



## Wettbewerb im Gesundheitswesen Chancen und Grenzen

**Editorial:** Wettbewerb im Gesundheitswesen ..... 3

**Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt:**  
Humanität und Wettbewerb - Historische Akzente  
und aktuelle Probleme in der Medizin ..... 4

**Dr. Peter Engel:**  
Der zahnärztliche Beruf im Wettbewerb ..... 8

**Prof. Dr. Dietmar Oesterreich:** Wettbewerb im  
Bereich der Fort- und Weiterbildung ..... 9

**Dr. Wolfgang Eßer:**  
Wettbewerb zugunsten des Patienten ..... 12

**Dr./RO Eric Banthien:** Wettbewerb in der Praxis 15

**Franz Knieps:** Wettbewerb - Chancen und Gren-  
zen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen ..... 17

**Dr. Klaus Bartling:**  
Wettbewerb zwischen Hippokrates, gesell-  
schaftlicher Ordnung und ökonomischen  
Anforderungen ..... 20

**Benn Roolf:** Zahnreinigung für 30 Euro -  
Preiswettbewerb, Qualitätsverunsicherung  
und Kulturwandel am Beispiel der PZR ..... 22

**Guido Braun:** Billiger Auslandszahnersatz -  
Wettbewerb von in- und ausländischem Zahn-  
ersatz führt zu adverser Selektion ..... 25

**Prof. Dr. Mathias Kifmann, Prof. Dr. Martin Nell:**  
Dual, aber fair - Reformvorschlag für ein soli-  
darisches und wettbewerbsorientiertes  
Krankenversicherungssystem ..... 28

# Weil uns mehr verbindet.



## Spezialisierte Beratung für Apotheker und Ärzte.

Ob beruflich oder privat: Die meisten Apotheker und Ärzte in Deutschland vertrauen auf unsere Leistung und spezialisierte Beratung.

Mehr Informationen erhalten Sie unter: [www.apobank.de](http://www.apobank.de)

Weil uns mehr verbindet.  deutsche apotheker-  
und ärztebank

Benn Roolf

# Wettbewerb im Gesundheitswesen

Liebe Leserinnen und Leser,

auch die neue Regierung wird - unabhängig davon, in welcher Konstellation regiert wird - das Gesundheitswesen aktiv gestalten müssen. Zu groß sind die Herausforderungen, zu zerbrechlich die aktuell gute Finanzlage der gesetzlichen Kassen, als dass man sich längere kontemplative Denkpausen genehmigen könnte. Bei fast allen Reformschritten ist auch die Frage enthalten, wie man durch mehr Wettbewerb Prozesse erfolgreicher steuern kann. Die Mehrung „wettbewerblicher Elemente“ gilt inzwischen als politisches Universalwerkzeug zur Steigerung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen. Nach den ersten vorsichtigen Schritten in den neunziger Jahren hat die Entwicklung inzwischen Fahrt aufgenommen und immer mehr Akteure beklagen heute die Auswirkungen einer zunehmenden Ökonomisierung. „Das ethisch gebotene Sparen ist jedoch vielerorts bereits in ein ethisch verwerfliches Sparen übergegangen. Der Übergang ist nicht leicht zu erkennen, genauso wenig wie der Zeitpunkt, wo die kommerzielle Sicht ärztlicher Tätigkeit dem ärztlichen Selbstverständnis zuwiderläuft“, konstatiert der Kölner Medizinethiker Klaus Bergdolt in seinem Beitrag.

Wettbewerb im Gesundheitswesen hat natürlich in erster Linie etwas mit den ethischen Dimensionen unseres Handelns zu tun. „Darf man Kranke und Schwache Spielbälle der Marktgesetze werden lassen?“, fragt Bergdolt provokant. Wie viel Wettbewerb ist ethisch vertretbar? Vor allem Mediziner stellen diese Fragen - aus gutem Grund, sind sie es doch, die täglich ganz nah mit Patienten arbeiten. „Die Gesundheit unserer Patienten ist ein zu sensibles Gut, als dass sie dem freien Spiel der Kräfte ausgesetzt werden könnte“, schreibt Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer, in seinem Beitrag. Er erkennt aber auch nicht, dass Konkurrenzdruck durchaus geeignet ist, „patientenfreundliche Wirkung zu entfalten“, wenn beispielsweise „Behandlungszeiten, Terminvergabe oder Wartezeiten im Sinne der Patienten gestaltet werden“.

Die Zahnärzteschaft steht dem Wettbewerbsgedanken offen gegenüber, allerdings soll der Wettbewerb nicht um den niedrigsten Preis, sondern um die beste Versorgung geführt werden. „Zwingende Folge eines Preiswettbewerbs unter Zahnärztinnen und Zahnärz-

ten wären negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität“, schreibt KZBV-Vorstand Wolfgang Eßer in seinem Beitrag.

Guido Braun, Vizepräsident des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen, zeigt am Beispiel des billigen Auslandszahnersatzes aus Fernost: Preiswettbewerb führt zu adverser Selektion. „Die mittleren Qualitäten verdrängen die guten, die wiederum die sehr guten Qualitäten vom Markt verschwinden lassen.“ Vermutlich ist diese Konsequenz des Preiswettbewerbs nicht einmal exklusiv der Medizin vorbehalten. Haushaltsgeräte beispielsweise galten einmal als langlebige Güter - bevor die weiße Ware in den Preissuchmaschinen des Internets auftauchte.

Wettbewerb hat auch etwas mit zunehmender Bürokratisierung und Verrechtlichung zu tun. Der IGF-Vorsitzende Eric Banthien verweist in seinem Beitrag darauf, dass die Medizin historisch gesehen nicht mit politisch gesetzten Anreizsystemen, sondern mit Forscherdrang, Neugier und dem „Wettbewerb um berufliche Exzellenz und Anerkennung“ zum heutigen Niveau gelangt sei. „Es dürfte also durchaus lohnen, darüber nachzudenken, ob wir weiter fortfahren wollen, intrinsische Antriebskräfte durch immer feiner gesponnene externe Einflussnahmen systematisch zu ersetzen“, gibt Banthien zu bedenken.

Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, setzt sich mit wettbewerblichen Aspekten im Bereich der zahnärztlichen Fort- und Weiterbildung auseinander. „Wettbewerb im Sinne der Ausdifferenzierung des Berufsstandes zum Spezialistentum und zur Erlangung von Honorierungsvorteilen und gewerblichen Alleinstellungsmerkmalen muss kritisch reflektiert werden“, schreibt Oesterreich.

Die Hamburger Gesundheitsexperten Mathias Kifmann und Martin Nell haben einen interessanten Vorschlag zur Reform von PKV und GKV gemacht, mit dem vermutlich sowohl die CDU als auch SPD und Grüne in einer möglichen Koalition gut leben könnten. Das Konzept „Fairer Systemwettbewerb“ baut auf dem heutigen dualen System auf, bindet aber auch Elemente aus der Bürgerversicherung ein.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.  
Benn Roolf



Benn Roolf  
Chefredakteur

Klaus Bergdolt

# Humanität und Wettbewerb

## Historische Akzente und aktuelle Probleme in der Medizin



**Prof. Dr. med. Dr. phil.  
Klaus Bergdolt**  
Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universitätsklinik Köln

Außerhalb der Medizin gilt das Junktim von Effektivität und Wettbewerb – nicht nur bei konservativen Wirtschaftstheoretikern – längst als ausgemacht. Aber – und diese Frage brennt vielen Ärzten unter den Nägeln – trifft das auch in der Medizin zu, wo es um Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod geht, also um die Primärgüter menschlicher Existenz? Gibt es da nicht eine Art „Sicherheitszone“, ein Tabu? Darf man Kranke und Schwache Spielbälle der Marktgesetze werden lassen? Stellt man die Frage so hart und deutlich, wird sie wohl jeder Arzt und jede Ärztin verneinen.

Andererseits nimmt die Frustration im beruflichen Alltag zu. Man fühlt sich zunehmend als Opfer verunglückter Reformen und staatlicher Bevormundung. In dieser Situation erscheint marktwirtschaftliches Denken durchaus als Hoffnungsanker – wobei allerdings Widersprüche nicht ausbleiben: Viele Vertreter der Heilberufe fürchten gleichzeitig die Kälte des „Wettbewerbs“, der selten näher definiert wird und dessen Grenzen unklar bleiben. Die Political Correctness verstärkt noch den verschleiernenden Umgang mit dem Begriff, vor allem wenn vor Mikrofonen und Fernsehkameras Positionen formuliert werden sollen.

Die Verunsicherung der Ärzte und Kranken hängt aber auch mit jahrelanger Verwöhnung zusammen. Man hat allzu lange verdrängt, dass eine finanziell rundherum abgesicherte und gleichzeitig optimale Behandlung aller kranken Menschen, wie sie vor allem den Westdeutschen zur Gewohnheit geworden war, historisch gesehen ein völlig singuläres, zeitlich scharf abgrenzbares Phänomen darstellte, dessen erste, noch sehr zarte, mit der heutigen Situation kaum vergleichbare Fundamente durch die Bismarck'schen Sozialgesetze geschaffen wurden.

Zuvor hatte in der Medizin jahrhundertlang ein mehr oder weniger hartes Marktsystem geherrscht. Mit einer solch profanen, dem Mammon verschriebenen Profession, die sich, wie es schien, durch Tricks, Propaganda und schöne Worte ihre Kunden fing, wollten die besseren Kreise und Intellektuellen seit Petrarca, der ein Exponent frühhumanistischer Ärztekritik war, lange Zeit nichts zu tun haben. Noch die Mutter

des Grafen Louis de Jaucourt, der im 18. Jahrhundert in Leiden Medizin studiert hatte und Verfasser einiger Artikel der Enzyklopädie Diderots war, sagte deshalb zur Verteidigung ihres Sohnes, der Arzt wurde, was ihr peinlich war: „Medizinprofessor sein ist vielleicht lächerlich, aber es ist keine Sünde.“ Es schien den Sprößlingen des Adels und der höheren Staatsbeamten schändlich, im wettbewerbsbestimmten Alltag der Ärzte mitzufeuern.

Nun hatte der ärztliche Stand in Deutschland seit dem aufklärerischen 18. Jahrhundert, vor allem aber dank Virchow und der naturwissenschaftlich-medizinischen Revolution im 19. Jahrhundert stark an Ansehen und Prestige gewonnen. Viele fanden es gut, dass die Medizin, die weltweit eine wissenschaftliche Spitzenstellung eingenommen hatte, dem niederen Konkurrenzkampf endlich entzogen wurde. Empört hatten viele Ärzte auf die Gewerbeordnung von 1869 reagiert, die ihnen zwar Niederlassungsfreiheit und freie Hand, was die Höhe des Honorars betraf, garantierte, doch die Medizin zum Gewerbe degradierte und die Ärzte damit den Kurpfuschern gleichstellte.

Dennoch war die Entwöhnung des medizinischen Systems von allem, was nach Wettbewerb klang, ungeachtet der versprochenen Sicherheit und Gerechtigkeit nicht einfach. Manche Mediziner sahen hinter der neuen Anbindung an staatliche Kassen die Gefahr der Gängelung, der Abhängigkeit, der faktischen Verbeamtung, der „Sozialdemokratisierung“, wie man behauptete. Der im Jahr 1900 gegründete Hartmannbund (damals „Verband der Ärzte Deutschlands“) vertrat, zusammen mit dem Ärztevereinsbund, bald die Interessen der großen Mehrheit der Ärzteschaft. Man hoffte dort, die Nachteile der staatlichen Bevormundung (die gleich zu einem Run auf die limitierten Kassenarztzulassungen führte) kompensieren zu können. Das Ziel waren allerdings keineswegs die erneute Unabhängigkeit vom Staat oder der Status quo ante, sondern die Mitbestimmung. Da alle Kassenärzte für eine bestimmte Leistung dasselbe erhalten sollten (dies wurde mühsam seit etwa 1890 ausgehandelt), hoffte die Mehrheit bald auf sanfte Marktregulierungen, wobei Aspekte wie kurze Wege oder Wartezeiten eine entscheidende Rolle spielen sollten. Selbstzah-

ler, sogenannte Privatpatienten, blieben dennoch begehrt. Die später entwickelte „gestaffelte Gebührenordnung“ schuf die gewünschten Spielräume.

Zunächst bleibt aber festzustellen: Jahrtausendlang unterlagen ärztliche Behandlungen – sehen wir einmal von Kriegs- bzw. Seuchenzeiten und vom Sonderstatus der Leibärzte hochgestellter Persönlichkeiten ab – praktisch ausnahmslos den Gesetzen des freien Wettbewerbs. Nur die Hospize und Armenhäuser, in denen häufig, ja fast regelmäßig auch Ärzte wirkten

Forschung akzeptiert, nicht aber für den ärztlichen Alltag (in der Praxis wie im Krankenhaus). Man befürchtete, gegeneinander ausgespielt zu werden. Etwas hilflos verwies man sogar auf alte Ethik-Codices, wo seit Hippokrates gerne die kollegiale Solidarität, d. h. der Anti-Wettbewerb, beschworen wurde, obgleich im Alltag der Frühen Neuzeit, wie erwähnt, pure Marktgesetze geherrscht hatten.

Die Widersprüche in der Argumentation waren allerdings deutlich. Nicht selten beklagten sich anderer-

## Jahrtausendlang unterlagen ärztliche Behandlungen – sehen wir einmal von Kriegs- bzw. Seuchenzeiten und vom Sonderstatus der Leibärzte hochgestellter Persönlichkeiten ab – praktisch ausnahmslos den Gesetzen des freien Wettbewerbs.

(in der Regel visitierten sie diese Institutionen von außen), sahen jahrhundertlang für ihre bedürftigen Bewohner persönlich kostenlose Behandlungen vor, wobei wohlhabendere Spitalbewohner bzw. Pfründner dieses Privileg sich nicht selten teuer erkauft hatten. Aus der Sicht der meisten Patienten könnte man sagen: Medizin hatte eigentlich fast immer etwas mit Marktgesetzen zu tun – mit Ausnahme, wie es scheint, der letzten 120 Jahre!

Man sollte sich nicht der Illusion hingeben, dass die Idee des „Wettbewerbs in der Medizin“ nicht auch Bismarcks Reformen überlebt hätte. Im Zuge der stürmischen wissenschaftlichen Entwicklung kam das Wort von der „Medizin-Industrie“ auf, in der der Patient nur noch als Objekt von Forschungsinteressen und eines unpersönlichen Medizinbetriebes erschien. Neben dem wirtschaftlichen Wettbewerb um den Patienten zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus gab es den noch prestigeträchtigeren zwischen Universitätskliniken, Akademien und letztlich Nationen um wissenschaftlichen Ruhm.

Eine wirkliche Reduktion des Wettbewerbs fand im Grunde erst in den Sechziger- bis Achtzigerjahren des 20. Jahrhunderts statt, als die Kassen – wie fast die ganze Gesellschaft – aus dem vermeintlich Vollen schöpften. 100 Jahre nach Bismarcks Gesetzen, in den Neunzigerjahren des 20. Jahrhunderts, erschrecken deshalb viele Ärztinnen und Ärzte in der Tat, als gehäuft Wörter wie Konkurrenz, Evaluierung, Fortbildung, Vergleiche, Leitlinie, Strukturreform, Effektivität usw. fielen. Selbst die Facharztprüfung stieß um 1980 zunächst auf Protest und Empörung. Was nach Wettbewerb klang, wurde bestenfalls für das Studium und die wissenschaftlich-medizinische

seits z. B. niedergelassene Ärzte über die bevormundende Regulierung durch Kassen oder Kassenärztliche Vereinigungen. „Mehr Wettbewerb“ – gegen diese Kassen – klang nun wieder verführerisch. Man verstand hierunter allerdings nicht die Forderung nach Evaluierung, sondern nach einer Abrechnungspraxis, wie sie üblichen Marktverhältnissen entsprach. Wer 100 Patienten am Tag behandelte – stand dem nicht doppelt so viel zu wie dem Kollegen, der sich nur um 50 kümmerte? Zum guten Arzt kommen, so die simple These, mehr Patienten, zum schlechten weniger, der erste verdient deshalb zu Recht mehr, der zweite weniger. Das war die Vorstellung vom ärztlichen Idealwettbewerb, der zugleich für Gerechtigkeit sorgen sollte, unter der man Bezahlung nach Leistung verstand. Dass die Kassen alle Kosten für die allein vom Arzt bestimmten Untersuchungsgänge übernahmen, deren Notwendigkeit nicht zu beweisen, ja nicht einmal zu begründen war, erschien selbstverständlich. Dass der „Wettbewerb“, den man so schnell einforderte, auch etwas mit Reklame, Mundpropaganda, Neid, Verleumdung und Lobbyismus zu tun haben könnte, ahnte man offensichtlich noch nicht. In den Sechziger- und Siebzigerjahren des 20. Jahrhunderts hatte es auch bei den Kassenärzten erstaunliche Einkommenssprünge nach oben gegeben. Dass sie nun ausblieben, dass der Wundertopf, der jahrzehntlang gesprudelt hatte, versiegte, irritierte, mehr noch aber die zunehmende Verrechtlichung und Bürokratisierung des Gesundheitssystems, in dem immer mehr Nicht-Ärzte den Ton angaben. Insofern fand man auch in der Öffentlichkeit großes Verständnis.

Unter dem Damokles-Schwert der neuen Ökonomisierung ist heute vor allem unter den Krankenhäusern ein harter Wettbewerb entstanden. Ein „Wett-

bewerb“, den die einen verdammen, die andern aber – darunter auffallend viele Politiker und Parteienvertreter – als der Weisheit letzten Schluss verkaufen. Der Begriff wird mehr und mehr zum Zauberwort! Universitätskliniken und große städtische Häuser – mit unzähligen Arbeitsverträgen des öffentlichen Dienstes – konkurrieren längst mit Privatketten, die dank einer betriebswirtschaftlich optimierten Mischung von Neugründungen und Übernahmen Gewinne erzielen. Sie sind rein wirtschaftlich schwerfälligeren staatlichen bzw. kommunalen Institutionen als Konkurrenzunternehmen (bis hin zur Werbung und Herausstellung gewisser Äußerlichkeiten, die in einer Wellness-Gesellschaft gut ankommen) haushoch überlegen.

Die Details und Nachteile sind bekannt. Aber auch eine gewisse Bewunderung bleibt nicht aus. Nicht nur viele Wirtschaftsfachleute und Freiberufler fragen: Liegt hier nicht die Lösung vor aller Augen? Selbst Gutmenschen sind begeistert, und nicht zuletzt passen sich immer mehr Ärzte dem neuen Trend an. In ihrer Berufsordnung hieß es noch 1997: „Dem Arzt ist jegliche Werbung für sich und andere Ärzte untersagt.“ Dagegen lautete bereits 2002 eine bemerkenswerte Rostocker Revision: „Dem Arzt sind sachliche Informationen über seine Berufstätigkeit gestattet.“ Das wurde sofort extensiv gedeutet. Ein Blick in Zeitungen und Homepages zeigt, dass die Schranken gefallen sind. Ärztliche und zahnärztliche Angeberei, früher eher die Gewohnheit des Scharlatans auf dem Marktplatz – man ist wieder daran gewöhnt! Und das Schlimmste ist: Will man da mithalten, muss man als Arzt und Klinik-Unternehmer zunehmend selbst klotzen, angeben, übertreiben – vielleicht gegen den eigenen Willen. Noch vor fünfzehn Jahren hätte man das neue schrille Marketing nicht für möglich gehalten.

