



Stellungnahme des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e. V. (FVDZ) zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG)

I. Vorbemerkung

Der Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes reiht sich in die Tradition der bisherigen als Reformen bezeichneten GKV-Gesetze ein, die allesamt nicht dazu geführt haben, dass unser Gesundheitssystem transparenter und effizienter geworden ist, sondern mit mehr Bürokratie belastet wurde. Im aktuellen Entwurf ist erneut zu verzeichnen, dass der Gesetzgeber über verschiedene „Stellschrauben“ versucht das bestehende GKV-System „nachzujustieren“.

Wir sind grundsätzlich der Auffassung, dass es mit staatlichen Reglementierungen wie der Beibehaltung der Budgetierung, mit Vorkaufsrechten der KVen für Vertragsarztsitze, mit befristeten Zulassungen, Eigeneinrichtungen von Kommunen und neuen Datensammlungen nicht dauerhaft gelingen wird, den Arzt- und Zahnarztberuf wieder so attraktiv zu machen, dass die akuten bestehenden Versorgungsprobleme gerade im ländlichen Bereich beseitigt werden.

II. Bewertungen im Einzelnen

Wir fokussieren uns in unserer Stellungnahme auf den vertragszahnärztlichen Bereich, erlauben uns aber auch zu einigen speziell die vertragsärztliche Situation betreffenden Reformansätzen Stellung zu nehmen:

1. Vertragszahnärztliche Vergütung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Mechanismen für die vertragszahnärztliche Vergütung verändert werden sollen. Mit der Aufhebung des Vorranges des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und der daraus resultierenden Aufgabe der starren Ausgabenbegrenzung durch die Grundlohnbindung und der Erweiterung der Verhandlungsspielräume bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen im vertragszahnärztlichen Bereich sollen auch die Möglichkeiten, mit denen auf eine Überschreitung der vereinbarten Gesamtvergütung reagiert wird, flexibilisiert werden. Zusätzlich soll den regionalen Vertragspartnern größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen eröffnet werden, wobei neue Kriterien vorgegeben werden, um bedarfsgerechte und den morbiditätsbedingten Leistungsbedarf widerspiegelnde Vergütungen zu ermöglichen. In Folge dieser Neuregelung sind die Gesamtvertragspartner nicht mehr gezwungen, dass zu bestimmende Ausgabenvolumen als feste Obergrenze für die Gesamtvergütung zu vereinbaren. Es bleibt vielmehr den Parteien überlassen, ob und welche Folgen für den Fall der Überschreitung vorgesehen werden.

Diese Flexibilisierung der Mechanismen der vertragszahnärztlichen Vergütung sehen wir positiv. Auch die vorgesehene Regionalisierung des Vertragsgeschehens sehen wir positiv, da hiermit regionalen Unterschieden und unterschiedlichen Kostenstrukturen besser Rechnung getragen werden kann. Die größeren Verhandlungsspielräume auf regionaler Ebene für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen bieten die Möglichkeit, den bedarfsgerechten und morbiditätsbedingten Leistungsbedarf besser abzubilden. Positiv ist auch, dass der Rechtszustand vor dem 01.07.2004 wiederhergestellt wird, wonach die KZVen den HVM in eigener Verantwortung als Satzung zu beschließen haben (in Benehmen mit den Krankenkassen).

Ungeachtet der angesprochenen Flexibilisierungen bleibt es aber grundsätzlich bei einer Budgetierung zahnärztlicher Leistungen. Wir halten dies unverändert für falsch.

Die Vorstellung, im zahnärztlichen Bereich eine Ausgabenbegrenzung aufrecht erhalten zu müssen geht an der Versorgungsrealität vorbei, da Leistungen von den Versicherten nur bei einer entsprechenden Behandlungsnotwendigkeit abgerufen werden. Dies wird auch in den Statistiken der GKV-Leistungsausgaben für den zahnärztlichen Sektor dokumentiert.

Unsere Forderung nach einer Aufhebung der Budgetierung bleibt daher unverändert bestehen.

