



## Programm

### **Struktur der ambulanten Versorgung der Bevölkerung**

*Eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung auf der Grundlage des wissenschaftlichen Kenntnisstandes kann nur in freiberuflicher Tätigkeit erfolgen.*

*Freiberuflichkeit ist untrennbar verbunden mit der freien Arztwahl des Patienten, der Therapiefreiheit des Arztes und der Vertragsfreiheit von Arzt und Patient.*

Das Gesundheitswesen kann grundsätzlich staatlich organisiert sein, privatwirtschaftlich oder - wie in Deutschland - über Kassenärztliche / -zahnärztliche Vereinigungen, die den Sicherstellungsauftrag übernommen haben. Vorstellbar wäre auch, dass der Sicherstellungsauftrag bei den Kassen angesiedelt wäre, die Polikliniken errichten oder mit den Ärzten / Zahnärzten Einzel- oder Gruppenverträge abschließen.

Bei allen gegenwärtigen und vergangenen Formen eines staatlichen Gesundheitswesens haben diejenigen Bürger, die dazu in der Lage waren, private Versorgungsstrukturen bevorzugt. Selbst im „real existierenden Sozialismus“ haben die Funktionäre kein Vertrauen in ihr eigenes Gesundheitswesen gehabt. Die Notwendigkeit von Haushaltsplänen (im Extrem früher 5-Jahres-Pläne) macht jede flexible Anpassung an Morbidität und Fortschritt unmöglich und führt zu Rationierung durch Nichtvorhalten von Personal und Infrastruktur. Eine freie Arztwahl ist unter diesen Umständen flächendeckend nicht möglich. Für hochentwickelte Volkswirtschaften kann diese Versorgungsform nicht ernsthaft in Erwägung gezogen werden.

Ein rein privatwirtschaftlich organisiertes Gesundheitswesen ohne Verpflichtung zur Versicherung und ohne Gebührenrahmen kann je nach Ärztedichte zu existenzvernichtenden Situationen im Krankheitsfall oder zu Beitragshöhen führen, die für Teile der Bevölkerung nicht mehr aufzubringen wären. Mit dem Selbstverständnis Deutschlands als „soziale Marktwirtschaft“, aber auch mit unserem Selbstverständnis als Ärzte wäre es nicht vereinbar, wenn jemand tatsächlich versterben müßte, weil er sich die notwendige Behandlung nicht leisten kann.

Der Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen würde das sowieso schon gestörte Gleichgewicht zwischen Leistungsanbietern und Kassen derart verschieben, dass es zu einem gleichsam monopolistischen Zustand käme.

Nicht umsonst gehört aber zu einer funktionierenden Wirtschaft auch die Vermeidung von Monopolen, wozu gäbe es sonst ein Kartellamt?

Angesichts der Tatsache, dass die Kassen schon jetzt mehr Verwaltungsausgaben verzeichnen, als Ausgaben für zahnärztliche Behandlung, kann die Vorstellung eines übermächtigen bürokratischen Monopolisten im Gesundheitswesen nicht akzeptiert werden.

Den Ärzten würden unter diesen Umständen die Preise diktiert, und die negativen Konsequenzen für die Qualität der Versorgung wären systemimmanent.

Die Polikliniken in der DDR, aber auch in Westberlin, haben gezeigt, dass mit diesen Strukturen eine effiziente Versorgung mit vertretbarem finanziellen Aufwand nicht möglich ist.

Darüber hinaus würde eine flächendeckende Einrichtung solcher Polikliniken volkswirtschaftlich unverantwortliche Investitionen erfordern.

Aus den aufgeführten Gründen ist es notwendig, das notwendige Gleichgewicht im Gesundheitswesen wieder herzustellen:

Die ambulante Versorgung der Bevölkerung erfolgt flächendeckend durch Freiberufler in eigener Verantwortung, der Patient hat die freie Arztwahl.

Eine Pflicht zur Versicherung für jeden Bürger erscheint notwendig.

Der Gesetzgeber definiert die Leistungen für eine Grundversorgung, die abgesichert sein muss.

Darüber hinaus kann sich jeder in Eigenverantwortung versichern.

Die Leistungserbringer organisieren sich in Interessenvertretungen, die mit den Kassen gleichberechtigt Verträge aushandeln.

