

Gemeinsame Pressekonferenz zum Deutschen Zahnärztetag 2005

am 28. Oktober 2005 Abgeordnetenhaus von Berlin
im ehemaligen Preußischen Landtag

Als Gesprächspartner stehen Ihnen zur Verfügung:

- **Dr. Dr. Jürgen Weitkamp**
Präsident der Bundeszahnärztekammer
- **Dr. Wolfgang Eßer**
Stellv. Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
- **Prof. Dr. Georg Meyer**
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Für Rückfragen:

Jette Krämer
Abt. Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Bundeszahnärztekammer
Tel.: 030 - 40005-150
Fax: 030 - 40005-159
e-mail: j.kraemer@bzaek.de

Dr. Reiner Kern
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Tel.: 030 - 28017927
Fax: 030 - 28017920
e-mail: r.kern@kzbv.de

Markus Brakel
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Tel.: 0211 - 7183601
Fax: 0211 - 7183582
e-mail: markus.brakel@dgzmk.de

Bundeszahnärztekammer

Chausseestr. 13 · 10115 Berlin
Tel.: (030) 400 05-0
Fax: (030) 400 05-200

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Lieseengangstraße 17a · 40211 Düsseldorf
Tel.: (0211) 61 01 98-0
Fax: (0211) 61 01 98-11

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Vertretung der KZBV am Regierungssitz
Reinhardtstr. 34 · 10117 Berlin
Tel.: (030) 28 01 79-0
Fax: (030) 28 01 79-20

Gemeinsame Presseerklärung von BZÄK, DGZMK und KZBV zum Deutschen Zahnärztetag 2005

Den zahnmedizinischen Fortschritt in die Praxis tragen

Berlin, 28. Oktober 2005 – Mit der zentralen Forderung nach einer Gesundheitspolitik, die den rasanten Fortschritt der Zahnmedizin allen Versicherten zugänglich macht, traten heute die drei großen Organisationen des zahnärztlichen Berufsstandes, Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) anlässlich des Deutschen Zahnärztetages in Berlin an die Öffentlichkeit.

Die gemeinsame Tagung aller wissenschaftlichen Gesellschaften der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die erstmalig in Rahmen des Zahnärztetages stattfindet, belegt eindrucksvoll die hoch entwickelten Diagnose- und Therapiemethoden, über die die Zahnmedizin heute verfügt. Sie hat sich grundlegend von der Reparatur- zur Vorsorgemedizin gewandelt. Die wissenschaftlichen Fortschritte finden ihren Ausdruck im Konzept der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, das am 30. Oktober erstmals der Fachöffentlichkeit vorgestellt wird.

Entscheidende Herausforderung für die Gesundheitspolitik der neuen Bundesregierung sei es sicherzustellen, dass auch zukünftig alle Patienten an den Fortschritten der Zahnmedizin teilhaben könnten,

Bundeszahnärztekammer

Chausseestr. 13 · 10115 Berlin
Tel.: (030) 400 05-0
Fax: (030) 400 05-200

**Deutsche Gesellschaft für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde**

Liesegangstraße 17a · 40211 Düsseldorf
Tel.: (0211) 61 01 98-0
Fax: (0211) 61 01 98-11

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Vertretung der KZBV am Regierungssitz
Reinhardtstr. 34 · 10117 Berlin

Tel.: (030) 28 01 79-0
Fax: (030) 28 01 79-20

so die einhellige Feststellung der Zahnärzteorganisationen. Die Zahnärzteschaft stelle sich der Aufgabe mit zahlreichen Maßnahmen in den Bereichen Fortbildung und Qualitätssicherung. Bisher wirkten sich aber die politischen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung eher nachteilig auf das Ziel der Zahnärzteschaft aus, Patienten „state of the art“ zu behandeln.

Die zahnärztlichen Organisationen stehen bereit, mit der Politik zu beraten, wie der medizinische Fortschritt unter präventivem Ansatz noch stärker in die Praxen getragen werden kann. Die befundbezogenen Festzuschüsse, die zu Jahresbeginn für Zahnersatz in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt wurden, bezeichneten die Zahnärzte-Repräsentanten als ermutigenden Schritt in die richtige Richtung, wenn auch sehr bürokratielastig. Dringend geboten sei nun, die zahnärztliche Arbeit in ihren vielfältigen Möglichkeiten in der Praxis weiter zu erleichtern und zu entbürokratisieren.

Ziel müsse es sein, einen fairen Wettbewerb von Versicherern nach Beitrag und Leistungskatalog auf der einen Seite und Wettbewerb nach Leistung und Qualität bei den Zahnärzten auf der anderen Seite zu ermöglichen.

Für Rückfragen:

Jette Krämer
Abt. Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Bundeszahnärztekammer
Tel.: 030/4005 150, Email: presse@bzaek.de

Dr. Reiner Kern
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Tel.: 030/28017927, Email: r.kern@kzbv.de

Markus Brakel
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Tel.: 0211/7183601, Email: markus.brakel@ish.de

Bildmaterial

kann unter http://www.axentis.de/dzt2005_presse01 heruntergeladen werden.



**Rede des
Präsidenten der Bundeszahnärztekammer
Dr. Dr. Weitkamp
anlässlich der Zentralveranstaltung des
Deutschen Zahnärztetages
am 28.Oktober 2005
im Abgeordnetenhaus von Berlin
im ehemaligen Preußischen Landtag**

Es gilt das gesprochene Wort

**Rede des Präsidenten der Bundeszahnärztekammer,
Dr. Dr. Weitkamp, anlässlich des Deutschen Zahnärzteta-
ges 2005 in Berlin**

„Der Politiker denkt an die nächsten Wahlen, der Staatsmann an die nächste Generation“ habe ich von Gladstone gelernt und, ist das nicht ein vernünftiger Maßstab, den wir an alles das legen sollten, was zur Zeit in der Politik in Berlin geschieht?!

Da in einer Demokratie das Volk immer die Regierung bekommt, die es verdient hat, wird nach dieser Bundestagswahl, die das gesamte Gefüge der politischen Kräfte durcheinandergewirbelt hat, für den Wähler erst jetzt langsam klar,

1. wie schwer er es allen Beteiligten gemacht hat und
2. dass das Regieren noch eine Weile auf sich warten lässt.

Dabei müssen viele Probleme dringend angepackt werden - vom defizitären Haushalt und der unerträglichen Staatsverschuldung über die besorgniserregenden Arbeitslosenzahlen bis zur Zukunft der Rentenversicherung und eben auch den Problemen einer Gesetzlichen Kran-

ken- versicherung, bei der die zwei größten Herausforderungen: die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt auch nur annähernd nicht in den Griff genommen wurden!

Wenn unser Land wieder zukunftsfähig werden soll, sind an die Große Koalition, die wir wahrscheinlich bekommen, hohe Erwartungen gestellt, und wir müssen uns fragen, ob diese realistischerweise erfüllt werden können.

Große Koalitionen sagt man, seien schlecht für die Demokratie. Auf jeden Fall haben sie ihre eigene Gesetzlichkeit. Befürchtet werden muss, dass jede Seite ständig auf der Lauer liegt, um sich selbst zu profilieren. Wenn das aber nicht so ist, bieten sich tatsächlich Möglichkeiten und Chancen grundlegender und langfristig wirksamer Strukturereformen.

Die Große Koalition 1966 – 69 hatte schon nach wenigen Wochen die Deckungslücke im Haushalt geschlossen, an der die vorangegangene Regierung gescheitert war. Man kann also viel bewirken, - wenn man denn will. Es wird großes Geschick von einer zukünftigen Kanzlerin erfordern, ihre Richtlinienkompetenz anzuwenden und das so zu tun, dass die Koalition, das bleibt, was der Name sagt, ein Bündnis.

Eines ist sicher: Das bloße Klagen über die Zukunft unseres Landes löst die Probleme nicht.

Was uns helfen kann, ist rasches und entschlossenes Handeln. Richard von Weizsäcker hat schon Recht „Allgemein gesagt ist jede parlamentarische Demokratie auf einem Strukturproblem aufgebaut, nämlich der Verherrlichung der Gegenwart und der Vernachlässigung der Zukunft.“

Die mangelnde Zukunftsfähigkeit unserer Gesellschaft zeigt sich heute am unmittelbarsten in der Überlastung des Sozialstaats.

Weder ein bloßes Reagieren auf die vorgegebenen Trends möchten wir von der Politik sehen noch sog. „Handeln durch Nicht-Handeln“, also Aussitzen, was meist die beste Garantie für ein langes Überleben in politischen Führungspositionen zu sein scheint. Nachhaltigkeit ist als Schlagwort in aller Munde. Nur in der Gesundheitspolitik scheint sie bisher keine besondere Rolle zu spielen.

So ist auch vor Schnellschüssen bei der Lösung der latenten Krise der gesetzlichen Krankenversicherung, wie z.B. der von Lauterbach vorgeschlagenen Steuersubventionierung zur Rettung seiner Bürgerversicherung als zukünftige GKV zu warnen. Hier macht man es sich viel zu einfach. Solche kurzatmigen Maßnahmen helfen nicht weiter und verschleiern die Probleme nur. Die Gesetzliche Krankenversicherung muss nicht allein auf der Einnahmenseite

sondern auch auf der Leistungsseite gründlich reformiert werden.

Die Schönfärberei der Gesundheitspolitik, darf auch mal ein Ende haben, ja sie muss es.

Wie wäre es einmal mit Reformen frei von Ideologie, Lösungen, die nur auf der Ratio beruhen und damit ein Ende des „Try and Error“?

