

**Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer und der  
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung  
zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und  
Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages  
am 16. März 2005 zu den  
BT-Drucks. 15/940; 15/3511; 15/3995; 15/4135**

(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0831(5)  
vom 10.03.05  
  
15. Wahlperiode

Die BZÄK und die KZBV beschränken ihre Stellungnahmen auf diejenigen Elemente der Anträge, die für den zahnärztlichen Berufsstand Bedeutung erlangen.

**1. Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen (BT-Drucks. 15/490 vom 07.05.2003)**

Die BZÄK und die KZBV unterstützen diesen Antrag und regen darüber hinaus an, diesen auch auf den Ausschluss einer Zulassung oder Ermächtigung von (Zahn-)Ärzten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, auszuweiten (§ 98 Abs. 2 Nr. 12 SGB V).

Das im Antrag für den ärztlichen Bereich angesprochene Phänomen zurückgehender Arztzahlen lässt sich auf die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte noch nicht übertragen. Insbesondere ist die Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte in den zurückliegenden Jahren stetig angestiegen. Nach aktuellen Erhebungen (vgl. Bergmann-Krauss/Micheelis/Walther, IDZ-Information

2/2005) sind aber nur 8,2 % der Vertragszahnärzte jünger als 35 Jahre. Auch ist in den zurückliegenden Jahren zwar die Zahl der Studienanfänger im Bereich Zahnmedizin im Wesentlichen gleich geblieben (vgl. KZBV-Jahrbuch 2004, Tabelle 6.4), die Zahl der Approbationen nach einer Studienzeit von sechs Jahren ist aber von 1990 bis 2003 um ca. 30 % von 2533 auf 1779 Approbationen zurückgegangen (KZBV-Jahrbuch 2004, a.a.O.).

Der Gesetzgeber ist allerdings zwischenzeitlich jedenfalls offenbar von der, noch in der Begründung zum Gesundheitsstrukturgesetz vertretenen Auffassung abgerückt, im Bereich der vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung drohe auf Dauer eine erhebliche Überversorgung. Nicht anders ist es zu verstehen, dass die ebenfalls durch das GSG in § 102 SGB V aufgenommene Zulassung auf der Grundlage gesetzlich festgelegter Verhältniszahlen nicht in der vorgesehenen Frist bis zum 01.01.1999 erfolgt ist. Vielmehr ist durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 in einer Neufassung von § 102 SGB V diese Frist auf den 01.01.2003 verlängert worden, eine Frist, die zwischenzeitlich ebenfalls ohne eine entsprechende Tätigkeit des Gesetzgebers verstrichen ist.

Der Altergrenze in § 79 Abs. 7 Satz 2 SGB V ist bereits weder theoretisch noch praktisch geeignet, dass damit verfolgte Ziel einer Begrenzung der Zahl der Vertrags-(zahn-)ärzte zu erreichen. Dies wäre nämlich nur dann der Fall, wenn die infolge der Erreichung der Altergrenze aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausscheidenden Zahnärzte ohne Nachfolger blieben. Dies ist aber in der Regel infolge der in § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V auch für diesen Fall geregelte Fortführung der Praxis durch einen Nachfolger nicht der Fall. Nach dieser, bereits unter dem Gesichtspunkt des Bestandsschutzes auch verfassungsrechtlich gebotenen Norm kann die Praxis nach Erreichung der Altergrenze auch dann von einem Nachfolger fortgeführt werden, wenn die Praxis in einem von Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung betroffenen Gebiet liegt.

Die Altergrenze ist auch jedenfalls im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zur Zielerreichung geeignet, weil insofern das, in der Begründung zum Gesundheitsreformgesetz zu § 95 Abs. 7 Satz 2 SGB V unterstellte Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“ bereits generell in der gesundheitsökonomischen Forschung nicht belegt worden ist (vgl. z.B. Andresen/Schwarze, Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb?, 1997). Die gilt insbesondere auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung in dem ein Zusammenhang zwischen der Menge der abgerechneten vertragszahnärztlichen Leistungen und der Anzahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte nicht festzustellen ist (vgl. Tadsen, ZM 1987, 216).

