

1 Wirtschaftliche Praxisführung: Grundlagen und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Rolf-Rainer Riedel, Angelika Brandl-Naceta, Joachim Krystian Mann, Matthias Wallhäuser

1.1 Zahnarztpraxis und Ökonomie: Mehr als ein Zweckbündnis

Die Einführung der neuen GOZ 2012 mit der daraus resultierenden Notwendigkeit umfangreicherer Vertragsgestaltungen und die bestehenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen mit einer Vielzahl wechselnder Auflagen für die zahnärztliche Praxis bedingen, dass es heute nicht mehr ausreicht, fachlich ein hochqualifizierter Zahnarzt zu sein, um die Zahnarztpraxis erfolgreich im Markt zu halten. Neben Ihrer zahnmedizinischen Kompetenz müssen Sie die Eigenschaften eines guten Praxismanagers aufweisen, um Ihr „Unternehmen Zahnarzt-Praxis“ langfristig erfolgreich führen zu können. In dem ständig wachsenden Markt „Gesundheit“ nimmt die Zahnmedizin mit ihren Teilgebieten inzwischen einen wichtigen Raum ein.

Hier gilt es für den Zahnarzt, sich so aufzustellen, dass seine Praxis langfristig gesichert am Markt etabliert und somit wirtschaftlich stabil geführt werden kann. Auch Sie als Praxisinhaber können die Erfolgsrezepte anderer erfolgreicher Unternehmer nutzen!

Allerdings besteht ein wesentlicher Unterschied zu Unternehmen in der freien Marktwirtschaft: Sie müssen nämlich die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes für niedergelassene Zahnärzte beachten. Eine gute Patientenversorgung führt leider nicht automatisch zu wirtschaftlichem Erfolg. Vor diesem Hintergrund sind Sie als zahnärztlicher Unternehmer gehalten, neben Ihren patientenzentrierten Prinzipien auch kaufmännischen

Grundsätzen zu folgen, ohne rechtliche Rahmenbedingungen zu vernachlässigen. Vertiefen Sie also Ihr betriebswirtschaftliches Know-how, damit Ihre Praxis von heute auch noch morgen erfolgreich an der Patientenversorgung teilnehmen kann. Zu diesem Zweck haben wir für Sie in diesem Buch alle relevanten Management-Module, die Sie im Alltag für Ihre Zahnarztpraxis benötigen, auf die besondere Situation in Ihrem „zahnmedizinischen Unternehmen“ übertragen und praxisnah zusammengefasst.

Als Zahnarzt, Unternehmer und Manager sollten Sie sich begleitend zu Ihrer originären zahnmedizinischen Tätigkeit vor allem den Themen Kosten-, Qualitäts- und Prozessmanagement aus unternehmerischer Sicht widmen, so wie Qualitätsmanagement und -sicherung in einigen Bereichen Ihrer Praxis, z.B. Hygiene, für Sie schon selbstverständlich sind. Prozessmanagement ist nicht mehr nur ein Thema für große Unternehmen, denn die optimierten Abläufe in Ihrer Praxis führen zu einem optimierten Ergebnis: gutes Kosten- und Qualitätsmanagement sowie zufriedene Patienten. Die Umsetzung dieser Aufgabenbereiche kommt Ihren Patienten als Kunden zugute.

Das erfolgreiche Unternehmen Zahnarztpraxis, muss ebenfalls nach den Grundlagen des Finanzmanagements gesteuert werden. Diese Grundlagen können Sie genauso wie die Themenkreise Finanzierung und Investitionen sowie Einführung in das Steuerrecht in diesem Wegweiser nachlesen. In Kapitel 6 finden Sie Tipps, wie Sie durch geschicktes Marketing Ihre Patienten verstärkt an sich und Ihre Praxis binden. Ihr gesundes Praxis-

Unternehmen sichert Ihnen nicht nur langfristig die Möglichkeit, auf hohem Niveau eine innovative und moderne Zahnheilkunde für Ihre Patienten praktizieren zu können, sondern gewährt auch Ihre wirtschaftliche und persönliche Zufriedenheit.

1.2 Marktbedingungen im Gesundheitswesen

Vom Grundsatz her ist die Berufsausübung eines jeden selbständigen Zahnarztes an einen Praxissitz gebunden. Die Zulassung eines Praxissitzes zur Behandlung von GKV-Patienten erfolgt grundsätzlich über die zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen).

Jeder Zahnarzt hat aus ökonomischer Sicht das langfristige Ziel, sich seinen Marktanteil im Gesamtmarkt zu sichern. Abbildung 1.1 verdeutlicht das sog. Marktpotenzial des niedergelassenen Zahnarztes in Abhängigkeit von seinem Standort und seinem Einzugsgebiet an zu versorgenden Patienten.

An dieser Stelle muss unter den zurzeit geltenden Abrechnungsbestimmungen berücksichtigt werden, dass die Honorierung für die Erbringung von Leistungen für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherungen anhand des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) erfolgt und damit gedeckelt ist. Teilbereiche der Zahnmedizin sind davon weniger oder nicht berührt, so z.B. die prothetische Versorgung der Patienten mit Zahnersatz. Aufgrund der Budgetierungen hat die Marktpotenzialbetrachtung auf den ersten Blick nur dann eine Bedeutung, wenn der niedergelassene Zahnarzt sein GKV-Budget nicht in allen Bereichen ausgeschöpft hat. Darüber hinaus kann jedoch diese Marktpotenzialanalyse auch dazu genutzt werden, um das zukünftige Wachstumspotenzial an Privatpatienten oder GKV-Patienten, die auf eigenen Wunsch kostenpflichtige Selbstzahlerleistungen (z.B. Wunschleis-

tungen außerhalb des BEMA-Leistungskataloges und/oder Eigenanteile an Zahnersatz) in Anspruch nehmen werden, abzuschätzen (s.a. Kap. 1.2.2).

