiterleiten kann unter Berechnung der eigenen Aufwendungen wie z.B. Modellherstellung. Das dem Zahnarzt verbundene und vertraute Labor „bleibt somit im Geschäft“! Normalerweise kann nur ein smile4fair-Labor diesen Vertriebsweg nutzen, was aber für das Labor die Konsequenz hatte, sich mit einem nicht unerheblichen finanziellen Betrag bei smile4fair „einkaufen zu müssen“. Die Übereinkunft der KZVWL-Service GmbH eröffnet den Dentallaboratorien einen neuen Vertriebsweg, ohne sich selbst finanziell engagieren zu müssen. Dass im Rahmen der Kooperation die Kalkulation der ZE-Kosten für Regelleistungen so bemessen ist, dass der Behandler in möglichst allen Fällen zu seinem vollen GKV-Honorar kommt, ist ein weiterer positiver Aspekt. Auch hier war es völlig klar, dass eine solche Kooperation zu Diskussionen führen musste. Hauptargument der Zahntechnikerinnung war u.a.: Man dürfe dem Import von Zahnersatz nicht die Schleusen öffnen, da das Arbeitsplätze in deutschen Laboren kosten würde. Aus meiner Sicht ein absolutes Null-Argument, da wir Autos importieren, Medikamente aus dem Ausland beziehen und nichts dabei finden, dass die meisten Kleidungsstücke und Spielzeuge in Asien hergestellt werden. Man muss einfach erkennen - sonst geht man unter -, dass nicht jedes Produkt in Deutschland bei den Arbeitskosten betriebswirtschaftlich herzustellen ist. Das gilt auch für die Zahntechniker! Mauern zu errichten hat noch niemals geholfen. Die Chinesische Mauer hat die Mongolen nicht aufhalten können und der 1961 errichtete „Friedenswall“ von der

Ostsee bis nach Bulgarien gehört - Gott sei Dank! - der Vergangenheit an. Da wird eine „Angebotsmauer“ wohl kaum etwas bewirken!

Da es sich hier um eine Absprache zwischen der KZVWL-Service GmbH und der Firma smile4fair handelt, kann kein statistischer Nachweis geführt werden (die KZVWL kann nicht erkennen, ob man diesen Auftragsweg genutzt hat), inwieweit die neuen Möglichkeiten von der WL-Zahnärzteschaft und den Patienten auch genutzt werden. Eines hat die Kooperation allerdings bewirkt: Dass jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt in WL ohne jede vertragliche Bindung zumindest mittels dieses KZVWL-Service GmbH-Angebotes mit Hilfe seines „vertrauten“ zahntechnischen Laboratoriums über die Möglichkeit verfügt, bei Regelleistungen ZE zum „Nulltarif“ ohne eigenen Honorarverlust bzw. -reduktion anbieten zu können (wenn es denn vom Patienten gewünscht wird!), hat eine sehr gro-

## Die Kooperation mit smile4fair behindert das Geschäft von „closed shops“

ße GKV-Kasse davon abgehalten, einen IV-Vertrag mit einer Dentalhandelsgesellschaft abzuschließen, obwohl diese Handelsgesellschaft, wie man so hört, intensiv antichambriert haben soll.

### Die Erfahrungen mit Selektivverträgen

Wie sind nun die Erfahrungen, die in den letzten Jahren seit 2007 mit obigen Verträgen gemacht worden sind? Wie werden die Vertragsangebote von den Vertragszahnärztinnen und -zahnärzten angenommen? Wie ist die Nachfrage durch die Patienten?

Die Vertragsabschlüsse durch die KZVWL auf diesem Gebiet geben heute keinen Anlass mehr zu Diskussionen. Im Rahmen einer Klausurtagung der VV der KZVWL wurde Anfang letzten Jahres deutlich herausgearbeitet, dass die Verknüpfung von Kollektivverträgen mit durch die KZVWL geschlossenen „Selektiv“-Verträgen wünschenswert ist.

Da alle Verträge Angebote an die Zahnärzteschaft darstellen, ist es natürlich klar, dass nicht alle Zahnärztinnen und Zahnärzte diesen Angeboten beigetreten sind. Etwa ein Drittel der WL-Zahnärzteschaft haben sich in die PAR-Verträge eingeschrieben. Nicht alle Eingeschriebenen haben auch entsprechende PAR-Behandlungen gemäß der Vertragslage durchgeführt. Die Zahl der wirklichen Anwender liegt unter der Zahl der Eingeschriebenen. Aus Sicht der KZVWL - mit dem Wunsch einer möglichst dauerhaften Stabilisierung des PAR-Behandlungserfolges - wäre es wün-

schenswert, wenn sich noch mehr Zahnärztinnen und Zahnärzte einer konsequenten qualitätsorientierten PAR-Behandlung im Sinne einer regelmäßigen privat zu liquidierenden Nachsorge zuwenden würden. Andererseits kann man diese zahlenmäßig vielleicht noch nicht ganz optimale Beteiligung auch positiv bewerten, da bekanntlich nicht alle Zahnärzte und Zahnärztinnen PAR-Therapien durchführen. Die Zahl der Versicherten von DAK, Vereinigter IKK (heute fusioniert mit IKK Classic), BIG und Barmer BEK, die sich in dieses Programm eingeschrieben haben, bewegt sich im 4-stelligen Bereich, wobei berücksichtigt werden muss, dass z.B. der Vertrag mit der Barmer BEK erst im letzten Jahr geschlossen wurde. Dementsprechend bewegen sich die Zuschüsse der Kassen insgesamt im 6-stelligen Bereich, wobei hier zu betonen ist, dass es aus meiner Sicht weniger um die Höhe der Zuschüsse geht als vielmehr um die „symbolische“ Unterstützung durch die GKV-Kassen bei Leistungen, die zwingend notwendig sind, aber nicht durch den GKV-Leistungskatalog getragen werden und vor allem Patienten mit „All-inclusive“-Mentalität“ schwierig zu vermitteln sind. Diese zeitlich begrenzte finanzielle Unterstützung durch die Kassen ist wichtig für die Erkenntnis des Patienten, dass er im Sinne der Eigenverantwortung auch etwas selber finanziell für seine Gesundheit leisten muss. Wichtig zu erwähnen scheint mir, dass die DAK eine Patientenbefragung durchgeführt hat bei Patienten, die sich in den DAK-PAR-Vertrag eingeschrieben haben. Geradezu sensationell ist, dass 90% der Befragten erklärt haben, dass sie die Nachsorge ganz „auf eigene Kosten“ weiterführen wollen, auch wenn die DAK nach drei Jahren keinen Zuschuss mehr bezahlt. Wenn das kein Erfolg in der PAR-Nachsorge und für die Patientenbindung an die Praxis ist!

Inwieweit letztendlich die Erhaltung des PAR-Thera-

pieerfolges durch die entsprechenden Nachbehandlungen und Nachsorgen im Sinne einer UPT (Unterstützende PAR-Therapie) nachweisbar erfolgreich sind, lässt sich heute noch nicht abschließend abschätzen, da die Programme über drei Jahre laufen und sich jetzt die ersten Patienten erst einer Schlussdokumentation unterziehen. Aus rein wissenschaftlicher Sicht müsste es bei konsequenter Nachsorge zu einer Verbesserung der Erhaltungsphase gekommen sein.

Der Ende 2010 mit der DAK abgeschlossene Vertrag über die Zuzahlungsmöglichkeit bei Endobehandlungen wurde am 1.1.11 wirksam. Daher kann noch keine abschließende Beurteilung erfolgen. Immerhin hat sich bis jetzt knapp 10 % der WL-Zahnärzteschaft in den Vertrag eingeschrieben, Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich einer besonderen Qualität bei der Endobehandlung verpflichtet fühlen.