Im Hinblick auf die Gesamtmenge der vertragszahnärztlichen Leistungen erweist sich die Altersgrenze sogar als kontraproduktiv. Erhebungen der Kostenstruktur von Zahnarztpraxen belegen nämlich, dass der Einnahmen-Überschuss der Zahnärzte im Gegensatz zu den Einkommen der meisten abhängig Beschäftigten nicht mit zunehmendem Alter ansteigt. Vielmehr wird der höchste Einnahmen-Überschuss im Alter von 45 – 49 Jahren erreicht und fällt danach wieder ab. Die Alterklasse der über 60-jährigen erzielte im Jahre 2003 (Zahlen für die alten Bundesländer) einen Einnahmenüberschuss, der um ca. 27.000,- EURO unter demjenigen der 45 – 49-jährigen lag (vg. KZBV-Jahrbuch 2004, Tabelle 5.14). Durch die Übergabe der Praxen an Nachfolger, die allein schon deshalb wesentlich jünger sein müssen, weil gem. § 25 ZV-Z die Zulassung eines Zahnarztes jenseits des 55. Lebensjahres grundsätzlich ausgeschlossen ist, werden früher als sonst leistungsfähigere und damit die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung tendenziell stärker belastende Zahnärzte in die bisherigen Alterspraxen geleitet.

In diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, dass auch das Bundesverfassungsgericht in seiner grundlegenden Entscheidung vom 31.03.1998 (1 BvR 2167/93 und 1 BvR 2198/93) die Bestimmung in § 95 Abs. 7 Satz 2 SGB V zwar als verfassungsgemäß qualifiziert, dabei aber nicht auf den in der Begründung zum GSG angesprochenen Gesichtspunkt der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung abgestellt hat. Vielmehr ist diese Altergrenze nur unter dem Gesichtspunkt

als verfassungsgemäß angesehen worden, weil eine solche für freie Berufe ganz generell gerechtfertigt sei, weil dadurch die Gefährdungen für die Patienten, die von älteren, nicht voll leistungsfähigen Berufstätigen ausgehen würden, eingedämmt werden könnten. Für diese Annahme des Gerichtes fehlt es aber sowohl an einer entsprechenden Zielsetzung des Gesetzgebers als auch an evidenzbasierten Studien. Es ist zudem zumindest widersprüchlich, wenn einerseits wegen angeblicher erheblicher Gefahren für die Volksgesundheit eine Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung gesetzlich ausgeschlossen wird, die Behandlung von Privatpatienten demgegenüber aber ausdrücklich weiterhin als zulässig und auch unter dem Gesichtspunkt der möglichen Gesundheitsgefährdung tolerabel bewertet wird. Nach der augenblicklichen Rechtslage ist den Betroffenen aber nach Überschreitung der Altersgrenze nicht nur eine Behandlung von Privatpatienten, sondern auch von GKV-Versicherten jedenfalls als Vertreter eines Vertragszahnarztes (vgl. BSG, MedR 05, 57) bzw. im Rahmen einer Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 4 SGB V bei einer Behandlung im EU-Ausland möglich. Auch vor diesem Hintergrund lässt sich eine sachlich tragfähige Begründung für die Altersgrenze nicht finden.

Die o.g. Aspekte treffen ebenso auf die Altersgrenze von 55 Jahren gem. §§ 89 Abs. 2 Nr. 12 SGB V, 25 ZV-Z zu, die daher ebenfalls beseitigt werden sollte.