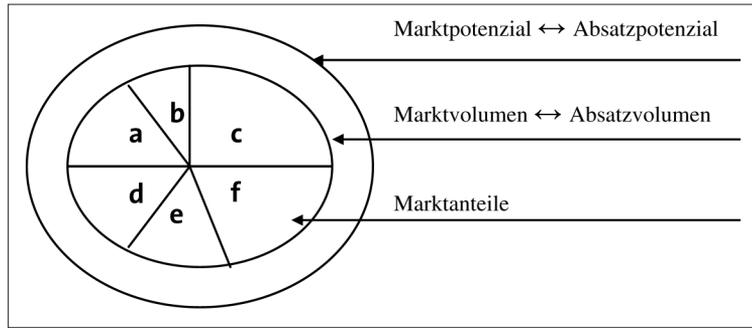
Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten stetig verändert. Die Wirkungen der staatlichen Reformbestrebungen, unter anderem umgesetzt im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007, dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG) 2012 und zuletzt im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 2015, werden auch in Ihrer Vertragszahnarztpraxis deutlich spürbar:

- ▲ Planungsbeschränkungen bezüglich einer beschränkten Niederlassungsmöglichkeit („Bedarfszulassung“) wurden für die gesamte Zahnheilkunde aufgehoben.
- ▲ Die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte (Leistungserbringer) hat trotz der sich verknappenden Ressourcen und der Bedarfszulassung in den letzten 20 Jahren zugenommen; hierdurch werden Zahnärzte in Ihrem Einzugsgebiet zunehmend zu Wettbewerbern.
- ▲ Durch die gesetzliche Öffnung ist die Zahl der angestellten Zahnärzte auch in Zweigpraxen angestiegen.
- ▲ Zahnmedizinische Versorgungszentren, in denen auch niedergelassene Zahnärzte ihre Patienten versorgen, sind mittlerweile zur Versorgung von Patienten aller Krankenversicherungen zugelassen.
- ▲ In Anbetracht der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung stehen seit gut zehn Jahren nur begrenzte finanzielle Ressourcen im Ersten Gesundheitsmarkt der GKV zur Verfügung.

Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) wurden insbesondere Regelungen für die niedergelassenen Humanmediziner neu geregelt. Für Zahnärzte sind die nachstehenden Punkte von Interesse:

- ▲ Ab jetzt können reine Zahnärzte-MVZ oder auch Hausärzte-MVZ gegründet

Abb. 1.1: Marktpotenzial



werden. Für Zahnärzte ist es von Interesse, dass auch dafür keine Bedarfszulassung besteht.

- ▲ Im § 32b der Zahnärzte-Zulassungsordnung ist nun neu geregelt worden, dass auch angestellte Zahnärzte den Praxisinhaber bis zu sechs Monate bei Krankheit oder Tod vertreten können.
- ▲ Im § 22a SGB-V wurde der Anspruch von Behinderten auf eine zahnärztliche Prävention ergänzend aufgenommen; diese Bestimmung besteht nun komplementär zu den Bestimmungen des § 119b SGB V (Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen).

1.2.1 Auswirkungen der Gesundheitsgesetzgebung auf den ambulanten Bereich

Die einzelnen Zahnärzte bemühen sich verstärkt um die gleichen Patientenzielgruppen: die lukrativen Patienten mit einem zahnmedizinisch indizierten Zahnersatz. Gleichzeitig entwickeln die Patienten selbst eine zunehmende ästhetisch-orientierte Nachfrage an zusätzlichen zahnmedizinischen (Wunsch-)Leistungen. Unter Berücksichtigung dieser beiden Trends lässt sich erkennen, dass sich im ambulanten zahnmedizinischen Versorgungssegment marktähnliche Strukturen und Wettbewerbsrahmenbedingungen entwickeln. Infolgedessen besteht eine wachsende Tendenz aus gesundheitspo-

litischer Perspektive, wie auch in der Allgemeinmedizin, die zahnärztliche Einzelpraxis in (über)örtliche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) einzubringen. Sicherlich ist zu bedenken, dass die neuen Regelungen vielfältige Kooperationen ermöglichen. Diese bieten u.U. die Möglichkeit, Praxiskostenstrukturen zu optimieren und auf mehrere Praxisinhaber betriebswirtschaftlich effektiv zu verteilen. Grundsätzlich kann ein niedergelassener Vertragszahnarzt der GKV seit dem 01.01.2012 aufgrund der gesetzlichen Änderungen im VStG neben seiner kasenzahnärztlichen Tätigkeit auch noch „zeitlich unbegrenzt“ als Honorar-Zahnarzt in einem Krankenhaus arbeiten. Hier sollte allerdings darauf geachtet werden, dass die geltenden berufs- und arbeitsrechtlichen Vorschriften eingehalten werden. Somit erhöhen sich die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Zahnarzt und Klinik bei einer gleichzeitigen grundsätzlichen Wettbewerbssituation zwischen beiden Partnern.

