



Pressemitteilung

Zahnärzte starten Aufklärungskampagne

Pressekonferenz am 27. November 2009
Siegerlandhalle in Siegen

VORSTAND

ZA. JOACHIM HOFFMANN
ZA. ANDREAS VIEWEG
DR. DOROTHEE KEMPER
DR. NORBERT BAAKE
DR. MARKUS HOBERG
DR. AIK SCHULTZE
DR. HENNING SCHWARZ

Der Vorsitzende der Zahnärztlichen Interessengemeinschaft Siegen – Olpe - Wittgenstein (ZSOW), Joachim Hoffmann, erklärt zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion:

Die Zahnärztliche Interessengemeinschaft Siegen – Olpe - Wittgenstein schaut mit großer Sorge auf die Entwicklung im Bereich der besonderen ambulanten ärztlichen (und zahnärztlichen) Versorgung nach § 73c des Sozialgesetzbuch V.

Sinn und Zweck dieser besonderen ambulanten Versorgung ist es, die gesamte ambulante Versorgung, oder Teilbereiche davon, aus dem Bereich der kollektiven gesetzlichen Krankenversicherung herauszulösen. Die Krankenkasse ist dann für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich. Sie kann diese Versorgung durch Verträge

1. mit einzelnen Zahnärzten oder Zahnarztgruppen,
2. mit Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
3. mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sicherstellen.

Einige Krankenkassen (Betriebskrankenkassen, DAK, BIG Gesundheit und andere) nutzen den Punkt 2 nun so, dass sie Managementgesellschaften beauftragen, einige Bereiche der zahnmedizinischen Versorgung über Verträge mit einzelnen Zahnärztinnen und Zahnärzten abzudecken.

Es kommt zu Verträgen zwischen

1. der Krankenkasse und der Managementgesellschaft,
2. der Zahnärztin oder dem Zahnarzt und der Managementgesellschaft
3. und dem Versicherten und seiner Krankenkasse.

Zahnmedizinische Inhalte dieser Verträge sind zurzeit im Wesentlichen drei Bereiche der Zahnmedizin:

1. Prophylaxeleistungen

1. VORSITZENDER
ZA. JOACHIM HOFFMANN
WÜRDINGHAUSER STR. 48
57399 KIRCHHUNDEM
TEL: 027 23 / 97 93 97
FAX: 027 23 / 97 93 98
PRAXIS@AZHOFFMANN.DE
WWW.ZSOW.DE



2. Versorgung mit Zahnersatz
3. implantologische Leistungen

Hier wird deutlich, dass es zu einer Vermischung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit Leistungen kommt, die in der Eigenverantwortung der Patienten liegen (Privatleistungen). So waren Prophylaxeleistungen und implantologische Leistungen noch nie, und sind es auch heute nicht, Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wo aber liegen die Vor- und Nachteile für die Betroffenen?

Wir wollen diese Verträge einmal aus den verschiedenen Blickwinkeln betrachten:

1. Aus Patientensicht

Vorteile

- geringere Eigenanteile bei Zahnersatzleistungen durch die Herstellung des Zahnersatzes im Ausland
- festgesetzt niedrige Behandlungskosten im Bereich Prophylaxe und Implantologie

Nachteile

- Verlust der freien Arztwahl,
- Verlust des umfassenden zahnmedizinischen Behandlungsspektrums für eine individuelle, patientenorientierte Behandlung
- Behandlung unter extrem ökonomische Rahmenbedingungen (wenig Behandlungszeit)
- Verlust der Wahlmöglichkeit des zahntechnischen Laboratoriums
- Verlust von Arbeitsplätzen in Deutschland und damit weniger Geld für die gesetzliche Krankenversicherung

2. Aus der Sicht der Krankenkassen

Vorteile

- Steuerung der Patienten in Vertragspraxen
- Wettbewerbsvorteile durch Patientenbindung (Vertragsdauer 1Jahr)

Nachteile

- keine



3. Aus Sicht der Zahnärzteschaft

Vorteile

- vermehrt Patientenzuweisung
- eventuell die Möglichkeit, mehr Privatleistungen erbringen zu können

Nachteile

- keine Einflussnahme auf die Herstellung des Zahnersatzes
- weniger Zeit für die Behandlung der Patienten durch Zusatzkosten (Verwaltungskosten und Verlust von Berechnungsmöglichkeiten für Verbrauchsmaterialien)
- Verlust der Wahlmöglichkeiten bei Medizinprodukten, wie Implantaten
- Nachweispflicht von Zusatzqualifikationen für die Teilnahme an den Verträgen
- höherer praxisinterner Verwaltungsaufwand

Wir müssen feststellen, dass für die Patienten und die Zahnärzteschaft die Nachteile überwiegen. Die Vorteile liegen fast ausschließlich in einem Marketing- und Wettbewerbsvorteil für die Krankenkassen.