Die KZVWL hat sich relativ früh einer neuen vom Gesetzgeber verursachten Situation gestellt und entsprechend gehandelt - gehandelt zum Wohle aller Beteiligten: Die Patienten, die solche Verträge in Anspruch nehmen, erhalten jedenfalls ein verbessertes Leistungsangebot ohne Verlust von GKV-Anteilen, auch wenn sie private Zahlungen leisten müssen. Die Inanspruchnahme einer modernen, qualitätsorientierten Zahnmedizin wird deutlich erleichtert. Die GKV-Kassen profitieren von einer geringeren Morbidität und weniger Wiederholungsbehandlungen, die im Sinne des GKV-Leistungskataloges im Zweifel übernommen werden müssten. Die Kassen profitieren außerdem von einem nicht ausufernden bürokratischen Aufwand, da eine KZV relativ leicht einigen Verwaltungs“kram“ übernehmen kann. Zu wünschen wäre, dass weitere GKV-Kassen, die solche Verträge abschließen wollen, sich möglichst an vorhandenen Verträgen zu orientieren bereit sind, um den Verwaltungsaufwand in den Praxen und der KZV möglichst niedrig zu halten. Die Zahnärzteschaft profitiert schließlich davon, dass - eingebettet in Kollektivverträge - zusätzliche zahnärztliche Leistungsangebote von den GKV-Kassen nicht immer unbedingt durch Zuschüsse, aber argumentativ gestützt werden, was ganz eindeutig die Eigenverantwortung des Patienten für seine Gesundheit und die Bindung des Patienten/ der Patientin an die Praxis mit seinem gesamten Team fördert.

Die Zukunft ist Herausforderung - kein Ruhekiten!

#### Aktuelle Selektivverträge der KZVWL

- mit DAK zur Verbesserung des Therapieerfolges bei der PAR-Therapie (seit 2007, ältester und erster Vertrag)
- mit Vereinigte IKK (fusioniert mit IKK Classic) zur PAR-Therapie
- mit BIG Gesundheit zur PAR-Therapie
- mit Barmer GEK zur PAR Therapie
- mit Shell BKK/LIFE zur Professionellen Zahnreinigung (PZR)
- mit DAK „Vertrag zur qualitätsgesicherten Wurzelkanalbehandlung“ seit 1.1.2011
- Zusätzlich besteht eine Kooperationsvereinbarung zwischen der KZVWL-Service GmbH und „smile4fair“ über Zahnersatzangebote

In die ersten vier Verträge hat sich knapp ein Drittel der WL-Zahnärzteschaft eingeschrieben. Die teilnehmenden Versicherten liegen deutlich im 4-stelligen Bereich, wobei natürlich zu berücksichtigen ist, daß z.B. die Versicherten der Barmer GEK erst ab 2010 die Möglichkeit haben, dieses Angebot ihrer Kasse nutzen zu können.

Dietmar Oesterreich

# Gefahren der Deprofessionalisierung des zahnärztlichen Berufsstandes durch Selektivverträge

Mit dem Prozess der Entwicklung über den Dentisten hin zum akademisch ausgebildeten Zahnarzt hat der zahnärztliche Berufsstand seine Professionalisierung durchlaufen. Professionen, also Berufsgruppen mit einem besonderen Maß an Autonomie auf Grund einer abgrenzbaren gesellschaftlich bedeutsamen Leistung, sind durch besondere Merkmale gekennzeichnet: Sie

- besitzen einen hohen gesellschaftlichen Status
- sind organisiert und durch Berufsverbände vertreten
- erfordern spezifische Kompetenz, Wissenserwerb und Sozialisation
- sind am Gemeinwohl und an ethischen Standards orientiert
- besitzen eine Autonomie in ihrem beruflichen Handeln
- sind durch Freiberuflichkeit gekennzeichnet
- sind Klienten- bzw. patientenbezogen
- sind grundsätzlich nicht kommerziell<sup>1</sup>.

Um diese hohen Anforderungen zu erhalten und weiter zu entwickeln, bedarf es immer wieder einer aus sich selbst heraus gestalteten Reaktionsweise auf den gesellschaftlichen Wandel bzw. die veränderten Werte<sup>2</sup>. Zweifelsohne steht der Arzt/Zahnarzt heute im Zentrum sozialer, politischer, ökonomischer und kultureller Konfliktlagen. Das zahnärztliche Berufsbild wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst und verändert (s. Abb. S. 10).

## Gesellschaftliche Wandlungsprozesse

Neben diesen unmittelbar auf das zahnärztliche Berufsbild einwirkenden Faktoren zwingen die gesellschaftlichen Wandlungsprozesse zu einem gesteigerten Begründungszwang der zahnärztlichen Profession gegenüber der Gesellschaft. Dabei geht es in einer Informationsgesellschaft einerseits darum, die Kompetenz zu den spezifischen Fragen der Mundgesundheit stets zu unterlegen, andererseits aber auch darum, die besondere Stellung des Berufsstandes stets erneut zu rechtfertigen. Allein durch die fachliche Expertise wird dies nicht gelingen, sondern darüber hinaus gilt es, das Engagement des Berufsstandes an

den gesellschaftlichen Problemlagen deutlich zu machen. Beste Beispiele dafür sind das Engagement des Berufsstandes in Hilfsprojekten, aber auch konzeptionelle Überlegungen aus der fachlichen Expertise heraus zu Veränderungsprozessen wie dem demographischen Wandel und den zunehmenden sozialen Schiefen. Stets muss überprüft werden, ob das Selbstbild des Berufsstandes mit dem Bild in der Öffentlichkeit übereinstimmt und ggf. Schlussfolgerungen für die weitere Professionsentwicklung gezogen werden müssen.

In einer repräsentativen Befragungsstudie des Instituts Deutscher Zahnärzte (IDZ) in Köln unter dem Titel „Anforderungen, Bewertungen und Entwicklungspotentiale zahnärztlicher Berufsausübung in Deutschland“ äußern 56,7 Prozent der befragten Zahnärzte (mit unwesentlichen Unterschieden zwischen Frauen und Männern) eine sehr starke bzw. stark wahrgenommene Wettbewerbssituation mit anderen zahnärztlichen Berufskollegen<sup>3</sup>. Der Berufswettbewerb findet dabei vorwiegend im Bereich der Preisgestaltung, dem Verhalten zu den Patienten, den Öffnungszeiten und im Bereich der Werbung statt. Als Reaktion auf diese Wettbewerbssituation setzen die Zahnärzte zunehmend auf die Bildung von Arbeitsschwerpunkten im Rahmen ihrer zahnärztlichen Berufstätigkeit. Generell darf festgestellt werden, dass die Ergebnisse darauf hinweisen, dass Wettbewerb in Bereichen empfunden wird, die generell hohe Deprofessionalisierungsgefahren beinhalten. So ist die Freiberuflichkeit insbesondere durch eine unabhängige, eigenverantwortliche sowie nicht gewerbliche und somit am Gemeinwohl orientierte Berufsausübung gekennzeichnet. Tendenzen, die insbesondere im Bereich werblicher Aussagen bis hin zur wirtschaftlichen Beteiligung bei der Verordnung bzw. dem Einsatz bestimmter Therapieverfahren beobachtet werden, verstoßen gegen das Berufsrecht und verändern das öffentliche Bild des Zahnarztes. Entscheidungen im Rahmen der Rechtssprechung haben dazu geführt, dass die Information des Patienten einen besonderen Stellenwert erhalten hat. Dem Zahnarzt ist



Dr. Dietmar Oesterreich  
Vizepräsident der Bundeszahn-  
ärztekammer

<sup>1</sup> Dick, M.: Autonomie: Verpflichtung oder Privileg? Klausurtagung der BZÄK, 14.5.2011  
<sup>2</sup> Marowski, W.: Symposium der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, 9.7.2004

<sup>3</sup> Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E.: Rollenverständnis von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information 1/10

es allerdings nach wie vor untersagt, berufswidrige Werbung, d.h. anpreisende, irreführende, herabsetzende oder vergleichende Werbung, zu veranlassen oder zu dulden. Dies allerdings berufsrechtlich oder wettbewerbsrechtlich durchzusetzen ist ein zunehmend schwierigeres Unterfangen.

Herausforderungen an die zahnmedizinische Versorgung ergeben sich insbesondere durch den demographischen Wandel, durch zunehmende soziale Schieflagen, weitere Bedarfe in der Prävention als auch die medizinische Bedeutung der Zahnmedizin. Ebenso gibt es aber auch Trends, die - zum Teil gezielt gesteuert - zunehmend kosmetische und Wellnessaspekte im Rahmen der Berufsausübung in der Vordergrund stellen. Hier liegen deutliche Vergewerblichungstendenzen und damit Deprofessionalisierungsgefahren für den Berufsstand.

