

Dr. rer. nat. Susanne Pedersen

Chancen und Risiken einer integrierten Versorgung in der Zahnheilkunde

Praxisnetze

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 eröffnete sich die Möglichkeit der so genannten „Integrierten Versorgung“ und damit der direkte Abschluss von Versorgungsverträgen mit gesetzlichen Krankenkassen abseits der Kollektivverträge der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Welche Chancen und Risiken bergen diese neuen Alternativen?

Zentrale Abrechnungsstrukturen

Bisher ist es im Prinzip so, dass jeder Zahnarzt, der bei seiner länderspezifischen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) registriert ist und eine Kassenzulassung erhalten hat, seine erbrachten Leistungen, früher in Papierform auf dem Krankenschein, heute in elektronischer Form bei der KZV eingereicht hat. Diese leitet nach einer Überprüfung die Forderungen an die gesetzlichen Krankenkassen weiter und erhält gesammelte Zahlungen. Die KZV erhebt eine Verwaltungsgebühr für Ihre Leistung in Abhängigkeit der auszahlenden Honorare. So geht es Quartal um Quartal mit einem einheitlichen Vergütungsrahmen für alle Zahnärzte einer KZV.

Forderung nach mehr Wettbewerb

Wie bei den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) (siehe dazu auch CO'MED 2/07) ist die Möglichkeit, eigene Verträge mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) abzuschließen, eine Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes aus dem Jahre 2004.

Rund um den § 140 a SGB V hat die „Integrierte Versorgung“ neue Perspektiven geschaffen, die wie fast alles im Leben Vor- und Nachteile oder eben Chancen und Risiken bergen.

Kein Budget

So können Zahnärzte sich zu so genannten Versorgungsnetzen zusammenfinden und unter Umgehung ihrer Standesorganisation KZV selbst eigene Verträge mit den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen abschließen. Die vereinbarten Honorare sind frei verhandelbar, unterliegen nicht der Budgetierung der KZVen sowie der Degression. Dies hat ja seit Jahren dazu geführt, dass Kassenpatienten mit verschiebbaren Problemen Ende des Jahres nicht so gern gesehen sind. Völlig verständ-

lich, wenn man weiß, dass der Kassenzahnarzt seine Leistungen auch nicht vollständig vergütet bekommt. Im schlimmsten Fall arbeitet er nur noch kostendeckend. Das fördert natürlich nicht unbedingt die Motivation.

Schwerpunkte

Versorgungsnetze können sich auch unter Bildung eines bestimmten Schwerpunktes bilden. Viele Beteiligte können mit vielen Ideen und deren Verwirklichung eine neue Vielfalt schaffen. So kann sich jeder Zahnarzt und jeder Patient aussuchen, welches Konzept, welche Aufmachung etc. ihm am besten gefällt. Das Angebot an verschiedenen Praxismarken wird unterschiedlich stark ausgeprägt sein, in der Anzahl anwachsen und im Laufe der Zeit alle Zahnärzte in Gruppen verschiedener Vertragspartner aufteilen. Erlebt haben wir das beispielsweise bei Lebensmitteln, Baustoffen und Elektrogeräten. Ich fürchte nur, dass in einer weiteren Entwicklung Konzentrationen dazu führen werden, dass sich die mächtigsten Praxisketten durchsetzen und andere (gänzlich) verdrängen und so die schöne Vielfalt wieder verkleinert wird.

Wegbrechende Geschlossenheit

Ich selbst kann mich gut daran erinnern, als beispielsweise die KZV in Niedersachsen (KZVN) ganz offensichtlich ein Dorn im Auge der Gesundheitspolitik war. So wurde in den 1990-er Jahren kurzerhand die Führung der KZVN durch die Einsetzung eines Kommissars im eigenen Hause entmachtet.

Die Zahnärzte in Niedersachsen versuchten sich mit Boykotten zu wehren, aber vergebens. Es gab laute Rufe

nach der Abschaffung der KZVen, doch ist dies nicht gelungen. So liegt der Gedanke nahe, dass mit dem GKV-Modernisierungsgesetz endlich ein Weg gefunden wurde, den Einfluss der KZVen langfristig zu unterminieren, ohne sie abschaffen zu müssen.

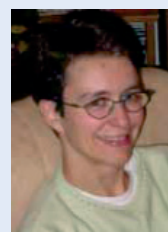
Krankenkassen und Zahnärzte als Verhandlungs- und Vertragspartner sind meines Erachtens zusehends ungleich stark organisiert, was eindeutig zu einem zusätzlichen Machtvorteil für die GKV führt und weiter führen wird.