Die deutsche Zahnärzteschaft wird auch der neuen Regierung eine konstruktive Zusammenarbeit anbieten, bei der wir mit unseren Konzepten dazu beitragen wollen, einen Weg aus der Dauerkrise der vergangenen Jahre zu finden.

So beklemmend der Reglementierungstrend der GKV, insbesondere die Budgetpolitik, für uns Heilberufe seit vielen Jahren ist: Eine isolierte Betrachtung der Zahnheilkunde in der Gesetzlichen Krankenversicherung muss wohl überlegt sein. Sehr eng ist präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, mit den anderen medizinischen Versorgungsbereichen verknüpft.

Aber statt all des Regulierungswahns, der letztlich nur eine heimliche Rationierung verschleiert, sollte eine neue Systematik gefunden werden, die einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nach Leistungsangebot und Tarifen sowie gleichermaßen einen Wettbewerb der Zahnärzte nach Leistung und Qualität ermöglicht. In diesem Sinne muss das Festzuschussystem ausgebaut werden. Befundorientierte Festzuschüsse in ihrer genuinen, unverfälschten Form stellen sowohl aus wissenschaftlich-fachlicher Sicht als auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive ein ideales Steuerungsmodell dar, und zwar für alle Bereiche unseres Faches und alle Versicherungsarten.

Wenn Transparenz im Gesundheitswesen eingefordert wird, so erweist sich, ob diese Forderung ernst gemeint ist daran, ob man bereit ist, Kostenerstattung einzuführen. Wir fordern dabei eine selektive Kostenerstattung für die Zahnmedizin, die nicht obligatorisch sein muss, aber vom Patienten als auch vom Zahnarzt gewählt werden kann, wie es dies in fast allen europäischen Ländern gibt.

Es muss endlich Schluss sein damit, dass immer nur heiligen Kühen angehängen wird, wie dem Sachleistungsprinzip. Schauen wir doch endlich auch einmal über unseren Zaun nach Europa!

Wie ein wettbewerbsorientiertes System in der Praxis funktioniert, wird ganz vorrangig davon abhängen, welches Vertrauensverhältnis die Zahnärzte zu ihren Patienten aufgebaut haben und wie sie ihre Patienten aufklären. Insofern wird sich auch die Inanspruchnahme der Leistungen im Zahnersatzbereich einpendeln – auf etwas niedrigerem aber solidem Niveau. Das von manchen Kreisen geradezu herbeigewünschte Desaster einer Patientenüberteilung durch die Zahnärzte ist nach allen vorliegenden Zahlen ausgeblieben. Trotz der von uns in ihrer Kompliziertheit – das ursprüngliche Konzept beruhte auf 12 befundbezogenen Festzuschüssen – nicht gewollten sondern aufgezwungenen jetzigen überregulierten Festzuschussystematik im Prothetikbereich können wir mit Fug und Recht feststellen: Die Situation wird von den Zahnärzten mit großer Verantwortung gemeinsam mit ihren Patienten gestaltet.

Ich bekenne mit einem gewissen Stolz, dass diese Verantwortung aus der freiberuflichen Grundüberzeugung der Zahnärzteschaft resultiert. Wieder einmal sehen wir uns in unserer Haltung bestätigt, dass Freiberuflichkeit eng mit sozialer Verantwortung verbunden ist. Deshalb verstehen wir auch das zahnärztliche Berufsrecht, also unsere Stan-

desregeln, als Instrumentarium, die Unabhängigkeit zu schaffen, die wir brauchen, um unseren ärztlichen Verpflichtungen nachkommen zu können. Denn der Freie Beruf ist von der Erkenntnis geprägt: Freiheit in verantworteter Bindung führt erst zur wirklichen Freiheit.

Die Kammern nehmen ihre Rolle als Garanten so verstandener Freiberuflichkeit sehr ernst. Sie entwickeln sich in dieser Rolle weiter, und wir fordern unsere zukünftige Bundesregierung auf, die Bedeutung der Kammern zu stärken und gerade auch in Europa als ein Modell zu vertreten.

Vor allem auch unter diesem Aspekt unserer gut funktionierenden ehrenamtlich selbstverwalteten Kammern sieht es die Bundeszahnärztekammer als einen Skandal an, dass die niedergelassenen Zahnärzte in Deutschland unter zunehmenden bürokratischen Pressionen zu leiden haben. Nehmen Sie nur das Problem der sog. Praxisbegehungen. Hier wird gegen alle Grundsätze der Verhältnismäßigkeit verstoßen und im übrigen auch gegen Artikel 13 des Grundgesetzes, der die Unverletzlichkeit der Wohnung einschließlich der Praxisräume schützt. Der nordrhein-westfälische Arbeits- und Sozialminister Laumann ist voll darin zu unterstützen, wenn er hier die Verantwortlichkeiten neu ordnen will. Allenfalls bei konkretem Anlass im Einzelfall könnten von extern Kontrollmaßnahmen angebracht sein. Die professionelle Verantwortungskompetenz liegt aber beim Berufsstand selbst. Zahnärzte sind eben

keine Würstchenbudenbesitzer, so ehrenwert auch dieser Beruf sein mag. Zahnärzte haben immerhin auch Hygiene studiert. Als freiberufliche Zahnärzte tragen sie Verantwortung für sich selbst und ihre Familie, ihre Mitarbeiterinnen und die Patienten. Es ist ihnen schon zuzutrauen, dass sie auch ihre Praxis im ordnungsgemäßen Zustand halten und sich und ihre Patienten nicht schädigen. Wir erwarten deshalb, dass die professionelle Eigenverantwortung des Zahnarztes grundsätzlich anerkannt wird und das Gegenteil im – sehr seltenen - Einzelfall erst bewiesen werden muss.

Die Bundeszahnärztekammer als Zusammenschluss der Zahnärztekammern sieht sich in der Gesamtverantwortung für den zahnärztlichen Berufsstand. Und zwar sowohl in Deutschland als auch im Hinblick auf europäische Entwicklungen. Wir können und dürfen uns dabei nicht auf die Politik verlassen. Nach unserer Auffassung besteht Politik nicht nur im Verteidigen des Status quo. Wirkungsvolle Politik muss auf Veränderung setzen, um zum Guten und Besseren zu gestalten. Kommt die Politik dieser Aufgabe nicht nach, muss der Berufsstand handeln. Die Bundeszahnärztekammer wartet deshalb nicht auf die Politik. Sie geht die notwendigen Veränderungen selbst tatkräftig an.

Kammerpolitik ist Management der Veränderung, wer glaubt, mit Sichern und Verteidigen des Erreichten die Zukunft gewinnen zu können, der hat schon verspielt.

Das gilt für alle Gebiete des Berufsstandes.

So auch für die Approbationsordnung, wo wir auf gutem Wege sind.

Unser ganz solides Fundament ist die Prävention. Was wir in den letzten 15 Jahren bei den Jugendlichen, aber jetzt auch bereits nachweisbar in anderen Altersgruppen, durch Prophylaxe im Rahmen der Primärprävention geleistet haben, ist beispielhaft und vorbildlich im gesamten Medizinbereich.

Nicht zuletzt auch bei der Sekundär- und Tertiärprävention befinden wir uns auf festem Boden, wenn wir versuchen, mit jedem unserer eingesetzten Therapiemittel nicht nur die Funktion wiederherzustellen, sondern gleichzeitig auch das Risiko, das zur Erkrankung geführt hat, auszuschalten oder zumindest zu minimieren.

Unter diesem Aspekt wurde nun die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde neu beschrieben. Wir haben einen ausführlichen Ansatz gewählt von Befunden und Diagnosen und das gesamte Feld der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erfasst. Nur das effektive Zusammenspiel von Wissenschaft und Berufspolitik hat uns diese grundlegende Beschreibung ermöglicht. Bundeszahn-ärztekammer und Kassen-

zahnärztliche Bundesvereinigung haben in intensivem Zusammenwirken mit der DGZMK diese neue Beschreibung vollendet und sie zukunfts offen gestaltet. Wir haben die große Freude, sie zum Deutschen Zahnärztetag vorstellen zu können.

Es ist von Idee und Ausführung ein gewaltiges Werk und ich habe allen Grund, vor allem den Wissenschaftlern, aber auch den beteiligten Landespolitikern, Dank zu sagen und hohe Anerkennung auszusprechen.

Für die Politik ist diese Arbeit eine ideale und fachlich fundierte Grundlage. Wir erwarten deshalb auch, dass zukünftige politische Entscheidungen sich diesen Sachverständigen, den wir anbieten, auch angemessen zunutze machen. Das gilt z.B. für eine neue Gebührenordnung für Zahnärzte.

Eine zukünftige GOZ muss das gesamte Spektrum dessen, was die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu leisten imstande ist, widerspiegeln.

Auch wenn ein Bema noch so modern gestaltet wird, er wird immer durch das Wirtschaftlichkeitsprinzip und die begrenzten Mittel des öffentlich-rechtlichen Solidarsystems reduziert sein müssen.

Die Forderung von Politik, Versicherern und Beihilfe zur Aufrechterhaltung der jetzigen Erstattungssystematik einen leicht erweiterten Bema Katalog als GOZ vorzulegen, verkennt völlig, dass

1. auch der noch so modern gestaltete Bema immer durch das rigide Wirtschaftlichkeitsgebot und die begrenzten Mittel des umlagefinanzierten Solidarsystems nur ein sehr eingegrenzter Katalog sein kann und
2. der Leistungskatalog eines Freien Berufsstandes doch wohl strikt zu trennen ist von der Tarifgestaltung der Versicherungswirtschaft.