Der wissenschaftlich technische Fortschritt, Versorgungsbedarfe, aber auch wie oben beschrieben der Wettbewerb, führen zu einer zunehmend fachlichen Diversifikation des Berufsstandes. Dem Patienten ist es im Allgemeinen jedoch nicht möglich, sein zahnmedizinisches Problem einzuordnen. Er sieht den Zahnarzt als zentralen Ansprechpartner für alle Probleme im Zahn-, Mund- und Kieferbereich an. Deprofessionalisierungsgefahren entstehen durch die Infragestellung der fachlichen Autorität des Zahnarztes.

Nicht zuletzt gestaltet sich die zahnärztliche Berufsausübung weit überwiegend im Rahmen der wirtschaftlich selbstständigen Praxis. Tendenzen, die

sich in Veränderungen der sogenannten Work-Life-Balance jüngerer Zahnärztinnen und Zahnärzte dokumentieren und zunehmend auf eine Berufsausübung im Angestelltenverhältnis zielen, beeinflussen ebenso das kollektive Selbstverständnis des zahnärztlichen Berufsstandes.

Die dargestellten Entwicklungen zeigen somit Tendenzen zur Vergewerblichung und zur zunehmenden Entfernung vom medizinischen Selbstverständnis des Heilens sowie der ethischen Grundausrichtung am Gemeinwohl auf. Es verändert nicht nur das öffentliche Bild des Zahnarztes, sondern beeinflusst unmittelbar das auf Vertrauen basierende Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patient. Wird somit der Eindruck entwickelt, dass bei der zahnärztlichen Berufsausübung primär wirtschaftliche Interessen im Vordergrund stehen, so nähert sich der Berufsstand nicht nur dem Gewerbe, sondern verliert seine besondere Stellung als Profession in der Gesellschaft. Jegliche Entwicklung - durch gesetzgeberische Initiativen als auch aus dem Berufsstand heraus geborene Entwicklungstendenzen - bedürfen somit vor den genannten Hintergründen eines ausführlichen Abwägungsprozesses im Hinblick auf den Stellenwert als Profession.

#### **Bedeutung von Selektivverträgen und Öffnungsklausel**

Die Einführung der Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen in der Sozialgesetzgebung bedarf somit ebenso einer Betrachtung möglicher Deprofessionalisierungsgefahren. Zweifelsohne können Selektivverträge eine spezifische Antwort auf besondere Versorgungsbedarfe sein, insbesondere in Bereichen von Unterversorgung, wie z.B. im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung immobiler und pflegebedürftiger Patienten, erscheint es als mögliche Option. Gleichzeitig muss aber bedacht werden, dass mit dem Abschluss von Selektivverträgen auch Deprofessionalisierungsgefahren verbunden sind. So wird aus Sicht des Patienten ein wesentliches Element der vertrauensvollen Zahnarzt-Patienten-Beziehung – die freie Arzt-/Zahnarztwahl – tangiert. Die für die erfolgreiche Therapie notwendige Compliance kann darunter erheblich leiden und die Autonomie der Patientenentscheidung als auch des Zahnarztes in seinem beruflichen Handeln wird beeinträchtigt. Vertrauen ist grundsätzlich keine über Selektivverträge festzulegende Kategorie, sondern basiert darauf, dass zahnmedizinische Leistungen höchst individuell erbracht werden müssen. Dabei bedarf es grundsätzlich der Zustimmung des Patienten, die trotz der zunehmenden Informationsmöglichkeit für den Patienten in einer Wissensasymmetrie zwischen Zahnarzt und Patient nur auf Grundlage von Vertrauen erwirkt werden



### **Veränderungen des zahnärztlichen Berufsbildes durch**

- Bedeutung der Qualitätsförderung
- Veränderung der Berufsausübungsformen
- Bedeutung des EBM
- Feminisierung
- Wissenschaftliche Weiterentwicklung
- Zukünftige Versorgungsbedarfe
- Erwartungshaltung des Patienten
- Diversifikation des Berufsstandes
- Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Dr. Dietmar Oesterreich, 2011

kann. Vertrauen entsteht aber nur dadurch, dass sich der Berufsstand in einer klaren Werteorientierung und gelebten ethischen Verpflichtung den Interessen der Patienten verpflichtet fühlt. Wirtschaftliche Orientierung im Rahmen von Selektivverträgen oder Vergewerblichungstendenzen führen zum Verlust der kollektiven Identifikation des Berufsstandes an selbstbestimmten Werten und des im Behandlungsprozess entscheidenden Vertrauens.

Gleichzeitig ist festzustellen, dass das Verständnis der Patienten für Selektivverträge durch fehlende Information und Transparenz kaum vorhanden ist. Worin beschriebene höhere Behandlungsqualität besteht, bleibt in der Regel unklar<sup>4</sup>. Zudem gehen Selektivverträge auch an den Bedürfnissen der Patienten vorbei, da es vornehmlich um die Interessen der Vertragspartner - einerseits im Hinblick auf Einsparungen, andererseits im Hinblick auf höhere Vergütungen - geht.

Gleiche Argumente finden auch bei der möglichen Einführung einer Öffnungsklausel im Rahmen der GOZ-Novellierung ihren Niederschlag. So besteht auch dort die Gefahr eines ruinösen Wettbewerbs zu Lasten der Behandlungsqualität.

Ausschließlich aus kommerziellen Gesichtspunkten und zumeist verbunden mit dem Ansatz der Kostenersparnis beabsichtigte Verträge beinhalten die Gefahr der Leistungserbringung unterhalb des medizinischen Standards. Machtasymmetrien seitens der

<sup>4</sup> Schönemark, M.: Patienten verstehen bei Selektivverträgen oft nur Bahnhof. Ärztezeitung 11.7.2011

**Weil es um ein so hohes Gut wie Gesundheit geht, sind wir zuerst unseren ethischen Grundlagen verpflichtet. Mögliche Vergewerblichungstendenzen - auch durch Selektivverträge - führen zur Aufweichung dieser Grundlagen und zum Vertrauensverlust der Patienten.**

Kostenträger führen zur Einschränkung der Selbstverwaltung und der Autonomie im beruflichen Handeln. Die Gemeinwohlorientierung der zahnärztlichen Berufsausübung, auch im Rahmen einer flächendeckenden Versorgung, sowie die Schutzfunktion von Gebührenordnungssystemen für den Patienten gehen verloren.

Zusammenfassend darf festgestellt werden, dass eine vermeintliche Wettbewerbsdiskussion im Gesundheitswesen über Selektivverträge als auch Öffnungsklauseln einer selbstbewussten Diskussion innerhalb der zahnärztlichen Profession bedarf. Ausführliche Abwägungsprozesse unter Beachtung der besonderen Merkmale und der ethischen Grundwerte des zahnärztlichen Berufsstandes sollten die möglichen Deprofessionalisierungsgefahren aufzeigen. Der Berufsstand tut gut daran, sich aktiv in die gesellschaftlichen Veränderungsprozesse im Rahmen einer Wertediskussion einzubringen und bei der Diskussion um Selektivverträge auch die möglichen Deprofessionalisierungsgefahren besonders zu beachten.

## Perfekt registrieren.

Universelles und scanbares Registriermaterial

### Indikationen und Vorteile:

- universelle Registrierungen
- scanbar für CAD/CAM-Anwendungen
- für die Bißgabel bei der Gesichtsbogenübertragung nach Prof. Dr. (HR) Alexander Gutowski
- für die Anpassung von para-okklusalen Löffeladaptern nach PD Dr. M. Oliver Ahlers (CMD)
- für dynamische Registrierungen (FGP)
- perfekte physikalische Eigenschaften



R-SI-LINE® METAL-BITE®

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH  
Informationen unter Tel. 0 40 - 22 75 76 17  
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei  
E-mail: info@r-dental.com  
[r-dental.com](http://r-dental.com)

Fordern Sie auch unsere Produktinformationen an.