Der Wirtschaftsfachjargon, den wir aus den Krankenhäusern bereits zur Genüge kennen, hat sich in den Gesundheitsdebatten der Politik inzwischen fest etabliert und die Stärkung „wettbewerblicher Elemente“ spielt eine zentrale Rolle. Die Frage ist nur das „Wie“. Der Optimismus und auch die Versprechen sind bekannt: „Wir möchten eine höhere medizinische Qualität und bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig geringeren Kosten“, so lautet das durchaus parteiübergreifende Credo. Über den Satz und seinen utopischen Charakter könnte man lange nachdenken.

Auch die Öffentlichkeit hat Stellung bezogen: In einem Aufsatz über das werbeorientierte Marketing der Ärzte wurden, was den ärztlichen Wettbewerb – der Niedergelassenen untereinander wie der Krankenhäuser – angeht, zwei Charaktere, zwei Fraktio-

nen ausgemacht: die warnende Gegenposition der Bedenkenträger: angeblich rückwärtsgerandt, bewahrend, moralisierend, der Gesinnungsethik verdächtig, wert-, nicht wirtschaftskonservativ, ärztlich (was in diesem Kontext eher negativ gesehen wird), humanistisch, europäisch, fast romantisch. Die Pro-Gruppe dagegen: progressiv-initiativ, mutig, kreativ, flexibel, unternehmerisch, von Verantwortungsethik geprägt.

Ob der Wettbewerb hier die erwünschte Allround-Lösung bringt, wird bei solcher Sympathieverteilung gar nicht mehr hinterfragt. Dabei können wir schon bei dem Mathematiker Kurt Gödel, Einsteins Freund, aber auch dem Soziologen Niklas Luhmann eines lernen: Einfache, klare Wege (schon gar nicht bei geringeren Kosten) gibt es schon deshalb nicht, weil komplexe Systeme keine unanfechtbaren Lösungen zulassen und Prognosen stets Unsicherheitsfaktoren, ja spielerische Elemente enthalten, besonders – und das ist das Paradoxe! – unter Wettbewerbsbedingungen. Dieser Unsicherheitsfaktor, was sichere Steuerung, Prognostik und Transparenz angeht, wird von Planern und Consultants kaum erwähnt – verständlicherweise!

Und da ist ein Punkt, der besonders beunruhigt. Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit von Reformen – der primäre Anstoß für die Gesundheitsreform war zunächst nicht die Sorge um das Wohl der Kranken, sondern die Frage, wie man im Gesundheitssystem Geld einsparen kann. Dieser Umstand (ein durchaus legitimes und notwendiges Anliegen!) wird inzwischen derart mit sozialen und politischen Argumenten überfrachtet, dass die Primärintention leicht in Vergessenheit gerät. In Wirklichkeit werden, ohne dass es ausgesprochen wird, kühl alte utilitaristische Gedanken aufgenommen. Ziel ist es, möglichst vielen Bürgern (wie es vor etwa 200 Jahren die englischen Philosophen Jeremy Bentham und John Stuart Mill gefordert hatten) Glück und Gesundheit zu organisieren, während eine gewisse Minderheit von Alten, Schwerkranken und schlecht Versicherten das Nachsehen hat. Sparmaßnahmen im Personalbereich der Krankenhäuser finden überall Beifall, bei den Johannitern wie den Maltesern, bei den Ordenskrankenhäusern wie bei den kommunalen und staatlichen Großkliniken. Das ethisch gebotene Sparen ist jedoch vielerorts bereits in ein ethisch verwerfliches Sparen übergegangen. Der Übergang ist nicht leicht zu erkennen, genauso wenig wie der Zeitpunkt, wo die kommerzielle Sicht ärztlicher Tätigkeit dem ärztlichen Selbstverständnis zuwiderläuft. Einige Ökonomen scheinen da ethisch ziemlich unsensibel zu sein. Kein Wunder, wenn auch sie danach bezahlt werden, ob schwarze Zahlen geschrieben werden, d. h. nach dem rein numerisch-ökonomischen Resultat.

tat, und sie die Binnensicht des Problems bestenfalls in der Theorie erlernt haben. Von den involvierten Ärzten müsste man hier klare, laute und kritische Proteste erwarten.

Glücklich können Ärzte mit der Wettbewerbsökonomie auf die Dauer offensichtlich nicht werden. Umfragen unter amerikanischen Ärzten ergaben eindeutig, dass ökonomische Anreize wie etwa Kopfpauschalen im Akkord mit einer geringen Arbeitszufriedenheit verbunden sind. Es macht keinen Spaß und nagt nachhaltig am eigenen Ego, wenn man Patienten

Kontrollmechanismen. Patienten sind nun einmal keine Kunden, Ärzte keine Anbieter, und Gesundheit ist alles andere als eine bloße Ware. Wir haben in Westdeutschland in den Sechziger- und Siebzigerjahren den realistischen Umgang mit Gesundheit und Krankheit verloren. Vor Bismarck war ganz das Gegenteil zu vermelden. Die Folge war, dass in der Gesundheitserziehung – in der Frühen Neuzeit und im 19. Jahrhundert – beim noch Gesunden die Prophylaxe, die Sorge um den Verlust der Gesundheit, eine herausragende Rolle spielte. Die Ferne des Arztes führte zu mehr Eigenverantwortung. Es gab eine re-

**„Wettbewerb“ in der Ausbildung, in der Forschung – natürlich! Ebenso ist ein Wettbewerb willkommen, dem Missstände und Schlendrian zum Opfer fallen. Ein Wettbewerb allerdings, der bestimmte Gruppen von Kranken und Ärzten, ohne dass sie etwas dafür können, benachteiligt und gefährdet, bleibt inakzeptabel.**

halb gesund nach Hause schicken muss, nur damit die Wirtschaftlichkeit der Therapie erhalten bleibt. Nach Auskunft des Villingener Instituts für Ärztegesundheit sind deutsche Mediziner häufiger übergewichtig, sie rauchen mehr, sterben häufiger am Herzinfarkt und sind stärker selbstmordgefährdet als in allen anderen westlichen Ländern. Das gehört auch in den Zusammenhang der Diskussion um den Wettbewerb. Die Abstimmung mit den Füßen ist übrigens in vollem Gange: Zehntausende in Deutschland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte arbeiten inzwischen im Ausland.

Wer an der aktuellen Entwicklung gewisse Zweifel, ja ethische Bedenken dagegen hat, wird gerne durch folgende Argumentation beruhigt: Ziel aller Reformen ist folgender Idealzustand: Der Patient wird und soll als Kunde im künftigen Wettbewerbsgeschäft autonom und souverän selbst entscheiden! Da kann man (auf den ersten Blick) doch nichts dagegen haben! Auf den zweiten Blick freilich fröstelt man, haben wir doch einen hilflosen, älteren, multimorbiden, vielleicht moribunden Patienten vor Augen, der, wenn er nicht schon resigniert hat, verzweifelt nach Hilfe, Zuspruch, Tröstung und Heilung lechzt und mit der Einladung zum Wettbewerb wenig anfangen kann. Auch bildungsfernere Schichten dürfen hier betroffen sein und fraglich bleibt, ob selbst der interessierte, durch Patienteninformation gebildete Patient wirklich ein Partner auf Augenhöhe für den Arzt sein kann.

Mehr Wettbewerb – keine Frage, wage ich am Ende dennoch zu sagen. Aber mit klaren, unbürokratischen

gelrechte Ars Vivendi, eine Kunst der gesunden Lebensführung, die in der Schule, auf der Kanzel und in Sportvereinen vermittelt wurde. Man fühlte sich für den Zustand von Körper und Seele logischerweise weitaus mehr selbst verantwortlich als heute.

Genau an diesem Punkt könnte man lernen, über einen neuen gesundheitspädagogischen Ansatz nachzudenken. Ein Schuss Markt – von der Verwöhnung weg zur alltäglichen, individuellen Prophylaxe – würde zweifellos die Gesundheit im besten Sinn des Wortes stärken. Man würde dann nicht ganz so unvorbereitet in den komplexen Wettbewerb der Zukunft gehen und ein längeres, gesünderes Leben gewinnen. Kein wirtschaftliches Modell könnte Gleiches bieten.

Ich fasse zusammen: „Wettbewerb“ in der Ausbildung, in der Forschung – natürlich! Ebenso ist ein Wettbewerb willkommen, dem Missstände und Schlendrian zum Opfer fallen. Ein Wettbewerb, der allerdings bestimmte Gruppen von Kranken und Ärzten, ohne dass sie etwas dafür können, benachteiligt und gefährdet, bleibt inakzeptabel. Was als Fortschritt verkauft wird, könnte sonst leicht einen Rückschritt ins 19. Jahrhundert bedeuten.

Peter Engel

# Der zahnärztliche Beruf im Wettbewerb



**Dr. Peter Engel**  
Präsident der Bundeszahn-  
ärztekammer

Wettbewerb im Gesundheitswesen ist ein oft und gern verwendetes Schlagwort, das nahezu immer mit einer heilsbringenden Wirkung verknüpft wird. Nicht ohne Grund wurden z.B. die Gesundheitsreformbemühungen des Jahres 2007 unter dem wohlklingenden Namen „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ unter Volk gebracht.

Seit der Nationalökonom Adam Smith im 18. Jahrhundert die These veröffentlichte, dass das eigennützig-rationalistische Streben des einzelnen Wettbewerbers nach maximalem Gewinn zugleich zu steigendem Gemeinwohl führe, da es durch den Marktmechanismus zur günstigsten Güterversorgung komme, ist Wettbewerb als treibende Kraft anerkannt. Daher verwundert es nicht, dass Wettbewerb auch dem Gesundheitsmarkt Gutes bringen soll. Warum soll auch, was in der Wirtschaft so wunderbar funktioniert, nicht auch für das Gesundheitswesen gelten?

In diesem Sinne konsequent hat auch die derzeitige Bundesregierung ihr GKV-Finanzierungsgesetz mit folgenden wettbewerblich orientierten Überlegungen auf den Weg gebracht:

*„Ziel der christlich-liberalen Regierungskoalition ist es, den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu stärken, denn mehr Wettbewerb nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen steht für eine bessere medizinische Qualität, mehr Effizienz, geringere Kosten sowie weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen muss sich der Wettbewerbsgedanke in allen Bereichen des Gesundheitswesens stärker durchsetzen: zwischen den Krankenkassen, zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern - insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern.“*

Die Frage, ob Wettbewerb in der Heilkunde tatsächlich sinnvoll funktioniert, wird also nicht mehr gestellt. Wettbewerb als Motor der Marktwirtschaft macht auch vor dem „Gesundheitsmarkt“ nicht halt.

Und keine Frage, der Druck, sich gegen einen Mitkonkurrenten zu behaupten, ist auch unter Zahnärz-

ten durchaus geeignet, patientenfreundliche Wirkung zu entfalten. Wenn Behandlungszeiten, Terminvergabe oder Wartezeiten im Sinne der Patienten gestaltet werden – um nur ein Beispiel zu nennen –, dann sind das möglicherweise Maßnahmen, um sich im Wettbewerb gegenüber dem Kollegen nebenan einen Vorteil zu verschaffen. Solche positiven Effekte des Wettbewerbs sind ohne jeden Zweifel zu begrüßen.

Aber stellen wir uns eine zahnärztliche Versorgung vor, die von bedingungslosem Preis- und Verdrängungswettbewerb geprägt ist. Wenn Zahnärzte gezwungen wären, sich auf die einträglichen Behandlungen zu konzentrieren und andere Leistungen nicht mehr anbieten können. Wenn Zahnärzte Mengen erbringen müssten, ohne ein Ohr für die Wünsche ihrer Patienten haben zu dürfen, weil sich das nicht rechnet? Wenn Preisdruck zu Lasten der Qualität geht? Das sind Szenarien, die sich nur wenige der Befürworter des Wettbewerbs gern ausmalen.

Und doch tut der Berufsstand gut daran, immer wieder mahnend den Zeigefinger zu erheben. Auch wenn er Gefahr läuft, damit als rückwärtsgewandt und unmodern zu erscheinen. Ein Marktversagen in der (zahn-)ärztlichen Versorgung hat deutlich schwerwiegendere Folgen als in der „normalen“ Wirtschaft. Kann ein Schraubenhersteller die Preise seiner Konkurrenten nicht mehr halten und reduziert er in seinem Überlebenskampf die Qualität seiner Schrauben bis an die Grenze des Vertretbaren, dann wird er aus dem Markt gefegt. Seine Konkurrenten werden die entstehende Lücke nahtlos schließen – und sei es von der anderen Seite der Weltkugel.

Die Notwendigkeit einer verlässlichen, qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Versorgung ist jedoch mit derartigen Mechanismen begriffsnotwendig nicht zu vereinbaren. Die Gesundheit unserer Patienten ist ein zu sensibles Gut, als dass sie dem freien Spiel der Kräfte ausgesetzt werden könnte.

Genau aus diesem guten Grund ist der Wettbewerb der Zahnärzte untereinander – wider den Zeitgeist – eben doch stärker reglementiert, als manch einem lieb ist.

Deswegen gibt es ein Berufsrecht. Auf der Grundlage der Kammer- und Heilberufsgesetze haben alle (Landes-)Zahnärztekammern Berufsordnungen beschlossen, die das Verhalten von Zahnärzten gegenüber den Patienten, den Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie in der Öffentlichkeit regeln. Diese Regeln schränken nicht zuletzt den Wettbewerb der Zahnärzte untereinander ein. So verpflichtet z.B. § 8 der Musterberufsordnung für Zahnärzte alle Zahnärzte zur Kollegialität untereinander, oder § 21 Absatz 1 verbietet berufswidrige Werbung – alles dem freien Wettbewerb völlig fremde, aber unmittelbar dem Patientenschutz dienende Pflichten.

Und aus diesem Grund gibt es die Gebührenordnung für Zahnärzte. Eine qualitativ hochwertige freiberufliche zahnärztliche Leistung für den Patienten kann nicht durch einen ungeordneten Preiswettbewerb gesichert werden.

In Umsetzung der Vorgaben des Zahnheilkundengesetzes definiert die GOZ Mindest- und Höchstsätze der zahnärztlichen Liquidation. Alle Zahnärzte set-

zen ihre Gebühren innerhalb eines engen gesetzlichen Spielraums fest (von der Möglichkeit der Gebührenvereinbarung nach § 2 Absatz 1 GOZ einmal abgesehen) und können daher nicht über den Preis um ihre Patienten buhlen. So unbefriedigend die GOZ in ihrer fachlichen und vor allem betriebswirtschaftlichen Ausgestaltung auch ist,

- sie verhindert Verdrängungswettbewerb über den Preis der Leistung
- sie schafft Kalkulationssicherheit
- sie gewährleistet fachliche Unabhängigkeit und
- dadurch nicht zuletzt eine wohnortnahe Versorgung.

Alles Vorteile, die unzweifelhaft die Einschränkung des freien Wettbewerbs rechtfertigen dürften.

Die verbleibenden Möglichkeiten, sich im Wettbewerb zu behaupten, sind völlig ausreichend und durchaus mannigfaltig. Der Wettbewerb um die Qualität – nicht zuletzt ethische Verpflichtung des Berufsstandes – öffnet das Tor zum Patientenwohl, ohne die aufgezeigten Schattenseiten des Wettbewerbs.

*Dietmar Oesterreich*

## Wettbewerb im Bereich der Fort- und Weiterbildung

Die Heilberufsgesetze der Länder geben den Kammern im Bereich der Weiterbildung konkrete Hoheits- und Gestaltungsrechte, die in die Weiterbildungsordnungen der Länder münden. Im Bereich der Fortbildung haben die Zahnärztekammern die Aufgabe, diese zu gestalten und zu fördern sowie sie ggf. zu zertifizieren. Gleiches gilt auch für den Bereich der Aus- und Fortbildung der Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA). Hier hat der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 22. April 2009 (Az.: I ZR 176/06) den Wettbewerb der Kammern als Fortbildungsanbieter mit privaten Anbietern ausdrücklich gefördert. Das Urteil verpflichtet Stellen mit hoheitlichen Aufgaben, namentlich also auch Zahnärztekammern, dazu, nicht nur auf das eigene Angebot, sondern auch auf bestehende Angebote privater Anbieter hinzuweisen. Bei Anfragen müssen daher auch für Vorbereitungskurse mit Kammerabschluss sachgerechte Auskünfte über private Anbieter erteilt werden. Zuwiderhandlung hat der BGH mit erheblichen Konsequenzen für die beklagte Kammer verknüpft und damit betont, dass das Gericht großen Wert dar-

auf legt, dass Kammern keine Monopolstellung besitzen sollen. Die Regelungskompetenzen der Zahnärztekammern zur Fortbildung reichen also längst nicht so weit wie bei der Weiterbildung, und die Zahnärztekammern müssen sich für den Bereich der Fortbildung dem Wettbewerb stellen.

Derzeit gibt es unter der Hoheit der Zahnärztekammern die europa- und bundesweit anerkannten Weiterbildungsgebiete Kieferorthopädie und Oralchirurgie. Einige Kammerbereiche bieten darüber hinausgehende Weiterbildungen an. Die Rechtsauffassung geht dabei davon aus, dass Weiterbildungsgebiete dort bestimmt werden, wo Fachgebiete hinreichend breit, schwierig und abgrenzbar sind.

Die Fortbildung sorgt generell dafür, dass das zahnmedizinische Fachwissen ständig erhalten, aktualisiert, erweitert und auf Grundlage der Erkenntnisse der zahnmedizinischen Wissenschaften vertieft wird. Mittlerweile gibt es Angebote bei den wissenschaftlichen Fachgesellschaften wie auch bei den Zahnärzte-



**Prof. Dr. Dietmar Oesterreich**  
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

kammern, die im Rahmen von strukturierten Fortbildungen, systematisch und mit Erlangung eines Zertifikats (Curriculare Fortbildung), Kenntnisse in Teilbereichen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vertiefen. Ergebnisse der Versorgungsforschung zeigen, dass das Fortbildungsverhalten der deutschen Zahnärzteschaft sehr gut ist und einen Trend zur curricularen Fortbildung aufweist.

Parallel entwickelten sich in den letzten Jahren postgraduale Masterprogramme an den Hochschulen, die zum Teil zukunftsweisende Inhalte und Lehrformen aufweisen. Dennoch ist hier eine heterogene Qualität, mit einer teilweisen Theorielastigkeit und wenig praktischer Expertise, zu beobachten. In Reaktion auf die vom Wissenschaftsrat 2005 gegebene Empfehlung, weitere Fachzahnärzte bzw. Masterstudiengänge in die Zahnmedizin einzuführen, haben Berufspolitik und Wissenschaft darauf hingewiesen, dass eine starke Spezialisierung im Bereich der Zahnmedizin wenig sinnvoll und der Hauszahnarzt mit bis zu drei Schwerpunkten idealtypisch für die zahnmedizinische Versorgung ist.

mit formalem Abschluss wünschen allerdings weniger als ein Fünftel der befragten Zahnärzte.

Generell kann festgestellt werden, dass der Berufsstand in der Berufsausübung innerhalb der Praxis sehr deutlich auf die zukünftigen Herausforderungen und wissenschaftlich-technischen Weiterentwicklungen sowie Versorgungsbedarfe durch Fortbildung und Arbeitsschwerpunkte reagiert. Dabei wird sich gleichzeitig für ein Mehr an Kooperationen innerhalb des Berufsstandes unter Betrachtung unterschiedlicher Schwerpunkte ausgesprochen.