2. Einschränkung der unternehmerischen Freiheit

Unter dem 6. Abschnitt des 4. Kapitels des SGB V „Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln“ soll mit dem § 128 Abs. 2 Satz 3 (neu) SGB V eine Regelung eingeführt werden, die geeignet ist die unternehmerische Freiheit der Zahnärzteschaft auf nicht hinnehmbare Weise einzuschränken. Dort soll es heißen:

„Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satz 1 sind auch [...] Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich mit beeinflussen können.“

Diese Regelung kann so interpretiert werden, dass es einem Zahnarzt zukünftig generell nicht mehr möglich sein soll, sich an zahntechnischen Laborunternehmen zu beteiligen. Nach unserem Verständnis ist es mit der unternehmerischen Freiheit eines Zahnarztes nicht vereinbar, wenn ihm zukünftig eine Beteiligung an einem zahntechnischen Laborunternehmen verwehrt werden würde. Einem Zahnarzt muss es – wie jedem anderen Bürger – möglich sein, sich an Unternehmen gleich welcher Branche zu beteiligen. Wir fordern deshalb den Gesetzgeber auf, zu der vorgesehenen Neuformulierung des § 128 Abs. 2 Satz 3 (neu) SGB V klarzustellen, dass es Zahnärzten nicht verwehrt ist, sich an zahntechnischen Laborunternehmen zu beteiligen.

3. „Unzulässige Beeinflussung von Privatleistungen“

Die in § 128 Abs. 5a (neu) SGB V vorgesehene Regelung zur „unzulässigen Beeinflussung der Inanspruchnahme einer Privatleistung“ kollidiert mit der zahnärztlichen Pflicht zur umfassenden Aufklärung über alle Therapiealternativen und dem Recht des Vertragszahnarztes, mit dem gesetzlich Versicherten eine Privatvereinbarung (Regelungen im Bundesmantel- und Ersatzkassenvertrag) vereinbaren zu können. In den §§ 28 und 55 ff SGB V wird darüber hinaus den Besonderheiten der zahnärztlichen Versorgung dahingehend Rechnung getragen, dass Versicherte der GKV über die ihnen zustehenden Leistungen der GKV hinaus Leistungen wählen können, deren Mehrkosten sie selbst zu tragen haben. Die gängige Rechtsprechung fordert von Zahnärzten ausdrücklich, ihre Patienten z. B. bei der Beratung über die diversen Möglichkeiten der Versorgung einer Zahnlücke auch über die Möglichkeit von alternativen Privatleistungen, z.B. durch ein Implantat aufzuklären.

Wenn die vorgesehene Regelung in Kraft tritt, schwebt zukünftig über jeder mit einem GKV-Patienten privat vereinbarten Leistung das Damoklesschwert der Frage: Wurde der Patient im Rahmen der beruflichen Aufklärungspflicht sachlich informiert oder beeinflusst bzw. fühlte er sich beeinflusst? Das nebulöse und nicht objektiv verifizierbare Verb „beeinflussen“ in dieser vorgesehenen Neuregelung legt den Grund für erbitterte Streitigkeiten zwischen Zahnarzt und Patienten.

Wir fordern den Gesetzgeber auf, die im GKV-VSG vorgesehene Neuformulierung des §128 Abs.5 a (neu) SGB V, zu streichen. Mit dieser geplanten Regelung wird das Selbstbestimmungsrecht sowohl des Zahnarztes als auch des Patienten als Bürger massiv eingeschränkt. Solche Einschränkungen sind mit einer freien Gesellschaftsordnung nicht vereinbar und können nur entschieden abgelehnt werden.

4. Ausweitung von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen

In der vorgesehenen Neuregelung des § 11 Abs. 6 (neu) SGB V ist vorgesehen, dass eine Krankenkasse in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht ausdrücklich ausgeschlossene Leistungen vorsehen kann, wobei auch explizit der Bereich der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz benannt wird.

Die Satzung soll dabei insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen, wobei die zusätzlichen Leistungen von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen sind.

Diese sog. „Stärkung der wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen“, wie es in der Gesetzesbegründung heißt, führt zu einer weiteren Vermischung des Systems der privaten Krankenversicherung mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir können nicht nachvollziehen, warum über diese Regelung Leistungen, die nicht den SGB V-Kriterien entsprechen, in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherungen einbezogen werden sollen. Im Bereich der privaten Krankenversicherung gibt es ausreichend Angebote, zusätzliche über den GKV-Leistungskatalog hinausgehende Leistungen zu versichern. Es ist unseres Erachtens nicht schlüssig, wenn im Koalitionsvertrag für den Erhalt des PKV-Systems plädiert wird und auf der anderen Seite gesetzlichen Krankenkassen die Kompetenz eingeräumt werden soll, Leistungen in direkter Konkurrenz zur PKV anbieten zu können. Wir halten dies für wettbewerbsverzerrend, da gesetzliche Krankenkassen aufgrund der gesetzlichen Versicherungspflicht den eindeutigen Wettbewerbsvorteil eines direkten Zugangs zu 90 Prozent der Bevölkerung haben.

Nach unserer Auffassung muss es bei einer strikten Trennung der Versicherungssysteme bleiben, wozu auch gehört, dass das Leistungsangebot der GKV nicht weiter ausgedehnt wird.