Die im folgenden Überblick dargestellten Gesetzesänderungen gewähren dem Vertragszahnarzt neue Möglichkeiten des Leistungsangebots für seine Patienten und damit ein Stück mehr an unternehmerischer Freiheit, die viele Kollegen bereits vollständig verloren geglaubt haben. Insbesondere in den neuen zulässigen Kooperationsformen mit anderen Leistungserbringern liegen erhebliche Chancen, an sich neu bildenden Strukturen in der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung der gesetzlich versicherten

Patienten teilzuhaben. Sicherlich ist auch hier eine Chance für die vielen zukünftigen Kolleginnen zu sehen, die inzwischen mit bis zu 80% an den Universitäten im Studiengang Zahnmedizin vertreten sind, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren.

VÄndG und VStG – Auf zu neuen Ufern

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat neue Entwicklungstrends im ambulanten Versorgungsangebot für Patienten gesetzt. Die wichtigsten Schlagworte sind:

- ▲ Teilzulassung
- ▲ Zweigpraxis
- ▲ (Über)örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (der Begriff „Berufsausübungsgemeinschaft“ ist mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zum Jahr 2007 eingeführt worden und ersetzt die ehemalige „Gemeinschaftspraxis“)
- ▲ Teil- Berufsausübungsgemeinschaft
- ▲ KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft
- ▲ Wegfall von Altersgrenzen
- ▲ Anstellung von Zahnärzten
- ▲ Möglichkeit der Tätigkeit in Praxis und Klinik
- ▲ Zahnmedizinische Versorgungszentren.

Diese sich aus dem VÄndG ergebenden Optionen erläutern wir im folgenden Überblick.

Teilzulassung. Die Zulassung eines Vertragszahnarztes kann auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit beschränkt werden. Dies gilt sowohl für den Zahnarzt, der sich erstmals um eine Zulassung als Vertragszahnarzt bewirbt, als auch für den bereits zugelassenen Vertragszahnarzt, der für die Zukunft auf die Hälfte seiner Zulassung verzichten möchte. Hiermit geht – naturgemäß – eine entsprechende Reduzierung des Punktezahlvolumens einher.

Interessant sind die Möglichkeiten der Teilzulassung sowohl für junge zahnärztliche Mütter, an die der Gesetzgeber hierbei in

erster Linie gedacht hat, als auch im Hinblick auf die nachstehend noch zu erläuternden weiteren Möglichkeiten des voll zugelassenen Vertragszahnarztes, sich verstärkt als Partner von Kooperationen im niedergelassenen Bereich zu engagieren: Verhandlungspartner hinsichtlich einer beabsichtigten Kooperation kann auch für Kliniken der Zahnarzt sein, der selbst mit hälftiger Teilzulassung niedergelassen tätig ist, andere Vertragszahnarztsitze an sich gebunden und diese mit angestellten Zahnärzten besetzt hat. Es wird deutlich: Die Neuerungen des VÄndG haben dem Vertragszahnarzt auch neue Möglichkeiten und Kooperationsformen ggf. mit Krankenhäusern gegeben. Dies verschärft den Wettbewerb zwischen den GKV-Vertragszahnärzten um eben solche Kooperationen und damit um den Zugang zu Patienten.

Praxistipp

Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass einem Zahnarzt auch zwei Zulassungen mit jeweils hälftigem Versorgungsauftrag erteilt werden können; ob diese Vertragsarztsitze im Bezirk derselben oder zwei verschiedener KZVen liegen, spielt insoweit keine Rolle!

Zweigpraxis. Es ist Ihnen als Vertragszahnarzt erlaubt, an mehreren Orten tätig zu sein. Allerdings setzt das Berufsrecht eine Grenze insoweit, als jedem – also auch dem privatärztlich tätigen – niedergelassenen Zahnarzt lediglich zwei Filialen erlaubt sind.

Nach § 95 Abs. 1 SGB V erfolgt die Zulassung für den Ort der Niederlassung. Dies kann bei einer Vollzulassung nur ein Standort sein. Einem zugelassenen Zahnarzt ist es allerdings nach § 6 Abs. 6 des Bundesmantelvertrages Zahnärzte (BMV-Z) erlaubt, außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes Zweigpraxen an weiteren Orten zu betreiben. Hier müssen jedoch folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- ▲ Die Versichertenversorgung an den weiteren Orten muss verbessert werden.
- ▲ Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes darf nicht beeinträchtigt werden.

Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten an den Orten der Zweigpraxen ist insbesondere dann gegeben, wenn in dem vorgesehenen Planungsbereich eine zahnmedizinische Unterversorgung besteht. Eine Verbesserung ist in der Regel auch dann vorauszusetzen, wenn, unabhängig vom bestehenden Versorgungsgrad, in dem betreffenden Planungsbereich am Standort nicht oder nicht im notwendigen Umfang angebotene Leistungen im Rahmen der Zweigpraxis erbracht werden und die Versorgung auch nicht durch andere Vertragszahnärzte sichergestellt werden kann, welche räumlich und zeitlich von den Versicherten mit zumutbaren Aufwendungen in Anspruch genommen werden können. Die vertragsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes wird in der Regel dann nicht beeinträchtigt, wenn die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der oder den Zweigpraxen ein Drittel seiner Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz nicht übersteigt. Am Ort der Zweigpraxis kann ein angestellter Zahnarzt für die ausreichende Erfüllung der Versorgung der Patienten eingestellt werden. Die Dauer der Tätigkeit des angestellten Zahnarztes in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100% überschreiten. Bestehen Entfernungen von mehr als 125 km zum Praxis-Erststz und/oder ist eine Fahrzeit von mehr als einer Stunde erforderlich, kann die Genehmigung der Zweigpraxis versagt werden.