Außerdem müssen wir uns schon fragen, ob die PKV, wenn sie nur einen erweiterten Bema wünscht, mit aller Gewalt selbst ihre systematische Angleichung an die GKV betreiben will.

Die Zahnärzte als leistungsstarker Berufsstand müssen der neuen Bundesregierung klarmachen, dass der Patient zukünftig sehr viel deutlicher seine Therapie selbst bestimmen und dass er in vielen Fällen hochwertige Zahnheilkunde verlangen wird. An einer solchen therapeutischen „shared decision“ kommt auch die Politik nicht vorbei. Sie muss auch erkennen, dass die Zahnärzte ihren Patienten diese hochwertige Zahnheilkunde bieten können und wollen. Hier dürfen wir keine Deutlichkeit scheuen.

Eine solche Neuorientierung des Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses jenseits von staatlicher Gängelung und Kassenbevormundung setzt aber auch neue ordnungspolitische Rahmenbedingungen des gesundheitlichen Versorgungssystems voraus. Daher erwarten wir von der neuen Bundesregierung, dass sie sich wieder auf die Grundprinzipien der Sozialen Marktwirtschaft besinnt. Hierzu gehört die Freiheit, Initiative ergreifen zu können. Die Politik muss allein Rahmenbedingungen schaffen und sich selbst ständiger Eingriffe in alle Lebenszusammenhänge enthalten, denn sonst wird jede Initiative im Keim erstickt. Wir denken an die 8000 Paragraphen, die in den letzten 15

Jahren allein in der GKV geschaffen oder verändert wurden. Ich fand dazu in einem Aufsatz unseres heutigen Festredners zu einer ähnlichen Thematik folgendes Tacitus Zitat:

„Corruptissima res publica, plurimae leges“ – Je verdorbener der Staat, umso mehr Gesetze.

Das Subsidiaritätsprinzip darf nicht nur Lippenbekenntnis sein und allenfalls für die Abgrenzung von Zuständigkeiten in Europa bemüht werden. Ohne Privatinitiative wird sich auch der Sozialstaat nicht annähernd auf dem Niveau halten lassen, wie wir ihn uns vorstellen. Ludwig Erhard hat immer besonderen Wert darauf gelegt, dass nur der Fleiß und die Initiative der Bürger das erwirtschaften können, was der Staat umverteilen kann, um Not zu lindern und sozialer Verantwortung nachzukommen

Es ist bemerkenswert, dass wir diesbezügliche Erwartungen an eine Große Koalition richten müssen. Aber vielleicht bietet sie die einzige Chance, unter dem Druck der Probleme wieder einen Konsens über die Soziale Marktwirtschaft zu finden und über das Maß an Freiheit auf der einen, staatlicher Intervention auf der anderen Seite. Bisher hat jede Seite Soziale Marktwirtschaft für sich reklamiert, aber jeweils nach ihrem politischen Gusto interpretiert. Vielleicht lässt sich dieses Erfolgsrezept Deutschlands wieder beleben um in unserer aktuellen Situation neuen Aufschwung daraus zu gewinnen.

Es genügt nicht, dass die Politik in PR-Kampagnen suggeriert „Du bist Deutschland“ und sich der einzelne mal als Ludwig Erhard, mal als Beethoven fühlen soll. Wie die Probleme angegangen werden – wieder nur halbherzig im Sinne des kleinsten gemeinsamen Nenners, – oder ob durchgreifende Lösungen gefunden werden: An diesem Prüfsteinen wird sich erweisen, ob der Wähler - unterstellen wir, wie sonst immer - Recht gehabt hat oder sich diesmal wirklich geirrt hat.

Daran wird sich auch erweisen, ob die Demokratie in Deutschland noch handlungsfähig ist und ein Vertrauen in die eigenen Kräfte in Deutschland wieder aufgebaut werden kann. Wenn ein „Ruck durch Deutschland“ gehen soll, wie ihn Ex-Bundespräsident Herzog gar nicht weit von diesem Ort forderte, und ein neues Selbstwertgefühl Realität wird, soll es an der tatkräftigen Mitwirkung der freiberuflichen Zahnärzte jedenfalls nicht fehlen.

Dr. Wolfgang Eßer

Den Wettbewerb im Gesundheitswesen sinnvoll fördern

Statement zur gemeinsamen Pressekonferenz der
KZBV, BZÄK und DGZMK am 28.10.2005

- Es gilt das gesprochene Wort -

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Bundestagswahl liegt hinter uns, die Regierungsbildung liegt eigentlich noch immer vor uns. Aber was die Gesundheitspolitik angeht, dürfte auch angesichts der personellen Kontinuität im Ressort schon jetzt fest stehen, dass Reformpolitik weiterhin eine Politik der kleinen Schritte sein wird. Wettbewerb wird ein zentrales Stichwort der Diskussion sein. Alle fordern ihn, und in der Tat: Wir brauchen ihn, auch für die zahnmedizinische Versorgung.

Der Deutsche Zahnärztetag beherbergt diese Woche in Berlin zum ersten Mal alle wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Zahnmedizin unter einem Dach. Das ist eine eindrucksvolle Leistungsschau, die zeigt, wie rasant der wissenschaftliche Fortschritt die zahnmedizinische Versorgung verändern und verbessern kann. Unsere Aufgabe als Teil der Selbstverwaltung ist es, dafür zu sorgen, dass gesetzlich Krankenversicherte an diesem zahnmedizinischen Fortschritt auch teilhaben können.

Möglich wird dies nur durch einen Wettbewerb um die bestmögliche Versorgungsqualität. Wir Zahnärzte stellen uns dem Wettbewerb. Wir haben auf der gestrigen Vertreterversammlung der KZBV klare konzeptionelle Eckpunkte dazu beschlossen, die auch als Einladung und Aufforderung an die Politik zu verstehen sind. Wir erwarten eine am medizinischen Bedarf orientierte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Und wir wollen das GKV-System modernisieren, in dem sich ein Großteil der täglichen Arbeit der Zahnärzte abspielt und auch zukünftig abspielen wird.

Das heißt aber nicht, alle tradierten Regeln über Bord zu werfen: Wir setzen nach wie vor auf den Erhalt freiberuflicher Strukturen und bestehen auf eine freie Arztwahl des Patienten. Externe Einflüsse auf das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient müssen reduziert werden. Das sind die Voraussetzungen für einen qualitätsorientierten Wettbewerb der Zahnärzte um die Patienten.

Wir erwarten nachhaltige und verlässliche Rahmenbedingungen für unseren Berufsstand. Ohne Planungssicherheit, ohne sichere betriebswirtschaftliche Basis kann keine Praxis ausreichend in innovative Behandlungsmethoden investieren. Unerlässliche Rahmenbedingung ist aber auch die möglichst weitgehende Zurückdrängung von bürokratischen Hürden im Behandlungsalltag. Das betrifft zum Beispiel die Wahl der Kostenerstattung, die für den Patienten heute noch mit

erheblichen Umständen und Nachteilen verbunden ist. Sie kann zweifellos und problemlos vereinfacht werden.

Wer einen qualitätsorientierten Wettbewerb will, der muss auch dafür sorgen, dass Qualität messbar wird. Wir arbeiten an der Weiterentwicklung und Implementierung von Qualitätsmanagement und Qualitätsförderung. Daher haben wir auch gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer eine *Agenda Qualitätsförderung* entwickelt.

Wir möchten die anstehenden Aufgaben – das ist unser klarer Anspruch - durch den Berufsstand selbst bewältigen. Gelingen kann das nur, wenn es eine gut funktionierende körperschaftliche Vertretung der Zahnärzte im Rahmen einer starken Selbstverwaltung gibt.

Kassenzahnärztliche Vereinigungen sind also mitnichten entbehrlich. Sie sind und bleiben die Sparringspartner der Krankenkassen bei der kollektiven Vertragsgestaltung. Kollektivverträge sind den sogenannten „Einkaufsmodellen“ der Krankenkassen überlegen. Letztere führen zu ungleichgewichtigen Verhandlungspositionen zwischen Zahnarzt und Krankenkassen. Die Folge ist nicht mehr Qualität, sondern Preisdumping und damit Qualitätsverlust. Der einzelne Zahnarzt darf nicht – verzeihen Sie mir die Zuspitzung – zum geknechteten Zulieferer von Gesundheitsdiscountern mit Rabattideologie auf der Kassenseite werden.

Steigender Wettbewerb ohne sinkende Qualität lässt sich viel eher durch andere ordnungspolitische Ansätze erzeugen: Die befundbezogenen Festzuschüsse, die im Januar 2005 für den Bereich Zahnersatz in der GKV eingeführt wurden, sind die klare Antwort der Zahnärzteschaft auf den allseits hörbaren Ruf nach mehr Wettbewerb unter den Leistungsträgern im Gesundheitswesen.

So wie die Krankenkassen im Wettbewerb um den Versicherten stehen sollen, so stehen die Zahnärzte im Wettbewerb um den Patienten. Festzuschüsse fördern den Wettbewerb. Auf der einen Seite entwickelt der Patient, der für seinen Befund einen Festbetrag erhält, eine größere Sensibilität für das Verhältnis von Qualität und Kosten einer Behandlung. Um ihn in seiner mündigen Entscheidung zu unterstützen, bauen die Zahnärzte zurzeit ein Zweitmeinungsmodell auf. Auf der anderen Seite bietet das Festzuschusssystem dem Zahnarzt, der sich für Leistung und Qualität engagiert, auch faire unternehmerische Chancen.