## **2. Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drucks. 10/3511 vom 01.07.2004)**

Die BZÄK und die KZBV unterstützen den Antrag. Dieser zerfällt im Wesentlichen in zwei Regelungsbereiche:

### **a) Erweiterung der Wahlmöglichkeit auf alle approbierten Ärzte und Zahnärzte**

Bereits jetzt sieht § 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V eine Durchbrechung des allgemeinen Grundsatzes vor, wonach gesetzlich Krankenversicherte regelmäßig nur zugelassene Ärzte und Zahnärzte als Leistungserbringer in Anspruch nehmen dürfen. Die Inanspruchnahme anderer Zahnärzte wird insofern nur an eine vorherige Zustimmung

der Krankenkasse gebunden. Ausweislich der weiteren Bestimmungen in Satz 5 von § 13 Abs. 2 SGB V und der diesbezüglichen Begründung zum GMG soll dies der Sicherstellung einer zumindest gleichwertigen Qualität der Versorgung wie bei zugelassenen Leistungserbringern dienen. Voraussetzung für die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung ist aber gem. § 3 Abs. 2 b ZV-Z u.a. lediglich die Ableistung einer mindestens zweijährigen Vorbereitungszeit, wobei mindestens eine sechsmonatige Tätigkeit als Assistent oder Vertreter eines oder mehrerer Vertragszahnärzte nachgewiesen werden muss (§ 3 Abs. 3 Satz 1 ZV-Z). Diese Vorbereitungszeit dient aber nicht einer besonderen zusätzlichen, fachlichen Qualifikation des approbierten Zahnarztes, sondern lediglich der Vermittlung von Erkenntnissen der Gegebenheiten, insbesondere des Abrechnungssystems im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Unabhängig von diesem zulassungsrechtlichen Aspekt bestehen auch im Übrigen keinerlei Anhaltspunkte für die Annahme, rein privat Zahnärztlich tätige Zahnärzte seien etwa weniger fachlich qualifiziert als Vertragszahnärzte. Im Übrigen ist auch nicht ersichtlich, wie Krankenkassen eine fachliche Beurteilung der Qualität der Behandlung von Privatzahnärzten durchführen können.

Zudem ist auch ohne ein solches zusätzliches Erfordernis die Inanspruchnahme nicht an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmender Zahnärzte gem. § 13 Abs. 4 SGB V i.d.R. dann möglich, soweit dies im EU-Ausland geschieht. Insofern wird vom Gesetzgeber immer dann, wenn – wie im Bereich der zahnärztlichen Behandlung – die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind, eine zumindest ausreichende fachliche Qualifikation des Zahnarztes vorausgesetzt. Die Bindung der Inanspruchnahme nicht zugelassener Vertragszahnärzte in Deutschland an weitere Voraussetzungen stellt daher eine Inländerdiskriminierung dar, die zwar EU-rechtlich zulässig ist, sachlich aber jedenfalls nicht mit dem Aspekt einer fehlenden fachlichen Qualifikation gerechtfertigt werden kann.

Dies gilt ebenso hinsichtlich eventueller zusätzlicher finanzieller Belastungen der GKV durch die Inanspruchnahme von Nicht-Vertragszahnärzten, wie dies in der bisherigen Rechtsprechung (z.B. BSGE 76, 101) angenommen worden ist. Bereits die

zurzeit in § 13 Abs. 2 Sätze 7 bis 9 SGB V vorgesehenen Bestimmungen zur Regelung des Erstattungsverfahrens durch die Krankenkasse in der Satzung, wobei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgesehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen sind, verdeutlichen, dass der Gesetzgeber einen ausreichenden Schutz der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung durch derartige Regularien für möglich gehalten hat. Da dadurch zusätzliche finanzielle Belastungen der GKV ausgeschlossen werden können, besteht kein Grund dafür, alleine unter Hinweis darauf, dass es sich bei der Kostenerstattung um eine „gravierende Ausnahme vom Sachleistungsprinzip als grundsätzlichem Strukturelement der sozialen Krankenversicherung“ handele, dem Versicherten, der in Kenntnis der Erstattungsregelungen im Einzelnen einen Nicht-Vertragszahnarzt in Anspruch nimmt, diese Möglichkeit zu verwehren.