Daher die Aufklärungskampagne, die die Zahnärzteschaft im Bereich Olpe – Siegen – Wittgenstein morgen beginnt!

Wir, die Zahnärzteschaft in dieser Region, sehen uns in großer Verantwortung für unsere Patienten.

- Wir kennen die Probleme und Nöte unserer Patienten.
- Wir kennen die Krankheitsgeschichte unserer Patienten.
- Wir besprechen mit unseren Patienten die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und beraten mit Bezug auf die individuelle Situation der Patienten.
- Wir können dem Patienten aus der Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten das für ihn stimmige Konzept ausarbeiten und anbieten.
- Wir sind unabhängig in der Wahl der Behandlungsmethode, in der Wahl der Materialien und in der Wahl des zahntechnischen Laboratoriums.
- Durch diese Unabhängigkeit können wir die Erwartungen unserer Patienten effektiv und dem Stand der Wissenschaft entsprechend erfüllen.

Daher fordern wir die Krankenkassen auf, keine Verträge nach § 73c SGB V, so genannte „Selektivverträge“, mehr anzubieten, die

- dem Patienten und Versicherten die freie Arztwahl verwehren,
- die Therapiefreiheit der Zahnärztinnen und Zahnärzten beschneiden,
- durch Exklusivverträge mit Herstellern von Medizinprodukten (z.B. Implantate) den Behandlungsablauf in den Praxen unberücksichtigt lassen und daher den Behandlungserfolg in Frage stellen,



- durch Exklusivverträge mit zahntechnischen Laboratorien das notwendige Zusammenspiel zwischen Zahnmedizin und Zahntechnik in unnötiger Weise behindern,
- durch die Managementgesellschaften bevorzugte Beauftragung von ausländischen Laboratorien Arbeitsplätze in Deutschland vernichten,
- die Gelder der gesetzlichen Krankenkassen dem hiesigen Wirtschaftskreislauf entziehen,
- durch die Steuerung von Patienten in einige wenige Praxen die flächendeckende ambulante Versorgung stark gefährden und
- den Zahnärztinnen und Zahnärzten nicht genug Zeit für die Behandlung ihrer Patienten zur Verfügung stellen.

Es geht auch anders:

Die AOK Westfalen-Lippe möchte die Versorgung vor Ort sicherstellen, fördern und festigen. So bietet sie keine „Selektivverträge“ an, sondern Zusatzversicherungen, die die ambulanten Strukturen und den Wirtschaftsraum Südwestfalen im Blick haben und unterstützen. Ebenso wird auf die Eigenverantwortung und die Selbstbestimmung der Versicherten großen Wert gelegt.

Wir fordern unsere Patienten auf, nicht auf Versprechungen dieser „Selektivverträge“ hereinzufallen.

Alle vordergründigen Vorteile dieser besonderen ambulanten Versorgungsverträge können unsere Patienten auch ohne zusätzliche Managementgesellschaften bekommen.

Die Zahnärzteschaft im Bereich Siegen – Olpe – Wittgenstein ist für ihre Patienten da.

Vertrauen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg und die Wiederherstellung der Gesundheit.

Unsere Aufforderung und Bitte an unserer Patienten: Sprechen Sie mit Ihrer Zahnärztin oder Ihrem Zahnarzt; wir haben immer eine individuelle und für den ganz besondern Fall sinnvolle und den ganzen Menschen berücksichtigenden Lösung.

Dieses Vertrauensverhältnis gilt zu es zu wahren und zu sichern.

Die ZSOW startet eine Aufklärungskampagne am Samstag in den örtlichen Zeitungen und Medien. Gleichzeitig gibt es für die Patienten Informationen und Handzettel in den Praxen.

Im Anhang finden Sie Plakat, Flyer und Anzeige der ZSOW-Kampagne.



Anlage 1:

SGB V § 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung

(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen nach Absatz 4 anbieten. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.

(2) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung durch nach Absatz 3 verpflichtete Leistungserbringer, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(3) Die Krankenkassen können zur Umsetzung ihres Angebots nach Absatz 1 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge schließen mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen.
- 5.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den diesen Versorgungsaufträgen zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendersatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(4) In den Verträgen nach Absatz 3 sind das Nähere über den Inhalt, den Umfang und die Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der Versorgungsaufträge dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen [Krankenversicherung](#) der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Absatz 1 sowie der daran teilnehmenden Ärzte zu informieren.

(6) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zustande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 3 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.