Aus der dargestellten Ausgangslage ergibt sich, dass Wettbewerb im Bereich der Fort- und Weiterbildung auf vielfältigen Ebenen entsteht. Erkenntnisse aus Umfragen weisen darauf hin, dass der Berufswettbewerb viel mehr im Bereich der Preisgestaltung, dem Verhalten zu den Patienten und der Serviceorientierung im Hinblick auf Öffnungszeiten stattfindet. Fortbildung ist dagegen die wichtigste Maßnahme, um die eigene zahnärztliche Tätigkeit positiv zu unterstützen, und geschieht somit nicht primär unter

## Fortbildung ist die wichtigste Maßnahme, um die eigene zahnärztliche Tätigkeit positiv zu unterstützen, und geschieht somit nicht primär unter Wettbewerbsgesichtspunkten, sondern aus vorrangig intrinsischen Gründen.

Trotzdem gibt es im Berufsstand ernst zu nehmende Entwicklungen, die sich für eine Ausweitung der Weiterbildungsgebiete einsetzen. Begründet wird dies mit der fachlichen Weiterentwicklung in der Zahnmedizin, versorgungspolitischen Bedarfen, Positionierungen von Fachgebieten innerhalb der Strukturen in den Hochschulen, Defiziten in der praktischen Ausbildung und dem vorhandenen Wildwuchs im Bereich der Fachbezeichnung, insbesondere bei den Tätigkeitsschwerpunkten. Gegen die Erweiterung von Fachzahnarztgebieten sprechen Argumente wie die deutliche Zunahme curriculärer Fortbildungsbereiche, fehlende konkrete Vorschläge zur inhaltlichen und zeitlichen Ausgestaltung im Rahmen der rechtlichen Bedingungen innerhalb der Weiterbildungsordnung, eine fehlende oder schlechte Datenbasis, die auf Unter- bzw. Fehlversorgung in der Zahnmedizin auf Grund fehlender Fachzahnarztgebiete hinweist, aber auch deutliche Hinweise auf kommerzielle Interessen bei der Ausgestaltung von Fachzahnarztgebieten. Innerhalb des Berufsstandes – dies bestätigen ebenso Ergebnisse der Versorgungsforschung – bildet ein überwiegender Anteil der Berufsmitglieder Arbeitsschwerpunkte in ihren Praxen. Eine Spezialisierung

Wettbewerbsgesichtspunkten, sondern aus vorrangig intrinsischen Gründen. Dies ist im Interesse einer hohen Qualität der zahnmedizinischen Versorgung eine sehr positive Entwicklung im Berufsstand. Nicht zuletzt dient diese Entwicklung unmittelbar dem Patienten. Deswegen ist der fachliche Wettbewerb auf Grundlage einer breiten, sich an der wissenschaftlichen Weiterentwicklung orientierenden Fortbildung ein gewollter und den berufsethischen Verpflichtungen des Berufsstandes verpflichtender Wettbewerb. Dabei ist es ebenso legitim, unter Beachtung des Berufsrechts, auf seine Fortbildungsaktivitäten sowie Praxisschwerpunkte hinzuweisen. Dies entscheidet der Zahnarzt selbst und geht mit Ausweisung seiner Schwerpunkte erhöhte Verpflichtungen im Sinne der Beherrschung des ausgewiesenen Fachgebietes ein. Der Patient hat die Möglichkeit, sich über diese Schwerpunkte zu informieren und darauf zu vertrauen. Die Zahnärztekammern dagegen haben im Zweifelsfall bei Praxisschwerpunkten die Möglichkeit, diese zu überprüfen. Eine grundsätzliche Überprüfung ist allerdings im Rahmen der ausgewiesenen Eigenverantwortung des Zahnarztes als Freier Beruf und berufsrechtlich nicht möglich.

Eine weitere Ebene sind die nicht zu verkennenden Entwicklungen, die dazu dienen, primär kommerzielle Gesichtspunkte von Fachgruppierungen, aber auch von einzelnen Praxen zu befriedigen. Spezialistentum im Sinne der Hervorhebung von Alleinstellungsmerkmalen und der Generierung von vornehmlich ökonomischem Nutzen durch Honorierungsvorteile dienen nicht primär einer besseren allgemeinen zahnmedizinischen Versorgung und den Interessen des gesamten Berufsstandes. Aus Sicht der Zahnärztekammern muss der Wettbewerb zwischen dem allgemein Zahnmedizinisch tätigen Zahnarzt und den sogenannten

curriculare Fortbildungsangebote. Masterstudiengänge sind in der Regel eher theoretisch orientiert. Spezialistenfortbildungen von Fachgesellschaften verstehen sich im Sinne von curricularen Fortbildungsangeboten. In den letzten Jahren hat der „Gemeinsame Beirat Fortbildung“, eine beratende Einrichtung der DGZMK und der BZÄK, intensiv an der Konzeption der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Zahnmedizin gearbeitet. Dort sind die Grundlagen für die zertifizierte und auch für die zertifizierte und strukturierte Fortbildung (Curriculare Fortbildung) erarbeitet worden. Es wurden hierbei Modelle

## Wettbewerb im Sinne der Ausdifferenzierung des Berufsstandes zum Spezialistentum, zur Erlangung von Honorierungsvorteilen und gewerblichen Alleinstellungsmerkmalen muss kritisch reflektiert werden, weil er starke Zentrifugalkräfte für die gemeinsame Identifikation des Berufsstandes und die öffentliche Wahrnehmung des Berufes Zahnarzt entfaltet.

Spezialisten generell der Verbesserung der Qualität der zahnmedizinischen Versorgung dienen und gleichzeitig für den gesamten Berufsstand die Möglichkeit bieten, sein Wissen in allen Fachbereichen zu verbessern. Die Zahnärztekammern stehen auf Grundlage des Zahnheilkundengesetzes bzw. der Heilberufsgesetzgebung der Länder in der Pflicht, die gemeinsame Identifikation des Berufsstandes weiter zu entwickeln. Dies führt zu einem Spannungsbogen zwischen der fachlichen Weiterentwicklung und der aus Patientensicht natürlichen Wahrnehmung des Zahnarztes mit seinem Leistungsspektrum. Die Zahnmedizin ist wesentlicher Bestandteil der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung. Hinsichtlich der Rolle der Zahnmedizin im medizinischen Fächerkanon gibt es durchaus begründete Positionen, den Zahnarzt als Facharzt für den Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde anzusehen. Die wesentlichen Erkrankungen in diesem Fachgebiet, wie Karies und die Parodontitis sowie deren Folgen, müssen zum Leistungsspektrum jeder zahnärztlichen Praxis gehören. Sowohl die Ausbildung als auch Fortbildung muss sich hieran orientieren.

Zusammenfassend darf festgestellt werden, dass im Bereich der Weiterbildung durch die Gesetzgebung klare Regelungen auch im Sinne des Wettbewerbs getroffen wurden, die allgemein anerkannt sind. Die Diskussion um weitere Fachzahnarztgebiete wird mit begründeten Positionen geführt. Berufspolitisch soll die Position des allgemein zahnärztlich tätigen Zahnarztes gestärkt werden. Dazu dienen allgemeine und

der Medizin und auch europäische sowie internationale Aspekte berücksichtigt. Auch eine wünschenswerte Verknüpfung von zertifizierter und strukturierter Fortbildung mit postgradualen Masterangeboten und der Weiterbildung im Sinne von Durchlässigkeit und Anschlussfähigkeit wird im Gemeinsamen Beirat beraten.

Der Wettbewerb über wissenschaftlich orientierte Fortbildungsangebote zur Erhöhung der Kompetenz des gesamten Berufsstandes und zur Qualitätsförderung der zahnmedizinischen Versorgung wird vom Berufsstand also angenommen. Wettbewerb im Sinne der Ausdifferenzierung des Berufsstandes zum Spezialistentum und zur Erlangung von Honorierungsvorteilen und gewerblichen Alleinstellungsmerkmalen muss kritisch reflektiert werden, weil er starke Zentrifugalkräfte für die gemeinsame Identifikation des Berufsstandes und die öffentliche Wahrnehmung des Berufes Zahnarzt entfaltet. Somit sollte Wettbewerb im Bereich der Fort- und Weiterbildung primär die Erhöhung der Kompetenz des gesamten Berufsstandes zum Ziel haben und weniger der Ausdifferenzierung eines Spezialistentums dienen. Wichtigste Voraussetzung für eine bestmögliche zahnmedizinische Versorgung ist eine solide Ausbildung. Hier steht der Ordnungsgeber in der Pflicht, die Novellierung der Approbationsordnung nach fast 60 Jahren endlich umzusetzen.

Wolfgang Eßer

# Wettbewerb zugunsten des Patienten



**Dr. Wolfgang Eßer**  
stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)

Konkurrenz belebt das Geschäft, sagt man. Doch wer meint, diese alte Binsenweisheit ließe sich einfach auf die Gesundheitsversorgung bzw. den zahnmedizinischen Bereich übertragen, liegt falsch. Gesundheit ist ein besonderes, schützenswertes Gut, das nicht einfach den Prinzipien des freien Marktes ausgesetzt werden darf. Bei der Gestaltung der Wettbewerbsbedingungen gilt es daher, die Eigenheiten des Gesundheitswesens im Allgemeinen und die der Zahnmedizin im Besonderen zu berücksichtigen. Die Spielregeln des Wettbewerbs müssen sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Kostenträger stimmen. Sonst ist am Ende der Patient der Leidtragende.

Die Wettbewerbssituation der niedergelassenen Zahnärzte ist eine besondere. Einerseits tragen sie als Praxisinhaber und -inhaberinnen das alleinige wirtschaftliche Risiko und somit auch die Verantwortung für das gesamte Praxisteam. Dabei müssen sie auf dem Weg in die Selbstständigkeit große Investitionskosten stemmen. So ist beispielsweise 2011 das durchschnittliche Finanzierungsvolumen einer Praxisneugründung in den alten Bundesländern mit 429 000 Euro auf einen neuen Höchstwert gestiegen. Hinzu kommt die Notwendigkeit, jährliche hohe Rücklagen für Reinvestitionen in neue Behandlungseinheiten und technische Gerätschaften zu bilden, um die Praxis immer auf dem technisch neuesten Stand zu halten. Damit sich dieses hohe finanzielle Wagnis auszahlt, sind Zahnärzte als Freiberufler auf wirtschaftliche Unabhängigkeit sowie unternehmerische Freiräume und politische Planungssicherheit angewiesen. Andererseits agieren die selbständigen Zahnärzte in einem stark regulierten Gesundheitswesen. Sie können die Preise ihrer Leistungen nicht selbst bestimmen, sondern im System der gesetzlichen Krankenversicherung reglementiert der BEMA die Vergütung strikt, und auch die private Gebührenordnung gibt einen klaren Vergütungskorridor vor.

In einem solch restriktiven Umfeld ist ein freier, marktwirtschaftlicher Wettbewerb überhaupt nicht möglich. Daher wäre eine noch weiter zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens ein fataler Irrtum und würde die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung in die falsche Richtung lenken. Denn die Menschen, die in unsere Zahnarztpraxen kommen, sind nicht in erster Linie unsere Kunden.

Sie sind zuallererst unsere Patienten. Wir stehen ihnen partnerschaftlich zur Seite und setzen uns für ihre Belange ein. Zentral dabei ist der Ausbau unserer für das gesamte Gesundheitswesen vorbildlichen Präventionsstrategie. Nur so können wir das Ziel der Zahnärzteschaft erreichen, die Mundgesundheit und die Zufriedenheit der Patienten mit der zahnmedizinischen Versorgung weiter zu verbessern. Und dies sind Leistungen, die nicht allein nach ökonomischen Maßstäben bewertet werden können.

Entsprechend müssen die Regeln im Interesse der Patienten gestaltet sein. Wettbewerb darf nicht als Kampf um den niedrigsten Preis verstanden werden, sondern es braucht in erster Linie einen Wettbewerb um die beste Versorgung, in dem sich qualitativ hochwertige Arbeit durchsetzt. Dabei gilt es, auch Lösungen für den in der Zahnmedizin charakteristischen Zielkonflikt zwischen der bestmöglichen Versorgung und ihrer dauerhaften Finanzierbarkeit durch die Solidargemeinschaft zu finden.

Der Wettbewerb um Versorgungsqualität unter uns Zahnärzten benötigt ein festes Fundament kollektivvertraglicher Regelungen und verlässlicher Gebührenordnungen. Um auch zukünftig eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung zu gewährleisten, benötigen wir Kollektivverträge, die sich zielführend im Sinne der Patientenversorgung weiterentwickeln lassen. Selektivverträge, die dieses System sinnvoll ergänzen, können bei der Fortentwicklung helfen. Die KZBV tritt für gesetzliche Rahmenbedingungen ein, auf deren Basis innovative und für den Patienten nutzenbringende Zusatzverträge mit den Kostenträgern abgeschlossen werden können. Hingegen lehnen wir Selektivverträge, die das System der Kollektivverträge substituieren, strikt ab. Sie führen zu einem Verfall der Behandlungsqualität und der zahnärztlichen Honorare.

## Festzuschussystem fördert Wettbewerb

In einem System wie der gesetzlichen Krankenversicherung muss Wettbewerb intelligent gestaltet werden, denn das Solidarsystem kann nicht beliebig große finanzielle Lasten tragen. Hier ist auch jeder Einzelne gefragt, das ihm Mögliche für die eigene Gesundheit zu tun und auch zu selbst zu finanzieren. „Eigenverantwortung und Solidarität schließen einander nicht aus, sondern gehören zusammen“, hat es Wolfgang

Huber, der ehemalige Ratsvorsitzende der Evangelischen Kirche in Deutschland, einmal auf den Punkt gebracht. In diesem Sinne ist das Festzuschussystem als Steuerungsinstrument in der prothetischen Versorgung vorbildlich.

So existieren in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für eine Befundsituation oft mehrere wissenschaftlich abgesicherte Therapiealternativen. Diese können deutlich über die notwendige Grundversor-

dert es die direkte Patient-Arzt-Beziehung und baut durch das Prinzip der Kostenerstattung bürokratische Hürden ab.

Der freien Arztwahl des Versicherten kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu. Sie ist eine zentrale Stellschraube, um der so häufig geforderten stärkeren wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitswesens zu begegnen. Verbesserte Informations-, Vergleichs- und Beratungsmöglichkeiten der Patienten

## Die GOZ ist eine zentrale Säule im zahnärztlichen Wettbewerb um Qualität. [...] Zwingende Folge eines Preiswettbewerbs unter Zahnärztinnen und Zahnärzten wären negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität.

gung hinausgehen. Will man ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen dauerhaft finanzierbar gestalten, versteht es sich von selbst, dass nicht alle wünschenswerten Therapiealternativen bei einem anerkannten Befund von der Solidargemeinschaft finanziert werden können. Deshalb unterstützt die KZBV den Ansatz des Gesetzgebers, dass jeder Versicherte Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung hat, die dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Mögliche Mehrkosten, die aus der Versorgung mit darüber hinausgehenden Therapien entstehen, müssen demnach vom Versicherten selbst getragen und können nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft finanziert werden.

Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, folgen wir in der Prothetik diesem Prinzip mit der Unterscheidung zwischen „need dentistry“, die das medizinisch Notwendige über den Grundleistungskatalog abdeckt, und „want dentistry“, bei der individuelle, häufig ästhetisch motivierte Wünsche der Patienten im Vordergrund stehen. Der Grundleistungskatalog entspricht den gesetzlichen Vorgaben und bildet eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftlich notwendige Versorgung ab, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Diese Differenzierung zwischen Grund- und Wahlleistungen ist gesellschaftlich konsentiert.

Das Festzuschussystem berücksichtigt diese Besonderheit der zahnmedizinischen Versorgung und rückt gleichzeitig den Patienten mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt. Der Patient entscheidet in einem partnerschaftlichen Verhältnis gemeinsam mit dem Zahnarzt über die notwendige Therapie. Der Wettbewerb wird zugunsten des Patienten gefördert. Denn das Festzuschussystem stärkt den Patienten in seiner Möglichkeit, zahnärztliche Leistungen zu vergleichen. Gleichzeitig för-

stärken den Wettbewerb unter Zahnärzten. Von den Krankenkassen geforderte Einschränkungen der freien Arztwahl lehnen wir daher ab.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben die Möglichkeit, im Rahmen des SGB V die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland mitzugestalten. Alle Leistungen jedoch, die über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehen, liegen in der Eigenverantwortung der Patienten und zählen nicht zum Aufgabenbereich der Krankenkassen. Dafür hat der Gesetzgeber allein die GOZ vorgesehen. Sie legt den Rahmen fest, innerhalb dessen Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskatalogs abgerechnet werden. Der Preisrahmen und die Bedingungen für die Rechnungsstellung sind für alle privat Zahnärztlichen Leistungen gesetzlich vorgegeben und somit als angemessen anerkannt. Die GOZ ist eine zentrale Säule im zahnärztlichen Wettbewerb um Qualität. Ein Einmischen der GKV in diese Sphäre privater Leistungen muss auch weiter ein Tabu bleiben, denn es würde nicht zu mehr Wettbewerb und einer Kostenersparnis führen, sondern das Gegenteil wäre der Fall. Zwingende Folge eines Preiswettbewerbs unter Zahnärztinnen und Zahnärzten wären negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität.

Spätestens mit dem zum 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und der Aufhebung der Bedarfszulassung befinden wir Zahnärzte uns in einem dynamischen Wettbewerb. Im Gegensatz zu den Ärzten besteht für Zahnärzte der Grundsatz der Niederlassungsfreiheit. Daher gilt es vor der Niederlassung sorgfältig zu prüfen, ob sich eine Praxis am avisierten Standort dauerhaft wirtschaftlich führen lässt. Der Erfolg dieser Regelung lässt sich an der qualitativ hochwertigen, transparenten und flächendeckend wohnortnahen Patientenversorgung ablesen.

### Wettbewerb der Krankenversicherungen

Wettbewerb zwischen Ärzten, den Leistungsträgern, ist alleine wenig sinnvoll, wenn er nicht seine Entsprechung im Wettbewerb zwischen den Versicherern, den Kostenträgern, findet. Wettbewerb meint hier zum einen die Konkurrenz von Versicherern innerhalb des jeweiligen Systems. Sowohl in der PKV als auch in der GKV wurde der Wettbewerb lange Zeit vor allem über den Beitrag geführt. In der Privaten Krankenversicherung mag dies auch weiterhin gelten. In der GKV hingegen konzentriert sich der Wettbewerb spätestens seit Einführung des einheitlichen Beitragssatzes auf Services und Zusatzleistungen.

Wettbewerb meint zum anderen auch die Konkurrenz zwischen den Systemen. Deutschland hat ein funktionierendes duales Krankenversicherungssystem. Der Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung trägt maßgeblich dazu bei, dass eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung steht. Eine Ungleichbehandlung von zahnärztlichen Patienten, zum Beispiel im Hinblick auf die Terminvergabe oder den Zugang zu Versorgungseinrichtungen, gibt es nicht. Zudem treibt der Wettbewerb im Versorgungsmarkt die Einführung von medizinischen Innovationen voran. Denn viele medizinische Neuerungen werden zunächst bei PKV-Versicherten angewandt und gelangen erst später in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die KZBV bekennt sich daher klar und deutlich zum dualen Krankenversicherungssystem und spricht sich für den Erhalt der privaten Krankenvollversicherung als wichtige zweite Säule des Gesundheitswesens aus. Wir befürworten den Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Dabei steht außer Frage, dass sich beide Systeme weiterentwickeln müssen. Zielführend ist hier eine reformierte Dualität mit behutsamen Reformen, durch die beide Versicherungssysteme fit für die Bewältigung der zukünftigen Aufgaben im Gesundheitswesen gemacht werden.