**R**<sup>®</sup>  
dental  
Biß zur Perfektion

Ute Maier

# Chancen nutzen

## Die künftige Positionierung der KZV im Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen



**Dr. Ute Maier**  
Vorsitzende des Vorstandes der  
KZV Baden-Württemberg

**Der Kollektivvertrag ist seit der Etablierung der Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen (KZVen) als Körperschaften des öffentlichen Rechts und als Vertragspartner der Krankenkassen im Jahr 1931 Grundlage der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung. Das Kollektivvertragssystem löste damals die bis dahin bestehenden Einzelverträge ab. Nun gibt es wieder eine Umkehr.**

Im GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-GRG) wurde den Ärzten und Zahnärzten zum 01.01.2000 erstmals wieder ermöglicht, unter bestimmten Voraussetzungen Einzelverträge schließen zu können. In der Folgezeit wurden diese Möglichkeiten z. B. durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) erweitert und gestärkt.

Ziel der neuen Gesetze war und ist es, den Wettbewerb auf Kassenseite sowie auf Seiten der Leistungserbringer u. a. durch mehr Vertragsfreiheit zu intensivieren. Einzelne Ärzte und Zahnärzte oder Gruppen von Ärzten und Zahnärzten können Verträge schließen und so am Wettbewerb außerhalb des Kollektivvertragssystems teilnehmen. Forciert wurde die neue Entwicklung durch einen Abschlusszwang im Bereich der Hausarztzentrierten Versorgung.

Durch das verordnete Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen ist der vom Gesetzgeber gewünschte Wettbewerb bereits tatsächlich eingetreten. Es gibt dadurch eine Parallelität beider Systeme. Daraus folgt, dass eine reine Abwehrstrategie nicht zielführend sein kann. Vertragszahnärzte und KZV-en sind damit zum Schutz vor wettbewerbsbedingten Risiken bzw. vor Nachteilen gehalten, bestehende KZV-Strukturen zum eigenen Vorteil zu nutzen oder anzupassen. Die inhaltliche Gestaltung des Vertragswettbewerbs insgesamt maßgeblich zu beeinflussen, ist somit die Zukunftsaufgabe der KZV BW.

Um im Vertragswettbewerb bestehen zu können, muss folglich eine stringente strategische Ausrichtung der KZV-Politik erfolgen. Soll die KZV die Interessen der Vertragszahnärzte im bereits bestehenden Vertragswettbewerb kollektiv wahrnehmen, muss

deren Politik darauf ausgerichtet sein, stets an allen Vertragsabschlüssen beteiligt zu werden. Dadurch können nicht nur die Interessen aller Vertragszahnärzte gewahrt werden, sondern auch diejenigen der Versicherten bzw. Patienten.

Werden Interessen dagegen nicht gebündelt durch die KZV wahrgenommen, sind Vertragszahnärzte dem Machtstreben der gesetzlichen Krankenkassen oder beruflicher Interessengruppen ausgeliefert. Daraus ergibt sich folgende konkrete Positionierung der KZV BW:

- Die KZV ist als Lotse und Steuerungselement im Vertragswettbewerb unverzichtbar.
- Die KZV übernimmt als Körperschaft eines freiberuflichen Berufsstandes auch Gemeinwohlfunktionen.
- Von Seiten der KZV sind Strategien erforderlich, um ihre Eliminierung als potentieller Vertragspartner zu verhindern.

Konkret bedeutet dies: Wenn der Vertragswettbewerb über kurz oder lang das bisherige Kollektivvertragssystem in Frage stellt, darf die KZV nicht nur Add-on-Verträge als Vertragskonstellation in den Blick nehmen, die das vom Gesetzgeber langfristig anscheinend nicht mehr gewollte Kollektivvertragssystem zwingend voraussetzen. Es muss vielmehr ein Konzept durch die KZV entwickelt werden, um für die Vertragszahnärzte auf die Strategie des Gesetzgebers reagieren zu können.

Das KZV-Konzept muss deshalb primär die Frage beantworten, wo sich im vertragszahnärztlichen Bereich eine § 73c-Lösung überhaupt anbietet. Idealerweise entsteht eine Triple-Win-Situation Krankenkasse – Versicherter – Zahnarzt.

Folgende Überlegungen müssen dabei einbezogen werden:

- Reine Add-on-Verträge lösen i. d. R. kein großes Finanzvolumen aus.
- Die Stabilität im Kollektivvertragsbereich wird aufgelöst werden, wenn es immer mehr § 73c-Verträge gibt.
- Das Für und Wider substituierender Kollektivverträge muss abgewogen werden.

Zur Zeit findet man einen Wildwuchs von Einzelverträgen. Es gibt bisher weder eine Klassifizierung nach Vertragstypen noch ein zugängliches Register über abgeschlossene Einzelverträge. Damit ist ein Überblick über die Vertragsinhalte, insbesondere zu Qualitätsaussagen nicht bzw. nur eingeschränkt möglich.

Aufgabe der KZV muss es sein, den Vertragszahnarzt in diesem Wirrwarr von Einzelverträgen zu begleiten

zu einer Verantwortung gegenüber Versicherten und Zahnärzten, durch Informationen über Vor- und Nachteile der Einzelverträge aufzuklären.

- Ein – gestufter – Leistungsumfang mit Qualitätskriterien für die Versorgung muss künftig durch die KZV (jedenfalls mit-)festgelegt werden.
- Eine „besondere“ Versorgung muss immer einhergehen mit besonderen Vergütungsvereinbarungen.

## Die Ordnung des Vertragswettbewerbs ist eine zentrale Selbstverwaltungsaufgabe der KZV. Die KZV ist Garant für einen geordneten Wettbewerb und eine angemessene Vergütung.

und ihm einen Überblick zu verschaffen. Nur so kann der Vertragszahnarzt ggf. die für ihn sinnvollen Vertragskonstellationen auswählen und am Vertragswettbewerb zu seinem Nutzen teilnehmen.

Gleichzeitig muss sich die KZV auch mit folgenden Fragen hinsichtlich der Auswirkungen des Vertragswettbewerbs befassen:

- Entstehen durch viele Fusionen übermächtige, bundesweit agierende Großkassen?
- Gilt das Rezept „Größe gegen Größe“ und wie ist in diesem Fall das Verhältnis zwischen KZBV und KZVen oder zieht eher die Tendenz zur Regionalisierung?
- Zeigen sich Entwicklungen, die den Bestand der KZV ernsthaft in Frage stellen und wie gehen wir damit um?
- Wie muss/soll sich das Vergütungssystem weiterentwickeln?
- Wie ist die Vergütung bei einer qualitativen Verbesserung der Versorgung zu sichern?
- Wie können datenschutzrechtliche Standards bei § 73c-Verträgen gewährleistet werden?
- Bietet allein die GOZ nach einer Reform eine Einkommensgarantie für Zahnärzte?
- Wer kann den Vertragszahnärzten eine Ordnung im Vertragswettbewerb bieten?
- Wie kann die KZV im Rahmen von § 73c-Verträgen den Zahnärzten ein nützliches
- Vertragsmanagement an die Hand geben?
- Wie werden Praxisstrukturen optimiert?

Aus diesen Fragen ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- Die Unklarheiten führen über den Sicherstellungsauftrag und die Verpflichtung, die Interessen und Rechte der Vertragszahnärzte zu repräsentieren,

- Weil die freie Arztwahl der Patienten und die Gleichartigkeit der Gesundheitsversorgung durch einzelvertragliche Regelungen eingeschränkt werden können, müssen insbesondere die freie Arztwahl auf Patientenseite und die Freiberuflichkeit auf Zahnarztseite maßgebliche Kriterien bleiben.
- Die Ordnung des Vertragswettbewerbs ist eine zentrale Selbstverwaltungsaufgabe der KZV. Die KZV ist Garant für einen geordneten Wettbewerb und eine angemessene Vergütung.
- Das Aufgabenportefeuille der KZV wird durch Beteiligung an dem Abschluss von Einzelverträgen sowie im Hinblick auf einen fairen Wettbewerb zwischen den Partnern der Selbstverwaltung erweitert.
- Sie führt ein Register zur Klassifizierung und Registrierung der regionalbezogenen § 73c-Verträge.
- Sie überwacht die Pflichten von Vertragsparteien zur Beachtung des Datenschutzes und der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und achtet auf Qualitätssicherung in deren Bedeutung für die Vergütung.
- Die KZV ist für Kollektiv- und Selektivvertragszahnärzte zuständig. Ein Nebeneinander neuer Strukturen könnte erforderlich werden.