Wir sehen natürlich, dass Krankenkassen das System befundbezogener Festzuschüsse torpedieren. Und Sie haben selbst bemerkt, dass auch aus den Reihen der Zahnärzteschaft in den letzten Monaten gelegentliches Murren über die Fährnisse der Systemumstellung zu vernehmen war. Das Gros der Zahnärzte steht aber hinter den Festzuschüssen. Die Beschlüsse unserer gestrigen Vertreterversammlung belegen eindrucksvoll, dass der Berufsstand Festzuschüsse als ordnungspolitisch richtigen Ansatz voll unterstützt.

Natürlich ist das Festzuschusssystem noch in der Bewährungsphase und muss sukzessive evaluiert werden. Die Auswirkungen der Systemumstellung werden allmählich abschätzbar. Wir sehen immer deutlicher, dass sich das Behandlungsgeschehen im Bereich Zahnersatz nach umstellungsbedingten Verzerrungen in den ersten Monaten jetzt normalisiert und dem Niveau der Vorjahre annähert. Korrekturbedarf am System besteht nur punktuell.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich das heute an dieser Stelle noch nicht weiter ausführen möchte. Wir werden uns der Diskussion stellen. Die KZBV arbeitet derzeit unter Hochdruck an der Auswertung von umfangreichen statistischen Erhebungen zum Behandlungsgeschehen im Bereich Zahnersatz. Die Erkenntnisse, die wir daraus gewinnen, möchten wir der Öffentlichkeit am kommenden Donnerstag in Berlin im Rahmen einer gesonderten Pressekonferenz vorstellen, zu der wir Sie herzlich einladen. Ich bin zuversichtlich, dass unsere Zahlen belegen werden: Festzuschüsse fördern den sinnvollen Wettbewerb um Qualität.

Vertreterversammlung
am 27.10.2005 in Berlin

Beschlussfassung über eingebrachte Anträge

Zu Top 4. Bericht des Vorstandes

Antragsteller:

Vorstand der KZBV

Betreff:

Resolution:

Zukunftsfähiges Gesundheitswesen

Wortlaut des Beschlusses:

Die Vertreterversammlung der KZBV fordert die Gesundheitspolitiker aller Fraktionen des Deutschen Bundestages auf, folgende Grundsätze zum Leitbild ihrer Politik zu machen:

- Erhalt freiberuflicher Strukturen
- Freie Arztwahl der Patienten und Reduzierung externer Einflüsse auf das Vertrauensverhältnis von Patient und Zahnarzt
- Verlässliche und nachhaltige Rahmenbedingungen für den Berufsstand
- Erleichterung der Kostenerstattung für den Versicherten und Abbau von bürokratischen Hürden
- Zugang für die Patienten zu einer modernen, präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- Erhalt kollektiver Vertragsstrukturen und körperschaftlicher Interessenvertretung
- Weiterentwicklung und Implementierung von Qualitätsförderung und Qualitätsmanagement durch den Berufsstand
- Eine an medizinischem Bedarf und am gesetzlich vorgegebenen Leistungskatalog ausgerichtete, nachhaltige GKV-Finanzierung
- Festzuschüsse als zukunftsweisender Weg in der zahnmedizinischen Versorgung

Abstimmungsergebnis:

mit großer Mehrheit beschlossen

**Vertreterversammlung
am 27.10.2005 in Berlin**

Beschlussfassung über eingebrachte Anträge

Zu Top **4. Bericht des Vorstandes**

Antragsteller:

Vorstand der KZBV

Betreff:

Resolution:

Festzuschüsse für mehr Wettbewerb im System

Wortlaut des Beschlusses:

Mit den befundbezogenen Festzuschüssen beim Zahnersatz sind die Weichen grundsätzlich in die richtige Richtung gestellt worden. Dies ist für die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland ein zukunftsweisender Weg.

Das Festzuschuss-System ist die klare Antwort der Zahnärzteschaft auf die Forderung der Politiker aller Parteien nach mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Im Mittelpunkt dieses Wettbewerbs, in dem die Zahnärzte untereinander stehen, steht der Patient. Der Patient entscheidet gemeinsam mit seinem Zahnarzt über die notwendige Therapie. Auf der anderen Seite stehen die Krankenkassen im Wettbewerb um den Versicherten.

Die sog. "Einkaufsmodelle" der Krankenkassen sind der falsche Weg und führen in eine Sackgasse.

Im Festzuschuss-System gibt es eine Kombination aus Kollektivverträgen mit Festzuschüssen und Individualverträgen zwischen Zahnarzt und Patient bei Ästhetik und Komfortkomponenten. Auf der anderen Seite entscheidet der Versicherte, welches individuelle Versicherungspaket er durch Zusatzversicherungen über die solidarische Grundversorgung hinaus absichern möchte.

Abstimmungsergebnis:

mit großer Mehrheit beschlossen



Kongress steht im Zeichen der Bedeutung zahnmedizinischer Wissenschaften für das Gesamtwohl der Patienten

Statement Prof. Dr. Georg Meyer (Greifswald), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), es gilt das gesprochene Wort

Berlin. Die gemeinsame Tagung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und -gruppierungen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und ihr Kongress "Zahn-MEDIZIN - INTERDISZIPLINÄR" mit angeschlossener Industrieschau bieten zum Deutschen Zahnärztetag 2005 einen nie da gewesenen fachlichen Überblick über den aktuellen "State of the Art" in Forschung und Entwicklung. Als wissenschaftliche Dachorganisation, 1859 gegründet, mit über 15.000 Mitgliedern, sieht die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) in dieser Premiere des interdisziplinären Zusammenrückens eine große Chance, die Bedeutung der nationalen zahnmedizinischen Wissenschaften im zahnärztlichen Berufsstand und in der Öffentlichkeit gleichermaßen angemessen darzustellen. Gemeinschaftstagung, Kongress und Industrieschau geben darüber hinaus dem von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und DGZMK gemeinsam veranstalteten Deutschen Zahnärztetag 2005 einen besonderen Rahmen: Standespolitik – Praxis – Wissenschaft.

Die Veranstaltung soll inhaltlich auch die jüngsten Erkenntnisse über Wechselbeziehungen dokumentieren, die zwischen Erkrankungen der Mundhöhle und anderen Organen nachzuweisen sind. Daraus leitet sich der Anspruch der ZahnMedizin ab, als größter Fachbereich der Medizin verstärkt auf die sich daraus ergebenden Synergien bei Diagnose und Therapie einer Vielzahl von Erkrankungen hinzuweisen. Beispiel für solche Wechselbeziehungen könnte etwa der Patient sein, dessen chronische Rückenschmerzen von keinem Orthopäden kuriert werden können. Er leidet eventuell nicht an einem Bandscheibenvorfall oder anderen Erkrankungen des Rückgrats, sondern an einer craniomandibulären Dysfunktion,

also einer Fehlstellung der Kiefergelenke. Um dieses abzuklären, müsste der Orthopäde darüber informiert sein, dass über die Stellung der Kiefer der gesamte Halteapparat des Körpers beeinflusst werden kann. Deshalb sollte über solche Zusammenhänge nicht nur die Patienten, sondern vor allem auch die Ärzteschaft informiert werden. Sonst kann diese bestimmte Krankheitsbilder nicht endgültig abklären.

Der engen Zugehörigkeit zur Medizin hat die deutsche ZahnMedizin bei der Gestaltung der neuen Approbationsordnung Rechnung getragen. Sie gleicht das ZahnMedizin-Studium in Aufbau und Inhalten stärker an das der Allgemeinmediziner an. Unter Verweis auf die Zusammenhänge bei bestimmten Erkrankungen ist es umso unverständlicher, dass gleichzeitig Elemente der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde aus der Studienordnung der Mediziner verschwinden. Mit der neuen Approbationsordnung hat die deutsche ZahnMedizin auf die Kritik des Wissenschaftsrates zu Anfang des Jahres bereits reagiert. Zu erwarten wäre nun, dass die vom Wissenschaftsrat erhobenen Forderungen nach besserer personeller und finanzieller Ausstattung der Hochschulstandorte für ZahnMedizin ebenfalls umgesetzt werden. Hier sind Bund und Länder gefordert.

Die Förderung der Wissenschaften auf dem Gebiet des Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist eine der zentralen Aufgaben der DGZMK. Die löst sie im Bereich der Weiterbildung über die von ihr gegründete Akademie Praxis und Wissenschaft (APW), einem der führenden Anbieter von entsprechenden Kursprogrammen für Zahnärzte. Um den wissenschaftspolitischen Forderungen mehr Nachdruck zu verleihen, arbeitet sie in der jüngeren Vergangenheit eng mit der Bundeszahnärztekamer (BZÄK), der berufspolitischen Landesvertretung der deutschen Zahnärzte, zusammen. Sie bringt dabei auch die Kompetenz der in ihr vereinten Fachgesellschaften zur Definition von Stellungnahmen, Leitlinien und Qualitätsmerkmalen mit ein, die in Abstimmung mit der BZÄK teils rechtsverbindlichen Status für die Zahnärzteschaft in Deutschland erhalten.

Nur als Einheit hat der im deutschen Gesundheitssystem relativ kleine Part der ZahnMedizin die Chance, sinnvolle Bestimmungen und Regelungen für Behandler

wie Patienten durchzusetzen. Diesen Anspruch wollen Kongress und Deutsche Zahnärzteschaft belegen und untermauern.