Der Staat hat die Aufgabe, unter Berücksichtigung des von ihm für nötig erachteten Versorgungsniveaus und des vernünftigen Umgangs mit den volkswirtschaftlichen Ressourcen die Zahl der Studienplätze so zu gestalten, dass eine ausreichende Versorgung gewährleistet ist, aber eine Überkapazität vermieden wird.

Ein Überangebot an Leistungserbringern schwächt unsere Position gegenüber den Kassen, die Balance ist gestört, und der Preisdruck gefährdet die betriebswirtschaftlich notwendigen Erträge und einen angemessenen Überschuß. Die freiberufliche, flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gerät damit in Gefahr.

## Freiberufliche Tätigkeit

*Die gesicherte wirtschaftliche Existenz durch angemessene Honorare bildet dabei die Voraussetzung dafür, dass der Arzt seine Therapieentscheidung verantwortungsvoll entsprechend seiner ethischen Grundhaltung trifft.*

*Wirtschaftlicher Druck durch staatliche Eingriffe, Versicherungen und Krankenkassen ist für die Therapieentscheidung ebenso inakzeptabel wie die Ausrichtung an kommerziellen Interessen durch den Arzt.*

*Der bürokratische Aufwand ist auf ein Mindestmaß zurückzuführen, weil er die kurative Tätigkeit des Arztes behindert.*

*Die vielfältigen Formen der gemeinsamen Berufsausübung durch die Liberalisierung des Vertragsarztrechts müssen das Prinzip der Freiberuflichkeit gewährleisten, eine abhängige Beschäftigung in Praxisketten oder bei berufsfremden Kapitalgebern entspricht diesem Ideal nicht.*

Freiberufler erbringen ihre „Dienstleistungen höherer Art“ eigenverantwortlich, persönlich und wirtschaftlich selbstständig.

Die Gesundheit gehört im Verständnis der Bevölkerung zu den wertvollsten Gütern, die Ärzte / Zahnärzte genießen ein hohes Ansehen in der Bevölkerung. Im Wertesystem einer freien, auch einer sozialen Marktwirtschaft wäre schon allein daraus eine gesicherte wirtschaftliche Existenz berechtigt.

Ein Freiberufler benötigt diese aber auch deshalb, um im einzelnen Fall seinen Patienten (gleichermaßen Klienten bei Anwälten, Kunden bei Architekten, usw.) nach bestem Wissen und Gewissen beraten zu können. Nur dann kann er gegebenenfalls von einer Behandlung auch abraten (der Anwalt von einem Rechtsstreit, der Architekt von einer unsinnigen Baumaßnahme).

Die wirtschaftliche Selbständigkeit des Arztes garantiert dem Patienten dann die Freiheit der Therapiewahl, der Behandler ist nicht weisungsgebunden. Und auch nur dann ist die Vertragsfreiheit zwischen Arzt und Patient gewährleistet!

Die konsequente Umsetzung von Vertragsfreiheit und Therapiefreiheit ist in der direkten Rechnungslegung des Arztes gegenüber dem mündigen Patienten zu sehen. Dies ist unbürokratisch, ehrlich und transparent.

Das Sachleistungssystem ist dagegen anonym und für den Patienten nicht transparent. Trotz umfangreicher bürokratischer Kontrollen wird es dazu mißbraucht, Mißtrauen gegenüber den Leistungserbringern zu erzeugen („Abrechnungsbetrug“).

Zunehmend wird das Sachleistungssystem aber auch umfunktioniert zu einem planwirtschaftlichen Instrument: Bei Budgets hat der Arzt zum Zeitpunkt der Behandlung keine Sicherheit, was er für diese Leistung ausgezahlt bekommt.

Die Krankenversichertenkarte trägt somit Züge eines ungedeckten Schecks, im sonstigen Wirtschaftsleben ein Straftatbestand!

Wenn die Rechtsprechung der Beitragssatzstabilität dauerhaft einen höheren Status einräumt als der angemessenen Vergütung des Arztes, gefährdet sie die freiberufliche Versorgung der Bevölkerung. Bei festen Honoraren, direkter Abrechnung und Kostenerstattung würde der Patient (und Kostenverursacher) das Morbiditätsrisiko tragen und die Folgen der Budgetpolitik erfahren.