#### **b) Wahl der Kostenerstattung für einzelne Bereiche**

Der Antrag sieht ferner vor, die bisherige Beschränkung der Wahlmöglichkeit auf den Bereich der ambulanten Behandlung in § 13 Abs. 2 Satz 3 SGB V auf eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich einzelner Leistungsbereiche, wie z.B. der vertragszahnärztlichen Versorgung auszuweiten.

Auch diese Forderung ist zunächst bereits deshalb zu unterstützen, weil auch eine insofern bestehende Inländerdiskriminierung gegenüber der abweichenden Regelung in § 13 Abs. 4 SGB V für den Fall der Leistungsanspruchnahme im EU-Ausland beseitigt würde.

Zudem besteht gerade im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ein sachliches Interesse der Versicherten daran, ggf. eine Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V für diesen Bereich zu wählen, im Übrigen aber weiterhin Sachleistungen in Anspruch zu nehmen. Der Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ist bereits jetzt in weitem Umfang durch Kostenerstattungsregelungen im Bereich kieferorthopädischer (§ 29 SGB V) und zahnprothetischer Versorgung (§§ 55 ff. SGB V) ge-

prägt. Gerade im Zusammenhang mit dem Festzuschusssystem bei Zahnersatz ist dem Versicherten durch die Bestimmungen des § 55 Abs. 4 u. 5 SGB V die Möglichkeit eröffnet worden, unter Erhalt seines Festzuschusses gegenüber seiner Krankenkasse jede zahnprothetische Versorgungsform in Anspruch nehmen zu können. Dabei sind die nicht zu den Regelversorgungsformen zählenden zahnärztlichen Leistungen unter Zugrundelegung der GOZ abzurechnen. Gerade bei aufwendigen zahnprothetischen Versorgungsformen kann ein berechtigtes Interesse des Versicherten bestehen, die zahnärztliche Behandlung nicht nur hinsichtlich der Leistungen für Zahnersatz, sondern insgesamt als privatärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Darüber hinaus wird erst ein System aus befundabhängigen Festzuschüssen mit Kostenerstattung den Besonderheiten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gerecht, denn es basiert darauf, dass die wesentlichen Inhalte der solidarisch abgesicherten Zahnmedizin präventionsorientiert ausgerichtet sind. Die moderne Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bekämpft Erkrankungen ursächlich, verhindert dadurch Schäden am orofacialen System und macht aufwendige Restaurationen im frühen und mittleren Lebensalter überflüssig (DGZPW 2001). Andererseits bietet dieses sozial ausgewogene Festzuschuss- und Selbstbeteiligungsmodell einen Ausweg aus der heute bestehenden Zweiklassenmedizin, d. h. keine Therapieausgrenzung und eine Abkehr von der prozentualen Bezuschussung beim Zahnersatz.