Voraussetzung für eine Filialtätigkeit ist seit dem VÄndG, dass die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort hierdurch eine Verbesserung erfährt und zugleich die

ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Wann eine Verbesserung bzw. eine Beeinträchtigung vorliegt, hat der Gesetzgeber indes nicht bestimmt. Die Praxis zeigt, dass die Zulassungsausschüsse eher mit größerer Zurückhaltung agieren.

Von einer Verbesserung der Versorgung der Versicherten wird vernünftigerweise aber auch dann auszugehen sein, wenn am Ort der Zweigpraxis die Wartezeiten für Patienten verkürzt werden, was etwa bei seltenen Leistungen und Erkrankungen schnell erreicht wird. Umgekehrt wird diskutiert, dass eine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung am Stammsitz bereits dann vorliegt, wenn das Engagement in der Zweigpraxis zu längeren Wartezeiten am Stammsitz führt oder gar zu einer Verknappung des Leistungsangebotes. Durch den am 01.07.2007 in Kraft getretenen Bundesmantelvertrag-Zahnärzte ist klargestellt, dass bestimmte Sprechzeiten einzuhalten sind: Der sich aus der Zulassung des Vertragszahnarztes ergebende Versorgungsauftrag ist dadurch zu erfüllen, dass der Vertragszahnarzt an seinem Vertragszahnarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht.

Wichtig für Sie als Vertragszahnarzt ist es zu wissen, dass die Regelungen zur Zweigpraxis auch für Krankenträger oder Träger von stationären Pflegeeinrichtungen von Bedeutung sind, weil sie grundsätzlich auch das MVZ betreffen. Auch ein MVZ kann Filialpraxen unterhalten. Anders als bei niedergelassenen Zahnärzten ist die Zahl der Zweigstellen aber nicht auf zwei beschränkt. Nicht selten bestehen Überlegungen aufseiten der Krankenträger, neben dem in Krankenhaushöhe positionierten Fach-Zahnarzt-MVZ in der weiteren Umgebung zahnärztliche Filialpraxen zu betreiben, um so die Versorgungskette zu komplettieren.

Die Zweigpraxis birgt besondere Problemfelder. Durch das VÄndG ist klargestellt, dass eine Zweigpraxis auch in einem fremden KV-Bezirk betrieben werden darf; dies bedarf der sog. Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss in diesem fremden KZV-Bezirk. Der Zulassungsausschuss am Sitz der Stamm-KZV wird hinsichtlich der Versorgungsgefährdung am Stammsitz allerdings angehört. Eine Unsicherheit im Rahmen der Planung einer Filialpraxis besteht darin, dass der Zulassungsausschuss durchaus die Möglichkeit hat, die Ermächtigung mit Auflagen zu versehen, etwa in Form einer Mindestpräsenz in der Stammpraxis oder einer Höchstpräsenz in der Filiale.

Der Versorgungsauftrag des Vertragszahnarztes an dem weiteren Ort sowie am Stammsitz kann im Rahmen der Grenzen, die der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung zieht, auch durch angestellte Zahnärzte erfüllt werden, und zwar sowohl durch Zahnärzte, die am Stammsitz angestellt werden, als auch durch solche Zahnärzte, die speziell für die Tätigkeit am weiteren Ort eingestellt werden. Die Anstellung eines Zahnarztes in Zweigpraxen unterliegt ebenfalls bestimmten Regeln. Anzustellende Zahnärzte müssen die Vorbereitungszeit absolviert haben. Die Anstellung muss bei der KZV beantragt und durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden, bevor der angestellte Zahnarzt GKV-Leistungen erbringen kann. Am Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte können maximal ein Drittel der Arbeitszeit, die sie dort leisten, in Zweigpraxen tätig sein. Die Arbeitszeit eines Zahnarztes, der in einer Zweigpraxis angestellt ist, kann höchstens doppelt so lang sein wie die Arbeitszeit des Vertragszahnarztes in dieser Zweigpraxis.

Zahnärztliche Kooperationen. Nach § 16 der Musterberufsordnung-Zahnärzte (MBO) darf eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) in allen für den zahnärztlichen Beruf zulässigen

Gesellschaftsformen geführt werden. Es sind zurzeit, abhängig vom jeweiligen Kammergesetz, folgende Formen möglich:

- ▲ BGB-Gesellschaft
- ▲ Partnerschaftsgesellschaft
- ▲ GmbH

Die Bildung und Ausübung von Berufsausübungsgemeinschaften ist durch das VÄndG vereinfacht worden. Die Vertragszahnarztrechtliche Zulässigkeit von standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften war zuvor strittig. Durch eine Änderung des § 33 Zahnärzte-ZV (Zulassungsverordnung) ist klargestellt worden, dass sowohl örtliche als auch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zulässig sind. Klargestellt wurde in dieser Vorschrift ferner, dass Berufsausübungsgemeinschaften unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern mit Ausnahme von zuweisungsabhängigen Facharztgruppen (Labor, Radiologie) zulässig sind, sodass also nicht nur Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Vertragszahnärzten zulässig sind, sondern auch etwa zwischen Vertragszahnarzt und Psychotherapeuten sowie zwischen Vertragszahnarzt und zahnmedizinischem Versorgungszentrum. Hinsichtlich der zahnmedizinischen Versorgungszentren soll dies auch unabhängig davon gelten, ob sie als Kapital- oder als Personengesellschaften organisiert sind. Für die Mitglieder der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften besteht, bezogen auf ihre Tätigkeit für die Berufsausübungsgemeinschaft, keine Präsenzpflicht.