Unsere Idee der reformierten Dualität beseitigt Wettbewerbsdefizite im Sinne des Verbraucher- und Versichertenschutzes. Für die GKV ist eine unserer Grundforderungen, den überbordenden Einfluss der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes auf die medizinische Versorgung auf ein sinnvolles Maß zu begrenzen. Die Tendenz in der GKV, Patienten zu bevormunden und zu entmündigen, lehnen wir ebenso entschieden ab wie Bestrebungen, die Heilberufe zu Auftragsempfängern der Krankenkassen umfunktionieren zu wollen. Krankenkassen müssen in erster Linie ihr Versorgungsversprechen erfüllen und die medizinisch notwendigen Leistungen vollständig finanzieren. Hierzu sollten sie auch unter-

einander konsequent in einen Leistungswettbewerb geführt werden, der sich heute vor dem Hintergrund eines einheitlichen Beitragssatzes nur schwerlich erkennen lässt.

Die immer wieder diskutierte Konvergenz der Systeme stellt in erster Linie die Existenzberechtigung der PKV in Frage. Um sich zukunftsfähig aufzustellen, bedarf es jedoch Veränderungen im System. Zu den notwendigen Reformen in der PKV zählt erstens, den ursprünglichen Charakter der Versicherungen wieder herzustellen und keine Tarife unterhalb der GKV anzubieten. Zweitens ist der Vermittlermarkt in Bezug auf Qualifikation, Antragsformalitäten und Provisionshöhe stark reformbedürftig. Und drittens muss Schluss damit sein, die private Gebührenordnung zu unterlaufen. Wenn die PKV diese Themen angeht, dann lässt sich auch die Frage stellen, warum man politisch nicht bereit ist, die PKV für alle Bürgerinnen und Bürger zu öffnen und die Versicherungspflichtgrenze abzuschaffen oder zumindest deutlich abzusenken. Wenn Bürger sich frei entscheiden könnten, gäbe es wirklich ein echtes Wahlrecht und einen wirkungsvollen Wettbewerb um die beste Versorgung.

In solch einer reformierten Dualität können sich GKV und PKV wieder auf ihre eigentlichen Stärken besinnen. Daher lehnen wir einen radikalen Umbau des Gesundheitswesens und die Einführung einer Einheitsversicherung kategorisch ab. Denn die angeblichen Vorteile, dass sie die vermeintliche Ungleichbehandlung der Patienten beendet und als Allheilmittel für die Probleme dient, die sich für die Sozialsysteme zukünftig aus dem demografischen Wandel ergeben, gibt es so schlichtweg nicht. In einem Bürgerversicherungssystem wird der lautstark propagierte Wettbewerb nur noch auf der Seite der Heilberufsangehörigen stattfinden. Damit würde die Verantwortung für das Aufrechterhalten einer hohen Versorgungsqualität einseitig auf Ärzte, Zahnärzte und die anderen Heilberufsangehörigen abgewälzt. Qualität und Leistungsvielfalt entsteht aber nur im Wettbewerb, daher dürfen die Kostenträger nicht einseitig von der Verpflichtung zum Wettbewerb freigestellt werden. Darüber hinaus könnten in einer Einheitsversicherung keine Kosten gespart werden, ohne Einschnitte in die Versorgungsqualität vorzunehmen. In einer rein umlagefinanzierten Einheitsversicherung würden keine Rücklagen für die Zukunft gebildet, wenn immer weniger junge Menschen die Versorgung von immer mehr alten Menschen mitfinanzieren müssen. Die Bürgerversicherung gefährdet die Grundprinzipien des Wettbewerbs, der Vertragsfreiheit, der Freiberuflichkeit und der freien Arztwahl und ist daher nicht mit der sozialen Marktwirtschaft kompatibel.

Eric Banthien

## Wettbewerb in der Praxis

„Aale, Aale, komm her hier, bei mir alles für 20 Euro! Und hier, 20! Und das noch, 20! Und der dazu, immer noch 20 Euro!“ Soweit Aale Dieter vom Hamburger Fischmarkt, unbestreitbar eine Ikone des Wettbewerbs. Sein Markt ist der Markt, da wird noch ausgerufen, angepriesen und natürlich gefeilscht. Und das Argument ist in vielen Fällen der Preis. Aber ist das auch unser Markt? Die Zeiten, in denen Zahnreißer auf Märkten öffentlich ihrem blutigen Handwerk nachgingen, sind doch glücklicherweise vorbei. Und dass der Preis das letzte Argument sein soll, versucht man uns zwar immer wieder weiszumachen, aber die Erfahrung hat gezeigt, dass die Mehrzahl der Patienten ihrem Zahnarzt vertrauen will, mehr als dass sie nach Schnäppchen jagt.

Überhaupt die Patienten! Wenn es in der Praxis einen Wettbewerb gibt, dann den um die Patienten. Und die sind explizit weit mehr als Kunden! Wir vertreiben nicht alle dieselbe standardisierte Ware, wobei wir uns nur im Service und Preis unterscheiden. Jeder Fall ist ein Sonderfall, der in allen seinen Aspekten: Befund, Diagnose, körperlicher Allgemeinzustand, medizinische und familiäre Historie, aber auch die speziellen Wünsche und Vorstellungen des Patienten zur Lösung des anstehenden Problems, eingehend mit dem Patienten erörtert wird. Standardlösungen zum Festpreis sind da eine ganz schlechte Alternative und wenn die Wettbewerber sich auch noch gegenseitig unterbieten, muss am Ende die Medizin auf der Strecke bleiben.

Nicht von ungefähr gibt es ja die Gebührenordnung für Zahnärzte und den Bewertungsmaßstab. Sie stellen einen Schutz dar gegen den Preiswettbewerb, dessen medizinfremde Anreize von der zahnärztlichen Therapie ferngehalten werden sollen. Diese Gebührentabellen erfüllen eine doppelte Funktion: Sie dienen einerseits zum Schutz des Patienten gegen Überforderung. Der war früher übrigens noch ausgeprägter: Die Steigerungssätze der GOZ waren ja ursprünglich dazu gedacht, bei der Berechnung des Honorars auf die materielle Situation des Patienten Rücksicht zu nehmen. Andererseits dienen diese Kataloge auch zum Schutz der zahnärztlichen Leistung gegen Preisdumping. Die unentgeltliche Behandlung verstößt sogar gegen die Berufsordnung.

Es ist unbestreitbar, dass in der gemeinsamen Therapieplanung auch die finanzielle Situation des Patienten berücksichtigt werden muss. Er darf nicht überfordert werden, und dazu müssen die finanziellen Auswirkungen der geplanten Therapie in ihrem vollen Umfang dargestellt und in ihrer Tragweite mit dem Patienten erörtert werden. Seit es Zuzahlungen und Eigenanteile in der Zahnmedizin gibt, ist der Preis ein zu berücksichtigender Faktor. Da stellt sich natürlich die Frage, ob die Einführung von Eigenbeteiligungen und Mehrkostenvereinbarungen nicht ein Sündenfall war und besser unterblieben wäre. Denn diese hat ja den Preiswettbewerb erst eingeleitet. Dagegen muss man aber halten, dass nicht alles, was in der Zahnmedizin möglich und auch sinnvoll ist, von der gesetzlichen Krankenversicherung aus solidarischen Zwangsbeiträgen gezahlt werden kann und darf. Gerade die Zahnmedizin zeigt mehrere Felder (und die Liste ist bei weitem noch nicht erschöpfend), in denen eine ausreichende und wirtschaftliche Leistung erbracht werden kann, es aber auch besser, schöner oder angenehmer geht: Hier haben die Zuzahlungen ihren Sinn. Der verkehrt sich nur leider zu Unsinn, wenn die Qualität unter dem Preiswettbewerb leidet.

Dann aber stellt sich doch die Frage: Auf welchem Feld wollen wir in Wettbewerb treten? Qualitätswettbewerb? Oder der Wettbewerb um die schönste, modernste, bunteste oder eleganteste Praxis? Um die meisten Diplome an der Wand oder die meisten Tätigkeitsschwerpunkte auf dem Schild? Da eröffnen sich viele Möglichkeiten.

Qualitätswettbewerb ist ziemlich schwierig, da die Qualität der zahnärztlichen Therapie durch die Bank in Deutschland hoch ist und der Patient in der Regel die feinen Unterschiede nicht objektiv wahrnehmen kann. Außerdem ist das, was uns als Qualitätssicherung geboten wird, weit entfernt von den Vorstellungen des Praktikers. Für uns war Qualität immer, dass wir eine Therapie erbracht haben, die so nah wie irgend möglich an den speziellen Bedürfnissen unseres Patienten optimale Ergebnisse erzielt hat. Heute muss man Listen führen und Berichte abliefern. Natürlich ist Qualität nur so objektivierbar und messbar geworden, aber unseren Patienten kommt es immer noch darauf an, dass sie gut essen und sprechen kön-



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

nen, verbunden mit einem ästhetisch ansprechenden Äußeren. Objektivieren und visualisieren lassen sich solche Prozesse, indem man seine Praxis zertifiziert. Ein schönes Siegel einer Zertifizierungsgesellschaft ziert dann Praxisschild und Briefpapier, das könnte den Patienten Vertrauen einflößen. Schade nur, dass so ein Siegel schlussendlich nichts darüber aussagen kann, wie lange die Füllung im Einzelfall hält oder wie kompliziert eine endodontische Behandlung werden kann oder ob die Totalprothese am Ende des Tages wirklich saugt. Da kommt es dann doch auf die Erfahrung und das Können des Behandlers an.

Manch ein/e Kollege/in wirbt mit der Darstellung von Kompetenz. Tätigkeitsschwerpunkte und strukturierte Fortbildungen werden ausgewiesen, Master-Diplome und Spezialistentitel. Hier führt der Wettbewerb zu der Tendenz, den zahnärztlichen Berufsstand aufzuspalten. Abgesehen von den Fachzahnärzten für Oralchirurgie und für Kieferorthopädie, die jeder ein spezielles Aufgabengebiet innerhalb der Zahnmedizin haben, erwecken alle anderen nur den Eindruck, die restlichen Zahnärzte seien nicht kompetent für ihr Spezialgebiet. Hier geht es auch nicht nur um den Wettbewerb um Patienten. Hier werden Verteilungskämpfe angedroht oder schon ausgefochten, denn so manche Fachgesellschaft möchte bestimmte Bereiche der Zahnmedizin für ihre Mitglieder reservieren. Der Zahnarzt, der vollumfänglich für seine Patienten da ist und in Zukunft auch sein will, kann sich dem nur entgegenstellen.

Die Praxis mit ihrer Ausstattung kann ein weiteres Argument im Wettbewerb sein, aber dies ist ja kein Artikel zur Niederlassungsberatung. Deswegen will ich auf den Aspekt Technik und Möbel oder gar Beleuchtung hier nicht eingehen. Das Wichtigste an unseren Praxen ist ohnehin das Personal. Der Patient kommt zu uns und leidet. Entweder an Schmerzen oder Furcht oder an Beidem. Da ist es wichtig, dass man ihm liebevoll und aufmerksam begegnet. Zuwendung und Freundlichkeit gehören zu den besten Argumenten im Wettbewerb um unsere Patienten. Das gilt übrigens auch für Zahnärzte...

Was bleibt nun nach diesem kurzen Rundblick auf den Wettbewerb in der Zahnmedizin? Auf jeden Fall die Erkenntnis, dass wir mit „Wettbewerb“ in vielen Bereichen unserer Berufspraxis herzlich wenig anfangen können. Dabei geht es gar nicht darum, für die eigene Tätigkeit eine bequeme, wettbewerbsfreie Zone zu reklamieren - im Gegenteil: unserem Berufsstand fehlt es nicht am Selbstbewusstsein, die eigene Leistung einer externen Bewertung zu unterwerfen. Doch erscheinen viele der Bewertungsparameter, die uns präsentiert werden, so weit entfernt vom Verständnis einer guten medizinischen Behandlung, dass wir uns schwer damit tun.

Ein Preiswettbewerb bringt sachfremde Preisanreize in die Zahnmedizin und schadet letztlich der Behandlungsqualität. Ein Qualitätswettbewerb ist durchaus wünschenswert und ganz im Sinne des in seinem Beruf aufgehenden, engagierten Zahnmediziners - er muss aber zwangsläufig leiden, wenn „Qualität“ formalisiert verordnet wird und sich Zug um Zug Parameter für ein Qualitätsbenchmarking in die zahnärztliche Tätigkeit hineinschleichen. Je offensiver ein solches Benchmarking in die Praxen hineingetragen wird, desto mehr besteht die Gefahr, dass die Erfüllung der Qualitätsparameter durch das Erstellen von Listen und Ausfüllen von Formularen wichtiger wird als die verantwortungsvolle zahnmedizinische Behandlung.

Wer sich in der Politik und in den Verwaltungen Gedanken darüber macht, mit welchen Regulierungen man Mediziner zu Höchstleistungen anstacheln könne, dem empfehle ich den Blick in die Historie. Der Forscherdrang, die Neugier, der Wettbewerb um berufliche Exzellenz und Anerkennung - diese intrinsischen Antriebskräfte haben die Medizin zu allen Zeiten beflügelt und schließlich zu dem hochentwickelten Niveau verholfen, das wir heute haben. Qualitätsmanagementprogramme, staatlich organisierte „wettbewerbliche Elemente“ oder diverse Anreizsysteme waren dazu bislang jedenfalls nicht nötig. Es dürfte also durchaus lohnen, darüber nachzudenken, ob wir weiter fortfahren wollen, intrinsische Antriebskräfte durch immer feiner gesponnene externe Einflüsse systematisch zu ersetzen.

Wettbewerb bei der Qualität ist eine komplizierte Sache und wir kommen an dem Verdacht nicht vorbei, dass alle Dokumentationen, Zertifikate oder sonstigen Wettbewerbsparameter eine wirklich optimale zahnärztliche Behandlung nicht abbilden können. Doch wie gehen wir mit dieser Erkenntnis um? Was bleibt dem tatendurstigen Regulierer noch zu tun, wenn die vielen Parameter seiner Anreizsysteme immer wieder Fehlsteuerungen produzieren und von der eigentlichen zahnmedizinischen Tätigkeit ablenken? Zunächst einmal bleibt die profane Feststellung, dass es noch immer die Zahnärzte sind, die Patienten behandeln. Und dann die ebenso schlichte Feststellung, dass eine Verbesserung der „Behandlungsqualität“ natürlich in erster Linie etwas mit der kontinuierlichen Steigerung fachlicher Kompetenz durch Fortbildung, mit innovativen Gerätschaften und Werkstoffen und nicht zuletzt mit Empathie und beruflichem Ehrgeiz der Zahnärzteschaft zu tun hat. Das zu betonen ist durchaus nötig, erwecken doch die Reformdiskussionen nicht selten den Eindruck, das Räderwerk des Gesundheitssystems müsse nur richtig gesteuert werden, dann würde es quasi automatisch mehr Gesundheit zum günstigeren Preis produzieren. Die Arbeit der Ärzte gilt in dieser Optik als ebenso steuerbar wie der Rabatteinkauf von Arzneimitteln oder Mull-

binden. Man muss es eben nur richtig organisieren - mit Leitlinien, Auflagen, Dokumentationen, Kontrollen, Prüfungen, Zertifizierungen usw. usw. Immer weiter steuert die Entwicklung in diese Richtung und ich fürchte, wir werden in nicht allzuweit entfernter Zukunft auf die Frage stoßen: Welchen Zahnarzt wollen wir - die wir alle zugleich Patienten, Kunden, Versicherte und als Wähler auch Mitbestimmer im Gesundheitswesen sind - eigentlich in Zukunft an unserer Seite haben: denjenigen, der gewissenhaft allen Regeln und Leitlinien folgt und das tut, was ihm von Kassen und Ministerialen vorgeschrieben wird - kurz denjenigen, der eingebettet in ein umfassendes Regulierungsgebilde darauf achtet, nichts falsch zu machen? Oder den Zahnarzt, der sich zuallererst um die medizinischen Fragen und das Wohl des Patienten kümmert - kurz denjenigen, der sich bemüht, etwas richtig zu machen?

Bei allen Diskussionen über Wettbewerb und Steuerungen sollten wir diejenigen nicht vergessen, um deren Wohl es eigentlich gehen soll: die Patienten. Auf sie kommt es nämlich an, umso mehr, wenn wir

die allseits geforderte Mündigkeit der Patienten wirklich ernst nehmen wollen. An ihren Wünschen und Bedürfnissen müssen wir unsere „Wettbewerbsstrategien“ orientieren. Sie müssen gerne zu uns kommen und sich in der Praxis gut aufgehoben fühlen. Das lässt sich mit naheliegenden Dingen erreichen: Freundlichkeit und fachlich gute Behandlung. Unsere Praxis liegt in einem Wohngebiet, ist also eine Familienpraxis. Daher bemühen wir uns besonders um die Gunst der Jüngsten. Denn wenn die Kinder gerne zu uns kommen, überzeugt das auch die Eltern und Großeltern. So einfach kann Wettbewerb sein.

**Es dürfte also durchaus lohnen, darüber nachzudenken, ob wir weiter fortfahren wollen, intrinsische Antriebskräfte durch immer feiner gesponnene externe Einflussnahmen systematisch zu ersetzen.**

*Franz Knieps*

## Wettbewerb

### Chancen und Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

Mit dem Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) aus dem Jahr 1992 wurde das alte Kassenorganisationssystem aus einer ständisch geprägten Kombination von Zuweisungen und Wahlmöglichkeiten schrittweise durch ein wettbewerbliches, allein auf Wahlentscheidungen der Versicherten beruhendes Ordnungssystem ersetzt. Als Voraussetzung für die Einführung der Kassenwahlfreiheit wurde ein kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich (RSA) zur Angleichung der Wettbewerbsbedingungen und zur Gewährleistung der Solidarität eingeführt.

Beide Instrumente stellen bis heute die wesentliche Grundlage für die Herstellung der Balance von Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen dar. Auf der einen Seite können Versicherte mit den Füßen abstimmen, wenn ihnen das Angebot einer Krankenkasse zum verlangten Preis nicht zusagt. Auf der anderen Seite soll der Risikostrukturausgleich verhindern, dass sich Kassen allein um junge, wohlhabende, gesunde Versicherte kümmern und sich gegen alte, arme, kranke und/oder kinderreiche Versicherte ab-

schirmen. Nach Einführung der Kassenwahlfreiheit am 1. Januar 2006 wurden weitere Anpassungen unternommen, die sich aus der Grundentscheidung für eine wettbewerbliche Orientierung im Gesundheitswesen ableiten. Vor allem aber wurde der RSA schrittweise zu einem Feinsteuerungsinstrument mit Benchmarkcharakter ausgebaut. Auf der anderen Seite enthält der RSA Elemente, die den Kassenwettbewerb verzerren und zu einer systematischen Unterfinanzierung der Versorgung in Ballungsgebieten führen.

Weniger gradlinig verlief die Entwicklungslinie einer wettbewerblichen Orientierung im Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern. Hier ist seit 1989 ein Wechselspiel von korporatistischen und einzelvertraglichen Ansätzen zu beobachten. Dies gilt prinzipiell für alle Versorgungsbereiche. So behauptet sich das System der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Zwangsmitgliedschaft für alle niedergelassenen Ärzte, die GKV-Patienten behandeln wollen, bisher gegen alle Versuche, über Einzel- oder Gruppenverträge mehr Wettbewerb zu initiieren.