Diese Notwendigkeit der Neupositionierung wurde von der Vertreterversammlung der KZV BW umfassend diskutiert und ein entsprechendes Strategiepapier zur Positionierung im Vertragswettbewerb einstimmig beschlossen.

Rainer Linke

# „Kollektive Ergänzungsverträge“

## Für eine neue Sprachregelung in der Diskussion um die Selektivverträge



**Rainer Linke**  
Stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes der KZV Land  
Brandenburg

In der aktuellen Diskussion um die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nimmt der „Wettbewerb“ einen immer höheren Stellenwert bei allen Beteiligten ein. Patienten, Ärzte, Zahnärzte, Krankenkassen und Politiker - alle wollen mehr „Wettbewerb“. So ehrenwert die Absichten, so hoffnungsvoll manche Ideen sein mögen: Hin und wieder kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass der „Wettbewerb“ immer dann als Schweizer Taschenmesser der Gesundheitspolitik beschworen wird, wenn den politischen Gestaltungskräften der Akteure die Luft ausgeht. Grund genug, diesem Instrument nicht blind zu vertrauen, sondern stets auch den konkreten Nutzen zu hinterfragen. Argumente für den Wettbewerb spielen auch eine Rolle in der Auseinandersetzung um die Aufrechterhaltung des sogenannten Sachleistungssystems, die ablösende Kostenerstattung, die teilweise schon praktizierte Mehrkostenvereinbarung (siehe Füllungstherapie) oder aber das Erfolgskonzept Festzuschüsse. Der Begriff „Selektivverträge“ taucht hierbei ebenfalls in verschiedenen Formen auf (und wird entsprechend bewertet) wie z. B. bei Strukturverträgen (§ 73a SGB V), bei Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V), bei der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), bei besonderer ambulanter ärztlicher Versorgung (§ 73c SGB V), bei der integrierten Versorgung (§ 140a-d) und bei den „Strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronisch Kranken (§ 137f-g).

### Worum geht es?

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung hat jeder Versicherte – unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit – freien Zugang zu allen Ärzten/Zahnärzten (ZÄ), die zur GKV-Versorgung zugelassen sind. Die Versorgung selbst wird durch die KV/KZVen sichergestellt, d. h. die Beziehung zwischen den Krankenkassen und den ZÄ wird über Verträge geregelt, die nach dem Willen des Gesetzgebers ebenfalls Gegenstand des Wettbewerbs werden sollen mit dem Ziel, die Qualität der Leistungen und die Effizienz der Versorgungsprozesse zu steigern.

Mit den Selektivverträgen einzelner Krankenkassen nach § 73c SGB V könnte die Regelversorgung des Kollektivsystems nunmehr partiell (oder gar vollständig) ersetzt werden. Damit würde der Sicherstel-

lungsauftrag in diesem Rahmen auf die Krankenkassen übergehen.

Von Krankenkassen angebotene, das Kollektivvertragssystem substituierende Selektivverträge (heute ist es die PZR, morgen die gesamte ambulante zahnärztliche Versorgung?) führen zur Gefahr von Praxisdumping und ruinösem Wettbewerb, zur Schwächung des kollektiven Vertragssystems und damit zur Spaltung des zahnärztlichen Berufsstandes. Nicht zu unterschätzen ist, dass mit der möglichen Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen auch der Verlust des bestehenden Mandates zur Wahrnehmung der Interessen der Vertragszahnärzte gegenüber den Krankenkassen verbunden wäre. Gerade aber darum geht es, denn die Geschlossenheit des Berufsstandes ist für den einzelnen Zahnarzt die nachhaltige Sicherheit für eine freiberufliche Berufsausübung.

Dass selbst die Krankenkassen vor einer solch dramatischen Aufwertung ihrer Rolle und vor allem der damit verbundenen Verantwortung zurückschrecken, zeigen die alles in allem eher vorsichtigen Initiativen der Kassen in diese Richtung.

Um die Entwicklung voranzubringen setzen nun einzelne KZVen, so auch die KZV Brandenburg, den „substitutiven“ Selektivverträgen eigene Vertragskonzeptionen, sogenannte Kollektive Ergänzungsverträge, entgegen, die eine besondere patientenorientierte Qualitäts- und Effizienzverbesserung beinhalten, ohne dass das Kollektivvertragssystem selbst zerstört wird. Es geht hierbei regelmäßig um ein „Mehr“, ein „add-on“ gegenüber der Regelversorgung, die eben durch solche Verträge im Grunde unberührt bleibt und damit auch einer „Bereinigung“ nach § 73c Abs. 6 SGB V nicht zugeführt werden muss.

Ein Kollektiver Ergänzungsvertrag kann einerseits GKV-strukturverbessernd wirken und andererseits die Selektion durch die Krankenkassen im Rahmen „echter Selektivverträge“ nach § 73c SGB V, die nach wie vor von allen KZVen abgelehnt werden, verhindern. Mit den Kollektiven Ergänzungsverträgen wäre ein Wettbewerbsmodell in der GKV installiert, das nicht zu Lasten der Regelversorgung (Grundversorgung), sprich des Kollektivvertragssystems geht. Insofern wäre ein vernünftiges Miteinander von Kollektiv-

verträgen mit Kollektiven Ergänzungsverträgen über die KZVen möglich, das die Kernfunktion der KZVen nicht in Frage stellt. Gleichzeitig wäre dies aber auch für bestimmte Leistungserbringer, die allerdings nicht durch Krankenkassen selektiert werden, sondern freiwillig beitreten, eine qualitätsverbessernde Chance, ohne den übrigen Leistungserbringern leistungsmengemindernd Konkurrenz zu machen.

- Er geht über die nach § 12 SGB V festgelegten Kriterien „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich“ hinaus.
- Er gefährdet nicht das Kollektivvertragssystem.
- Der Vertrag ist grundsätzlich für alle brandenburgischen Vertragszahnärzte offen. Die Eingangsschwellen sind niedrig.
- Immanente Voraussetzung des Vertrages ist der

## Kollektive Ergänzungsverträge sind eine sinnvolle Modernisierung des Kollektivvertragssystems - hin zu einer Flexibilisierung der Angebote, zu einer Verbesserung der Qualität und einer Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten.

### Der Brandenburger Endo-Vertrag

Zunächst einmal handelt es sich hier nicht um einen Selektivvertrag, sondern um den beschriebenen Kollektiven Ergänzungsvertrag, denn er steht allen brandenburgischen Vertragszahnärzten offen, die ihm lediglich beitreten müssen. Er bezieht sich auch nur auf Wurzelbehandlungen, die GKV-Leistung sind, bei denen aber ein modernes, aufwändigeres und kostenintensiveres Verfahren angewandt wird. Damit können Versicherte am medizinischen Fortschritt teilhaben, ohne den Sachleistungsanspruch zu verlieren.

Leider ist es heute immer noch so, dass grundsätzlich bei den GKV-Leistungen ein Zuzahlungsverbot besteht. Anders als in der Füllungstherapie existiert keine Möglichkeit einer Mehrkostenvereinbarung bei Wurzelkanalbehandlungen. Für die Praxis bedeutet das, entweder die vollständige Behandlung aller Zähne bei festgestellter Indikation entsprechend der GKV-Richtlinien oder alternativ die vollständige außervertragliche Behandlung nach GOZ; d. h. es gilt das Alles- oder Nichts-Prinzip: Entweder behandelt der Zahnarzt nach GKV-Richtlinien und steigert damit unnötig das Risiko eines Behandlungsfehlschlages (Zahnverlust) oder er behandelt ausschließlich privat nach modernen Standards. Mit dem Endo-Vertrag entlasten wir die Kollegen von diesen Gewissensfragen, schaffen eine vernünftige „Zuzahlungsmöglichkeit“ für den Patienten und erreichen eine deutliche Qualitätsverbesserung der Behandlung.

### Fazit:

Wir möchten mit dem Endo-Vertrag auch unsere Auffassung unterstreichen, dass die regionale kollektivvertragliche Ebene mehr Regelungskompetenz bekommen sollte. Darum ist dieser Vertrag als Kollektiver Ergänzungsvertrag (nicht nur) für die brandenburgischen Zahnärzte sinnvoll:

Erhalt der Freiberuflichkeit in unternehmerischer Selbstbestimmung.