Genau deshalb scheuen die Politiker diese Transparenz, für den Versicherten (und Wähler) würde aus einer schleichenden eine offene Rationierung, für die die Politiker die Verantwortung übernehmen müßten.

Die Verfechter des Sachleistungssystems denken sich immer neue bürokratische Kontrollen aus in der irrigen Annahme, so „Wirtschaftlichkeitsreserven“ freisetzen zu können.

Honorarverteilungsmaßstäbe, nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen, umfangreiche Befunddokumentationen und vielseitige Anträge bei Bewilligungsleistungen und deren anschließende Abrechnung rauben dem Leistungserbringer immer mehr Zeit, die für die Behandlung verloren geht.

Dazu kommen Belastungen aus einer überbordenden Bürokratie in Umsetzung von Verordnungen und Richtlinien, die durch keine vernünftige Aufwand-Nutzen-Analyse gerechtfertigt erscheinen.

Ein freiberuflich tätiger Arzt wird schon aus eigenem Antrieb und aus Gründen eines gesunden Wettbewerbs Fortbildung betreiben, die Zufriedenheit seiner Patienten ist für ihn existentiell und Hygienemaßnahmen selbstverständlich.

Die umfangreiche bürokratische Dokumentation und Kontrolle dieser Aktivitäten erschwert die Berufsausübung unnötig.

Abbau der Bürokratie wird von vielen Politikern gefordert, tatsächlich nimmt sie immer mehr zu!



## Gesundheitspolitik und Gesellschaft

*Die Zahnärzteschaft kann ihre Interessen nur im Konsens mit der Gesellschaft verfolgen. Dazu ist eine kontinuierliche, vertrauensbildende, professionelle Öffentlichkeitsarbeit erforderlich.*

*In der Kollegenschaft muss Vertrauen in die zahnärztliche Standespolitik gefördert werden. Dazu muss die Entscheidungsfindung auf eine breite Basis gestellt werden. So kann erreicht werden, dass die Zahnärzte nach außen mit einer Stimme sprechen.*

*Wir wollen über die Teilnahme an der gesundheitspolitischen Diskussion in der Gesellschaft Einfluß auf das Gesundheitssystem in Deutschland und Europa nehmen. Unser Ziel ist dabei, ein freiheitliches Gesundheitswesen mit einer direkten Arzt-Patient-Beziehung zu erreichen.*

*Solange uns der Gesetzgeber aber de facto in das derzeitige System zwingt, gilt folgende Verhaltensweise:*

*Der Politik sind mit Kreativität und Phantasie Vorschläge zu machen, um noch bestehende Gestaltungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Wir werden dabei nicht resignieren, sondern beharrlich unsere guten Konzepte ins Gespräch bringen.*

*Die Selbstverwaltungsorgane müssen eine verlässliche Interessenvertretung ihrer Mitglieder sein und Planungssicherheit und Transparenz liefern.*

*Ein Ausstieg aus dem System kann nur auf der Basis einer Mehrheitsentscheidung der Kollegen erfolgen. Hierzu müssen die Selbstverwaltungsorgane umfassend informieren.*

Die Verfolgung zahnärztlicher Ziele im Konsens mit der Gesellschaft bedeutet nicht, dass die Zahnärzte als ein nur sehr kleiner Teil der Gesellschaft des allgemeinen Einvernehmens wegen allen gesellschaftlichen Forderungen nachgeben. Dieses wäre Selbstaufgabe. Konsensbildung beinhaltet vielmehr, den Blick für das den zahnärztlichen Zielen gemäß aktuell Machbare zu schärfen und nachvollziehbare Interessen der verschiedenen Partner in der Gesellschaft zu verstehen und zu berücksichtigen. Konsenslösungen sind Kompromisslösungen, die auch Schritte auf dem Weg zu einem höheren Ziel sein können.