Gesundheitspolitischer Forderungskatalog

der Bundeszahnärztekammer



Vorbemerkung

Der zahnärztliche Berufsstand widmet sich kontinuierlich der Verbesserung der Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung. Vor allem auf dem Gebiet der zahnmedizinischen Prävention sind – auch im internationalen Vergleich – deutliche Erfolge zu verzeichnen. Weitere Aspekte, die kontinuierlich und zielführend bearbeitet werden, sind u.a. die Definition von Mundgesundheitszielen, die Qualitätsförderung, die Lebensqualitätsforschung, die Evidenzbasierung und die Wechselwirkungen zwischen oralen und allgemeinen Erkrankungen.

Eine qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung fördert die Qualität der zahnärztlichen Versorgung und stärkt den Wissenschaftsstandort Deutschland. Zur Förderung der Wissenschaft, zur Sicherung der präventiven Erfolge und zur Weiterentwicklung des zahnärztlichen Fachgebietes zum Wohle der Patienten fordert die Bundeszahnärztekammer entsprechende gesundheitspolitische und strukturelle Rahmenbedingungen. Das hier vorliegende Papier versteht sich als der gesundheitspolitische Forderungskatalog der Bundeszahnärztekammer im Vorfeld der Bundestagswahlen im September 2005. Es handelt sich dabei um Forderungen und Grundsätze, an denen wir die Politik der Parteien messen und auf deren Grundlage wir die gesundheitspolitische Diskussion in der Bundesrepublik weiterführen wollen.

Gesundheitspolitik ist Zukunftspolitik – deshalb freut sich der Vorstand der Bundeszahnärztekammer auf fruchtbare und nachhaltige Gespräche mit allen, denen dieses Thema aus gesellschaftspolitischer Verantwortung heraus wichtig ist.

1. Reformen im Gesundheitswesen – die ordnungspolitische Neuorientierung ist unausweichlich

Die Bundeszahnärztekammer stellt fest, dass das deutsche umlagefinanzierte Gesundheitssystem zunehmend an Leistungsfähigkeit verliert. Dies ist insbesondere zurückzuführen auf die Konjunkturabhängigkeit der an den Faktor Arbeit gekoppelten Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und auf die Demographieanfälligkeit dieses Systems. Diese Tatsachen müssen zu einer Neuorientierung des Gesundheitswesens mit folgenden Konsequenzen führen:

- die Eigenverantwortung des Patienten muss durch eine konsequente Förderung präventionsorientierter Leistungen lebenslang gestärkt werden,
- die zahnärztliche Freiberuflichkeit muss wieder gestärkt werden: Der heutige Leistungsstandard des deutschen Gesundheitswesens, das jedem Bürger eine wohnortnahe, zahnärztliche Versorgung ohne Wartelisten garantiert, beruht auf der Leistungsfähigkeit Freier Berufe,
- ein Kernbereich an zahnmedizinischen Leistungen muss über eine konjunktur- und arbeitsmarktunabhängige Grundversicherung abgesichert werden; eine sogenannte „Bürgerversicherung“ wird von der Bundeszahnärztekammer abgelehnt,
- durch Kostenerstattung muss auch im GKV System die Transparenz des Leistungsgeschehens und geschärftes Kostenbewusstsein vermittelt werden,
- durch befundorientierte Festzuschüsse in der gesamten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde eine sozial gerechtere Mittelverteilung perspektivisch zu erzielen und Kostenklarheit zu stärken sowie die Teilhabe des Patienten am wissenschaftlich-technischen Fortschritt zu ermöglichen,
- die GKV muss von versicherungsfremden Leistungen und solchen Leistungsansprüchen befreit werden, die individuellen Wunschvorstellungen jenseits des solidarisch Finanzierbaren entsprechen.

2. Stärkung der zahnärztlichen Freiberuflichkeit und der freiberuflichen Selbstverwaltung

Die zahnärztliche Freiberuflichkeit, die sich auf professionelle Eigenverantwortung und Kompetenz, Therapiefreiheit in fachlich-medizinischer und ethisch-sozialer Bindung und die besondere Vertrauensbeziehung zum Patienten gründet, ist Voraussetzung für ein freiheitliches Gesundheitswesen. Sie ist durch zunehmende staatliche Reglementierung des zahnärztlichen Berufsbildes (Bedarfsplanung, Kooperationsbeschränkungen, Altersgrenzen, Praxisübergabebeschränkungen, Beschränkung der gesetzlich Versicherten auf Vertragszahnärzte) und des wirtschaftlichen Umfeldes der Berufsausübung (Budgetierung, Vergütungsabsenkungen, Degression) gefährdet. Zahnärztliche Freiberuflichkeit ist darüber hinaus ein wichtiger freiheitsstiftender Wirtschafts- und Gesellschaftsfaktor, der auch jenseits des im Rahmen der GKV solidarisch finanzierten Leistungsvolumens wesentliche Wachstums- und Innovationsimpulse für das Gesundheitswesen als Versorgungs-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktsektor gibt. Die freiberufliche Selbstverwaltung der Kammern der Heilberufe hat sich trotz staatlicher Interventionen und Restriktionen als Garant professioneller Fachkompetenz, bedarfsgerechter und gleichmäßiger Versorgung und sozialer Verantwortung bewährt. Dies bestätigt auch das jüngste Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Selbstverwaltung entlastet den Staat, ist Ausdruck einer subsidiär gegliederten freiheitlichen Gesellschaft und bedarf des Gestaltungsraumes, um problem-, patienten- und sachnah die zahnmedizinische Versorgung sowie die Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung

sowie Berufsausübung zu gewährleisten und innovativ aus dem Berufsstand weiterzuentwickeln.

3. Stärkung der zahnmedizinischen Wissenschaft und Forschung

Der Wissenschaftsrat zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin in Deutschland hat in seinem diesjährigen Gutachten Defizite in der zahnärztlichen Lehre und Forschung analysiert.

Die Bundeszahnärztekammer fordert zur Sicherung einer qualifizierten Aus- und Weiterbildung an den Universitäten entsprechende finanzielle und strukturelle Ressourcen. Auch die von Berufsstand und Wissenschaft gemeinsam erarbeitete neue Approbationsordnung (AppO-Z) sollte zügig vom Gesetzgeber umgesetzt werden, um den Wissenschaftsstandort Deutschland auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nicht von internationalen Entwicklungen abzukoppeln.

4. Förderung der Qualität als zahnärztliche Aufgabe

Die Bundeszahnärztekammer sieht die Qualitätsförderung als ureigenste Aufgabe des zahnärztlichen Berufsstandes an. Zur Umsetzung sind nachhaltige politische Unterstützung durch geeignete freiheitliche Rahmenbedingungen notwendig. Die Bundeszahnärztekammer tritt deshalb allen politischen Bestrebungen entgegen, die Kostendämpfungspolitik und Rationierung von Leistungen unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung betreiben. Wesentliche Grundvoraussetzung für Qualitätsförderung in der zahnmedizinischen Versorgung sind angemessene personelle und organisatorische Strukturen sowie finanzielle Ressourcen.

5. Ablehnung einer sogenannten „Bürgerversicherung“

Die Bundeszahnärztekammer lehnt die Einführung einer sogenannten „Bürgerversicherung“ ab. Die Bürgerversicherung als zusätzliche erwerbs- und einkommensabhängige Steuer löst weder die strukturellen noch die finanziellen Probleme der GKV. Stattdessen fordert die Bundeszahnärztekammer einen Umbau der GKV in ein System, das sich vorrangig am medizinischen Grundbedarf des Versicherten orientiert, die Eigenverantwortung des Patienten in Vordergrund stellt und von versicherungsfremden Risiken und Zielsetzungen befreit wird.

Die schrittweise Einführung kapitalgedeckter Finanzierungsstrukturen könnte das Versicherungssystem perspektivisch demographiefester machen.

6. Befundorientierte Festzuschüsse und Kostenerstattung für den gesamten Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Ein Festzuschuss-System sollte zukünftig und schrittweise auf alle Gebiete der Zahnheilkunde ausgeweitet werden. Allen Patienten wird so der Zugang über eine funktional notwendige zahnmedizinische Versorgung hinausgehende, auf aktuellem wissenschaftlichen Niveau etablierte Zahnmedizin ermöglicht, ohne dass die Patienten den Anspruch auf eine solidarische Grundabsicherung verlieren. Durch Festzuschüsse als Steuerungsinstrument wird eine gerechte Verteilung der Mittel erreicht, so dass Diskussionen um Leistungsausgrenzungen aus dem GKV-System nicht notwendig sind.

Weiterer Kernpunkt einer Reform des Gesundheitssystems muss die Umstellung des derzeit in der GKV praktizierten Sachleistungsprinzips auf ein Kostenerstattungsprinzip darstellen. Das Gesundheitssystem kann nur durch mehr Transparenz, die mit einer Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip einhergeht, effizienter gestaltet werden.

Das Kostenerstattungsprinzip macht das deutsche Versicherungssystem europatauglich, indem es grenzüberschreitend die Leistungsnachfrage und -erbringung erleichtert. Die Einführung des Kostenerstattungsprinzips muss mit einer Beseitigung der Beschränkung auf die Vertragszahnärzte einhergehen. Diese Inländerdiskriminierung, die dadurch entsteht, dass GKV-Versicherte im Inland nur Vertragsbehandler aufsuchen dürfen – bei sonst freier Arztwahl im EU-Ausland – wird damit beseitigt.

Im Rahmen der zahnmedizinischen Leistungen wäre eine Kostenerstattung in Höhe der Festzuschüsse zu gewähren.