Statt Vernetzung durch verschiedene Vertragsarztkonzepte
siehe ich Aufsplitterung.

Über allem sitzt das Bundesgesundheitsministerium und hält bald alle Fäden komplett in der Hand. Dass ein Zahnarzt Freiberufler ist, muss man dazuschreiben, weil es sonst keiner mehr glaubt. Übrig geblieben ist nur das Risiko, das er freiberuflich allein tragen darf.

Patienten in der neuen „Integrierten Versorgung“

Seit der Lockerung der Ladenöffnungszeiten gerät jeder Kunde mehr oder weniger ins Grübeln, ob das Geschäft, welches er ansteuern



Dr. rer. nat.
Susanne Pedersen

Studium der Wirtschaftsmathematik in Ulm, seit 1999 in eigener Praxis als Heilpraktikerin mit den Schwerpunkten Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Orthomolekulare Medizin und Dorntherapie tätig. Adipositas therapie mit dem forever young-Konzept. Durch enge Zusammenarbeit mit der Zahnarztpraxis Ihres Mannes Dr. med. dent. Jürgen Pedersen Einbeziehung von Zähnen und zahnärztlichen Werkstoffen in Diagnostik und Therapie. 2005 Promotion in Medizininformatik zum Dr. rer. nat. mit dem Schwerpunkt „Interoperabilität im Gesundheitswesen“. Sie betreut in CO'MED die ständige Rubrik „Gesundheitspolitik“.

Kontakt:

Quellental 2, D-26340 Neuenburg
Tel: 04452/1299,
praxis.pedersen@t-online.de, www.drpedersen.de

möchte, nun geöffnet hat oder nicht. Eine Flut von Anzeigenbeilagen, Anzeigen in Zeitungen und Zeitschriften und ähnlichem überschütten den Bürger tagtäglich, und es wird immer mehr.

Darunter mischen sich zunehmend Anzeigen und Informationen von Zahnärzten, Zahnklinien, Dentallaboren und neuen Organisationsformen mit Informationsveranstaltungen, Sonderaktionen und Zahnärztermittlung. Wie soll der arme Patient dies alles analysieren und richtig bewerten können? Führt das nicht zu einer Verunsicherung?

Die Behandlungsqualität war nie einheitlich, das kann sie meines Erachtens auch nie werden, weil Menschen nicht präzise „gleichgeschaltet“ werden können. Der eine ist eben begabter, geschickter, fleißiger oder engagierter als der andere. Ändern daran einheitliche Etiketten etwas? Sicher, jeder Zahnarzt kann sich demjenigen Konzept anschließen, das zu ihm passt. Basis zwischen Patient und Zahnarzt sollte immer noch ein Vertrauensverhältnis und nicht irgendwelches Marketing sein. Folge wird sein, dass die Aufklärungsarbeit des Behandlers immer aufwändiger wird, weil der Patient durch das massive Angebot immer skeptischer und misstrauischer werden wird.

Fazit

Praxisnetze – das klingt gut, klingt nach „Aufgehobensein“, „Abgesichertsein“. Es sind eigentlich Filialnetze diverser Anbieter ähnlich wie bei den Supermärkten.

Auf der einen Seite schafft das GKV-Modernisierungsgesetz mehr Wettbewerb, weil außerhalb der KZVen Versorgungsverträge abgeschlossen werden können. Dies führt allerdings zu einer Art „Haifischbecken“, wo um jeden Patienten geradezu gekämpft wird.

Ältere Kollegen beklagen zunehmende Unkollegialität, der Ton und der Umgang sind härter geworden. Ein Zahnarzt, der sich auf seine fachliche Arbeit konzentrieren kann und nicht von Umsatzzahlen, Kostenstruktur und Verwaltungsbergen im Nacken leben muss, wäre mir persönlich sehr viel lieber. Die Politik schaut zufrieden zu.

Auf der anderen Seite bekommen wir mit der neuen Gesundheitsreform 2007 echte „Staatsmedizin“. Ist dann 2009 der Gesundheitsfond installiert, bestimmt der Staat über die Steuerzuschüsse das Volumen des Kuchens, der dann verteilt werden kann und kontrolliert darüber die Praxisnetze.

Die Zahnmedizin hatte ihre Anfänge auf den Jahrmärkten, leider ist sie wieder auf dem Weg dorthin, gelenkt vom Staat.



Literaturhinweise

Pedersen, Dr. rer. nat. Susanne: Medizinische Versorgungszentren. CO'MED Fachmagazin 2007; 2:x-y