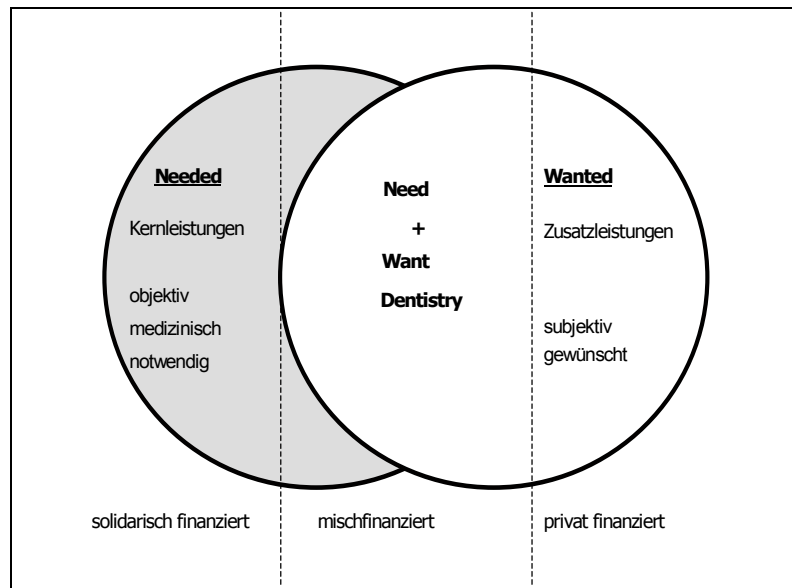
Der befundabhängige Festzuschuss sollte mit der Kostenerstattung kombiniert werden, um die Leistungstransparenz für den Versicherten zu erhöhen und damit seine Souveränität zu stärken. Da die Eigenverantwortung des Patienten für seine Gesundheit eine bedeutende Rolle spielt, sind Beteiligungsmodelle an den Gesundheitsausgaben in den dafür geeigneten Therapiebereichen wichtige Steuerungselemente für die Gesundheitsvorsorge und Leistungsanspruchnahme (Ziller/Micheelis 2002).

Der bessere Kontrolleur von Preis und Leistung ist der Betroffene und nicht der statistische Vergleich von ärztlichen Leistungen durch einen im anonymen Sachleis-

tungssystem agierenden Prüfungsausschuss (Kuttruff 1999). Für eigenverantwortliches Handeln ist die Stärkung der Patienteninformation und -beratung zwingend erforderlich, so dass die Definitionsmacht über die Behandlung nicht allein bei den Behandlern liegt.

Kostenerstattung steht in der Öffentlichkeit zunehmend für eine optimierte und flexible medizinische Versorgung. Die Liste der mit der Kostenerstattung verbundenen Optionen und Vorteile reicht vom privaten Praxisservice bis zur Berücksichtigung individueller Wünsche bei der Wahl des Behandlungsumfangs und des Behandlungsverfahrens. So gibt es in der GKV zahnmedizinische Leistungsbereiche (want-dentistry), die eindeutig und abgrenzbar nicht zu den objektiv, medizinisch notwendigen Leistungen gehören.

Abbildung 1: Kombination von need- und want-dentistry



Darüber hinaus gibt es Leistungsbereiche die sowohl objektiv notwendige (need-dentistry) als auch subjektiv wünschenswerte Versorgungsleistungen (want-dentistry) beinhalten (s. Abb. 1). Allgemein sieht das Konzept vor, dass sich an einer einfachen, ausreichenden und präventiv ausgerichteten Versorgung zur Wiederherstellung der Kau- funktion, die Versicherungsgemeinschaft anteilig höher beteiligt als an einer aufwendigen



gen Wunschleistung. Die anteilige Finanzierung durch den Patienten steigt also mit seinen individuellen Wünschen. Damit werden die medizinische Indikation und Therapie (Präventionswertigkeit) und somit die individuellen Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung gestellt, unabhängig von den Erstattungskriterien eines Sozialversicherungssystems.

Die drei Finanzierungsformen, inkl. Härtefallregelungen, lassen sich problemlos in die Kostenerstattung integrieren: Demnach gibt es eine möglichst vollständige Erstattung der „funktionalen Grundversorgung“ (sachleistungsanalogue Abrechnung möglich), eine Teilkostenerstattung und die Eigenfinanzierung. Die erforderliche Differenzierung zwischen solidarischer und individueller Finanzierung zahnärztlicher Leistungen in der GKV, also die Differenzierung zwischen objektiv medizinisch notwendiger Versorgung (need-dentistry) und subjektiv wünschenswerter Versorgung (want-dentistry), wäre im Konsens mit der Gesundheitspolitik sozial ausgewogen zu regeln. Wie in allen medizinischen Bereichen sollte auch im Bereich der ZahnMedizin das Leistungsverzeichnis einfacher, transparenter und einheitlich gestaltet werden.