7. Keine Fortsetzung der Budgetierung im Gesundheitssystem

Eine Umstellung des zahnmedizinischen Versorgungssystems auf befundabhängige Festzuschüsse mit Kostenerstattung macht jedwede Budgetierungsregelungen überflüssig.

Ärzte und Zahnärzte sind die einzigen Berufsstände, die bei Erbringung ihrer Leistung die Höhe ihrer Vergütung im ambulanten Bereich wegen der Budgetierung nicht kennen. Die Zahnärzteschaft sieht in diesem Instrument eine erhebliche qualitätsmindernde Maßnahme in der medizinischen Versorgung, da eine Rationierung medizinischer Leistungen vorgeplant ist, denn unbegrenzte medizinische Leistungen mit begrenzten finanziellen Mitteln sind betriebswirtschaftlich nicht erbringbar. Darüber hinaus hat das Gesundheitssystem eine große wirtschaftliche Bedeutung für Arbeits- und Ausbildungsplätze und als Wachstumsmarkt. Finanzielle Limitierungen führen neben medizinischen Rationierungen auch zur Vernichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, vor allem für Frauen

8. Freie Arztwahl und Patientenautonomie müssen erhalten bleiben

Die freie Arztwahl und die Selbstbestimmung des Patienten bezüglich der Leistungen, die er in einem Versorgungssystem in Anspruch nehmen will, gehören zu den Grundbedingungen eines freiheitlichen Gesundheitswesens. Die freie Arztwahl ist unerlässliche Voraussetzung für die personale Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient. Diese Grundsätze sind aktuell bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu beachten.

Die Freiheit der Arztwahl als elementares Recht des Patienten ist zudem durch die aktuelle Diskussion um Einkaufsmodelle der Krankenkassen, die zur Fremdbestimmung von Ärzten und Patienten führen würden, akut gefährdet.

9. Freiberuflicher Wettbewerb versus Einkaufsmonopole – Individuelle Patientenentscheidung statt kollektiver Bevormundung

Die Bundeszahnärztekammer bejaht den patientenorientierten freiberuflichen Wettbewerb, in welchem die Zahnärzte untereinander stehen sowie den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um den mündigen Patienten, der sich frei für den ihm nach Leistung und Preis gemäßen Arzt seines Vertrauens entscheiden und sich eigenverantwortlich seine Behandlung wählen kann.

10. Altersbegrenzungen für Vertragszahnärzte abschaffen

Der altersbedingte Ausschluss von der vertragszahnärztlichen Tätigkeit jenseits des 68. Lebensjahres nach § 95 SGB V stellt eine erhebliche Beschränkung der freien Berufsausübung dar und ist ein Verstoß gegen den Schutz des privaten Eigentums. Auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist eine Aufhebung dieser Altersbegrenzung zu fordern.

11. Abbau überflüssiger staatlicher Kontrollen der Berufsausübung

Die Überbürokratisierung berührt alle Bereiche der zahnärztlichen Tätigkeit und behindert diese in hohem Maße. Deshalb fordert die Bundeszahnärztekammer, die direkte staatliche Kontrolle der zahnärztlichen Berufsausübung abzubauen. Die freiberufliche Tätigkeit beinhaltet eine Verantwortung, die es ermöglicht, dass Vorgaben von der Selbstverwaltung und den Praxen eigenverantwortlich übernommen werden können.

12. Für eine leistungsgerechte Honorierung und eine zukunftsorientierte Leistungsbeschreibung

Die Bundeszahnärztekammer fordert auf Grundlage der Neubeschreibung der präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde die ständige Aktualisierung des zahnärztlichen Leistungskataloges unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Fortschritts als Grundlage eines Honorierungssystems. Die Honorare in den neuen Bundesländern müssen dringend an die Honorare der westlichen Bundesländer angepasst werden, da die Kostensituation der Zahnarztpraxen in den neuen Bundesländern schon längst dem Westniveau entspricht.

Berlin im Juni 2005

Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Chausseestr. 13 · 10115 Berlin
Telefon 030 400 05-0 · Telefax 030 400 05-200
E-Mail: info@bzaek.de · Internet: <http://www.bzaek.de>

Sonderdruck
„Zahnärztliche Mitteilungen“

Heft 16/2005

Zahnärztliche Praxisgründung

Praxisgründung 2004



**INSTITUT DER
DEUTSCHEN ZAHNÄRZTE**

100 Jahre  **Deutsche Apotheker-
und Ärztebank**

Trend zur Gemeinschaftspraxis bei jüngeren Zahnärzten

David Klingenberg, Andrea Schwarte

Seit 1984 analysiert das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank jährlich das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Der folgende Beitrag dokumentiert die wichtigsten Ergebnisse für das Jahr 2004.

Die Zahl der Zahnärzte, die ihre Praxis aufgaben, verharnte ebenso wie die Zahl der Existenzgründungen im Jahr 2004 auf dem Vorjahresniveau. Knapp 1400 Zahnärzte schieden aus dem Berufsleben aus. Gleichzeitig entschieden sich etwa 1850 Zahnärzte für den Schritt in die Selbständigkeit. Die Verteilung zahnärztlicher Existenzgründungen auf die Einzelpraxisneugründung, die Einzelpraxisübernahme und die Gemeinschaftspraxis blieb in den alten Bundesländern im Vergleich zum Vorjahr relativ stabil. Der Anteil der Einzelpraxisneugründungen nahm um zwei Prozentpunkte ab, während sowohl der Anteil der Einzelpraxisübernahmen als auch der Anteil der Gemeinschaftspraxen um jeweils einen Prozentpunkt auf 45 Prozent beziehungsweise auf 29 Prozent stieg. In den neuen Bundesländern erhöhte sich der Anteil der Einzelpraxisübernahmen gegenüber dem Vorjahr deutlich um zehn Prozentpunkte; der Anteil der Gemeinschaftspraxen sank hingegen um sechs Prozentpunkte (vergleiche Abbildung 1).

Übernahme dominiert

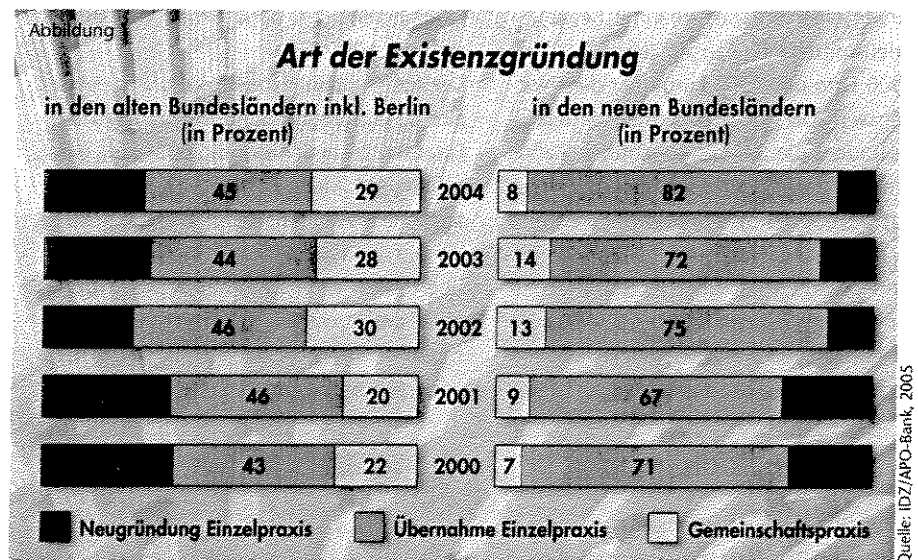
In Westdeutschland war die Übernahme einer Einzelpraxis im Jahr 2004 mit einem Anteil von 45 Prozent nach wie vor die dominierende Niederlassungsform. In Ostdeutschland wählten im Jahr 2004 sogar 82 Prozent der Zahnärzte diese Existenzgründungsform als Start in die Freiberuflichkeit. Der Anteil der Einzelpraxisneugründungen in den neuen Bundesländern ist seit 1999 deutlich von 47 Prozent auf aktuell zehn Prozent gesunken. Gemeinschaftspraxen haben in Ostdeutschland mit einer Quote

von acht Prozent nach wie vor eine deutlich geringere Bedeutung als in Westdeutschland. Die Unterschiede im Verteilungsmuster zwischen Ost- und Westdeutschland waren auch in 2004 immer noch deutlich erkennbar.

deutliche Vorliebe für die Niederlassungsform der Gemeinschaftspraxis; hier stieg der Anteil gegenüber dem Vorjahr um sechs Prozentpunkte auf 41 Prozent.