- Der Vertrag schafft den teilnehmenden Zahnärzten, Patienten und Krankenkassen einen Zusatznutzen auf Grundlage einer „triple win“-Situation.
- Die Honorierung erfolgt auf der Basis der privaten Gebührenordnung ohne komplette Kostenübernahme durch die Krankenkasse und ohne eine Pauschalierung der Honorare (Übernahme der GKV-Leistung Nrn. 32, 34 und 35 Bema) als Sachleistung, unabhängig von der GOZ-Rechnung.
- Der Vertrag schafft den teilnehmenden Zahnärzten ein angemessenes Honorarplus auf der Grundlage der GOZ.
- Die Honorarabwicklung erfolgt für den Sachleistungsanspruch über die KZV und für den Privatanspruch gegenüber dem Patienten im Rahmen der GOZ (GOZ minus Bema).
- Die Umsetzung ist in der Praxis ohne aufwändige Bürokratie über die KZVLB mit minimalem Umsetzungsaufwand und niedrigen Transaktionskosten möglich.
- Der Vertrag sieht keine Budgetbereinigung und keine Änderung der Abschlagszahlungen vor.
- Ziel und Zweck dieses Vertrages ist die Innovationsförderung und -flexibilität.
- Der Vertrag ist so konzipiert, dass er die Vertragshoheit und gleichzeitig Wettbewerbsfähigkeit der KZVLB berücksichtigt und erhält.
- Der Vertrag fördert die Qualität zu fairen Bedingungen.
- Die Datenhoheit des Endo-Vertrages liegt bei der KZVLB.

Rainer Linke

# Der IV13-Vertrag: Ein Vorschlag für eine moderne Vertragsstruktur

## Der Innovationsvertrag über den Abrechnungs- und Zahlungsverkehr für Leistungen nach §13 Abs. 2 SGB V (IV13-Vertrag)



**Rainer Linke**  
Stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes der KZV Land  
Brandenburg

Die Zahnmedizin entwickelt sich beständig weiter und schafft neue und bessere Behandlungsmöglichkeiten. Nicht alle, aber viele Innovationen sind mit höheren Kosten verbunden. Neue Therapien stehen deshalb oft lange Zeit nur Privatversicherten zur Verfügung, weil die GKVen unkalkulierbare finanzielle Belastungen befürchten. Da dieses Verhalten in letzter Konsequenz zu einer Zwei-Klassen-Medizin führt, haben sich Gesetzgeber und GKVen in den vergangenen Jahren zu einer Flexibilisierung des Sachleistungsprinzips (Festzuschüsse, Zuzahlungsmodi) durchringen können. Auch die von einigen KZV-en geschlossenen Kollektiven Ergänzungsverträge (Selektivverträge) enthalten kreative Lösungen, die Sachleistungsprinzip und Kostenerstattung geschickt verbinden. Um künftig keinen Wildwuchs kreativer, aber regional verschiedener und in der Summe bald unüberschaubarer Regelungen zu produzieren, ist es notwendig, sich frühzeitig um einheitliche Regularien zur patientenfreundlichen und bürokratiearmen Anwendung von Kostenerstattungen zu bemühen. Der Gesetzgeber hat dazu im SGB V ausdrücklich Gestaltungsspielräume eröffnet:

§ 13 Abs. 2: Versicherte können anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. „Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln“.

Die Überlegungen des Vorstandes der KZVLB sind, diesen Weg der gesetzlich vorgesehenen Erleichterung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V zu nutzen, um die Kostenerstattung für die Patienten interessanter zu machen. Eine Möglichkeit wäre die Änderung des Zahlungsflusses. Da die Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V ohnehin auf das Ausgabenvolumen (Budget nach § 85 Abs. 2 Satz 8 SGB V) und bei der Degressionsberechnung (vgl. § 85 Abs. 4b Satz 7 SGB V) anzurechnen sind, d. h. von den Krankenkassen der KZV zu melden sind, könnte man den Zahlungsweg problemlos umleiten. Der Patient erhält wie bisher eine GOZ-Rechnung, allerdings wird – wie in der Füllungs-therapie - der Sachleistungsanspruch, d. h. die Bema-Leistung abgezogen. Die Bema-Leistung rechnet der Zahnarzt über die KZV ab. Diese prüft die Vorausset-

zungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und stellt anschließend im Rahmen der „normalen Rechnungslegung“ auch diese Leistungen der Krankenkasse in Rechnung. Der Patient zahlt nur noch den Differenzbetrag GOZ minus Bema.

### Vorteile für die Patienten:

- Der Patient zahlt nur seinen Eigenanteil und muss kein Geld von der Kasse einfordern.
- Der 5%-Abschlag vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten kann entfallen.
- Der GKV-Patient wird nicht vom medizinischen Fortschritt ausgeschlossen und dem „Privatpatienten“ gleichgestellt.
- Erhöhung der Transparenz der Kosten und des Leistungsgeschehens

### Vorteile für die Zahnärzte:

- Erweiterung des Leistungsangebotes
- Qualitäts- und leistungsorientierte Versorgung und Vergütungsgerechtigkeit nach GOZ
- weniger Überzeugungsaufwand für kostenintensivere „Privatleistung“ (da die Kosten in Höhe des Sachleistungsanspruches nicht mehr anfallen)
- Wegfall der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- keine Reduzierung der Abschlagszahlungen
- Reduzierung des Ausfallrisikos, da der Patient nur noch den Differenzbetrag zahlt.

### Vorteile für die Krankenkassen:

- Keine höheren Verwaltungskosten durch Wegfall der einzelnen Kostenerstattungen gegenüber Versicherten. Die Patienten können kostenneutral für die Kasse entlastet werden (Wegfall des 5%igen Abschlages).
- Keine zeitaufwändige Prüfung des Sachleistungsanspruches nach § 13 Abs. 2 SGB V, da das die KZV übernimmt.
- Die GKV-Krankenkasse kann mit Vorteilen für den Patienten werben und wird dadurch insbesondere für freiwillig Versicherte interessanter.
- Das umständliche Meldeverfahren für Budget und Degression an die KZV entfällt.

Durch die Einführung einer solchen IV13-Vertragsregelung ließen sich eine Vielzahl von Vorteilen für alle Beteiligten generieren.

Susanne Agasi

# Gesetzlich und privat.

## Das Ergebnis der Systemkonvergenz in den Niederlanden

**Die Niederländer haben mit ihrer Krankenversicherungsreform in 2006 nach Jahren der Konvergenz die Systemtrennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung vollständig aufgehoben. Das niederländische Modell verknüpft dabei geschickt das Beste aus beiden Welten.**

### DAS NIEDERLÄNDISCHE MODELL

#### Die Funktion:

#### Solidarische Krankenversicherung für alle

Die niederländische „basisverzekering„ (Basisversicherung) ist eine soziale Krankenversicherung. Staatliche Rahmenbedingungen garantieren, dass alle Bürger Zugang zu Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung haben. Zu diesen Vorgaben gehören:

- Allgemeine Versicherungspflicht: Alle Einwohner sind verpflichtet, sich bei einem der zugelassenen Anbieter zu versichern.
- Kontrahierungszwang: Die Krankenversicherer sind verpflichtet, jedem Interessenten einen Versicherungsvertrag anzubieten.
- Einheitlicher Leistungskatalog: Der Gesetzgeber gibt einen Leistungskatalog vor, den die Krankenversicherer nicht variieren können.
- Solidarische Finanzierung: Die Mittel der Basisversicherung werden zur Hälfte aus einkommensabhängigen Beiträgen aufgebracht, die bei abhängig Beschäftigten vom Arbeitgeber getragen werden. Die andere Hälfte wird über einkommensunabhängige Prämien (rund 100 Euro pro Monat) finanziert. Ein steuerfinanzierter Sozialausgleich stellt sicher, dass die Krankenversicherung für alle Bürger bezahlbar bleibt.
- Prämien differenzierungsverbot: Die Prämien unterscheiden sich zwischen den Krankenversicherern, sie dürfen aber nicht nach den persönlichen Merkmalen des Versicherten differenziert werden.
- Risikostrukturausgleich: Krankenversicherer erhalten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend der Struktur und Morbidität ihrer Versicherten.