Überörtliche BAGs sind gemäß § 33 Abs. 2 Satz 2 Zahnärzte-ZV zulässig, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht am eigenen Vertragszahnarztsitz aufrechterhalten wird und das Mitglied an den Vertragszahnarztsitzen der anderen Mitglieder der BAG nur in einem zeitlich begrenzten Umfang tätig wird. Wie in § 6 Abs. 8 des Bundesmantelvertrages Zahnärzte beschrieben, ist dies

dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen BAG ein Drittel der Zeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes an seinem Vertragszahnarztsitz nicht überschreitet.

Auch Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) können Zahnärzte anstellen sowie an jedem ihrer Vertragssitze entsprechend dem Versorgungsbedarf einsetzen.

Vollständig neu geregelt wurden die Vorschriften in der Zahnärzte-ZV zur Berufsausübungsgemeinschaft: Die Regelungen erlauben und regeln die Anforderungen an die gemeinsame Berufsausübung, und zwar für alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer, also nicht nur für den Vertragszahnarzt. Dabei sind Berufsausübungsgemeinschaften sowohl mit einem einzigen Vertragszahnarztsitz (in diesem Sinne also als örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) als auch mit mehreren Vertragszahnarztsitzen (dann als überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) zulässig. Erforderlich ist die vorherige Genehmigung des Zulassungsausschusses der zuständigen KZV. Es besteht ein Anspruch auf Genehmigung dann, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht am Vertragszahnarztsitz gewährleistet bleibt und der Vertragszahnarzt an den anderen Vertragszahnarztsitzen nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig wird. Die Anzahl der Zahnärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft, die sich als Vertragszahnarzt beteiligen, ist gesetzlich nicht beschränkt. Wird eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft über die Grenzen von Zulassungsbezirken hinaus gebildet, muss für mindestens zwei Jahre einer der Sitze bestimmt werden, der sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für die Abwicklung der Leistungserbringung an allen Vertragszahnarztsitzen als „Hauptsitz“ maßgeblich ist.

Praxisgemeinschaft. Die Praxisgemeinschaft als berufliche Kooperationsform von Zahnärzten stellt primär eine Kostengemeinschaft dar. Die seit Jahrzehnten bewährte herkömmliche Einzelpraxis und die Zahl der hier als Generalisten tätigen Zahnärzte sind rückläufig. Durch den stetig ansteigenden Kostendruck, wachsende Auflagen und vermehrten Wettbewerb wird die Praxisgemeinschaft ein immer interessanteres Modell werden. Hinzu kommt die große Zahl an Kolleginnen, die neue Praxismodelle erschließen wollen, um die Familienplanung in Verbindung mit der beruflichen Selbständigkeit zu realisieren.

Allerdings unterscheidet sich die Praxisgemeinschaft grundlegend von einer Berufsausübungsgemeinschaft. Eine Praxisgemeinschaft ist nach dem Wunsch der beteiligten Zahnärzte sehr individuell zu gestalten. Hier sind unterschiedliche und sehr verschiedene Varianten vorstellbar. So können zwei Einzelpraxen ebenso kooperieren wie ganze Gesundheitszentren. Sonderformen einer Praxisgemeinschaft sind sogenannte Apparatgemeinschaften oder auch dentale Praxislaborgemeinschaften.

Der organisatorische Zusammenschluss von mehreren Zahnärzten zur gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen oder Praxiseinrichtungen stellt die klassische Kooperationsform einer Praxisgemeinschaft dar. Auch das Personal kann teil-, bzw. zeitweise gemeinsam genutzt werden, so z.B. das Rezeptionspersonal, die Praxismanagerin oder der „Dental Hygienist“. Dieses Personal-Sharing ermöglicht das Vorhalten von spezialisiertem Fachpersonal, welches von einem einzelnen Zahnarzt nicht ausreichend ausgelastet würde. Im Vorfeld der Zusammenarbeit ist es erforderlich, den Umfang des Zusammenschlusses exakt im Rahmen des vertraglich vereinbarten Gesellschaftszwecks festzulegen. Bei dieser Praxisgemeinschaft handelt es sich juristisch gesehen ausschließlich um eine wirtschaftlich geprägte Gesellschaft.

Andere Zwecke, wie z. B. die gemeinschaftliche Versorgung von Patienten, sind nicht vorgesehen. Jeder Zahnarzt in einer Praxisgemeinschaft führt seine Praxis rechtlich und fachlich eigenverantwortlich mit eigenem Patientenkontext und entsprechender eigener Patientendokumentation. Im Rahmen der Regelungen des § 32 Abs.1 Zahnärzte-ZV ist allerdings die gegenseitige Vertretung zugelassen. Die erforderliche Vertragsgestaltung zwischen Behandler und Patienten wird nicht mit der Praxisgemeinschaft, sondern mit dem jeweiligen zahnärztlichen Praxisinhaber geschlossen. Auch die Vertragsgestaltung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung wird von jedem Zahnarzt in einem eigenverantwortlichen Rechtsverhältnis geführt. Eine Praxisgemeinschaft ist arbeits- und sozialversicherungsrechtlich der Arbeitgeber des gemeinsam beanspruchten und beschäftigten Praxispersonals, sofern im Rahmen des Gesellschaftsvertrages dies festgehalten wurde. Eine in der Rechtsform einer GbR geführte Praxisgemeinschaft muss eine Einnahmen-/Überschussrechnung erstellen. Diese Gewinnfeststellung betrifft allerdings nur die Erfassung eines neutralen Ergebnisses und dessen Umlage auf alle Gesellschafter der Praxisgemeinschaft.