Gemeinsam oder allein

Offensichtlich sehen gerade die jüngeren Zahnärzte in der Kooperation eine gute Möglichkeit, um sich vor dem Hintergrund angespannter gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen etablieren zu können. In der Altersgruppe der über 40-jährigen zahnärztlichen Existenzgründer hat die Gemeinschaftspraxis mit einem Anteil von 18 Prozent (2003: 19 Prozent) einen vergleichsweise geringen Stellenwert. Hier wird die Einzelpraxisneugründung mit einem Anteilswert von 49 Prozent

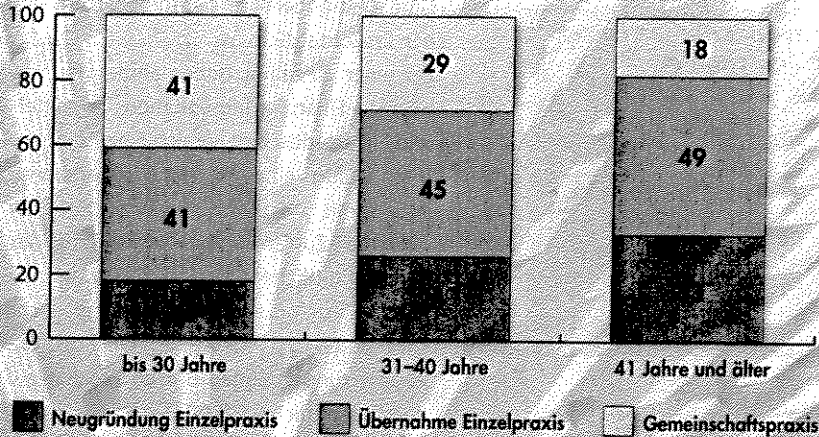


Das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer in Westdeutschland betrug zum Zeitpunkt der Niederlassung 35,4 Jahre, in Ostdeutschland 33,7 Jahre. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur waren weniger ausgeprägt. Die männlichen Existenzgründer waren im Durchschnitt 35,5 Jahre alt und damit lediglich ein halbes Jahr älter als ihre Kolleginnen. Die gewählte Form der zahnärztlichen Niederlassung variiert je nach Alter des Existenzgründers. In den alten Bundesländern zeigte vor allem die Gruppe der jungen Zahnärzte (bis 30 Jahre) eine

deutlich präferiert. Bei jungen zahnärztlichen Existenzgründern (bis 30 Jahre) kam die Einzelpraxisneugründung lediglich für 18 Prozent infrage (vergleiche Abbildung 2). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland bestanden auch im Jahr 2004 weiter. Im Gegensatz zu den alten Bundesländern, in denen 61 Prozent der Existenzgründungen durch Männer und 39 Prozent durch Frauen realisiert wurden (vergleiche Abbildung 3 links), war die Geschlechterverteilung in den neuen Bundesländern nahezu umgekehrt. Hier erfolgten 52 Prozent der

Abbildung 2

Art der Existenzgründung nach Altersgruppen in den alten Bundesländern inkl. Berlin (in Prozent)



Quelle: IDZ/IPC-Bank, 2005

Existenzgründungen durch Frauen, lediglich 48 Prozent durch Männer (vergleiche Abbildung 3 rechts). Gegenüber dem Vorjahr fiel der Anteil der weiblichen Existenzgründer in den neuen Bundesländern um sieben Prozentpunkte. Er lag damit aber immer noch einen Prozentpunkt höher als im Jahre 2002. In den alten Bundesländern stieg der Anteil der weiblichen Existenzgründer seit dem Jahr 2000 um insgesamt acht Prozentpunkte. Mittelfristig ist mit einer Angleichung der Geschlechtsverteilung in den alten und den neuen Bundesländern zu rechnen – bei einem gleichzeitigen Trend hin zu einer „Feminisierung“ des zahnärztlichen Berufsstandes.

Mehr Praxen auf dem Land

Im Hinblick auf die gewählte Praxislage war in den alten Bundesländern eine Abnahme von Existenzgründungen im großstädtischen Bereich zu erkennen; gegenüber dem Vorjahr sank der Anteilswert von 36 Prozent um acht Prozentpunkte auf 28 Prozent im Jahr 2004. Demgegenüber konnten die Existenzgründungen in allen anderen Praxislagen anteilmäßig zulegen. Die höchste Zuwachsrate hatten Praxisgründungen im ländlichen Umfeld mit einem Plus von vier Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr. Auch in den neuen Bundesländern nahm der Anteil der Existenzgründungen im ländlichen

Raum vergleichsweise am stärksten zu; der Anteil erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr um drei Prozentpunkte auf 45 Prozent. Gleichzeitig sank der Anteil der Existenzgründungen im kleinstädtischen Umfeld um fünf Prozentpunkte auf 24 Prozent.

Wie sich diese bemerkenswerten Veränderungen auf die Finanzierungsstrukturen ausgewirkt haben, wird im Folgenden für die alten Bundesländer dargestellt (vergleiche Tabellen 1 und 2).

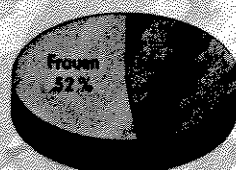
In Westdeutschland ist das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisneugründung im Jahr 2004 erneut gestiegen und lag mit 335 000 Euro etwa zwei Prozent über dem Vorjahreswert (vergleiche Abbildung 4).

Das Gesamtfinanzierungsvolumen einer Einzelpraxisübernahme stieg zugleich um acht Prozent auf 255 000 Euro (vergleiche Abbildung 5). Damit reduzierte sich die Differenz zwischen den beiden Niederlassungsformen hinsichtlich des Gesamtfinanzierungsvolumens um 12 000 Euro auf aktuell 80 000 Euro.

Abbildung 3

Geschlechtsverteilung der Existenzgründer

alte Bundesländer inkl. Berlin neue Bundesländer



Quelle: IDZ/IPC-Bank, 2005

Löwenanteil für die Technik

Im Jahr 2004 entfielen 65 Prozent des Finanzierungsvolumens einer Einzelpraxisneugründung auf die medizinisch-technischen Geräte und Einrichtung, 14 Prozent auf die Bau- und Umbaukosten und 21 Prozent auf den Betriebsmittelkredit. Bei einer Einzelpraxisübernahme wurden im Jahr 2004 durchschnittlich 43 Prozent des Finanzierungsvolumens für den Substanzwert zuzüglich Neuanschaffungen, 32 Prozent für den Goodwill, vier Prozent für die Bau- und Umbaukosten und 21 Prozent für den Betriebsmittelkredit aufgewendet. Im langfristigen Trend hat sich die Kostenverteilung damit als relativ stabil erwiesen.

Eine nach Alter differenzierte Betrachtung zeigt, dass zahnärztliche Existenzgründer der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen mit einem durchschnittlichen Gesamtfinanzierungsvolumen von 343 000 Euro (2003: 326 000 Euro) für eine Einzelpraxisneugründung am meisten investierten. Mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 264 000 Euro nahm das finanzielle Engagement dieser Altersgruppe auch bei einer Einzelpraxisübernahme gegenüber dem Vorjahr um 22 000 Euro beziehungsweise neun Prozent zu. Die höchsten Investitionen für eine Einzelpraxisübernahme tätigten die jüngeren Zahnärzte bis 30 Jahre mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 274 000 Euro. Im Vorjahr lag das Finanzierungsvolumen dieser Altersgruppe noch bei 232 000 Euro. In der Gruppe der 41-jährigen und älteren Existenzgründer wurden bei einer Einzelpraxisneugründung im Schnitt 329 000 Euro investiert; bei der Einzelpraxisübernahme lag

das Investitionsvolumen dieser Altersgruppe mit 213 000 Euro im Jahr 2004 knapp unter dem Vorjahresniveau (216 000 Euro). Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen bezüglich des jeweiligen Finanzierungsvolumens sind im Jahr 2004 wieder angestiegen.

Auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Hin-

Finanzierungsvolumina bei Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis – alte Bundesländer inkl. Berlin – (in 1000 €)

Quelle: IDZ/APO-Bank, 2005

	med.-techn. Geräte und Einrichtung	+	Bau- und Umbau- kosten	= Praxis- investi- tionen	+	Betriebs- mittel- kredit	= Gesamt- finanzierungs- volumen
2000	196		45	241		69	310
2001	208		39	247		75	322
2002	209		43	252		75	327
2003	210		46	256		73	329
2004	216		48	264		71	335

Tabelle 1

Finanzierungsvolumina bei Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis – alte Bundesländer inkl. Berlin – (in 1000 €)

Quelle: IDZ/APO-Bank, 2005

	Substanzwert zzgl. Neuan- schaffungen	+	Goodwill	+	Bau- und Umbau- kosten	= Praxis- investi- tionen	+	Betriebs- mittel- kredit	= Gesamt- finanzierungs- volumen
2000	104		80		11	195		49	244
2001	112		84		12	208		56	264
2002	110		82		13	205		55	260
2003	103		73		9	185		52	237
2004	109		82		10	201		54	255

Tabelle 2

blick auf das Investitionsvolumen nahmen gegenüber dem Vorjahr deutlich zu. In die Neugründung beziehungsweise Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis investierten Männer durchschnittlich 375 000 Euro (plus elf Prozent) beziehungsweise 274 000 Euro (plus 14 Prozent). Die Investitionsvolumina weiblicher Zahnärzte bei der Einzelpraxisneugründung sanken im Jahr 2004 hingegen um acht Prozent auf 284 000 Euro. Auch bei der Einzelpraxisübernahme investierten weibliche Existenzgründer entgegen dem allgemeinen Trend mit 227 000 Euro etwa drei Prozent weniger als im Vorjahr; der Differenzbetrag zu den männlichen Existenzgründern vergrößerte sich infolgedessen gegenüber dem Vorjahr von 7 000 Euro auf 47 000 Euro.