**Franz Knieps**  
Vorstand des BKK Dachverbandes

Die strukturkonservative Lobby macht bekamen insbesondere Polikliniken und Fachambulanzen in den neuen Ländern zu spüren; Hand in Hand ließen Ärzte- und Kassenfunktionäre diese Einrichtungen, die über kein Pendant im Westen verfügten, „am langen Arm verhungern“. Mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2003 wurden Medizinische Versorgungszentren mit freiberuflichem oder angestelltem ärztlichem Personal dauerhaft zugelassen. Schnell wächst seitdem diese neue Organisations- und Betriebsform als Alternative zur Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Hier hat insbesondere das Vertragsarztänderungsgesetz (VÄG) aus dem Jahr 2006 wesentliche Hilfe zur Flexibilisierung der ambulanten Versorgung geboten.

Noch resistenter gegenüber wettbewerblichen Vertragsgestaltungen zeigt sich der Krankenhausbereich. Behinderer und Blockierer finden sich ohne Rücksicht auf parteipolitische Orientierung und regionale Herkunft in Landesregierungen, Kommunalverwaltungen, Gewerkschaften, Kirchen und Wohlfahrtsverbänden.

Im Krankenhausbereich fehlt es bis heute an Öffnungsklauseln für einzelvertragliche Regelungen, die aus Sicht der Betriebskrankenkassen durchaus einheitlich und gemeinsam ausgestaltet werden sollten. Zwar konnten die Häuser und die Bundesärztekammer angesichts der gewaltigen Fehlsteuerungen im alten Krankenhausfinanzierungssystem über tagessgleiche Pflegesätze nicht verhindern, dass mit der Gesundheitsreform 2000 der schrittweise Einstieg in ein modernes Fallpauschalensystem beschlossen wurde. Doch der mit dieser Grundentscheidung für ein leistungsorientiertes Entgeltsystem, das für gleiche Leistungen auch gleiche Preise vorsieht, gestiegene Wettbewerbsdruck auf die einzelnen Häuser konnte bisher nicht in ein adäquates Vertragssystem überführt werden. Die Bundesländer kleben an ihrer Krankenhausplanungskompetenz und am Kontrahierungszwang ebenso wie an der dualen Krankenhausfinanzierung, die zu einem beträchtlichen Investitionsstau in vielen Ländern beigetragen hat.

Der Gesetzgeber erhofft sich einen Wandel von der bisher primär auf den Beitragssatz fixierten Wettbewerbsorientierung hin zu einem qualitätsorientierten Wettbewerb, in dem das Preis-Leistungs-Verhältnis der entscheidende Wettbewerbsparameter ist. Wer das qualitative Niveau der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland auf der Basis der Grundprinzipien, wie sie im Eingangskapitel des Sozialgesetzbuches V niedergelegt sind, erhalten und möglicherweise sogar verbessern will, der muss das Gesundheitswesen permanent an äußere und innere Herausforderungen anpassen.

Statt der Illusion von der „großen Gesundheitsreform“ nachzujagen, sind viele inkrementelle Anpassungsschritte erforderlich, die der Komplexität und der Pluralität des deutschen Gesundheitswesens gerecht werden. Dabei kommt der Implementierung von Reformviren eine große Bedeutung zu. Solche Viren entfalten ihre Haupt- und Nebenwirkungen nicht sofort, sondern erst im Laufe der Zeit. Ein typisches Beispiel dafür ist die Entscheidung für Kassenwahlfreiheit und wettbewerbliche Orientierung des Krankenversicherungssystems mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992. Diese Entscheidung beeinflusst die Gesundheitspolitik bis heute und hat den etablierten Steuerungsinstrumenten Gesetz, Administration und Selbstverwaltung die wettbewerbliche Steuerung auf der einzelwirtschaftlichen Ebene hinzugefügt. Aus dieser bewussten Erweiterung der Steuerungsoptionen sind einerseits neue Versicherungs-, Leistungs- und Vertragsformen entstanden. Andererseits haben sich vorhersehbare und unvorhergesehene Nebenwirkungen und Risiken ergeben, die dem Solidarcharakter und den Prinzipien der Daseinsvorsorge nicht entsprechen. Daher hat der Gesetzgeber an vielen Stellen nachgesteuert, allerdings ohne die Systematik unterschiedlicher Steuerungsphilosophien und –instrumente aufeinander abzustimmen und konsequent zu ordnen.

Die Politik hat sich bisher nicht dazu durchringen können, den großen Schritt zu einem einheitlichen Versicherungssystem zu gehen. Vielmehr wurden kleine Schritte zu einer Konvergenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung unternommen. Wichtigster Schritt dazu dürfte die Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht für nahezu alle Bürgerinnen und Bürger durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sein. Im Rahmen dieser Versicherungspflicht werden gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherung gezwungen, ehemalige Versicherte, die aus welchen Gründen auch immer ihren Versicherungsstatus verloren haben, wieder aufzunehmen. Bereits früher hatte der Gesetzgeber gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht, typische Privatversicherungselemente wie Kostenerstattung, Selbstbehalt und Beitragsrückgewähr sowie Einschreibungen in besondere Versorgungsformen anzubieten.

Die Einführung der Kassenwahlfreiheit durch das Gesundheitsstrukturgesetz hat – wie bereits angedeutet – weitreichende Veränderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung initiiert. Speziell in der ambulanten Versorgung hat der Gesetzgeber sich für einen Wettbewerb der Vertrags-, Organisations- und Betriebsformen entschieden. Zumindest sozialrechtlich wurden fast alle Hindernisse für kooperative ärztliche Betätigungsformen beseitigt. In der Praxis

ist allerdings unverändert zu beobachten, dass manche Kassenärztliche Vereinigungen mit allen Mitteln versuchen, Selektivverträge zu torpedieren und kooperative Praxisformen zu benachteiligen. Auf der anderen Seite ist aber festzustellen, dass dort, wo Unterversorgung herrscht oder droht, selbst Eigenrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen kein Tabu mehr sind.

Bestandteil jeder Gesundheitsreform seit 1989 ist der politische Versuch, die tradierten Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung, Akut-

und Kooperation ebenso verantwortlich wie Fehlansätze aus (sektorbezogener) Regulierung, Planung und Finanzierung. Widersprüche und Konflikte bei unterschiedlichen Regulierungs- und Steuerungsansätzen sind mehr als offenkundig. Dies lässt sich in der ambulanten und stationären Versorgung ebenso aufzeigen wie bei der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

Es bedarf also vieler kleinteiliger Veränderungen zur Neuordnung der Sicherstellung der Versorgung und zur Neubestimmung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen. Diese müssen von einem ein-

## Statt der Illusion von der „großen Gesundheitsreform“ nachzujagen, sind viele inkrementelle Anpassungsschritte erforderlich, die der Komplexität und der Pluralität des deutschen Gesundheitswesens gerecht werden.

versorgung und Rehabilitation, Pflege und Prävention, medizinischer und sozialer Versorgung zu überwinden. Die Instrumente hierzu sind vielfältig, aber nur von begrenzter Wirksamkeit. Solange die zentralen Steuerungsansätze über Bedarfsplanung, Honorierung und Qualitätssicherung weiterhin sektoral ausgerichtet sind, fehlt es der Integrationsversorgung an Durchschlagskraft. Ähnlich schwierig gestalten sich die Bemühungen des Gesetzgebers und der Gemeinsamen Selbstverwaltung, die flächendeckende (Primär-)Versorgung zu gewährleisten.

Das Thema bleibt deshalb auf der Tagesordnung künftiger Gesundheitsreformen. Gleiches gilt für den Ausbau einer bewusst gesteuerten Versorgung. Auf allen Ebenen und bei allen Akteuren gibt es vielfältige Bemühungen zum Ausbau des Versorgungsmanagements, auch wenn Kritiker darin eine „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens sehen.

Speziell das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) hat die pharmazeutischen Unternehmer auf dem falschen Fuß erwischt. Ob allerdings die Regulierungsversuche zu einem kohärenten und berechenbaren Steuerungsgerüst für die Arzneimittelversorgung geworden sind, darf bezweifelt werden. Viele Anzeichen sprechen dafür, dass die Arzneimittelversorgung überreguliert ist und dass manche Steuerungsinstrumente sich gegenseitig blockieren.

Das Nebeneinander unterschiedlicher Steuerungsansätze über Recht und Politik, Administration und Selbstverwaltung, Wettbewerb und Konkurrenz ist für den Mangel an Kommunikation, Koordination

heitlichen Planungs- und Honorarsystem mit gleicher Bezahlung unabhängig vom Ort der Erbringung der jeweiligen Leistungen überwölbt werden. Ein neues einheitliches Honorarsystem für die ambulante Versorgung muss chronische Erkrankungen und Morbidität besser abbilden, (Ergebnis-)Qualität berücksichtigen und Anreize zu schonender Medizin und gegen medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung enthalten. Das DRG-System muss von Anreizen zu medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen befreit werden. Alle Steuerungsinstrumente müssen den Anforderungen des sozio-demografischen Wandels angepasst werden und die Behandlungsbedarfe besonderer Personengruppen – beispielsweise Pflegebedürftiger oder Menschen mit Behinderungen – berücksichtigen. Letzteres gilt auch für die zahnmedizinische Versorgung, die ansonsten nicht im Fokus umfassender Veränderung steht. Die zahnärztlichen Körperschaften haben hier interessante Vorschläge gemacht, wie ein solcher Wandel in ihrem Versorgungsbereich aussehen könnte.

Klaus Bartling

## Wettbewerb zwischen Hippokrates, gesellschaftlicher Ordnung und ökonomischen Anforderungen



**Dr. Klaus Bartling**  
Präsident der Zahnärztekammer  
Westfalen-Lippe

In den letzten zehn bis fünfzehn Jahren hat sich die Werbepresenz der niedergelassenen Zahnärzteschaft spürbar verändert. Praxen, die vor Eintritt dieses Veränderungsprozesses bestanden, waren noch einem strikten Werbeverbot unterworfen. Patienten wurden in erster Linie durch den Standort, Mundpropaganda und in (zugelassenen) Ausnahmefällen durch Zeitungsanzeigen auf einen Zahnarzt aufmerksam. Sich verschlechternde Rahmenbedingungen und ökonomische Zwänge führten zu zunehmenden Werbeaktivitäten, die dem strikten Werbeverbot zuwider liefen. In zahlreichen Einzelfällen stritten Heilberufstätige und Kammern bis zum Bundesverfassungsgericht. Es kam zu einem Paradigmenwechsel, einem Anschauungswandel, der bis heute Bestand hat.

### Werbung als integraler Bestandteil der zahnärztlichen Berufsausübung

Werbung gilt seither als grundsätzlich erlaubt. Sie gehört zur Berufsausübungsfreiheit. Das ist verfassungsrechtlich verbrieft. Verbraucher gelten als grundsätzlich informiert, interessiert und aufmerksam. Heilberufstätige sollen sie mit Werbung informieren dürfen, egal wie. Nur berufswidrig darf die Werbung nicht sein. Das gilt nach wie vor. Insbesondere jüngere Kolleginnen und Kollegen würden sich heute in die Steinzeit zurück versetzt fühlen, wenn sie mit einem absoluten Werbeverbot beschränkt würden. Sie haben sich längst daran gewöhnt, die von den Gerichten geurteilten Informationen kundtun zu dürfen. Werbung gehört für sie wie selbstverständlich zur Freiheit bei der Berufsausübung. Dabei sind die Werbemittel fast unbeschränkt. Längst sind „neue Medien“ bei der Patientenakquise nicht mehr wegzudenken. Wer es sich leisten kann, sendet seine Botschaften über den Rundfunk an die „Kundschaft“, manchmal sogar über das Fernsehen. An Bushaltestellen begegnet uns ganz groß das Konterfei des Nachbarzahnarztes, der die Implantate in Rekordeinheitzeit und ohne Schmerzen jedem Patienten setzt, der sie haben möchte. Die Zeit schreitet eben voran.

### Zahnärzte sind auch Unternehmer

Wir niedergelassenen Zahnärzte sind auch Unternehmer. Wir haben steigende Praxiskosten durch Mieten, Löhne, Instandhaltung, Aufbereitung uvm. Auch unser Privatleben wird teurer, schon alleine durch die

Inflation. Dieser „natürlichen“ Einkommensentwertung stehen nicht unbedingt proportional steigende Einnahmen gegenüber. Jeder niedergelassene Zahnarzt muss sich daher auch um Einnahmequellen bemühen. Das hat auch etwas mit Verantwortung für seine Mitarbeiter, für sich selbst und für seine Patienten zu tun. Er wird sein individuelles Marketing, speziell auch in Bezug auf sein zahnärztliches Angebot und seine Werbung, laufend prüfen und anpassen. Schließlich muss er wettbewerbsfähig bleiben. Doch wie viel Wettbewerb „verträgt“ die ambulante zahnärztliche Versorgung?

### Zahnärzte im marktwirtschaftlichen Wettbewerb

Unter Wettbewerb versteht man gemeinhin den Leistungskampf unter Konkurrenten in einem Markt. Verkürzt dargestellt ist ein Markt ein Umfeld, in dem Anbieter und Nachfrager in Beziehung zueinander stehen. Sie tauschen dort Waren aus oder bieten Dienste an etc. Hierfür gibt es eine Gegenleistung. Üblicherweise ist dies Geld. Wir Zahnärzte fühlen uns nicht so recht in einen „Markt“ eingebettet. Zu sehr schränkt das bestehende Gesundheitswesen die Freiheiten ein, die Märkte im sprachgebräuchlichen Sinne im Normalfall aufweisen. Wir sind sowohl beim Leistungsspektrum als auch bei der Preisfestlegung stark eingeschränkt. Zudem verstehen wir uns in erster Linie als Ärzte und tun unser Bestes, um unseren Patienten zu helfen. Das haben wir gelernt. Die Teilnahme am Wettbewerb im Kampf um Patienten und um Profit ist uns eher wesensfremd. Dadurch unterscheiden wir uns auch von Gewerbebetrieben.

### Berufsethische Grundlagen in der staatlichen Wertereordnung

Irgendwann haben wir an der Universität – vielleicht aber auch erst später – vom Eid des Hippokrates gehört. Wir leisten ihn heute nicht mehr und wenn, dann wäre ein Verstoß hiergegen kein rechtlicher „Meineid“. Dennoch fühlen wir uns ihm verbunden. Das hat etwas mit Ehre, Ethik und Moral zu tun. Seit mehr als zwei Jahrtausenden knüpfen (Zahn-) Ärzte traditionell an die überlieferten Werte an. Wir sind zu Recht stolz darauf, die ärztliche Heilkunst erlernt haben zu dürfen, sie zum Wohle unserer Patienten und der Allgemeinheit einzusetzen und nicht zu ihrem Schaden. Wir sind schweigsam über all das,

was wir im Zusammenhang mit der Behandlung von unseren Patienten erfahren, denn wir wissen, dass eine vertrauensvolle Beziehung die Grundlage für einen gedeihlichen Heilungsprozess ist. Unsere Patienten behandeln wir ungeachtet ihrer Herkunft, ihres Geschlechts, ihrer politischen Weltanschauung.

Wir sind der Gesundheit und damit einem ganz wesentlichen Teil des Gemeinwohls unserer Gesellschaft verpflichtet. Das Verbot der (berufswidrigen) Werbung baut darauf auf. Zahnärzte sollen eben keine Versprechungen machen, die sie nicht einhalten können, oder Maßnahmen anpreisen, die Patienten nicht brauchen. Auch in dieser Hinsicht sind wir eben kein Gewerbe. Unsere Werteordnung, unser Rechtsgefüge in der Bundesrepublik Deutschland, hat diese Eigenschaften für sich adaptiert und sie in Berufsordnungen, Strafnormen, bürgerlichen Rechtsbeziehungen etc. manifestiert.

### Zahnarzt als Freier Beruf

Wir Zahnärzte gehören innerhalb dieser Werteordnung zu den sogenannten „Freien Berufen“, die wie folgt definiert sind: *„Die Freien Berufe haben im allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt.“* (vgl. § 1 Abs. 2 PartGG)

Unsere „Bürde“ der Freiberuflichkeit ist die Verpflichtung auf das Gemeinwohl. Wir können deshalb unsere Gebühren nicht frei festlegen, verrichten Notfalldienste oder nehmen Schmerzpatienten noch auf, obwohl der Terminplan hierfür eigentlich keinen Platz mehr vorsieht. Unsere Freiberuflichkeit bringt aber auch viele Vorteile mit sich, wie z.B. die Privilegierung bei der Gewerbe- und Umsatzsteuer, der Buchführung und unsere Mitgliedschaft in Altersversorgungswerken. Ganz oben auf der Liste der Vorteile steht aber sicher die Therapiefreiheit, d.h. die Freiheit, nach bestem Wissen und Gewissen eigenverantwortlich beraten zu dürfen und nicht gegen die eigene feste Überzeugung behandeln zu müssen. Hiermit korrespondiert die freie Arztwahl der Patienten, die nicht gezwungen werden dürfen, nur einen bestimmten, z.B. vom Staat „verordneten“ Zahnarzt aufzusuchen. Unsere Freiberuflichkeit schützt somit in erster Linie unsere Patienten. Wir Zahnärzte entsprechen dem uns von ihnen entgegen gebrachten Vertrauen. Die zahnärztliche Fachkompetenz liegt ausschließlich bei uns. Wir bilden uns hierfür fort, lebenslang. Diese Anerkennung des Berufsbildes als Freier Beruf trägt dazu bei, dass Zahnärzte nicht einfach als abhängige „Befehlsempfänger“ in ein staatliches Gesundheitssystem eingebettet werden können. Das würde uns in eine Abhängigkeit treiben, die uns die Berufsausübung verleiden und unseren Patienten nur schaden würde.

Auf Dauer können wir Freiberuflichkeit aber nur leben, wenn die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen stimmen. Der Beruf muss dafür qualifizierten Menschen Spaß machen. Wir brauchen Nachwuchs, der gut ausgebildet ist und der sich in erster Linie auf die Behandlung konzentrieren und von Bürokratie entlastet wissen kann. Nur dann kann unser hoher Leistungsstandard für unsere Patienten erhalten bleiben. Für unsere Leistungen muss es zudem eine angemessene Gegenleistung/Vergütung geben. Diese kann aus der Sozialversicherung oder aus der privaten Krankenvorsorge stammen. In beiden Fällen sind sie endlich, oftmals jetzt schon nicht ausreichend, um unsere Kosten zu decken. Das wird mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in Zukunft nicht besser. Die sozio-demografischen Daten deuten uns das ziemlich klar an. Also werben wir auch um die Gunst der Selbstzahler, zunehmend mehr.