In einem pluralen und offenen Gemeinwesen bringt forciert Druck sowie ein Erzwingenwollen von Zielen allenfalls einen kurzfristigen Erfolg. Eine solche Strategie installiert regelmäßig neue Allianzen, welche ein Gegengewicht bilden und die Balance rekompensieren; häufig zu Lasten des kleineren Gegners, in diesem Fall der Zahnärzteschaft. Erfolg hat nur, wer überzeugt. Der Wille zum Überzeugen und das Bereitsein für Kompromisse schließt bei Verweigerung der Gegenseite jedoch ebenso kraftvolles Durchsetzungsbemühen, festen Widerstand und unmißverständlichen Protest ein. Unsere Gedanken und Werte erlangen nicht von allein Publizität. Sie müssen aktiv in die Öffentlichkeit getragen werden. Instrumente dieser Arbeit an der Öffentlichkeit sind die Kommunikation mit Bürgern, Patienten, Entscheidungsträgern, Institutionen. Den Medien kommt eine doppelte Bedeutung zu, die sie in eine Schlüsselposition heben: Zum einen transportieren sie Meinungen, zum anderen machen sie aber auch Meinungen. Mediale Präsenz bedeutet kontinuierliches Vorstellen und Begründen zahnärztlicher Politik. Wir müssen geduldig überzeugen. Geduld braucht Zeit.

Diese gesellschaftliche Kommunikation der Zahnärzte leistet nicht der einzelne Kollege; er kann sie auch nicht leisten. Sie wird in den Verbänden und Körperschaften zusammengefaßt. Für die gesellschaftliche Reputation dieser Interessenvertretungen ist es wichtig, dass sich der Zahnarzt mit seinen Institutionen bewußt identifizieren kann. In diese Richtung geht unsere Forderung in der Präambel, dass Entscheidungen in den Strukturen der Standespolitik auf eine breite Basis zu stellen sind. Wir erstreben die „zahnarztnahe Körperschaft“.

Über kollegenakzeptierte Körperschaften und eine gut gegründete gesellschaftliche Kommunikation sowie mediale Präsenz wird es möglich werden, auch auf die Gestaltung des Gesundheitswesens im europäischen Rahmen Einfluß zu nehmen.

Fazit der Status-quo-Analyse der eigenen Berufsgruppe ist, dass aufgrund der zahlreichen Belastungen der heutigen Zahnärzteschaft deren Anfälligkeit für sog. Einkaufsmodelle wächst, Resignation und Frustration in der Zahnärzteschaft zunehmen und das Verständnis für gemeinsames Handeln in den Hintergrund tritt. Die Gefahr der Zersplitterung des Berufsstandes wird dadurch zunehmend größer. Die alleinige Sicht aus dem Blickwinkel der eigenen Praxis macht die Festlegung gemeinsamer Ziele des gesamten Berufsstandes immer schwieriger. Die viel zitierte „soziale Intelligenz“ bleibt dabei auf der Strecke.

Der oft propagierte „Ausstieg aus dem System“ wird nicht durch das Vorpreschen einer kleinen Gruppe lawinenartig ausgelöst und schon gar nicht durch die Körperschaften von oben diktiert werden können. Eine solche Entscheidung, die zwar die Zukunft sichern, aber dafür die augenblickliche wirtschaftliche Situation massiv gefährden kann, muss von einer breiten Mehrheit getragen werden. Hierzu ist eine genaue Einschätzung der Lage auf der Basis gesicherter Informationen erforderlich. Diese Informationen kann und muss die Selbstverwaltung liefern.

## Zahnärztliche Versorgung in der GKV

*An die Stelle anonymer Sachleistungssysteme muss die Transparenz der Kostenerstattung treten. Die europarechtliche Entwicklung fördert die Beseitigung des starren Sachleistungsprinzips.*

*Budgets und floatende Punktwerte sind qualitäts- und leistungsfeindlich und als planwirtschaftliches Instrument abzulehnen.*

*Die Vertragsleistungen müssen unter Berücksichtigung des §12 Abs. 1 SGBV (ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich) neu definiert werden. Die diesen Rahmen überschreitenden Leistungen müssen zwischen Arzt und Patient frei vereinbar sein, ohne dass dem Patienten der Anspruch auf Erstattung für die Grundleistung verloren geht.*