#### Die Form: Privater Krankenversicherungsmarkt

Ungeachtet des sozialen Charakters der Basisversicherung ist sie in ihrer Form ein privater Versicherungsmarkt. Die Basisversicherung wird von Schadenversicherungsunternehmen angeboten, die eine

private Rechtsform haben. Gewinnerzielung ist ausdrücklich zugelassen. Die Versicherungsunternehmen unterliegen den privatrechtlichen Rahmenbedingungen und arbeiten entsprechend der in der Privatwirtschaft üblichen Regeln. Zunächst bedeutet das, dass das Wettbewerbsrecht durchgängig zur Anwendung kommt. Kollektivverträge zwischen Verbänden von Versicherern und Leistungserbringern, wie in Deutschland üblich, sind damit nicht möglich. Es gelten die Regeln des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs, d.h. der Marktzugang für Versicherungsunternehmen aus anderen europäischen Ländern ist offen. Aus diesem Grund gibt es in der Basisversicherung in den Niederlanden auch kein Sachleistungsprinzip wie wir es kennen. Dies würde flächendeckende Verträge von Krankenversicherern mit Leistungserbringern voraussetzen und damit den Marktzugang für Anbieter aus anderen EU-Ländern behindern. Die privaten Versicherungsunternehmen können auch in anderen Geschäftsfeldern tätig werden, fast alle bieten Zusatzversicherungen an, viele auch weitere Versicherungsprodukte, Sach- und Lebensversicherungen. Wie alle Versicherungsunternehmen unterliegen die Krankenversicherer der Finanzaufsicht der niederländischen Zentralbank (Nederlandse Bank). Die Anforderungen an die Solvabilität der Versicherer sind aus den europäischen Vorgaben abgeleitet und die Kontrollen sind engmaschig.

#### Die Steuerung: Regulierter Wettbewerb

Das niederländische Modell basiert auf einem in sich geschlossenen ordnungspolitischen Konzept des „regulierten Wettbewerbs“. Dabei wird stets Wert darauf gelegt, dass die Anreize für alle Beteiligten austariert und ausreichend Freiheiten und Entscheidungsspielräume vorhanden sind. Die privatrechtliche Form der Basisversicherer hat der Gesetzgeber bewusst gewählt, um auf Seiten der Versicherer wirkungsvolle Anreize und ausreichend Spielräume für unternehmerisches Handeln zu schaffen. Über das Funktionieren des Wettbewerbs wacht eine eigens geschaffene Aufsichtsbehörde für den Gesundheitssektor (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa).

Im Mittelpunkt des Konzeptes steht der Versicherte. Auf dem Krankenversicherungsmarkt trifft er eine Entscheidung für ein Versicherungsunternehmen und einen Tarif. Entscheidender Wettbewerbsparameter ist der Preis. Damit dieser spürbar ist, wurde bewusst eine hohe Prämienkomponente gewählt.



Susanne Agasi, Hamburg  
Referentin Unternehmensentwicklung der Techniker Krankenkasse

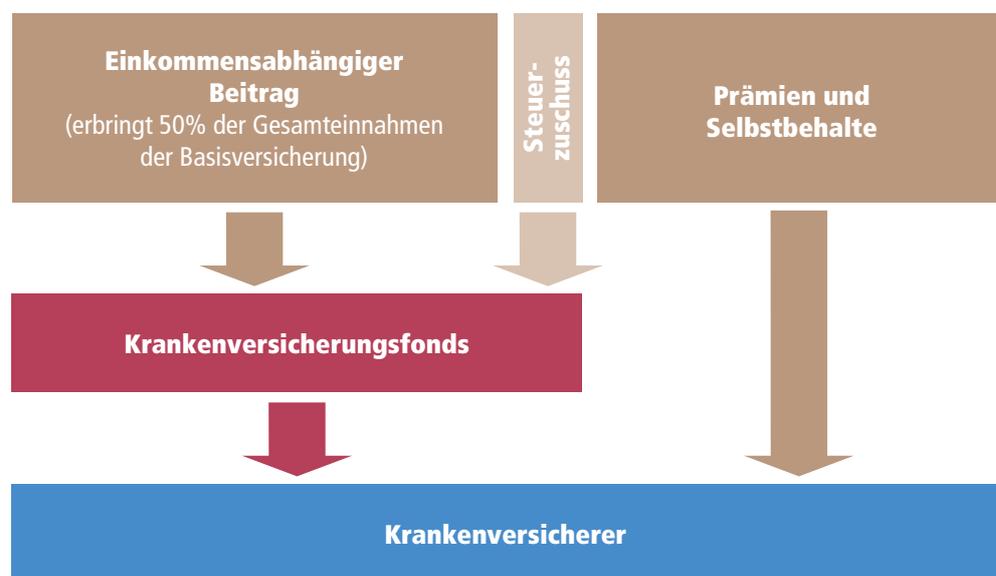
Die Krankenversicherer konkurrieren auf dem Versicherungsmarkt auf der Basis von Preis und Qualität. Gegenüber den Leistungserbringern sollen sie als Leistungseinkäufer für ihre Versicherten agieren. Die Krankenversicherer haben dabei weitgehende Vertragsfreiheit. Sie müssen keine Verträge mit den Leistungserbringern abschließen und können ausschließlich Kostenerstattungstarife anbieten. Dabei gilt allerdings dieselbe Gebührenordnung. Die Krankenversicherer können einzelne Leistungserbringer auswählen, mit denen sie Verträge abschließen und so Preferred-Provider-Tarife anbieten. Darüber hinaus gibt es in einigen Leistungssektoren freie Preise, d.h. die Krankenversicherer und Leistungserbringer können bei bestehender Vergütungsstruktur die Höhe der Vergütung frei verhandeln. Im Krankenhausbereich, auf den über die Hälfte der Ausgaben entfällt, wurde das Segment der freien Preise in den letzten Jahren kontinuierlich erweitert und beträgt derzeit 30% des Umsatzes.

Die Verhandlungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern sind der entscheidende Hebel im ordnungspolitischen Konzept. Auf der Seite der Leistungserbringer soll dabei sowohl Preisdruck entstehen als auch ein Anreiz, verstärkt in Qualität zu investieren, um dadurch höhere Preise durchsetzen zu können. Der Gesetzgeber verspricht sich eine Steigerung der Effizienz, der Qualität und vor allem der Transparenz.

#### Zahnärztliche Versorgung im niederländischen Modell

Bereits vor Einführung der Basisversicherung wurde die zahnärztliche Versorgung aus dem Leistungskatalog der vormals gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert und ist seither vor allem durch Zusatzversicherungen gedeckt. Heute machen zahnärztliche Leistungen mit gut 0,7 Mrd. Euro nur 2% der Ausgaben für die Basisversicherung aus. Zu Lasten der Basisversicherung geht die Versorgung von Kindern und

#### Finanzierung der Basisversicherung in den Niederlanden



Der einkommensabhängige Betrag wird mit der Lohnsteuer vom Finanzamt eingezogen. Bei abhängig Beschäftigten wird der gesamte Betrag vom Arbeitgeber erstattet. Diese Erstattung muss der Arbeitnehmer mit seinem Einkommen versteuern. Die Beitragssätze werden jährlich vom niederländischen Gesundheitsministerium festgelegt und sind so bemessen, dass das Beitragsaufkommen die Hälfte der Basisversicherung finanziert (Fifty-Fifty-Regel). Im Jahr 2011 liegt der Beitragssatz bei 7,75%, für Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit gilt ein ermäßigter Beitragssatz.

Über den Steuerzuschuss werden die Prämien der Kinder bis 18 Jahre finanziert. Steuerzuschuss und einkommensabhängige Beiträge werden über den Krankversicherungsfonds an die Krankversicherer verteilt. Für die Höhe der Zuweisung ist ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich maßgeblich.

