

**Vorab per E-Mail!**

An die  
Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit  
Frau Dr. Martina Bunge  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

23. November 2006

**GKV-WSG: Anpassung der vertragszahnärztlichen Vergütung**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

der Entwurf des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) sieht eine Neuordnung der ambulanten ärztlichen Vergütung zum 01. Januar 2009 vor. Damit werden - ordnungspolitisch richtig - die historisch bedingten Honorarunterschiede zwischen den Kassenarten beseitigt, die bislang einem fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen entgegenstehen.

Allerdings fehlt im GKV-WSG für den vertragszahnärztlichen Bereich eine entsprechende Angleichung der Honorare über alle Kassenarten, obwohl dies systematisch geboten ist. Gerade unter den Bedingungen eines verschärften Wettbewerbs im Kontext des Gesundheitsfonds dürfen die bestehenden Schiefagen zwischen den Kassen nicht länger fortgeführt werden. Gleiche Rahmenbedingungen für alle Beteiligten sind mit Einführung des Gesundheitsfonds eine zwingende Voraussetzung für einen funktionalen Wettbewerb. Die Fortführung der tradierten Honorarunterschiede wäre schon zum Start des Fonds ein gravierender Nachteil für die Ersatzkassen. Daher muss das GKV-WSG auch für die vertragszahnärztliche Vergütung eine Punktwertangleichung vorsehen.

Als Lösung bietet sich an, die Punktwertabstände nach dem Vorbild des Festzuschuss-Systems im Zahnersatzbereich anzugleichen. Ein konkreter Änderungsvorschlag liegt bei.

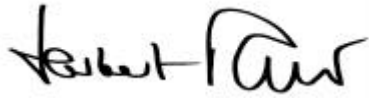
Wir plädieren nachdrücklich für eine Stärkung des Wettbewerbs um eine qualitativ bessere und insbesondere wirtschaftlichere Versorgung. Dafür müssen aber auch die Voraussetzungen stimmen.

Mit Blick auf die parlamentarischen Beratungen und anstehenden Entscheidungen zum GKV-WSG bitten wir Sie um Unterstützung in diesem wichtigen Anliegen. Für weitere Erläuterungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Johannes Vöcking  
Vorstandsvorsitzender der BARMER



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher  
Vorsitzender des Vorstandes der DAK



Prof. Dr. Norbert Klusen  
Vorstandsvorsitzender der TK

## **§§ 83 ff. SGB V - Anpassung der vertragszahnärztlichen Vergütung**

- Keine Regelung im GKV-WSG enthalten-

### **Problem**

Für den vertragszahnärztlichen Bereich ist entgegen der vertragsärztlichen Vergütung keine Angleichung der Honorare über alle Kassenarten vorgesehen. Damit werden unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds die historisch bedingten Schieflagen im Wettbewerb zwischen den Kassenarten fortgeschrieben. Da die Ersatzkassen nach wie vor eine höhere Vergütung (ca. 10%) als die AOKen zahlen, ist diese Fortschreibung abzulehnen. Um gleiche Ausgangsbedingungen im Wettbewerb herzustellen, muss daher eine Punktwertangleichung zwischen den Kassenarten erfolgen.

Als Lösung hierfür bietet sich an, die Punktwertabstände nach dem Vorbild des Festzuschuss-Systems im Zahnersatzbereich zu nivellieren. Um die Akzeptanz einer Angleichung bei der Zahnärzteschaft zu erhöhen und Umsetzungsprobleme zu vermeiden, wäre ein Wegfall der Obergrenzen tolerabel. Ausgabensteigerungen in nennenswertem Umfang sind aufgrund anderer Steuerungswirkungen nicht zu erwarten.

### **Änderungsvorschlag (Neueinfügung)**

Honorarregelungen der §§ 83 ff. SGB V

Neben den §§ 82 Abs. 2, 83 Satz 1 sowie 85 Abs. 1 Satz 1, in die redaktionelle Anpassungen eingefügt werden müssten, wird § 85 SGB V wie folgt gefasst:

Absatz 2 Satz 2 lautet:

„Die Gesamtvergütung ist das Ausgabevolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen; sie ist auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen zu vereinbaren.“

Satz 7 wird gestrichen. Es werden folgende Sätze angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der KZBV jeweils bis zum 30.09. eines Kalenderjahres für das Folgejahr, erstmals bis zum 30.9.2008 für das Jahr 2009 die Höhe der Punktwerte für die BEMA-Teile 1, 2, 3 und 4 sowie für den Bereich der Früherkennung und der Individualprophylaxe. Für die erstmalige

Vereinbarung ermitteln die Vertragspartner nach Satz 1 die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert des Jahres 2008 in den BEMA-Teilen nach Satz 1 gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Soweit Punktwerte für das Jahr 2008 bis zum 30.6.2008 von den Vertragspartnern nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2007 unter Anwendung der für das Jahr 2008 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2008 wird der durchschnittliche Punktwert nach den Sätzen 7 und 8 unter Anwendung der für das Jahr 2008 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gilt § 71 Abs. 1 bis 3.“

Absatz 3 wird gestrichen.