Wir sind der Auffassung, dass in Deutschland ein System aus befundabhängigen Festzuschüssen und Kostenerstattung, welches beim Patienten Transparenz erzeugt, eine unmittelbare Kontrolle des Behandlers ermöglicht und Kostenbewusstsein im Leistungsgeschehen gewährleistet, eine stärkere Gewichtung gegenüber dem anonymen Sachleistungssystem erfahren sollte. Dabei ist die Verknüpfung der Kostenerstattung mit sozialverträglichen Zuzahlungen für eine Steuerungsfunktion über die Kostenkenntnis des Patienten sinnvoll.

Die Gewährung von morphologisch eingeteilten Festzuschüssen mit Kostenerstattung ist nach unserer Meinung auch für den künftig zunehmenden europäischen Wettbewerb im Gesundheitswesen richtungsweisend und erforderlich.

Zwar gilt nach wie vor der Grundsatz, dass das nationale Recht der sozialen Sicherheit vom Gemeinschaftsrecht nicht erfasst wird. Andererseits ist das Rechtsverhältnis Leistungserbringer – Versicherter rein privatrechtlicher Natur und damit der europä-

rechtlichen Kontrolle zugänglich. Über diesen „Umweg“ sind auch die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit den grundlegenden Vorgaben des Gemeinschaftsrechts unterworfen, zu denen die Dienstleistungsfreiheit (Art. 59 und 60 EG-Vertrag) und der freie Warenverkehr (Art. 30 und 36 EG-Vertrag) zählen.

Drei bedeutsame Entscheidungen haben sich mit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen auseinandergesetzt:

Im Fall C-120/95 – (Nicolas Decker) erklärte der EuGH im Wege einer Vorabentscheidung nach Artikel 177 EG-Vertrag die Weigerung einer luxemburgischen Krankenkasse für rechtswidrig, die Kosten einer Brille zu übernehmen, die von einem Augenarzt in Luxemburg verordnet wurde, jedoch von einem belgischen Optiker angefertigt wurde.

Im Fall C-58/96 – (Raymond Kohll) unterzog sich die Tochter des luxemburgischen Klägers in Deutschland einer kieferorthopädischen Behandlung. Die Weigerung der luxemburgischen Krankenkasse, die Kosten zu übernehmen, wurde vom EuGH wiederum im Wege der Vorabentscheidung für rechtswidrig erklärt.

Im Fall C-157/99 – (Geraets-Smits, Peerbooms) stand die Kostenerstattung bei einer grenzüberschreitenden stationären Behandlung in Frage. Der EuGH stellt fest, dass ein System der vorherigen Genehmigung einer medizinischen Behandlung im Ausland ein Hemmnis für den freien Verkehr medizinischer Krankenhausdienstleistungen darstelle. Medizinische Dienstleistungen gehörten eindeutig zum Geltungsbereich des freien Dienstleistungsverkehrs. Besondere Rechtfertigungsgründe – hier Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit – können die Einschränkung des freien Verkehrs jedoch rechtfertigen.

Mit den zitierten Entscheidungen eröffnet der EuGH eine weitere Einbruchsstelle des der Kostenerstattung in das Sachleistungsprinzip, indem er im zwischenstaatlichen Gesundheitsverkehr die Kostenerstattung zum beherrschenden Prinzip erhebt.