### Grenzen des Wettbewerbs: Standespolitische Sicht

Dieses Werben – dieser Wettbewerb – um Patienten ist standespolitisch brisant. Ich räume gerne ein, dass das strikte Werbeverbot, das vor 15 Jahren noch galt, heute nicht mehr zeitgemäß wäre. Wir dürfen unseren ethischen Ansatz aber nicht verlieren. Die Gesundheit der Schwächsten muss uns auch weiterhin am Herzen liegen. Zu große und falsche kommerziell geprägte Bestrebungen könnten sonst hässliche Blüten treiben. Folge: Der Staat wird regulierend eingreifen. Das kann nicht unser Ziel sein. Ich halte an der Devise fest: „Alles, was wir selbst regeln können, sollten wir auch selber regeln.“ Deshalb trete ich für einen maßvollen Wettbewerb unter Beachtung des Kollegialitätsprinzips ein. Standespolitisch kann uns nur daran gelegen sein, das Vertrauen der Patienten in unseren Berufsstand zu erhalten, indem wir uns deutlich von Werbung distanzieren, wie sie primär in der kommerziellen Welt ausgeprägt ist. Überstarkes Anpreisen und irreführende Werbung ist nicht standesadäquat. Wir müssen in erster Linie mit unserem Fachwissen glänzen, nicht in Hochglanzprospekten.

### Eigenverantwortung durch Vertrauen

Insbesondere dann, wenn zunehmend Leistungen aus der GKV in den Bereich der Eigenverantwortung übertragen werden, müssen wir mit Bedacht hierauf reagieren. Eigenverantwortung von Patienten kann sich nur dann nachhaltig herausbilden, wenn durch Vertrauen in die Beratung durch uns Zahnärzte die Grundlagen für das Selbstvertrauen in die Eigenverantwortung gelegt werden. Insofern sind wir als Berufsstand gut beraten, dem uns entgegen gebrachten Vertrauen auch in Zukunft zu entsprechen und uns insgesamt auf bewährte Tugenden zu berufen. Eine solide, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung wird in Zeiten zunehmend knapper Mittel in der gesetzlichen Krankenversicherung einen immer größeren Stellenwert für unseren Berufsstand einnehmen.

Benn Roof

# Zahnreinigung für 30 Euro

## Preiswettbewerb, Qualitätsverunsicherung und Kulturwandel am Beispiel der Professionellen Zahnreinigung



**Benn Roof**  
Chefredakteur der  
IGZ Die Alternative

Mehr denn je gehen Patienten heute nicht erst zum Zahnarzt, wenn sich bereits Zahnbeschwerden eingestellt haben, sondern um selbst aktiv Problemen zuvorzukommen - mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen, Prophylaxeberatungen und einer Professionellen Zahnreinigung (PZR). Die PZR ist neben der häuslichen Mundpflege eine der wichtigsten, wissenschaftlich anerkannten Maßnahmen, um den häufigsten Erkrankungen in der Mundhöhle - Karies und Parodontitis - vorzubeugen.

Trotz ihres Nutzens für die Mundgesundheit ist die PZR nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten, so dass die dort versicherten Patienten die Behandlung - mit wenigen Ausnahmen - aus eigener Tasche bezahlen müssen. Diese Tatsache und die weite Verbreitung der PZR haben dazu geführt, dass die Kosten für eine PZR inzwischen Gegenstand von öffentlichkeitswirksamen Preisvergleichen in Internetportalen geworden sind. Dort können Patienten mit wenigen persönlichen Angaben eine

PZR-Behandlung „ausschreiben“ und erhalten dann Preisangebote von Zahnärzten aus ihrer Nähe. Viele gesetzliche Krankenkassen unterstützen und bewerben solche Preisvergleichsportale. Im Mittelpunkt der Werbung steht dabei unübersehbar der Preis - sowohl Kassen als auch Portalanbieter versprechen dem Patienten teils horrend „Einsparpotenziale“.

Zahnärzte aus KZVen und Kammern argumentieren, bei den Internetauktionen gehe es um Lockvogelangebote zur Patientengewinnung. Nun gut, mag man sich fragen, warum sollten sich solche Billigangebote nicht trotzdem einem Wettbewerb stellen. Wenn sie nicht mit entsprechender Qualität hinterlegt sind, werden sie - wie die Kaffeefahrten mit Lammfellverkauf - beim Patienten durchfallen und allenfalls eine ärgerliche Randerscheinung bleiben. Dabei gerät aus dem Blick, dass die Qualität einer zahnmedizinischen Behandlung immer nur individuell beurteilbar ist, sich oft erst über längere Zeiträume zeigt und vom Patienten bestenfalls intuitiv und selten nur fachlich medizinisch einschätzbar ist. Es fehlt also - anders als bei einer Handelsware - an einem standardisierbaren Maßstab für die Qualität der Leistung und damit auch die Möglichkeit, das Gesamtpaket aus Preis und Leistung zu bewerten. Unter solchen Voraussetzungen kann ein Wettbewerb nicht sinnvoll funktionieren. Ein solcher Wettbewerb wird, sollte man ihn wider besseres Wissen befördern, zu falschen Versprechen, uneinlösbaren Erwartungshaltungen und Verzerrungen im Anreizgefüge führen.

### 30 Euro für eine PZR

Nehmen wir ein konkretes Beispiel: Ein Patient inseriert auf der Internetplattform „2te-zahnarztmeinung.de“ eine Professionelle Zahnreinigung. Er gibt an, dass er 24 Zähne (unter Berücksichtigung der Weisheitszähne fehlen acht Zähne) besitzt und dass bislang noch keine Professionelle Zahnreinigung bei ihm durchgeführt wurde. Diese spärlichen Informationen lassen kaum sichere Rückschlüsse auf den Mundgesundheitszustand zu. Die fehlenden Zähne sind meist Folge von Karies, was aber erst im Kontext des Alters und nach einer Untersuchung des Patienten bewertet werden kann. Die Tatsache, dass der Patient bislang noch nie eine PZR hatte, müsste allerdings einen bietenden Zahnarzt vorsichtig stimmen:

PZR für 30 Euro - Angebote beim Internetportal „2te-zahnarztmeinung.de“

The screenshot shows the website '2te-ZahnarztMeinung' with a search for 'Professionelle Zahnreinigung'. The main auction details are as follows:

- Auktion Nr. 200115 - Professionelle Zahnreinigung**
- Verbleibende Zeit: beendet**
- Laufzeit End: Di, 3. Sept. 2013 10:00:00 Uhr**
- Patient:** 12353 Berlin - bis 25 km
- Krankenkasse:** EBMK (Berliner Medizinische Krankenkasse)
- Zusätzliche Angaben:**
  - Zähne ohne Zahnersatz: 24 Zähne
  - Würde bei Ihnen schon einmal eine Professionelle Zahnreinigung durchgeführt? **Nein - gar nicht**
  - Würde bei Ihnen schon einmal eine Parodontosbehandlung durchgeführt? **Nein - gar nicht**

Below the auction details is a 'Marktpreisübersicht' table:

Zahnarzt	Bewertung	Marktpreis	Entfernung ZA-Patient
1. <a href="#">Dentaflex</a> 10249 Berlin-Friedrichshagen	keine Bewertung	30,00 €	ca. 11,26 km
2. <a href="#">Dentaflex</a> 12203 Berlin	5 Bewertungen 5/5 (100%) <b>Top</b>	35,00 €	ca. 11,19 km
3. <a href="#">Dentaflex</a> 12157 Berlin	keine Bewertung	30,00 €	ca. 9,87 km
4. <a href="#">Dentaflex</a> 12157 Berlin	keine Bewertung	30,00 €	ca. 11,08 km

Erfahrungsgemäß ist der Aufwand bei einer erstmaligen PZR oft wesentlich höher als bei den in regelmäßigen Abständen durchgeführten Zahnreinigungen, müssen doch hier die langjährig erworbenen Zahnbeläge und nicht nur die der letzten sechs Monate entfernt werden. Der Patient erhält insgesamt acht Angebote, das höchste Angebot liegt bei 70 Euro, das niedrigste bei 30 Euro.

Wie sieht nun die Kalkulation des Angebotes über 30 Euro aus? 20 Prozent des Zahnarzthonorars kassiert das Internetportal als Gebühr für die Nutzung der Plattform. Vom Honorar müssen dann noch Kosten für Verbrauchsmaterialien, Instrumentenaufbereitung und anteilige Geräteabschreibungen abgezogen wer-

ge Konkremententfernung (Zahnbeläge unter dem Zahnfleisch) - wichtig vor allem, um Zahnfleischentzündungen entgegenzuwirken - dürfte zuerst unter den Tisch fallen. Werden aber nicht alle vorhandenen Zahnbeläge entfernt, verliert die PZR ihren prophylaktischen Sinn. Immerhin könnte man noch sagen, dass ein bisschen Zahnreinigung besser sei als gar keine. Das Argument ist zwar richtig, aber es ändert nichts an der Tatsache, dass der Patient nicht das bekommt, was ihm angeboten wurde.

Hinzu kommt, dass Patienten kaum in der Lage sind, zu erkennen, ob Zahnbeläge wirklich entfernt worden sind. Die Zahnbeläge an für die Zahnbürste schwer erreichbaren Stellen sind eben überwiegend nicht

**Doch ebenso wenig, wie die Vergrößerung des Menschen zum „homo oeconomicus“ die ganze Vielfalt menschlicher Handlungen erklärt, sollte sich die Politik der Versuchung hingeben, vorrangig mit dem aus diesem Modell abgeleiteten Instrumentarium von wirtschaftlichen Anreizsystemen und Wettbewerb das Gesundheitswesen zu gestalten. Der „homo oeconomicus“ ist - wie der Wettbewerb - nur ein Teil des Ganzen und nicht das Ganze selbst.**

den: Fluoridierung, Polierpaste/AirFlow, Handinstrumente, Geräte, Hygiene. Je nach Aufwand verbleibt vermutlich ein Betrag von etwa 15-20 Euro für die Lohn- und allgemeinen Praxiskosten - wohlgemerkt für eine Behandlung, die selbst bei sorgfältig gepflegten Zähnen und entsprechend wenigen Zahnbelägen kaum unter einem Zeitaufwand von 30 Minuten ablaufen kann. Im Beispiel des Patienten, der nach eigenen Angaben noch nie eine PZR hat durchführen lassen, müsste man wohl eher mit 60 Minuten rechnen, womöglich bei schlechtem Pflegezustand sogar mit mehreren Sitzungen. Es wird deutlich, dass das Angebot über 30 Euro mit nahezu hundertprozentiger Wahrscheinlichkeit nicht einmal die betriebswirtschaftlich zu kalkulierenden Kosten der Behandlung deckt und schon gar nicht einen Gewinn, ein Einkommen für den Zahnarzt generiert. Selbst bei den höheren Angeboten bleibt es zweifelhaft, ob die Behandlung wirklich kostendeckend hätte durchgeführt werden können.

#### **Der Vertrauensverlust in der Wettbewerbslogik**

Wenn Angebote so deutlich unter den betriebswirtschaftlich zu kalkulierenden Kosten liegen, dann liegt die Befürchtung nahe, dass an der Qualität der Behandlung gespart wird. Das könnte im Falle der PZR schlicht bedeuten, dass nicht alle Zahnbeläge entfernt werden. Die mühselige und zeitaufwendige

im heimischen Badezimmerspiegel sichtbar, sondern verstecken sich in Zahnzwischenräumen und Zahnfleischtaschen. Die Tatsache, dass die Qualität der zahnärztlichen Leistung vom Patienten nicht eingeschätzt werden kann, bedeutet, dass er letztlich nichts anderes tun kann, als seinem Zahnarzt zu vertrauen. Kann er aber einem Zahnarzt wirklich vertrauen, wenn offensichtlich ist, dass der Preis für die empfangene Leistung nach allen Regeln des gesunden Menschenverstandes nicht kostendeckend sein kann? Ein Vertrauensverlust ist unter diesen Umständen kaum zu vermeiden.

#### **Teurer Wettbewerb**

Der Preiswettbewerb produziert nicht nur kaum einlösbare Qualitätsversprechen und Vertrauensverluste, sondern verschlingt selbst Ressourcen, die für die Behandlung der Patienten nicht mehr zur Verfügung stehen. 20 Prozent der Behandlungskosten zzgl. gesetzlicher Mehrwertsteuer müssen in unserem Beispiel allein für die Nutzung des Internetportals als „Auftragsakquisition“ an die Betreiberfirma gezahlt werden.

Daneben entstehen systemische Fehlanreize, die das Leistungsvolumen innerhalb der Kassenleistungen durch Doppeluntersuchungen unnötig aufblähen. Jeder Zahnarzt ist verpflichtet, einen neuen Patienten vor

der eigentlichen Behandlung erst einmal eingehend zu untersuchen und den Befund zu dokumentieren. Das löst eine Abrechnung dieser Kassenleistung nach BEMA Nr. 01 aus. Hinzu kommen ein PSI-Test (Parodontaler Screening Index, BEMA Nr. 04) und bei Unklarheiten auch noch Röntgenaufnahmen, wenn Bilder vom Vorbehandler nicht verfügbar sind. Je häufiger Patienten ihren Zahnarzt wechseln, desto häufiger fallen auch diese Leistungen an. Auf diese Weise entstehen überflüssige Doppeluntersuchungen - hätte der Patient die PZR bei seinem angestammten Zahnarzt durchführen lassen, wären solche Leistungen nicht angefallen. Die unnötige Aufblähung des Leistungsvolumens bei den Kassenleistungen geht zwar wegen der Vergütungsobergrenzen zunächst einmal nicht sofort zu Lasten der gesetzlichen Kassen, wirkt sich aber perspektivisch über die Budgetverhandlungen von KZVen und Kassen kostensteigernd aus. Wettbewerb kann teuer werden.

#### **Wettbewerbsantagonismen kontra vertrauensvolles Miteinander**

Ökonomen sehen Zahnarzt und Patient in einer kunden-Lieferanten-Beziehung, ausgestattet mit höchst gegensätzlichen Interessen. Der modellierte Kunde der Wirtschaftstheorie möchte den geringstmöglichen Preis erzielen, der modellierte Lieferant steht dem diametral entgegen. Dass solche Antagonismen schon im ganz normalen Wirtschaftsleben nicht die ganze Realität abbilden, dass es neben der Preisverhandlung immer auch um ein Vertrauen in die Seriosität des Partners, in die Qualität von Produkten und Leistungen geht und so ein wechselseitiges Aufeinander-Angewiesensein entsteht, ist eine Binsenweisheit. Insofern ist die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient, eine Beziehung, in der aus guten Gründen das Miteinander dominiert, gar nicht so weit entfernt von der Realität des wirtschaftlichen Handelns, wie es uns die Ökonomen in ihren Modellen des „homo oeconomicus“ weismachen wollen. Das vertrauensvolle Miteinander ist eben kein ethisch-romantischer Anachronismus aus vergangenen Tagen, sondern möglicherweise sogar die effizientere Form des „Wirtschaftens“. Unser Beispiel der PZR weist jedenfalls in diese Richtung.

#### **Homo oeconomicus**

Der „homo oeconomicus“ ist - und das sollte nicht aus dem Blick geraten - nur ein Modell der Wirtschaftswissenschaft, eine Vereinfachung, Vergrößerung von Realität, um Mechanismen wirtschaftlichen Handelns zu beschreiben. In den politischen Debatten wird das Modell des „homo oeconomicus“ als des egoistisch-triebhaft, ja quasi naturgesetzlich seinem wirtschaftlichen Vorteil folgenden Menschen aber gern - weil es so verlockend simpel erscheint - als Natur des Menschen, als Realität gesehen. Doch ebenso wenig, wie die Vergrößerung des Menschen

zum „homo oeconomicus“ die ganze Vielfalt menschlicher Handlungen erklärt, sollte sich die Politik der Versuchung hingeben, vorrangig mit dem aus diesem Modell abgeleiteten Instrumentarium von wirtschaftlichen Anreizsystemen und Wettbewerb das Gesundheitswesen zu gestalten. Der „homo oeconomicus“ ist - wie der Wettbewerb - nur ein Teil des Ganzen und nicht das Ganze selbst.

#### **Medizin und wirtschaftlicher Wettbewerb**

In der Medizin geht es im Unterschied zu anderen Bereichen der gewerblichen Wirtschaft um fundamentale Güter der menschlichen Existenz: die Gesundheit und das Leben. Das trifft nicht minder auf die Zahnmedizin zu: Bekannt sind inzwischen die vielfältigen Wechselwirkungen von Erkrankungen des Mundraumes mit weitverbreiteten, schweren Allgemeinerkrankungen wie beispielsweise Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In Studien zeigte sich, dass Patienten mit Parodontitis ein 1,7fach erhöhtes Risiko für eine Koronare Herzerkrankung hatten. Deutliche Hinweise gibt es auch auf Zusammenhänge von Frühgeburten und Atemwegserkrankungen mit einer unbehandelten Parodontitis. Bakterien aus den Zahnfleischtaschen wirken nicht nur im Mundraum, sondern gelangen über die Blutbahn in den Körper. Die Zahnmedizin ist längst schon dem tradierten Image eines Zahnreparaturbetriebes entwachsen und heute mehr als je zuvor prophylaxeorientiert und in Themen anderer medizinischer Disziplinen eingebunden.

Zahnärztinnen und Zahnärzte sind sich der besonderen Verantwortung ihrer Berufsausübung bewusst. Das Wohl der Patienten ist die oberste Maxime zahnärztlichen Handelns - so steht es in den Berufsordnungen der Landes Zahnärztekammern. Diese Verpflichtung grenzt den Berufsstand von gewerblichen, im wirtschaftlichen Wettbewerb stehenden Unternehmen ab und macht den Weg frei für eine vertrauensvolle Zahnarzt-Patient-Beziehung. Nur unter solchen Voraussetzungen ist letztlich eine gelingende Medizin sinnvoll denkbar, denn Patienten wünschen sich ihren Arzt als Helfer und nicht als Verkäufer medizinischer Dienstleistungen. Wenn sie hinter jedem Therapieversuch nur noch monetäre Motive vermuten müssten, stünden wir vor einem grundlegenden kulturellen Wandel, den niemand - weder Politiker noch Vertreter der Krankenkassen, Ärzte oder Patienten - ernsthaft wollen kann. Dass eine vertrauensvolle Zahnarzt-Patient-Beziehung auch wirtschaftlich effizient sein kann und der wirtschaftliche Wettbewerb bei näherem Hinsehen keineswegs zwangsläufig zu Kostenreduzierungen, sondern eher noch zu Kostensteigerungen führt, dürfte eine gute Nachricht sein.

Guido Braun

# Billiger Auslandszahnersatz

## Der Wettbewerb von in- und ausländischem Zahnersatz führt zu adverser Selektion

### Mengenentwicklung

Der Anteil an Auslandszahnersatz, gemeint sind importierte zahntechnische Medizinprodukte, wird gemeinhin entweder gewaltig unterschätzt oder völlig überschätzt. Das liegt vorrangig daran, dass kaum valides Datenmaterial über den Import zahntechnischer Medizinprodukte vorliegt. Verlässliche Zahlen enthält wohl die Studie des Institutes der deutschen Zahnärzte IDZ. Danach lag der Anteil der Zahnersatzfälle, in denen Zahnärzte ein ausländisches zahntechnisches Medizinprodukt verwendeten, im Jahr 2008 bei 9,8 %.<sup>1</sup> Diese Zahl allein verdeutlicht dabei noch nicht, dass sich der Markt für Auslandszahnersatz recht dynamisch entwickelt.

Da ausländische zahntechnische Medizinprodukte nur bei Neuversorgungen, also als Neuanfertigungen, nicht aber bei Instandsetzungen und Erweiterungen in Frage kommen und erstere etwa 50 % aller Fälle ausmachen, so folgt daraus, dass im Jahre 2008 bereits rund 20 % aller Zahnersatzfälle mit Neuanfertigungen unter Verwendung von ausländischer Zahntechnik versorgt wurden.