5. Inanspruchnahme von Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern

Die in § 11 Abs. 6 (neu) SGB V vorgesehene Regelung, dass eine Krankenkasse in ihrer Satzung die Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen kann, wird von uns positiv bewertet. Es entspricht dem Interesse des Versicherten, z. B. Leistungen von besonders spezialisierten Privatärzten oder Privatzahnärzten in Anspruch nehmen zu können. Die vorgesehene Regelung korrespondiert dabei mit der bereits nach § 13 Abs. 2 S. 6 bestehenden Möglichkeit, dass nicht im vierten Kapitel genannte Leistungserbringer nach vorheriger Zustimmung der Krankenkassen vom Versicherten im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden können.

6. Neue Datensammelmöglichkeiten zwecks effizientem Ressourceneinsatz

Neu geregelt werden sollen die Vorschriften zur „Datentransparenz in der GKV“ (§§ 303 a bis 303 e SGB V). Durch die Bereitstellung von pseudonymisierten Daten durch öffentliche Stellen werde das Ziel verfolgt, eine nachhaltig verbesserte Datengrundlage für die Entscheidungsprozesse (Nutzen- und Kostenanalyse) für die Versorgungsforschung zu schaffen und einen effizienten Ressourceneinsatz im System der GKV zu ermöglichen. In § 303 e SGB V werden dabei explizit die Stellen und Institutionen benannt, die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherte Daten verarbeiten und nutzen können (u. a. Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen, KBV, KVen etc.). Nach § 303 e Abs. 2 soll die Nutzungsmöglichkeit u. a. zur Wahrung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner, Verbesserung der Qualität der Versorgung und die Planung von Leistungsressourcen eröffnet werden. Eine Auflistung bzw. Definition der bereit zu stellenden pseudonymisierten Daten fehlt.

Wir verstehen diese Regelung als einen Freibrief zur Erhebung und Sammlung völlig unkonkretisierter Daten. Darüber hinaus trifft der Entwurf keine Aussage darüber, in welchem Umfang die Daten genutzt werden sollen und welche Vorkehrungen getroffen werden, um den Schutz individueller höchstpersönlicher Gesundheitsdaten der Patienten zu gewähren. Angesichts der Sensibilität jedweder Gesundheitsdaten sprechen wir uns eindeutig gegen diese neuen Datensammelmöglichkeiten aus.

Wir sind grundsätzlich der Auffassung, dass zum Schutz des informationellen Selbstbestimmungsrechtes eindeutiger als bislang geregelt werden muss, dass das Verfügungsrecht für alle persönliche Gesundheitsdaten ausschließlich beim Bürger selbst liegt. Wir fordern den Gesetzgeber auf, unverzüglich und eindeutig per Gesetz festzulegen, dass jeder Bürger die uneingeschränkte Hoheit über seine Gesundheitsdaten hat und über deren Speicherung, Speicherort und Verwendung ausschließlich selbst bestimmen kann.

7. Struktur der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Nach § 77 Abs. 2 (neu) SGB V sollen auch KZVen die Möglichkeit erhalten, sich mit einem entsprechenden Zustimmungserfordernis der obersten Verwaltungsbehörden der Länder ländübergreifend zu vereinigen, wobei wir diese Möglichkeit positiv bewerten.

In Zusammenhang mit der in § 79 (neu) SGB V vorgesehenen Flexibilisierung der Amtszeit der KZV-Vorstände (bis zu sechs Jahren), gegen die von unserer Seite rein technisch nichts einzuwenden ist, erneuern wir unsere Grundeinstellung, dass wir die unter Bundesgesundheitsministerin Schmidt eingeführte Hauptamtlichkeit der KZV-Vorstände und des Vorstandes der KZBV sowie ganz besonders die den demokratischen Grundsätzen hohnsprechende, gesetzlich vorgeschriebene Zusammensetzung der Vertreterversammlung der KZBV für verfehlt halten. Wir fordern deshalb den Gesetzgeber auf, die Hauptamtlichkeit der Vorstände der KZVen und KVen abzuschaffen – wie es auch die Vertreterversammlung der KZBV auf ihrer Sitzung am 04./05.11.2009 in München eingefordert hat – und eine Zusammensetzung durch demokratische Wahlen legitimierte KZBV-Vertreterversammlung.

8. Vorlagepflicht bei „Selektivverträgen“

Nach § 71 Abs. 4 (neu) SGB V ist vorgesehen, dass bei Verträgen nach § 73 c Abs. 3 SGB V („besondere ambulante ärztliche Versorgung“) und im Rahmen der integrierten Versorgung eine Verpflichtung der Krankenkasse besteht, die Verträge der Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diesen Kontrollmechanismus sehen wir positiv.