*Nicht alles medizinisch Machbare kann solidarisch finanziert werden.*

Die Probleme des deutschen Gesundheitswesens - und hier insbesondere die des gesetzlichen Krankenversicherungssystems - sind seit Jahren bekannt. Viele gesundheitspolitische Experten und GesundheitsökonomInnen warnen seit Jahren vor den Folgen einer zunehmenden Überalterung unserer Gesellschaft, einer stetig steigenden Zahl chronisch kranker Menschen und des damit verbundenen Kostendrucks in einem überwiegend solidarisch finanzierten Gesundheitssystem. Wegen der fehlenden Kapitaldeckungssystematik, wie sie im Bereich der Privaten Krankenversicherung gegeben ist, kommt es in der GKV zu einer fehlenden Demographieresistenz. Ergänzt wird diese Entwicklung durch einen sich rasant entwickelnden medizinischen Fortschritt, der wiederum das medizinische Leistungsspektrum ausdehnt, was auf der einen Seite zwar die Qualität der medizinischen Versorgung steigert, aber auf der anderen Seite auch entsprechende (Mehr-)Kosten verursacht. Belastungen durch eine Vielzahl von versicherungsfremden Leistungen und ein Zuwachs an Bürokratie mit überbordenden Verwaltungskosten, die mittlerweile mehr als die Gesamtausgaben für den zahnärztlichen Bereich ohne ZE ausmachen, runden die Ausgabenproblematik der GKV ab.

Zu der so vorprogrammierten Kostenexplosion auf der Ausgabenseite addiert sich zur Gesamtproblematik des deutschen Gesundheitswesens noch die Misere auf der Einnahmenseite: Eine durch den demografischen Wandel bedingte schwindende Basis von Beitragszahlern sowie eine hohe Arbeitslosigkeit und eine fortbestehende beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen lassen die Einnahmenseite immer weiter schrumpfen bei zahlenmäßig weiterhin fortbestehenden Anspruchsberechtigten.

In der Vergangenheit sind die unzähligen kläglichen Reformversuche der Politik, sich dieser Kernprobleme anzunehmen und ehrliche Lösungswege aufzuzeigen, allesamt gescheitert. Ernüchternd muss man zur Kenntnis nehmen, dass allzu oft wahltaktische Gründe die jeweilige Regierungskoalition davon abgehalten haben, ernst gemeinte Ansätze einer lange überfälligen grundlegenden Gesundheitsreform zu verfolgen und die Problemverursacher wirklich an der Wurzel zu packen.

Ärztemangel, die sinkende Bereitschaft, sich freiberuflich in eigener Praxis niederzulassen oder alternativ auch die Flucht der Mediziner ins Ausland sind deutliche Indikatoren für die wahren Probleme in der GKV. Auf lange Sicht wird nicht mehr die Antwort auf die Frage interessieren, welche Leistungen unter welchen Bedingungen und zu welchem Preis erbracht werden können, sondern vielmehr, wer zukünftig überhaupt noch bereit, willens und betriebswirtschaftlich in der Lage sein wird, unter solchen Voraussetzungen qualitativ hochwertige medizinische und zahnmedizinische Leistungen zu erbringen.

Kernproblem im zahnärztlichen Leistungssektor ist die Tatsache, dass gerade die Krankenkassen stets bestrebt sind, alle aktuell zur Verfügung stehenden modernen Diagnose- und Therapieverfahren ihren Versicherten anbieten zu können, ohne die Finanzierbarkeit solcher Leistungen zu berücksichtigen. Durch diese Entwicklung ist über Jahrzehnte eine „100%-Mentalität“ der gesetzlich Versicherten impliziert worden, die eine solidarische Grundabsicherung heute vollkommen überschattet. Nach dem Motto „Alles für alle gleich“ wurde von der Politik und den Krankenkassen über viele Jahre ein Bild mit der Botschaft gezeichnet, dass jeglicher medizinischer Fortschritt und ein Großteil des gesamten Leistungsspektrums in der GKV finanzierbar wären.