Der dritte Finanzierungsbaustein sind die einkommensunabhängigen Prämien der Krankversicherer. Die Prämie wird dabei für jeden Tarif kalkuliert, wobei sich die Tarife in der Organisation der Leistungserbringung unterscheiden (z.B. Preferred Provider Tarife). Darüber hinaus sind verschiedene Rabattvarianten möglich (Selbstbehalte, Gruppenrabatte für Unternehmen, Patientenorganisationen, Vereine). Die Prämie ist ein entscheidender Wettbewerbsparameter, die Folge ist ein intensiver Preiswettbewerb. Für Geringverdiener gibt es einen staatlichen Zuschuss zur Prämie.

Jugendlichen bis 18 Jahre. Für Erwachsene deckt die Basisversicherung zahnärztliche Leistungen nur im Ausnahmefall.

Zusatzversicherungen sind in den Niederlanden weit verbreitet. Fast 90% der Versicherten haben einen Zusatzschutz. Die Tarife der Zusatzversicherungen korrespondieren eng mit dem Leistungskatalog der Basisversicherung. So beinhalten drei Viertel der Zusatztarife der Erwachsenen zahnärztliche Leistungen. Sie machen mit knapp 1,7 Mrd. Euro die Hälfte der Schadenslast in den Zusatztarifen aus. Da die Leistungsinhalte und der Leistungsumfang in den Zusatztarifen jedoch unterschiedlich sind, verbleibt meist ein Eigenanteil beim Versicherten.

#### **Erfahrungswerte und aktuelle Entwicklungen**

Die erste und eine sehr nachdrückliche Erfahrung der Niederländer mit der Basisversicherung war, dass der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt funktioniert. Mit Einführung der Basisversicherung hat jeder fünfte Versicherte den Anbieter gewechselt. Zwischenzeitlich hatte sich die Mobilität auf 3% bis 4% pro Jahr eingependelt, stieg aber zum Jahreswechsel 2010/11 wieder spürbar als Reaktion auf den Prämienanstieg von rund 10%. Die Transparenz über die Prämien, Angebote und Servicebewertung der Anbieter ist groß.

Etwas anders stellt sich die Situation auf der Leistungserbringerseite dar. Hier kam der selektive Leistungseinkauf der Krankenversicherer nur langsam in Gang, insbesondere im Krankenhausbereich. Das liegt zum einen daran, dass die Rahmenbedingungen in den letzten Jahren weiterentwickelt wurden und sich daher kontinuierlich veränderten. Gleichzeitig fürchten die Krankenversicherer die Reputationsrisiken einer selektiven Vertragsstrategie. Dass diese Vorsicht nicht unbegründet ist, zeigte die Initiative des Krankenversicherers CZ Ende 2010. Der Krankenversicherer hat für Brustkrebsbehandlungen Qualitätskriterien entwickelt und auf dieser Basis vier der rund 100 Krankenhäuser in den Niederlanden nicht mehr unter Vertrag genommen. Die Initiative wurde seitens der Krankenhäuser heftig kritisiert. Die Publikation der Liste per einstweiliger Verfügung zu stoppen, gelang jedoch nicht. Wie die Versicherten die neue Rolle der Krankenversicherer schätzen und ob diese Initiative Nachahmer finden wird, bleibt abzuwarten.

Um die Entwicklung zu beschleunigen, wird die liberal geführte Regierung die Wettbewerbsordnung weiter ausbauen. Das Segment der freien Preise im Krankenhaus soll in den nächsten Jahren sukzessive auf 70% des Umsatzes angehoben werden. Darüber hinaus sollen auch in der ambulanten Versorgung die Preise freigegeben werden. Im Juni 2011 hat die Gesundheitsministerin Edith Schippers angekün-

digt, dass zum 1. Januar 2012 auch die Preise in der zahnmedizinischen Versorgung freigegeben werden sollen. Da die Gebührenordnung sowohl für die Basisversicherung als auch für die Zusatzversicherung gilt, betrifft dies dann beide Versicherungszweige. Die Maßnahme ist nicht unumstritten. Die Zahnärzte, die das Vorhaben begrüßen, betonen ihre Bereitschaft, mit den Krankenversicherern zu verhandeln. Da es in der zahnmedizinischen Versorgung bisher nur eine geringe vertragliche Abdeckung gibt und noch keine Qualitätsindikatoren verfügbar sind, ist aber fraglich, ob der ordnungspolitisch erwünschte Wettbewerbsdruck überhaupt entsteht. Und so befürchten Krankenversicherer und Verbraucherschützer in erster Linie eine steigende Belastung für die Versicherten.

**Wettbewerb in der GKV: Die Krankenkassen haben sich in Sachen Servicequalität und Kundenorientierung enorm entwickelt. Für die Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung in der GKV ist allerdings – anders als in den Niederlanden – ein konsistentes ordnungspolitisches Konzept nicht erkennbar.**

#### **Schlussfolgerungen**

Das Beispiel Niederlande zeigt, dass sowohl die Konvergenz zwischen gesetzlicher und privater Versicherung als auch der Ausbau einer funktionierenden Wettbewerbsordnung langfristige Projekte sind. Für eine Systemkonvergenz sind dabei in Deutschland die Voraussetzungen ungleich schwieriger als in den Niederlanden. So erschwert der Körperschaftsstatus der Krankenkassen das unternehmerische Zusammenwirken mit privatrechtlich organisierten PKV-Unternehmen. Auf der anderen Seite wird die private Vollversicherung in Deutschland nach Art der Lebensversicherung kalkuliert. Die Alterungsrückstellungen sind für den Konvergenzprozess eine weitere Schwierigkeit, die es in den Niederlanden nicht gab.

Anders als in der PKV gibt es in der GKV bereits seit Mitte der 90er Jahre einen intensiven Wettbewerb, der durch die Zusatzbeiträge weiter verschärft wurde. Die Krankenkassen haben sich in dieser Zeit in Sachen Servicequalität und Kundenorientierung enorm entwickelt. Für die Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung ist allerdings ein ordnungspolitisches Konzept nicht erkennbar. Der Ausbau der Handlungsmöglichkeiten geht daher nur zögerlich voran. Mit der im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehenen Erweiterung der Spielräume bei den Satzungsleistungen könnten aber neue wettbewerbliche Impulse entstehen.

## Impressum

### Herausgeber:

Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland IGZ e.V.

Dr./RO Eric Banthien

Papyrusweg 8, 22117 Hamburg

Telefon: (040) 712 73 11

Telefax: (040) 712 96 24

### Redaktion:

Benn Rooff

Radener Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

### Verlag und Anzeigenverkauf:

one line Produktionsbüro & Werbeagentur,

Radener Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Titelfoto: Michael Marx, [www.mmpmm.de](http://www.mmpmm.de)

Auflage:

2.500 Exemplare

Erscheinungsweise:

4mal im Jahr

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder. Bei redaktionellen Einsendungen ohne besonderen Vermerk behalten sich der Herausgeber und Verlag das ausschließliche Recht auf Vervielfältigung in jeglicher Form ohne Beschränkung vor. Alle Rechte, auch die der auszugsweisen Vervielfältigung, bedürfen der Genehmigung des Herausgebers und des Verlages. Die gesamte Grafik ist geschützt und darf nicht anderweitig abgedruckt oder vervielfältigt werden. Gerichtsstand und Erfüllungsort: Berlin.

## Die Verbände der IGZ

### Berlin:

Verband der Zahnärzte von Berlin e.V.

Heilbronner Str. 1, 10711 Berlin

Tel. (030) 892 5051

Fax (030) 892 50 49

[www.zahnaerzverband-berlin.de](http://www.zahnaerzverband-berlin.de)

### Brandenburg:

Verband Niedergelassener Zahnärzte

Land Brandenburg e.V.

Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam

Tel. (0331) 297 71 04

Fax (0331) 297 71 65

[www.vnzlb.de](http://www.vnzlb.de)

### Hamburg:

Zahnärzterverband Z2000

Mühlendamm 92, 22087 Hamburg

Tel. (040) 22 76 180

Fax (040) 22 76 120

### Saarland:

Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.

Puccinistr. 2, 66119 Saarbrücken

Tel. (0681) 58 49 359

Fax (0681) 58 49 363

[www.vdzis.de](http://www.vdzis.de)

### Westfalen-Lippe:

Wählerverband Zahnärzte Westfalen

Reichshofstr. 77, 58239 Schwerte

Tel. (02304) 671 37

Fax (02304) 632 54

[www.w-z-w.de](http://www.w-z-w.de)