Unabhängig davon halten wir die genaue Prüfung der Frage für erforderlich, ob selektivvertragliche Strukturen im Bereich der Zahnmedizin tatsächlich zu einer verbesserten Versorgung und mehr Flexibilität im Interesse der Versicherten geführt haben. Einige der uns bekannt gewordenen Selektivverträge haben offensichtlich nicht primär eine Verbesserung der zahnärztlichen ambulanten Behandlung im Fokus, sondern dienen dem Aufbau eines Geschäftsmodells zur Versorgung von Versicherten mit Zahntechnik über bestimmte Leistungsanbieter. Darüber hinaus halten wir es nicht für zielführend, wenn KZVen neben ihrem ureigenen „Geschäft“ der Kollektivverträge zusätzlich Selektivverträge abschließen, da dies zu unterschiedlichen vertraglichen Beziehungen zu den eigenen Mitgliedern führt. Besser wäre es nach unserer Auffassung, die gesetzlichen Regeln im Sinne einer Liberalisierung weiter zu flexibilisieren (u. a. die Einführung von Mehrkostenregelungen für weitere Leistungsbereiche, Ausbau der Möglichkeiten für das Kostenerstattungsrecht des Patienten).

9. Neuregelungen im Zulassungsbereich

Die vorgesehenen Neuregelungen im Zulassungsbereich betreffen primär den vertragsärztlichen Sektor, für den noch Zulassungssperren bestehen. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen reichen dabei von der Befristung von Zulassungen, einem Vorkaufsrecht der KV für einen Vertragsarztsitz bis hin zu Praxen in kommunaler Trägerschaft und einer Art „Abwrackprämie“ für den Verzicht auf eine Ausschreibung in einem zulassungsgesperren Gebiet. Mit diesen Regelungen beabsichtigt der Gesetzgeber offensichtlich über „Steuerungsmaßnahmen“ auf eine flächendeckende Versorgung hinzuwirken. Im Ergebnis bedeutet die Ermöglichung von „kommunalen Eigeneinrichtungen“ eine Abkehr vom bewährten Modell der Freiberuflichkeit. Wir bevorzugen die Alternative, die ärztliche Freiberuflichkeit besonders in finanzieller Hinsicht wieder attraktiver zu machen, z.B. indem man Ärzte nicht finanziell über Regelleistungsvolumina und sonstige Budgetierungsmaßnahmen wirtschaftlich ausbluten lässt. Für ausgesprochen bedenklich erachten wir das vorgesehene „Vorkaufsrecht“ einer KV für einen Kassenzarztsitz. Ein derartiges Vorkaufsrecht unter Entscheidungshoheit des Zulassungsausschusses ist zumindest geeignet, die rechtlich geschützten Eigentumsrechte des jeweiligen Vertragsarztes zu bedrohen. Im übrigen würden durch diese sehr fragwürdige Regelung von der Ärzteschaft erarbeitete Honorare zur „Marktberreinigung“ mit ungewissem Erfolg zweckentfremdet. Stattdessen halten wir es für längst überfällig, dass auch im ärztlichen Bereich die Zulassungssperren fallen.

III. Schlussbetrachtung

Der vorliegende Gesetzesentwurf setzt auf punktuelle Veränderungen; er kann daher kein großer Wurf sein. Wir bezweifeln, dass er mit den vorgesehenen Maßnahmen dem Anspruch „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ gerecht wird. Einen mutigen Reformansatz enthält dieses Gesetz nicht. Stattdessen wendet es die Instrumente der Vergangenheit an, wobei insbesondere die Budgetierung der Leistungen – trotz der vorgesehenen Ablösung der „strikten“ Budgetierung – beibehalten wird. Wir bedauern, dass auch diese Regierung auf dirigistische Eingriffe (insbesondere im Zulassungsbereich) setzt, anstatt den Arztberuf durch eine Liberalisierung der Rahmenbedingungen z.B. im Vergütungs- oder im Zuzahlungsbereich wieder attraktiver zu machen.

Der FVDZ hat bezogen auf den zahnärztlichen Bereich mit seiner „Gesundheitsprämie im Modell Zahnmedizin“ konkrete Reformvorschläge gemacht, die ihre Auswirkungen auch auf die Versorgungsstruktur haben werden.

Wir sind gerne bereit, unsere Fachkompetenz auch bei dieser Gesundheitsreform einzubringen. Wir würden es bedauern, wenn es in dieser Legislaturperiode bei diesem „Versorgungsnotstand-behebungsgesetz“ bliebe.

Berlin, den 13. Oktober 2011

für den Bundesvorstand



Dr. Karl-Heinz Sundmacher
Bundesvorsitzender