Teil-Berufsausübungsgemeinschaft. Auch die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften zur Übernahme spezifischer, auf die Erbringung bestimmter Leistungen bezogener Behandlungsaufträge ist erlaubt. Der Gesetzgeber hatte hierzu ein Beispiel vor Augen: Es schließen sich ein Prothetiker und ein Kieferchirurg zusammen, jeder behält seine Praxis, arbeitet aber z.B. im Bereich der Implantatgetragenen Supraversorgung mit dem Kollegen im Rahmen einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft zusammen.

Mittlerweile ist durch die Berufsordnungen in den Ländern weitestgehend klargestellt, dass nur die echte Leistungserbringergemeinschaft erlaubt sein soll, nicht aber

sog. Kickback-Konstellationen. Bekannt sind die Gestaltungen, in denen ein Laborarzt mehrere Dutzend bis mehrere Hundert über das gesamte Bundesgebiet verteilte niedergelassene Ärzte als Partner einer (sternförmig angelegten) Teilgemeinschaftspraxis aufnimmt. Solche Konstellationen verstoßen gegen das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt.

Teilzeittätigkeit des Vertragszahnarztes.

Dem Vertragszahnarzt ist in § 19a Zahnärzte-ZV die Befugnis eingeräumt, den grundsätzlich vollzeitigen Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken. Diese Beschränkung muss gegenüber dem Zulassungsausschuss angezeigt und von diesem im Beschlusswege festgestellt werden. Neben einer Teilzulassung ist es dem Zahnarzt auch erlaubt, in gleichem Umfang an anderer Stelle als angestellter Zahnarzt zu arbeiten. Die „Umwandlung“ einer Teilzulassung in eine Vollzulassung ist möglich.

Nebentätigkeit des Vertragszahnarztes.

Geändert wurde durch das VÄndG ferner die Regelung des § 20 Abs. 2 Zahnärzte-ZV. Entsprechend den Regelungen des VÄndG kann ein Vertragszahnarzt auch in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsauftrag nach § 111 SGB V abgeschlossen worden ist, tätig sein und mit einer solchen Einrichtung kooperieren, ohne dass damit seine Eignung als Vertragszahnarzt infrage gestellt ist. Dies gilt auch für seine Berufsausübung in einem MVZ. Darüber hinaus wurde klargestellt, dass ein Zahnarzt als Angestellter gleichzeitig in einem Krankenhaus und in einem zahnmedizinischen Versorgungszentrum/einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sein darf. In den eben genannten Tätigkeitskonstellationen ist jedoch darauf zu achten, dass eine entsprechende Berufsausübung einen gewissen Umfang nicht überschreiten darf; nach der mit dem VStG

eingeführten Reform der maßgeblichen Regelung in § 20 Abs. 1 Zahnärzte-ZV gilt, dass der Vertragszahnarzt durch etwaige andere Tätigkeiten nicht daran gehindert sein darf, zu den für die Erfüllung seiner vertragsärztlichen Versorgungspflichten notwendigen Zeiten zur Verfügung zu stehen; in der Gesetzesbegründung zum VStG wird insoweit auf die üblichen Sprechstundenzeiten abgehoben. Möglich ist auch eine gleichzeitige Anstellung in einer Vertragszahnarztpraxis und in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

Präsenzzeiten eines Vertragszahnarztes. Die bisherige zeitliche Begrenzung für eine entsprechende Tätigkeit von 13 Stunden ist durch das Inkrafttreten des VStG zum 01.01.2012 aufgehoben worden. Somit können nun auch angestellte Zahnärzte zeitlich unbegrenzt in zahnmedizinischen Versorgungszentren oder Zahnarztpraxen tätig sein.

Das reformierte Berufsrecht erlaubt den Zahnärzten, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein, sofern sie die Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen und zeitliche Ressourcen verfügbar sind. Bis zur Reform durch das VÄndG standen dem aber die Regelungen des Vertragszahnarztrechts entgegen. Zwar hält das Gesetz daran fest, dass die Erteilung einer Zulassung für den Ort der Niederlassung des Zahnarztes (Vertragszahnarztsitz) erfolgt. Nach den Regelungen des VÄndG können aber weitere vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragszahnarztsitzes an weiteren Orten zulässig sein, soweit dies mit der spezifischen Pflicht eines Vertragszahnarztes, die vertragsärztliche Versorgung an seinem Vertragszahnarztsitz zu gewährleisten, vereinbar ist und dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert. Die weiteren Zahnarztsitze dürfen auch außerhalb des KV-Bezirks für den Vertragszahnarztsitz liegen. Auch die

Anstellung von Zahnärzten außerhalb des Sitzes eines Vertragszahnarztes an weiteren Orten ist unter Berücksichtigung der bestehenden Zulassungsvorschriften zulässig. Erwähnenswert ist noch, dass die Verpflichtung des Vertragszahnarztes, in Sprechstundenfreien Zeiten seinen Vertragsarztsitz erforderlichenfalls in angemessener Zeit erreichen zu können („Residenzpflicht“) durch das GKV-VStG mit Wirkung zum 01.01.2012 aufgehoben wurde.

Altersgrenzen. Bis zum 01.01.2007 bestand eine sog. Alterszugangsgrenze. Ein Zahnarzt, der das 55. Lebensjahr vollendet hatte, erhielt keine Zulassung mehr. Diese Alterszugangsgrenze ist vollständig aufgehoben worden. Interessant ist dies insbesondere für den über 55-jährigen Chef- oder Ober-Zahnarzt an einem Klinikum, der sich, gegebenenfalls in Teilzulassung, niederlassen möchte, um in Zukunft sowohl im Krankenhaus als auch im Vertragszahnarztbereich – ggf. in einer (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft mit anderen Kollegen – tätig zu sein.