Die bisherige Regelung in § 13 Abs. 2 SGB V ist für den Versicherten unnötig einschränkend, da sie ihn insbesondere ein Jahr lang an seine Wahlentscheidung bindet und er diese nicht vornehmen kann, ohne zuvor auch dann von seiner Krankenkasse beraten zu werden, wenn er dieses nicht wünscht. Diese Bestimmungen sind allein geeignet, eine tatsächliche freie Wahlentscheidung des Versicherten zumindest zu be-, wenn nicht zu verhindern, obwohl ein anerkanntes Interesse des Versicherten bestehen kann, auch kurzfristig hinsichtlich einer bestimmten Behandlung eine solche Wahlentscheidung zu treffen. So kann z.B. ein legitimes Interesse daran bestehen, eine plötzlich auftretende schwere Erkrankung, die eine kurzfristige Krankenhausbehandlung erfordert, im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können. Auch in diesem Zusammenhang ist kein Grund ersichtlich, warum eine solche Krankenhausbehandlung im EU-Ausland ohne eine nachfolgende Bindung an die Wahlentscheidung für die Kostenerstattung für die Dauer von mindestens einem Jahr möglich ist, im Inland aber nicht. Auch die Bestimmungen des § 13 Abs. 5 SGB V verdeutlichen, dass nach der zutreffenden Bewertung des Gesetzgebers die Krankenkassen auch verwaltungstechnisch durchaus in der Lage sind, derartige Kostenerstattungsfälle zu bewältigen und dass keine sachlichen Gründe für eine Inländerdiskriminierung in diesem Bereich ersichtlich sind.

### **3. Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – Kritische Bestandsaufnahme (BT-Drucks. 15/4135 vom 09.11.2004)**

In diesem Antrag werden eine Reihe von Einzelpunkten aus dem Regelungsbereich des GMG angesprochen, wobei sich die BZÄK und die KZBV auf eine Stellungnahme zu solchen Punkten beschränken, die den zahnärztlichen Berufsstand tangieren.

#### **a) Privatrechtliche Absicherung des Zahnersatzrisikos**

Die deutsche Zahnärzteschaft hat in den zurückliegenden Jahren eine Reihe von Systemmodellen vorgelegt, die zumindest für den Bereich der zahnärztlichen Behandlungen unter weitgehender Einführung eines Kostenerstattungssystems auf der Grundlage befundbezogener Festzuschüsse sowie der Konzentration dieser Leistun-

gen der GKV auf notwendige und ausreichende Versorgungsformen zur finanziellen Entlastung der GKV hätten beitragen können. Gerade im Bereich des Zahnersatzes war und ist dabei von besonderer Bedeutung, dass es sich hierbei um weitestgehend präventionsbeeinflusste Leistungen handelt. Der Versicherte kann daher durch sein Verhalten den Eintritt und ggf. das Ausmaß der Erkrankung sehr wesentlich mit beeinflussen, so dass eine solidarische Tragung der dennoch eintretenden Behandlungskosten hinterfragt werden kann.

Soweit daher zur Reduzierung der zurzeit ungesteuert stattfindenden Rationierung von Leistungen und zur finanziellen Entlastung der GKV eine Ausgliederung von Behandlungen aus deren Leistungskatalog in Betracht gezogen wird, bietet sich hierfür insbesondere die Versorgung mit Zahnersatz an. Die im Rahmen der Beratungen für ein GMG zunächst vorgesehene Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der GKV ist nicht umgesetzt worden. Die in dem ursprünglich beschlossenen § 58 Abs. 2 SGB V vorgesehene Möglichkeit einer privatrechtlichen Absicherung des Zahnersatzrisikos durch den GKV-Versicherten hätte diesem erstmals für einen einzelnen Leistungsbereich eine echte Wahlmöglichkeit zwischen GKV und PKV eröffnet. Auch wenn diese Wahlmöglichkeit durch die Bindung an zusätzliche Voraussetzungen erschwert worden ist, hätte die Möglichkeit bestanden, zum ersten Mal die tatsächliche Leistungsfähigkeit der GKV in einem echten Wettbewerbsverhältnis zu privaten Krankenversicherungen hinsichtlich eines Leistungsbereiches zu erproben.