Weil dies real natürlich nicht der Fall ist, hat der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen die Instrumente „Budgetierung, Degression und Punktwerte“ und den sog. Risikostrukturausgleich (RSA) als für die Versicherten anonyme Steuerungselemente an die Hand gegeben. Der ganze Kostendruck entlädt sich somit in Richtung „Zahnärzteschaft“, die von der Politik vor das dauerhaft unlösbare Problem einer gerechten Verteilung viel zu knapper Ressourcen über die eigene Selbstverwaltung (KZVen) gestellt wurde. Das Mengenisiko wird also exklusiv von den sog. „Leistungserbringern“ abgepuffert. Aufgrund des Kostendrucks in anderen Bereichen (z.B. Arzneimittel) sind die Krankenkassen unter Berufung auf die gesetzlich festgeschriebene Beitragssatzstabilität in der Regel nicht bereit, trotz zum Teil Unterschreitung der Budgets für zahnärztliche Leistungen, die Punktwerte adäquat anzuheben.

In Perioden gesellschaftlicher Krisen, Notstände, allgemein ungefestigter Infrastruktur ist die Sachleistung durchaus eine solidarische Errungenschaft. In Zeiten prosperierender Ressourcen bleibt dieser Vergabemodus auch finanzierbar. In der stabilen marktwirtschaftlichen Gesellschaft, deren Austausch sich auf Ware-Geld-Beziehungen gründet, ist die Notwendigkeit, Sachleistungen auszuschütten, hinfällig. Das Konservieren dieser Leistungsform maskiert lediglich die Begrenztheit der Mittel im Gesundheitswesen und verlagert die Verantwortlichkeiten vom Gesetzgeber, der Rahmenbedingungen zu bestimmen hat und dem Patienten, welcher Leistungen nachfragt, unzulässigerweise auf die Ärzte/Zahnärzte, welche diese Leistungen anbieten.

Das System der „Befundorientierten Festzuschüsse“ ist den meisten Krankenkassen ein Dorn im Auge, da neben fehlender Budgetierungsmöglichkeit Zahnersatz zudem keine Sachleistung mehr darstellt und mithin die üblichen Einflußmöglichkeiten weggefallen sind. Die Sorge, dass diese Systematik auch auf andere Leistungsbereiche innerhalb der GKV übertragen wird, ist deshalb groß. Um so mehr werden die Krankenkassen versuchen, die Festzuschüsse mit allen Mitteln zu bekämpfen.

Der Faktor „Durchdringungsgrad“ der Zahnärzteschaft spielt für den Erfolg der einzelnen Maßnahme eine Schlüsselrolle. So war auch bei der Etablierung der Mehrkostenregelung für Compositefüllungen ganz entscheidend, dass die aufgezeichneten Wege flächendeckend von der gesamten Zahnärzteschaft umgesetzt worden sind und somit die Macht des faktisch Geschaffenen das weitere Geschehen bestimmte. Die Tatsache, dass trotz lange unklarer Rechtslage sehr viele Praxen von der Möglichkeit der Analogberechnung nach § 6 GOZ bei Compositefüllungen Gebrauch gemacht haben, hat für diese Therapieform eine leistungsgerechte Honorierung zur Folge gehabt, ohne dass die Patienten ihren Anspruch auf die Grundleistung eingebüßt haben.

Dies sollte der Ansatz für unser weiteres Vorgehen sein. Weite Teile des bisherigen Leistungskataloges bzw. Versicherungsumfanges in der GKV könnten in die Eigenverantwortung der Patienten übergeben werden. Ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen kann sich auf einen Kernleistungsbereich beschränken. Darüber hinausgehende Leistungen können in Eigenverantwortung abgesichert werden. Das vielbeschworene Bewußtsein der Bevölkerung in Sachen "Eigenverantwortung" ist durch das System der GKV über Jahrzehnte bewußt fehlgesteuert worden. Eigenverantwortlich mit Bereichen von Gesundheitsleistungen umzugehen, die nicht mehr einer Versicherungspflicht unterliegen, setzt bei den Patienten voraus, dass sie ihre Behandlungsbedürftigkeit auch selbst erkennen, den Stellenwert von Prophylaxe und Vorsorge für sich selbst richtig einordnen, finanzielle Mittel für ihre eigenen Versorgungen vorhalten oder sich selbst um einen adäquaten Versicherungsschutz bemühen.

Schlußfolgernd präferieren wir anstelle der Sachleistung die konsequente Kostenerstattung. Sie wirkt der Verschwendung entgegen, weist den Teilnehmern im Gesundheitswesen ihre jeweiligen Verantwortlichkeiten zu und erleichtert, sowohl einen Reformbedarf zu erkennen als auch Lösungsansätze zu formulieren.