Daneben besteht auch keine Altershöchstgrenze mehr: Bis zum 01.01.2007 war es so, dass ein Vertragszahnarzt seine Zulassung mit der Vollendung seines 68. Lebensjahres automatisch verlor. Eine Verlängerung war selbst in Härtefällen nicht vorgesehen. Grundsätzlich kann jetzt ein Vertragszahnarzt seine Zulassung auf unbestimmte Dauer behalten, solange kein Grund für eine Entziehung vorliegt.

Anstellung von Zahnärzten. Der Vertragszahnarzt kann im Rahmen der allgemeinen zulassungsrechtlichen Bestimmungen Zahnärzte zur Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz anstellen. Der Vertragszahnarzt ist auch in diesem Falle weiterhin zur persönlichen Praxisführung verpflichtet. Die von angestellten Zahnärzten erbrachten Leistungen gegenüber Versicherten stellen Leistungen des Vertragszahnarztes dar, die er als eigene

gegenüber der KZV abzurechnen hat. Der Vertragszahnarzt hat die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anzuleiten und zu überwachen. Unter diesen Voraussetzungen können am Vertragszahnarztsitz zwei vollzeitbeschäftigte Zahnärzte, bzw. bis zu vier halbezeitbeschäftigte Zahnärzte angestellt werden. Bei Teilzulassung können entweder ein vollzeitbeschäftigter Zahnarzt, zwei halbezeitbeschäftigte Zahnärzte oder vier Zahnärzte mit insgesamt höchstens vollzeitiger Beschäftigungsdauer angestellt werden. Die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten neben zwei angestellten Zahnärzten ist nicht möglich.

Anstellung von Vertragszahnärzten im Krankenhaus. Zuvor war es aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur maßgeblichen Regelung in der Zulassungsverordnung für Zahnärzte nicht zulässig, dass ein Vertragszahnarzt im Krankenhaus zahnärztliche Leistungen erbringt oder ein Krankenhaus-Zahnarzt zugleich im MVZ des Krankenhausträgers arbeitet. Das Bundessozialgericht hatte in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Tätigkeiten als Krankenhaus-Zahnarzt und als Vertragszahnarzt (BAG/MVZ) wesensverschieden sind. Mit dem VÄndG hat der Gesetzgeber in der Zahnärztezulassungsverordnung klargestellt, dass die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes vereinbar ist.

Neues im MVZ. Seit Inkrafttreten des GKV-VSG zum 23.07.2015 sind auch fachgleiche medizinische Versorgungszentren erlaubt. Auf die Bedingung einer „fachübergreifenden“ Kooperation hat der Gesetzgeber verzichtet. Somit sind seitdem auch reine Zahnärzte-MVZ zulässig.

Das MVZ definiert sich als eine (zahn-)ärztlich geleitete Einrichtung, in der Ärzte

oder/und Zahnärzte, die im Arzt-/Zahnarztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertrags(zahn)ärzte zur Erbringung ambulanter zahnärztlicher bzw. ärztlicher Leistungen tätig sind.

Für das MVZ in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts (Beispiel: GmbH) müssen die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben.

Mehr Wettbewerb in der GKV

Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden die nachstehenden Regelungen und Leitgedanken umgesetzt:

- ▲ Versicherungsschutz für alle Einwohner
- ▲ Sicherung der zahnmedizinisch notwendigen Leistungen für alle Bürger
- ▲ Steigerung der Qualität und der Effizienz
- ▲ Finanzierung auch durch Steuermittel: Es ist geplant, die Mitversicherung von Kindern über Steuermittel zu sichern.
- ▲ Einführung des Gesundheitsfonds: Seit Jahresbeginn 2009 fließen die Einnahmen aus dem allgemeinen Beitragssatz zur GKV gemeinsam mit Steuermitteln in den Gesundheitsfonds. Zur Deckung der Leistungsausgaben erhalten die Krankenkassen vom Gesundheitsfonds eine einheitliche Grundpauschale pro Versichertem plus alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge. Außerdem bekommen die Kassen weitere Zuweisungen zur Deckung der sonstigen standardisierten Ausgaben wie z.B. Verwaltungsausgaben und Satzungsleistungen.
- ▲ Einheitlicher GKV-Beitragssatz: Mit dem Gesetz wurde zunächst ein allgemeiner und einheitlicher Beitragssatz von 15,5% beschlossen, der mit einem Anteil von 7,3% vom Arbeitgeber und mit 8,2% vom Arbeitnehmer zu zahlen war. Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FWQG)

wurde zum 01.01.2015 der allgemeine einkommensabhängige Beitragssatz von 15,5% auf 14,6% gesenkt. Dieser wird paritätisch (jeweils 7,3%) von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Der krankenkassenindividuelle Zusatzbeitrag ist allein vom Arbeitnehmer zu zahlen. Angesichts der prognostizierten weiteren Steigerungen der Zusatzbeiträge forderte die Opposition im August 2016 erneut vehement, zu einer hälftigen Finanzierung der GKV-Beiträge durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber zurückzukehren.