Da der Fallwert bei einer Neuanfertigung deutlich höher ist als bei den Reparaturfällen, liegt bei einem Importanteil von 9,8 % das monetäre Volumen des Importanteils entsprechend höher und dürfte bei vorsichtiger Schätzung 2008 bereits 20 % des gesamten Marktvolumens für zahntechnische Leistungen erreicht haben.

### Herkunft

Verfechter des Imports ausländischer Zahntechnik berufen sich gerne auf den liberalen, freien Waren- und Dienstleistungsverkehr und betonen dabei, dass ja ein Großteil der Importe aus den Vereinigten Staaten und europäischen Ländern komme. Für diesen Euphemismus gibt es indes keinen Grund. Tatsächlich kommen 59,5 % der ausländischen zahntechnischen Medizinprodukte allein aus China und Hongkong, insgesamt 72,3 % aus fernöstlichen Quellen.<sup>2</sup>

### Die Entwicklung seit den 90er-Jahren

Der Import zahntechnischer Medizinprodukte begann Anfang der 90er Jahre und wurde vorwiegend

von den Ersatzkassen vorangetrieben, allen voran die Barmer Ersatzkasse (BEK). Diese rühmte sich mit dem Abschluss von Lieferverträgen mit einer Handvoll Importeuren und pries diese als Lieferanten preiswerter zahntechnischer Leistungen bei ihren Versicherten an. Einher ging die Förderung der ausländischen Zahntechnik mit der Kündigung der Zahntechnikerverträge, sofern diese Bestimmungen zur Lieferungsberechtigung enthielten, denn diese Hürden waren von den Importeuren natürlich keinesfalls zu erfüllen; stattdessen kam die sogenannte Gesamtverantwortung des Zahnarztes für den Zahnersatz auf.

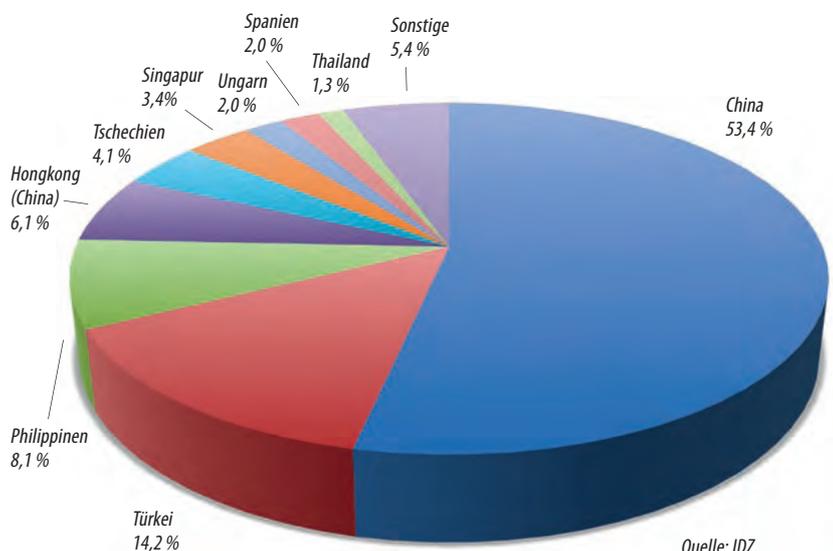
Dabei machte die BEK gar keinen Hehl daraus, dass mit der Hoffähigkeit ausländischen Zahnersatzes die Eröffnung eines Korruptions- und Betrugsmodells erfolgt war. Jedenfalls hat ein Sprecher der BEK in einer „Plus-Minus“-Sendung der ARD Ende 1995 erklärt, er werde sich – so wörtlich – „hüten“, etwas zu der ihm gestellten Frage zu sagen, wo die hohen Gewinnspannen für diese Produkte in Deutschland hängen bleiben.

Und in der Tat, hinter dem Auslandszahnersatz steckt ein gewaltiges Korruptions- und Betrugspotential mit



**Guido Braun**  
Vizepräsident des Verbandes  
Deutscher Zahntechniker-  
Innungen (VDZI)

### Herkunftsländer von ausländischem Zahnersatz



<sup>1</sup> IDZ Dentaltourismus und Auslandszahnersatz, Materialienreihe Band 32, Köln 2009, S. 48.

<sup>2</sup> aaO., S 51 f.

enormen finanziellen Ertragsversprechen. Welches Ausmaß, welche Perfidie hinter dem System steckt, hat der 2002 aufgedeckte „Globudent-Skandal“ gezeigt - der Mülheimer Dentalhändler Globudent hatte importierten Zahnersatz zu überhöhten Preisen in Rechnung gestellt und beteiligten Zahnärzten einen „Kick-Back“-Rabatt bar ausgezahlt. Krankenkassen und Patienten waren Schätzungen zufolge allein durch diesen einen Fall bundesweit um einen dreistelligen Millionen-Betrag geschädigt worden.

Trotzdem entwickelte sich der Marktanteil ausländischer zahntechnischer Medizinprodukte zunächst nur moderat, wie die nachstehende Grafik, erstellt aus den Daten der offiziellen Importstatistik des Statistischen Bundesamtes, zeigt.<sup>3</sup> Erst 2005 setzt eine Dynamik ein. Die eigentliche Geburtsstunde der ausländischen Zahntechnik war der 1. Januar 2005, zu dem das befundorientierte Festzuschussystem für Zahnersatz das proportionale Zuschussystem ablöste.

**Plausible Erklärungen**

Die Gründe für die Entwicklung seit dem Jahre 2005 scheinen auf der Hand zu liegen. Der gesetzlich angeordnete Rückzug der GKV aus der Finanzierung der Zahnersatzkosten, damit verbunden eine weitere Öffnung der Privatisierung der bisher vertragszahnärztlichen Versorgung, haben die Preissensibilität der Versicherten stark erhöht. Die Folge ist eine intensivere Beschäftigung mit dem Wert, also dem Nutzen, und dem Preis einer bzw. alternativer Zahnersatzversorgungen. Das führt im Internet-Zeitalter, insbesondere wenn man von der eigenen Krankenkasse

noch darauf hingewiesen wird, auf die preislich verlockenden Angebote der Zahnersatzhändler. Sowohl die Importeure als auch Krankenkassen haben sich dazu verstiegen, geprüfte Qualität nach „deutschem Standard“ zu versprechen. So etwas macht auch den kritischsten Patienten interessiert: billiger bei gleicher Qualität! Unter diesen Umständen scheint es durchaus plausibel, dass jeder siebte Bundesbürger mindestens aus Kostengründen darüber nachdenkt, ob sein zahnprothetisches Werkstück nicht aus dem Ausland kommen soll.

Dass die Qualitätsrealität allerdings gänzlich anders aussehen kann, ist dem interessierten Patienten zwischenzeitlich auch zugänglich<sup>4</sup>.

In der Sphäre der Zahnärzte bewirkt die (erwünschte) Tatsache, dass die mediokren Regelversorgungen des befundorientierten Festzuschussystems durch die Patienten nur durch Zuzahlungen nach der privaten Gebührenordnung zu umgehen sind, dass die mehr wirtschaftlich als zahnärztlich-ethisch denkenden Zahnärzte in den Handelsmarkt ausländischer zahntechnischer Medizinprodukte gelockt werden: Bei gegebenem Budget des Patienten schafft jeder beim zahnprothetischen Werkstück gesparte Euro Raum für den Steigerungssatz bei den GOZ-Leistungen.

Diese plausiblen, aber trivialen Erklärungen für den exorbitanten Zuwachs an Importen verdecken indes den Blick auf die gravierenden immanenten Fehlanreize eines Festzuschussystems in der Medizin, hier für die Zahnersatzversorgung.

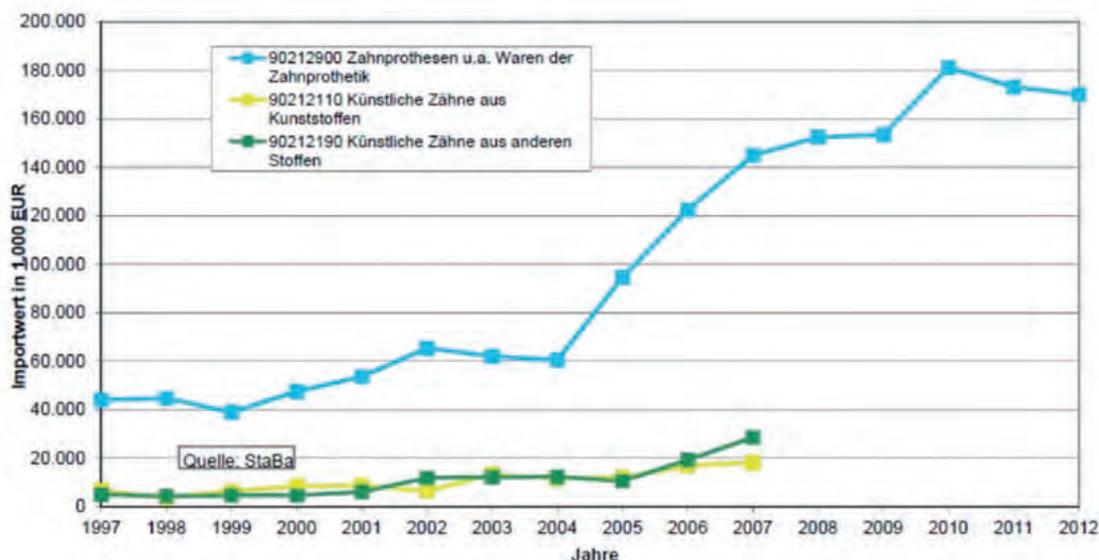
**Die Auswirkungen der Fehlanreize**

Der verantwortliche Gesetzgeber hat mit der Verabschiedung des befundorientierten Festzuschussystems mindestens vergessen, eine stringente und effiziente Qualitätssicherung zu implementieren. Mindestens

3 Die Importstatistik leidet allerdings unter einer erheblichen Schwäche, weil sie das tatsächliche Importvolumen in keiner Weise abbildet. Dies liegt daran, dass die Statistikverordnung beispielsweise die Erfassung von Importlieferungen unter 1 000 EUR nicht vorsieht. Diese dürften jedoch gerade beim Bezug von Zahnkronen und Brücken durch den einzelnen Zahnarzt die dominierende Auftragsgröße sein; mithin wird der größte Teil der Importaufträge tatsächlich nicht erfasst. Dennoch zeigen die Veränderungen, also die Zuwachsraten der offiziellen Statistik, ein Bild der tatsächlichen Entwicklung.

4 Vgl. nur: [http://www.myzahnarzt.com/Zahnersatz\\_Ausland\\_Studie.html](http://www.myzahnarzt.com/Zahnersatz_Ausland_Studie.html)

Volumen ausländischer zahntechnischer Medizinprodukte (nur Importlieferungen über 1 000 EUR sind erfasst - siehe Fußnote 3)



deshalb, weil nämlich zu befürchten steht, dass ein solches Qualitätsregime in der Realität gar nicht zu verwirklichen ist. Das will heißen, der Gesetzgeber hätte nie und nimmer für den Gesundheitsbereich „Zahnersatz“ ein Festzuschussystem wie vorliegend einführen dürfen. Aus den rechtlichen Gegebenheiten und den ökonomischen Gesetzen war die Entwicklung vorprogrammiert.

### Vertrag über Zahnersatzversorgung

Bei dem zwischen Patient und Zahnarzt geschlossenen Zahnersatzversorgungsvertrag, also zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen, handelt es sich um einen sogenannten Dienstvertrag höherer Art. Dabei schuldet der Zahnarzt die versprochenen Dienste, der Patient das vereinbarte Entgelt. Der Zahnarzt schuldet nicht den Erfolg, sondern die kunstgerechte (*lege artis*) Durchführung der Behandlung. Dieser Dienstvertrag umfasst auch die zahntechnischen Leistungen, die für die Zahnersatzversorgung benötigt werden. Das zahntechnische Medizinprodukt wird rechtlich als uneigenständig behandelt, es ist der zahnärztlichen Tätigkeit untergeordnet und unterliegt ausschließlich der Disposition des Zahnarztes, ebenso wie etwa die Auswahl der Diamantbohrer, des Abdruckmaterials oder des Anästhesie- oder Nahtmaterials. Der Dienstvertrag kennt keine Gewährleistung. Der Zahnarzt haftet für die folgenden Pflichtverletzungen: Behandlungsfehler („Kunstfehler“), Diagnosefehler, fehlerhafte Aufklärung und sonstige Pflichtverletzungen. Der Patient hat nur Anspruch auf Schadensersatz.

Zwar räumt die Rechtsprechung bezogen auf herausnehmbaren Zahnersatz dem Patienten werkvertragliche Mängelrechte ein, nicht aber für festsitzenden Zahnersatz. Der Zahnarzt handelt hier schuldhaft nur, wenn er einen sichtbaren Mangel ignoriert. Mängel, die infolge technisch fehlerhafter Prozesse während der Herstellung im zahntechnischen Medizinprodukt enthalten sind, kann der Zahnarzt nicht erkennen; dafür haftet er auch nicht.<sup>5</sup>

### Adverse Selektion führt zum Zitronenmarkt

Die Rechtslage stellt sich also so dar, dass es dem Zahnarzt gänzlich gleich sein kann, wie das zahntechnische Medizinprodukt entstanden ist: Hauptsache, äußerlich weist es keinen Mangel auf.

An dieser Stelle wird man uns entgegenhalten, dass wir doch nicht behaupten wollen, dass ein Zahnarzt um eines schnöden Honorarvorteils willen in Kauf nimmt, möglicherweise schlechtere, geschweige denn schlechte Qualität zu akzeptieren. Nein, das wollen wir keinem Zahnarzt unterstellen, aber die ökonomi-

schen Wechselwirkungen eines Festzuschussystems wirken in diese Richtung. Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, würde man die ökonomischen Erklärungen, die seit über 40 Jahren erforscht sind, im Detail darstellen.<sup>6</sup> Daher skizzieren wir in der gebotenen Kürze nur die Wirkungsweise:

Im befundorientierten Festzuschussystem sind die Regelversorgungsbefunde durch zahnärztliche Leistungen, die BEMA-Nummern mit Festpreisen (Gebühren), determiniert. Über die Regelversorgung hinausgehende zahnärztliche Leistungen sind nach der GOZ, also ebenfalls mit Gebühren zu berechnen. Variabel sind allein die Preise für zahntechnische Medizinprodukte. Da weder der Patient, allenfalls

## Die Forderung kann daher nur lauten, das befundorientierte Festzuschussystem so zu modifizieren, dass es zur adversen Selektion erst gar nicht kommen kann.

erst nach Jahren, noch der Zahnarzt die Preiswürdigkeit zahntechnischer Medizinprodukte einschätzen kann und gerade letzterer, wie wir oben gezeigt haben, auch gar nicht muss, sind die Voraussetzungen der adversen Selektion gegeben: Die mittleren Qualitäten verdrängen die guten, die wiederum die sehr guten Qualitäten vom Markt verschwinden lassen. Die schlechten Qualitäten verdrängen die nicht so ganz schlechten, die wiederum die mittleren Qualitäten verdrängen.<sup>7</sup>

Der Anstieg der Importe billigen Zahnersatzes unmittelbar mit der Einführung des Festzuschussystems beweist freilich noch nicht, dass der Markt für zahntechnische Medizinprodukte sich zum „Zitronenmarkt“ entwickelt, denn die Qualitäten der Importe sind weitgehend unbekannt. Zwingen aber die Importe billiger zahntechnischer Leistungen den inländischen Markt, also das Zahntechniker-Handwerk, dazu, auf diesen Preiswettbewerb einzugehen, dann ist das bei gegebenen inländischen Produktionskosten nur über einen Qualitätsverfall möglich.<sup>8</sup>

Die Forderung kann daher nur lauten, das befundorientierte Festzuschussystem so zu modifizieren, dass es zur adversen Selektion bis hin zum Zitronenmarkt erst gar nicht kommen kann.

<sup>6</sup> Vgl. hierzu die Arbeiten von: Akerlof, G. A. *The Market for „Lemons“: Quality Uncertainty And The Market Mechanism*, in: *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84, 1970, S. 488 ff.; Schmoranz I.: *Makroökonomische Analyse des Informationssektors*, 1980, S. 132 ff.; Kunz, H.: *Marktsystem und Information*, 1985, S. 48; Heidreich, H.: *Konsumentenwissen und Wettbewerb*, Freiburg i.Br., 1981.

<sup>7</sup> Akerlof, G. A., aaO., S. 490.

<sup>8</sup> Vgl. dazu: Ungern-Sternberg, Th. R. v.: *Zur Analyse von Märkten mit unvollständiger Nachfragerinformation*, Berlin, 1984, S. 58.

<sup>5</sup> Dieser rechtliche Sachverhalt relativiert den Begriff „Gesamtverantwortung des Zahnarztes“.

Mathias Kifmann, Martin Nell

## Dual, aber fair.

### Reformvorschlag für ein solidarisches und wettbewerbsorientiertes Krankenversicherungssystem



**Prof. Dr. Mathias Kifmann**  
Hamburg Center for Health Economics,  
Universität Hamburg



**Prof. Dr. Martin Nell**  
Hamburger Zentrum für Versicherungswissenschaft,  
Universität Hamburg

#### 1. Die Schwächen des heutigen Krankenversicherungssystems

In Deutschland wird umfassender Krankenversicherungsschutz sowohl von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch von der privaten Krankenversicherung (PKV) angeboten. Beide Systeme beruhen auf grundverschiedenen Prinzipien. In der GKV gelten das Solidarprinzip und das Umlageverfahren: Bei praktisch gleichem Leistungskatalog werden die Versicherungsbeiträge nicht nach dem Risiko, sondern einkommensabhängig erhoben. Zudem wird kein Kapitalstock gebildet, sondern die Gesundheitsausgaben werden vollständig aus den laufenden Beitragseinnahmen finanziert. Folglich findet innerhalb der GKV eine Umverteilung von Besserverdienenden zu den Einkommensschwachen, von Kinderlosen zu Kinderreichen, von Jungen zu Alten und von den Gesunden zu den chronisch Erkrankten statt. In der PKV gilt hingegen das Äquivalenzprinzip: Die Prämien werden nach dem individuellen Risiko kalkuliert, eine Umverteilung findet im Allgemeinen nicht statt. Nur nach dem Geschlecht dürfen die Versicherungen die Prämie nicht mehr differenzieren. Zudem ist das System kapitalgedeckt, die Versicherten finanzieren ihre im Alter höheren Gesundheitsausgaben vor. Die Mehrheit der Bevölkerung ist in der GKV pflichtversichert. Selbständige, Beamte und Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze haben die Wahl, ob sie sich in der GKV oder der PKV versichern, wobei für Beamte aufgrund der Beihilferegelung die Versicherung in der GKV in der Regel nicht in Betracht kommt.

Das duale Krankenversicherungssystem führt in seiner momentanen Ausgestaltung zu paradoxen Verteilungs- und Wettbewerbseffekten: Innerhalb der GKV findet eine Umverteilung von mittleren zu niedrigen Einkommen statt. Bezieher hoher Einkommen können sich der Umverteilung durch einen Wechsel in die PKV entziehen. Sie werden dies vor allem dann tun, wenn ihre gemäß ihrem individuellen Krankheitsrisiko kalkulierte Prämie in der PKV niedriger als der Beitrag in der GKV ist, während umgekehrt diejenigen Gutverdiener und Selbständigen tendenziell in der GKV bleiben, für die der Beitrag in der GKV etwa aufgrund von Vorerkrankungen und/oder der Familiensituation günstiger als die risikogerechte Prämie ist. Folglich subventionieren in der GKV momentan

die mittleren Einkommen sowohl die niedrigen als auch die hohen Einkommen. Dies macht unter Verteilungsgesichtspunkten wenig Sinn.