## **Privatzahnärztliche Versorgung**

*Der Verordnungsgeber hat die Pflicht, die Gebührenordnung den wissenschaftlichen Erkenntnissen und der wirtschaftlichen Entwicklung kontinuierlich anzupassen. Dabei darf die Haushaltslage der öffentlichen Hand keine Rolle spielen. Beschränkungen der Gebührenhöhe mit einer Pflicht zur Behandlung sind nicht akzeptabel.*

Die 1988 vom Bundestag verabschiedete Gebührenordnung für Zahnärzte hat bis heute unverändert ihre Gültigkeit. Der gesetzlich verankerten Pflicht zur Anpassung an die wissenschaftlichen, medizintechnischen und wirtschaftlichen Entwicklungen ist der Gesetzgeber seitdem nicht nachgekommen. Wir fordern deshalb eine regelmäßige Aktualisierung der Leistungsbeschreibungen auf den aktuellen medizinischen Stand. Neue evidenzbasierte Therapieformen (z.B. Dentineadhäsivtechnik, gesteuerte Geweberegeneration) sollten aufgenommen werden.

Die Leistungsbeschreibung sollte der bestehenden Systematik folgen und somit einzelne Behandlungsschritte zur Therapie eines Krankheitsbildes bewerten. Eine Beschreibung nach Leistungskomplexen für definierte Krankheitsbilder ist abzulehnen. Die ökonomische Bewertung der Leistung soll der allgemeinökonomischen Entwicklung folgen. Neben der Kostensteigerung (Material-, Personal-, Investitions-, Verwaltungs- und Betriebskosten) darf der freie Zahnarzt nicht von einer unternehmerischen Gewinnentwicklung abgeschnitten werden.

Die Tatsache, dass die überwiegende Zahl der Beamten beihilfeberechtigt und privatversichert ist, hat mit einer Gebührenordnung für den freien Zahnarzt nichts zu tun. Der Gesetzgeber darf die Haushaltslage der Staatskasse und Krankenversicherungsunternehmen nicht zur Grundlage der Leistungsbewertung eines freien Berufes machen. Dies widerspricht allen marktwirtschaftlichen Prinzipien und wäre ein planwirtschaftlicher Eingriff in die auf dem freien Markt ihre Leistung anbietende Zahnarztpraxis. Der Mißstand der öffentlichen Hand und von Versicherungsunternehmen, seinen Staatsdienern im Beihilferecht bzw. ihren Versicherten versprochene Kostenübernahmen für zahnmedizinische Leistungen nicht mehr erstatten zu können, kann nicht Grundlage einer gesetzlichen Leistungsbewertung eines freien Berufes sein. Er berücksichtigt

nicht die Entwicklung der ökonomischen Rahmenbedingungen einer freien Zahnarztpraxis. Die Folgen einer schlechten Haushaltslage hat nicht der Zahnarzt (Leistungserbringer), sondern der Beihilfeempfänger (Leistungsempfänger) zu übernehmen. Wenn der Staat in seiner Pflicht, Rahmenbedingungen zu schaffen, Gebührenordnungen erläßt, so hat er sich an den gesundheitsökonomischen Daten für die durch selbstständiges Unternehmertum entstandenen Praxen zu orientieren.

Eine Behandlungspflicht zu begrenzten Honoraren lehnen wir ab. Die ärztliche Hilfeleistung im Notfall bleibt davon unberührt.

Auch im Bereich der Privaten Krankenversicherung dürfen die ökonomischen Bedürfnisse der Versicherungsunternehmen nicht Grundlage des Honorars sein.

Kriterien der Gebührenhöhe können allein Investitionskosten, Materialkosten, Personalkosten, Betriebskosten, Verwaltungskosten und Unternehmergewinn sein.

In keinem Beruf richtet sich das erzielbare Einkommen nach Versicherungstarifen, die von Leistungsempfängern zur Absicherung der Kosten des Leistungsrisikos abgeschlossen werden. Die Beitragshöhe von Versicherungen muss sich nach den Preisen der Leistungserbringer richten und nicht umgekehrt.

Wietze, d. 31.05.2009

Der Vorstand der ZfN