Das passende Umfeld

Wie schon im Vorjahr erforderte die Einzelpraxisneugründung in einer Kleinstadt auch im Jahr 2004 die höchsten finanziellen Anstrengungen für die Zahnärzte. Mit 352 000 Euro lag das Finanzierungsvolumen 7 000

Euro beziehungsweise etwa zwei Prozent über dem Vorjahreswert. Am stärksten stieg das Finanzierungsvolumen bei den Einzelpraxisneugründungen im ländlichen Bereich mit einer Steigerungsrate von sieben Prozent, während das Finanzierungsvolumen von Einzelpraxisneugründungen in der

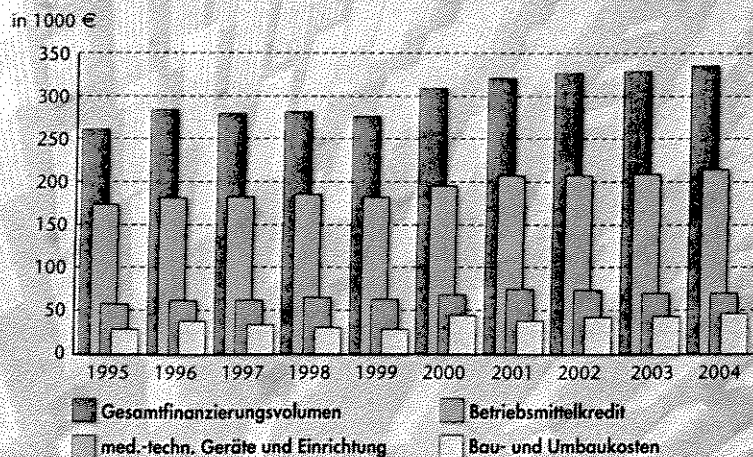
Großstadt gegenüber dem Vorjahr um sieben Prozent sank.

Bei einer Einzelpraxisübernahme war das höchste Finanzierungsvolumen im mittel- und kleinstädtischen Bereich aufzubringen. Hier schlug eine Einzelpraxisübernahme jeweils mit 262 000 Euro zu Buche. Den stärksten Zuwachs im Hinblick auf das durchschnittliche Finanzierungsvolumen hatten Einzelpraxisübernahmen im ländlichen Umfeld zu verzeichnen; hier stieg das Finanzierungsvolumen um 26 Prozent auf durchschnittlich 259 000 Euro.

Während Existenzgründungen im Jahr 2003 vor allem im ländlichen Bereich vergleichsweise günstig waren, zeigte sich 2004, dass Existenzgründungen in der Großstadt das geringste Finanzierungsvolumen erforderten. Einzelpraxisneugründungen wurden hier mit einem durchschnittlichen Finanzierungsvolumen von 310 000 Euro realisiert; bei Einzelpraxisübernahmen betrug das Finanzierungsvolumen im Schnitt 246 000 Euro. In der Kleinstadt war der Differenzbetrag zwischen den beiden Niederlassungsformen am größten (90 000 Euro), während der Unterschied im ländlichen Umfeld lediglich 58 000 Euro betrug. Während der Existenzgründungsphase dient der Betriebsmittel- beziehungsweise Kontokorrentkredit dem niedergelassenen Zahnarzt zur Vorfinanzierung der Anlauf-

Abbildung 4

Finanzierungsvolumina bei der Neugründung einer zahnärztlichen Einzelpraxis – alte Bundesländer inkl. Berlin

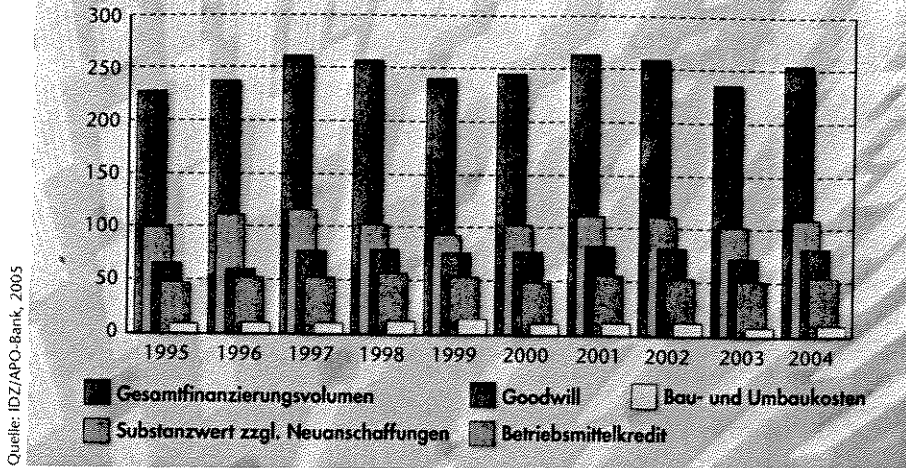


Quelle: IDZ/APO-Bank, 2005

Abbildung 5

Finanzierungsvolumina bei der Übernahme einer zahnärztlichen Einzelpraxis – alte Bundesländer inkl. Berlin

in 1000 €



Quelle: IDZ/APO-Bank, 2005

kosten. Der bei einer Einzelpraxisneugründung nachgefragte Betriebsmittelkredit betrug im Jahr 2004 etwa 71 000 Euro und lag damit knapp unter Vorjahresniveau. Der im Rahmen einer Praxisübernahme gewährte Betriebsmittelkredit lag im Jahr 2004 mit 54 000 Euro um 2 000 Euro über dem Vorjahreswert. Die höchsten Betriebsmittelkredite fragten die 31- bis 40-jährigen Zahnärzte bei einer Einzelpraxisneugründung nach (75 000 Euro). Auffallend waren hier die geschlechtsspezifischen Unterschiede. Männer fragten bei einer Einzelpraxisneugründung mit durchschnittlich 80 000 Euro einen um 19 000 Euro höheren Betriebsmittelkredit nach als ihre Kolleginnen.

Kosten für Bauherren

Die im Rahmen einer Praxisneugründung anfallenden Bau- und Umbaukosten stiegen im Jahr 2004 um 2 000 Euro auf 48 000 Euro. Bei den Praxisübernahmen betragen die Ausgaben für bauliche Maßnahmen 10 000 Euro. Die Differenz zwischen den beiden Praxisformen hinsichtlich der Bau- und Umbaukosten hat sich von 15 000 Euro im Jahr 1999 auf aktuell 38 000 Euro deutlich erhöht.

Bei der Praxisübernahme liegt der Kaufpreis im Regelfall deutlich über dem materiellen Wert der bereits in der Praxis vorhandenen Geräte und Ausstattungen (Substanzwert). Die Differenz wird als ideeller Wert oder auch „Goodwill“ bezeichnet. Im Goodwill spiegeln sich die subjektiven Erwartungen

des Käufers an die zukünftige Ertragskraft der Zahnarztpraxis wider. In den alten Bundesländern stieg das Niveau des Goodwill im Jahr 2004 um 9 000 Euro auf 82 000 Euro und erreichte damit erneut das Niveau des Jahres 2002.

Der arztgruppenbezogene Vergleich der für eine Praxisneugründung aufzubringenden Finanzmittel in den Jahren 2003/2004 (vergleiche Abbildung 6) zeigt, dass das zahnärztliche Investitionsvolumen wie schon im Vorjahr von keiner anderen Arztgruppe übertroffen wird. Mit knapp zwei Prozent blieb der Zuwachs jedoch vergleichsweise moderat. Die Investitionsvolumina in den anderen Arztgruppen entwickelten sich

unterschiedlich. Die höchsten Steigerungsraten verzeichneten die Kinderärzte mit einem Plus von 14 Prozent, während das Finanzierungsvolumen bei den Neurologen um 36 Prozent zurückging. Subsummiert man die Gesamtfinanzierungsvolumina der einzelnen Facharztgruppen unter „Ärzte“, so errechnet sich hierfür in 2003/2004 ein Betrag von etwa 137 000 Euro, was einem Rückgang von 13 Prozent gegenüber dem Zeitraum 2002/2003 entspricht.

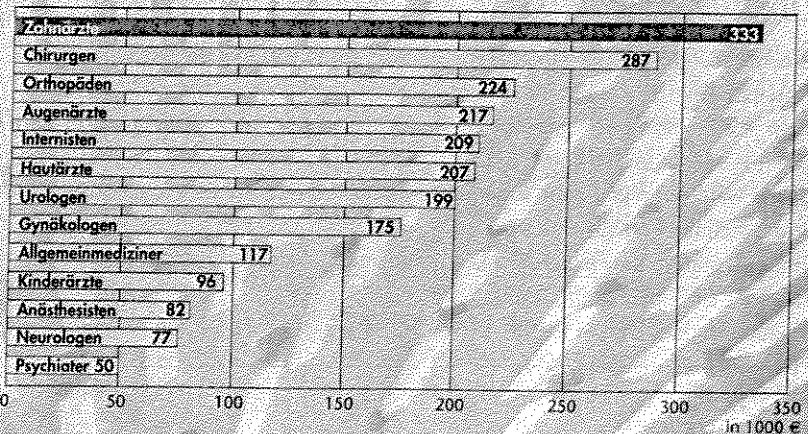
Unverkennbar ist, dass die zahnärztliche Berufsausübung eine sehr umfangreiche medizinisch-technische Ausstattung zur modernen Patientenversorgung erforderlich macht, die entsprechend hohe Investitionsvolumina begründet. Dies gilt in gleicher Weise für die zunehmende Prophylaxeorientierung der Zahnärzteschaft, die auf der einen Seite zusätzlichen finanziellen Aufwand mit sich bringt, sich auf der anderen Seite aber auch positiv auf die Berufszufriedenheit auswirkt und durch mutige Investitionsentscheidungen widergespiegelt wird.

Dr. David Klingenberg
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Universitätsstraße 73
50931 Köln

Dipl.-Kffr. Andrea Schwarte
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Richard-Oskar-Mattern-Straße 6
40547 Düsseldorf

Abbildung 6

Gesamtfinanzierungsvolumina bei der Neugründung einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern nach Arztgruppen 2003/2004



Quelle: APO-Bank/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 2005