Die Sozialgesetzgebung im Rahmen der sozialen Krankenversicherung ist in den letzten Jahrzehnten durch eine ständige Abfolge immer neuer, als grundlegend bezeichneter „Reformgesetze“ geprägt. Dabei ist sowohl eine erhebliche Ausweitung des Regelungsumfanges als auch der Regelungsintensität erfolgt. Durch immer neue Gremien und unter weitestgehender Einschaltung der Aufsichtsbehörden wird in zunehmendem Maße eine Steuerung des Gesundheitssystems versucht, wobei nicht dessen Leistungseffizienz, sondern allein dessen finanzielle Stabilität als Zielprojektion im Vordergrund steht. Ständige Änderungen des Leistungsrechtes, so insbesondere im Bereich der Zahnersatzversorgung, untergraben nicht nur das Vertrauen der

Bürger an die Verlässlichkeit gesetzlicher Bestimmungen, sondern belasten auch unzumutbar die betroffenen Leistungserbringer, die sich immer wieder neu auf die stark schwankenden Nachfragen einstellen müssen, die mit derartigen Änderungen des Leistungsrechtes einhergehen.

### **b) Wahl der Kostenerstattung**

Die BZÄK und die KZBV unterstützen die Forderung nach Wiedereinführung der Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V nicht nur für die ambulante oder die stationäre Behandlung, sondern für einzelne Leistungsbereiche. Es kann insofern auf die Ausführungen oben zur BT-Drucks. 15/3511 verwiesen werden.

Die Wiedereröffnung einer solchen Wahlmöglichkeit zumindest für freiwillige Versicherte, die von dieser Möglichkeit bereits in der Vergangenheit Gebrauch gemacht hatten, ist bereits unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes geboten.

### **c) Absenkung der Vergütungen für zahntechnische Leistungen**

Die zurzeit im Rahmen des befundbezogenen Festzuschusssystem in § 57 Abs. 1 SGB V für die zahnärztlichen Leistungen einerseits und in Abs. 2 für die zahntechnischen Leistungen andererseits differenziert vorgenommene Regelung der Punktwerte bzw. Höchstpreise ist sachlich nicht begründet.

Während hinsichtlich der Punktwerte für die zahnärztlichen Leistungen ein für das gesamte Bundesgebiet einheitlich festzulegender, durchschnittlicher Punktwert vorgesehen ist, können sich die, für zahntechnische Leistungen zu vereinbarenden Höchstpreise regional in einem Korridor von 5 % unter- oder oberhalb der jeweils für das Kalenderjahr zu ermittelnden bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise bewegen. Hierdurch wird weiterhin die Vereinbarung regional unterschiedlicher Preise

für zahntechnische Leistungen ermöglicht und die Festsetzung eines einheitlichen Festzuschusses für die jeweilige Versorgungsform gem. § 56 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unnötig erschwert.

Die für das Jahr 2003 erneut vorgenommene unmittelbare Absenkung der Höchstpreise für abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen gem. § 88 Abs. 2 SGB V durch den Gesetzgeber wird abgelehnt. Wie bei verschiedenen vergleichbaren Regelungen in der Vergangenheit hinsichtlich zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen hat es sich hierbei um eine reine Kostendämpfungsmaßnahme im Interesse der GKV gehandelt, die Gesichtspunkte einer angemessenen Leistungsvergütung völlig unberücksichtigt gelassen haben. Ebenso wie rein fiskalisch motivierte Regelungen, wie z.B. zum degressiven Punktwert bei vertragszahnärztlichen Leistungen in § 85 Abs. 4 b ff. SGB V oder zum absoluten Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gem. § 71 SGB V gegenüber allen anderen Kriterien einer Vergütungsbildung, wird dadurch eine angemessene Vergütung in Frage gestellt und einer ungesteuerten Rationierung ohne Not Vorschub geleistet.

Mit dem Ziel einer kurzfristigen finanziellen Entlastung der GKV nimmt der Gesetzgeber dabei Einschränkungen bei der Versorgung der GKV-Versicherten ebenso billigend in Kauf, wie die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz einzelner Leistungserbringer.