Um den Wettbewerb zwischen Krankenversicherern ist es momentan ebenfalls nicht gut bestellt. Zwischen beiden Systemen kann es aufgrund der unterschiedlichen Kalkulationssysteme keine sinnvolle Konkurrenz, sondern nur einen unproduktiven Selektionswettbewerb geben: Für gutverdienende und gesunde Individuen ohne Kinder ist ein Wechsel in die PKV unabhängig von der Qualität des Angebotes immer sinnvoll, weil dadurch Solidarbeiträge gespart werden, während für freiwillig Versicherte mit ernsthaften Vorerkrankungen und/oder hoher Kinderzahl ein Verbleib in der GKV auch dann vorteilhaft ist, wenn ein privater Krankenversicherer das leistungsfähigste Angebot hat. Aber auch innerhalb der beiden Systeme ist der Wettbewerb stark eingeschränkt. In der GKV erfordert das Solidarprinzip eine weitgehende Normierung des Versicherungsangebotes, so dass kaum Wahlfreiheit für die Versicherten besteht. So sind etwa Wahltarife mit Selbstbehalten schwerlich mit dem Solidarprinzip vereinbar, weil sie zu einer Risikoselektion zu Lasten der chronisch Kranken führen. In der PKV wiederum führt die fehlende bzw. unzureichende Übertragung der Alterungsrückstellungen dazu, dass Bestandskunden bereits nach wenigen Vertragsjahren ihren Krankenversicherer nicht mehr zu sinnvollen Bedingungen wechseln können, so dass auch dort der Wettbewerb gestört ist (siehe u.a. Nell und Rosenbrock (2008)).

#### 2. Reformvorschläge für ein einheitliches Krankenversicherungssystem

Angesichts dieser fundamentalen Schwächen des momentanen Krankenversicherungssystems verwundert es nicht, dass es eine Reihe von Konzepten zur Reform des Krankenversicherungssystems gibt. Das wohl bekannteste ist die Bürgerversicherung. Bei diesem Konzept wird ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt geschaffen. Private Versicherer können nur Verträge nach den Regeln der GKV anbieten. Es gilt das Umlageverfahren, alle Bürger erhalten ein einheitliches Leistungspaket und entrichten einkommensabhängige Prämien, wobei der Einkommensbegriff weiter als bislang gefasst werden soll. Darüber hinausgehender Versicherungsschutz kann über private Zusatzversicherungen erworben werden.

Das Konzept einer Gesundheitsprämie wird im politischen Kontext häufig als Gegenpol zur Bürgerversicherung betrachtet, besitzt aber strukturell sehr große Ähnlichkeit mit ihr (vgl. Breyer (2012)). Auch hier gibt es ein einheitliches Krankenversicherungssystem, das strukturell stark an die GKV angelehnt ist. Es gilt das Umlageverfahren, es gibt einen einheitlichen Leistungskatalog und weitergehende Be-

nach dem Modell der PKV vor, wobei im Gegensatz zum Status quo Alterungsrückstellungen bei einem Versichererwechsel übertragen werden sollen (vgl. Eeckhoff et al. (2008)). Die Versicherungsprämien werden risikogerecht kalkuliert, die Versicherten finanzieren ihre im Alter steigenden Gesundheitsausgaben vor. Die Umverteilung wird vollständig an das Steuer- und Transfersystem adressiert, das einen So-

## Das Konzept „Fairer Systemwettbewerb“ lässt das duale Krankenversicherungssystem mit GKV und PKV nebeneinander bestehen, beseitigt dabei aber die momentan bestehenden verteilungspolitischen Inkonsistenzen und ermöglicht einen fairen Wettbewerb zwischen beiden Systemen.

dürfnisse müssen über Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Der einzige zentrale Unterschied besteht darin, dass die Versicherten keinen einkommensabhängigen, sondern einen einheitlichen Beitrag zahlen. Daher ist die Umverteilung innerhalb des Krankenversicherungssystems geringer als bei der Bürgerversicherung, da nur ein Solidarausgleich bzgl. Vorerkrankungen vorgenommen wird, während die Einkommensumverteilung über das Steuer- und Transfersystem vorgenommen wird.

Sowohl die Bürgerversicherung als auch die Gesundheitsprämie überwinden die unsinnige Verteilungswirkung des Status quo. Andererseits haben beide Konzepte erhebliche Nachteile und Risiken. Die Ausweitung des Umlageverfahrens auf das gesamte Krankenversicherungssystem ist vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine Benachteiligung künftiger Generationen. Der einheitliche Grundleistungskatalog verhindert einen Produktwettbewerb und beschränkt die Wahlfreiheit der Versicherten. Die Aufteilung in Grund- und Zusatzversicherung schafft Informations- und Abgrenzungsprobleme. Insgesamt ergibt sich eine unbefriedigende Wettbewerbssituation. Hinzu kommt, dass die Implementierung beider Konzepte verfassungsrechtliche Risiken bzgl. des Umgangs mit der PKV birgt. Die PKV-Versicherten besitzen mit den angesparten Alterungsrückstellungen Positionen mit Eigentumscharakter. Eine Überführung der Privatversicherten mit ihren bereits gebildeten Alterungsrückstellungen in eine Bürgerversicherung oder ein Gesundheitsprämienmodell ist verfassungsrechtlich zumindest bedenklich.

Das Konzept der Bürgerprivatversicherung sieht hingegen einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt

zialausgleich für die Versicherten bereitstellen soll, bei denen die Höhe der Versicherungsprämien die finanzielle Leistungsfähigkeit übersteigt.

Auch das Modell der Bürgerprivatversicherung hat gravierende Schwächen und birgt Risiken. Die Übertragung von Alterungsrückstellungen, die für das Konzept essentiell ist, ist ein konzeptionell schwieriges Problem, für das es zwar Vorschläge gibt, deren praktische Tauglichkeit bislang aber nicht überprüft werden konnte. Ein ganzes Gesundheitssystem auf eine noch nicht erprobte Komponente aufzubauen, ist – zurückhaltend formuliert – mutig. Zudem ist das in der PKV verwendete Kostenerstattungsprinzip eher ineffizient und PKV-Unternehmen haben weniger Erfahrung und Kompetenz bei der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern als GKV-Unternehmen.

### 3. Alternative: Fairer Systemwettbewerb

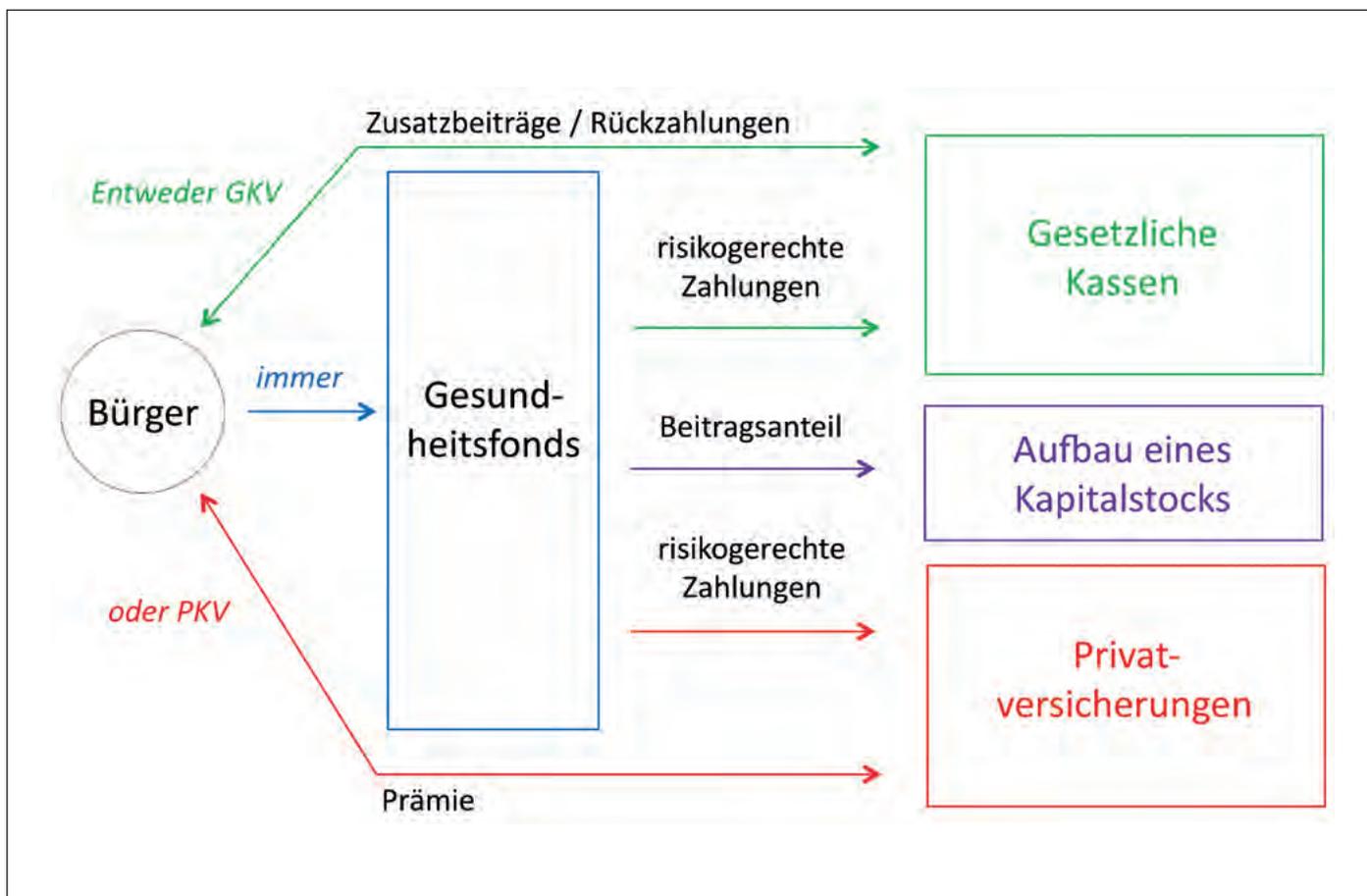
Die genannten Vorschläge, die einen einheitlichen Versicherungsmarkt anstreben, können zwar Defizite des momentanen Gesundheitssystems überwinden, haben aber erhebliche Schwächen und Risiken und stellen daher keine überzeugende Lösung für ein zukünftiges Krankenversicherungssystem dar. Deshalb haben wir den neuen Reformvorschlag „Fairer Systemwettbewerb“ entwickelt, der in Kifmann und Nell (2013) ausführlich dargestellt und im Folgenden skizziert wird. Er lässt das duale Krankenversicherungssystem mit GKV und PKV nebeneinander bestehen, beseitigt dabei aber die momentan bestehenden verteilungspolitischen Inkonsistenzen und ermöglicht einen fairen Wettbewerb zwischen beiden Systemen. Unser Vorschlag kommt mit geringen Änderungen am Status quo aus. Von zentraler Bedeutung sind mit dem

Gesundheitsfonds sowie dem morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (MorbiRSA) zwei Instrumente, die bereits heute in der GKV existieren. Aufgrund der einkommens- und nicht risikoabhängigen Beiträge gibt es dort zwangsläufig Versicherte, deren Beiträge systematisch höher als ihre erwarteten Gesundheitsleistungen sind (gute Risiken), und es gibt schlechte Risiken, bei denen dies umgekehrt ist. Um zu verhindern, dass die Versicherer versuchen, gute Risiken anzulocken und schlechte Risiken abzuschrecken (Selektionswettbewerb), fließen die Beiträge der Versicherten in den Gesundheitsfonds, der wiederum den gesetzlichen Krankenversicherern für jeden Versicherten den nach MorbiRSA risikogerechten Betrag überweist, der die zu erwartenden Gesundheitsausgaben eines Versicherten deckt. Die Differenz zwischen der einkommensabhängigen Beitragszahlung an den Gesundheitsfonds und der Zahlung des Gesundheitsfonds an den jeweiligen Krankenversicherer entspricht somit genau dem Solidarbeitrag eines Versicherten. Ist die Versicherungsprämie höher als die Zahlung des Gesundheitsfonds, so zahlt der Versicherte einen Solidarbeitrag in Höhe der Differenz. Im umgekehrten Fall erhält er einen entsprechenden Solidarbeitrag.

Unser Reformvorschlag „Fairer Systemwettbewerb“ besteht im Kern darin, den Gesundheitsfonds und den MorbiRSA auf die PKV-Versicherten auszuweiten, so dass auch diese ihren Solidarbeitrag entrichten. Dies wird durch folgende einfache Neuregelung erreicht: Jeder Bürger zahlt einen einkommensabhängigen Beitrag in den Gesundheitsfonds und im Gegenzug erhält sein Versicherer (GKV oder PKV) aus dem Gesundheitsfonds den risikoadjustierten Beitrag. Die entsprechenden Zahlungsströme sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Durch diese Regelung werden alle Bürger unabhängig davon, ob sie in der GKV oder in der PKV versichert sind, am Solidarprinzip beteiligt. Darüber hinaus ermöglicht die Neuregelung einen fairen Wettbewerb zwischen GKV und PKV, und es wäre nicht mehr notwendig, dem größten Teil der Bevölkerung die Wahl zwischen GKV und PKV durch eine Versicherungspflichtgrenze zu nehmen. Die PKV wäre für gesunde Gutverdienende nicht schon allein deshalb attraktiv, weil sie dadurch ihren Solidarbeitrag sparen können, sondern die PKV müsste durch ein überlegenes Angebot überzeugen. Umgekehrt käme für Geringverdiener und/oder chronisch Kranke auch ein Wechsel in die PKV in Betracht, weil der empfangene Solidarbeitrag in die PKV mitgenommen wird.

Abbildung: Zahlungsströme gemäß Reformmodell



Bei Umsetzung des Reformvorschlages würde sich für die GKV nichts ändern. Bei der PKV erhalten die Versicherer Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds. Diese würden in die Prämienkalkulation eingehen und zu sinkenden Prämien und geringeren Alterungsrückstellungen führen.

#### 4. Diskussion des Reformvorschlages

Der „Faire Systemwettbewerb“ baut darauf auf, dass der Gesundheitsfonds risikogerechte Zahlungen an gesetzliche und private Versicherer leistet, denn nur dann kommt es zu einem fairen Wettbewerb und ei-

PKV zwar sinken, dies würde aber durch eine Teilkapitaldeckung in der GKV kompensiert. Die Kapitalbildung muss so organisiert werden, dass sie politischen Zugriffen entzogen wird. Ein Vorbild könnte beispielsweise der norwegische Government Pension Fund Global sein, durch den ein Teil der Erträge aus der Ölförderung für zukünftige Generationen gesichert wird.

Mit der Umsetzung unseres Reformvorschlages könnten auch Restriktionen für die PKV bei der Vertragsgestaltung abgeschafft werden, weil der Anreiz zum

Anstatt ein vorhandenes System mit seinen spezifischen Stärken abzuwickeln und dabei erhebliche rechtliche Risiken einzugehen – was bei der Umsetzung der Konzepte von Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie nötig wäre –, baut das Konzept „Fairer Systemwettbewerb“ auf dem heutigen dualen System auf und entwickelt es weiter.

ner konsistenten Umsetzung des Solidarprinzips. Dies setzt einen leistungsfähigen MorbiRSA voraus, in den alle verfügbaren relevanten Informationen einfließen und der ständig weiterentwickelt wird. Die momentan geltende politisch festgelegte Begrenzung auf 80 Krankheiten (§ 268 (1) SGB V) ist sachfremd und gehört abgeschafft. Es könnten deutlich mehr chronische Erkrankungen erfasst werden (Drössler et al. (2011)). Der MorbiRSA sollte deshalb zu einem System entwickelt werden, das alle Krankheiten berücksichtigt, die in der Zukunft zu höheren erwarteten Ausgaben führen. In diesem System werden neue Erkrankungen aufgenommen und die Höhe von Zahlungen für bereits vorhandene Erkrankungen angepasst, wenn sich die Behandlungskosten im Zeitablauf ändern.

Die Beteiligung der PKV-Versicherten am Gesundheitsfonds bewirkt einen partiellen Übergang zum Umlageverfahren. Die künftigen Alterungsrückstellungen werden niedriger ausfallen. Dies führt zu einer Verringerung der Kapitaldeckung des Gesundheitssystems. Angesichts des demographischen Wandels ist dieser Effekt unseres Reformvorschlages negativ, er lässt sich aber leicht neutralisieren, in dem die zusätzlichen Nettoeinnahmen des Gesundheitsfonds im Zuge der Reform in die Bildung eines Kapitalstocks fließen und nicht für Beitragssenkungen verwendet werden. Dann käme es durch die Reform nicht zu einer Entlastung älterer Generationen und folglich auch nicht zu einer Belastung künftiger Generationen. Insgesamt würde die Kapitaldeckung der

Selektionswettbewerb entfällt. Insbesondere die Einschränkung der PKV auf Kostenerstattungstarife bei Einzelleistungsvergütung kann aufgehoben werden. PKV-Unternehmen sollten die Freiheit bekommen, Verträge mit Leistungserbringern zu schließen.

#### 5. Fazit

Unser Reformvorschlag „Fairer Systemwettbewerb“ baut auf dem heutigen System auf und entwickelt es weiter. Statt ein vorhandenes System mit seinen spezifischen Stärken abzuwickeln und dabei erhebliche rechtliche Risiken einzugehen, kann so ein fairer Systemwettbewerb entstehen. Dies stellt gesetzliche und private Krankenversicherer vor neue Herausforderungen. Die GKV erhält durch die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze private Konkurrenz. Umgekehrt kann die PKV nicht mehr automatisch mit der lukrativen Gruppe der freiwillig Versicherten rechnen, für die ein Ausstieg aus dem Solidarprinzip vorteilhaft ist. Beide Krankenversicherungssysteme werden sich im Wettbewerb durch innovative Ideen, etwa bei der Gestaltung von Versicherungsprodukten und/oder der Kooperation mit Leistungserbringern, behaupten müssen. Ein solcher fairer Wettbewerb wäre zum Wohle der Versicherten.

#### Literatur

- Breyer, F. (2012): *Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung*, *Wirtschaftsdienst* 92, S. 655 - 658.
- Drössler, S., J. Hasford, B.-M. Kurth, M. Schaefer, J. Wasem, J. und E. Wille, (2011): *Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes*.
- Eekhoff, J., V. Bünnagel, S. Kochskämper und K. Menzel, (2008): *Bürgerprivatversicherung*, Mohr Siebeck.
- Kifmann, M. und M. Nell (2013), *Fairer Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung*, *hche Research Paper No. 2013/06*, Hamburg, Juli 2013.
- Nell, M. und S. Rosenbrock (2008): *Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen – Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung*, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, S. 173-195.

## 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 Roolf

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

### Verlag und Anzeigenverkauf:

one line Produktionsbüro & Werbeagentur

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Titelfoto: Kzenon / Fotolia.com

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

### 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

### Hamburg:

Zahnärzterverband Z-2000

Mühlendamm 92, 22087 Hamburg

Tel. (040) 22 76 180

Fax (040) 22 76 120

www.z-2000.de

### 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

### Westfalen-Lippe:

Wählerverband Zahnärzte Westfalen

Reichshofstr. 77, 58239 Schwerte

Tel. (02304) 671 37

Fax (02304) 632 54

www.w-z-w.de