- ▲ Einführung eines Basistarifs PKV: Ausgangspunkt ist die Sicherstellung eines Versicherungsschutzes für alle bisher Nichtversicherten. Dieser Basistarif entspricht im Leistungsumfang dem GKV-Leistungskatalog. Dabei wird jedoch allen PKV-Versicherten ein Umstieg in den Basistarif ermöglicht. Gegebenenfalls ist zu erwarten, dass das Beihilfegesetz auf das Leistungsniveau des Basistarifs abgesenkt wird.
- ▲ Einführung von Wahltarifen der GKV: Alle Gesetzlichen Krankenversicherungen müssen seit dem 01.04.2007 ihren Versicherten spezielle Versicherungstarife anbieten.
- ▲ Vertrags- und Preiswettbewerb ab 2009 durch zu schließende Direktverträge gem. § 73c SGB V: besondere ambulante Versorgung; Ausschreibung von Leistungsverträgen der GKV. Im Zeitalter des Gesundheitsfonds unterscheiden sich die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr nur durch den Beitragssatz, sondern auch durch die individuellen Leistungsangebote im Wettbewerb.
- ▲ Öffnung der Spezialambulanzen der Krankenkassen gem. § 116b SGB V: Dies ist ein erster Schritt zur Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Patientenversorgung.
- ▲ § 87 Abs. 7 SGB V (GKV-WSG): Wegfall der Bedarfszulassung ab dem Jahr 2012.

Reform der Versorgungsstruktur in der GKV

Mit Wirkung zum 01.01.2012 ist das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz verfolgt der Gesetzgeber folgende maßgebliche Ziele:

- ▲ Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung
- ▲ Reform des vertragsärztlichen (und vertragszahnärztlichen) Vergütungssystems
- ▲ Einführung einer „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“
- ▲ Bereitstellung innovativer Behandlungsmethoden
- ▲ Weiterentwicklung der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses
- ▲ Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen

Das VStG in Stichworten

Bedarfsplanung § 99 SGB V. Die Bedarfsplanung hat eine grundlegende Überarbeitung erfahren. Die vom GBA (Gemeinsamen Bundesausschuss) dazu beschlossene Richtlinie dient der Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit dem Ziel, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige zahnärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Not- und Bereitschaftsdienst umfasst, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der zahnmedizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen. Die Planungsbereiche wurden neu gefasst und sollen jetzt den kreisfreien Städten, den Landkreisen oder Kreisregionen in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung entsprechen. Bisher waren dies die Stadt- und Landkreise. Allerdings sind die im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Bestimmungen zur sog. Bedarfszulassung, wonach Planungsbereiche wegen bestehender oder drohender Unter- oder Überversor-

gung gesperrt werden müssen, seit dem 1. April 2007 mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung beseitigt worden. Insofern besteht – im Gegensatz zu den Ärzten – Niederlassungsfreiheit für Zahnärzte. Sektorübergreifende Versorgungsfragen können zukünftig in von den zuständigen Landesausschüssen (bestehend aus Kassen[zahn]ärztlicher Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten, etwa Sozialleistungsträger, Landes-[Zahn] Ärztekammern, Patientenorganisationen und Landesbehörden) gebildeten regionalen Gremien diskutiert werden.

Krankenhausleistungen durch Vertragszahnärzte. Grundlage für die Vergütung zahnärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus ist § 2, Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung. Diese sieht vor, dass zu den allgemeinen Krankenhausleistungen die Leistungen gehören, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Hierzu gehören u.a. auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (wie z.B. von Zahnärzten).

Die Leistung muss vom Krankenhaus vergütet werden, sie wird nicht (mehr) im Rahmen des vertragszahnärztlichen Sicherstellungsauftrags erbracht.

Mobile Versorgungskonzepte. Seit dem 01.01.2011 gibt es im Leistungskatalog der Krankenkassen eine neue Position für die aufsuchende (mobile) zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und eingeschränkter Alltagskompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Leistungen können beansprucht werden, wenn die Betroffenen nicht mehr

selbst oder nur mit erhöhtem Aufwand in die Zahnarztpraxen kommen können. Voraussetzung ist allerdings, dass die Pflegebedürftigen einer Pflegestufe zugeordnet sind (§ 15 SGB XI), Eingliederungshilfe erhalten (§ 53 SGB XII) oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind (§ 45a SGB XI). Die Regelung beruht auf § 87 Abs. 2i SGB V und wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführt. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband haben nun durch einen entsprechenden Beschluss des Bewertungsausschusses die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt.

Ermächtigungen §§ 116, 116a SGB V, § 31a Zahnärzte-ZV. Künftig können Krankenhäuser zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung unter der Voraussetzung ermächtigt werden, dass der zuständige Landesausschuss einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf am Sitz des Krankenhauses festgestellt hat. Zudem können Zahnärzte, die in einem Krankenhaus, in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, ermächtigt werden, soweit sie die Weiterbildung abgeschlossen haben und der Träger der Einrichtung zustimmt (§§ 116 und 116a SGB V).

Aufhebung der Residenzpflicht § 24 Zahnärzte-ZV. Auch in nicht unterversorgten Regionen wird die Residenzpflicht grundsätzlich aufgehoben, soweit die Notfallversorgung nicht gefährdet wird.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen § 106 Abs. 5 SGB V. Bei erstmaliger Auffälligkeit im Kontext einer wirtschaftlichen Abrechnung der erbrachten Leistungen wird vorrangig eine Beratung des Zahnarztes stattfinden („Beratung vor Regress“). Erst bei wiederholter Auffälligkeit und Nichthalten an die Richtlinie des BEMA „wirtschaftlich, ausreichend und

zweckmäßig“ zu arbeiten, soll der Zahnarzt in Regress genommen werden können. Während der Beratung können nach § 106 Abs. 5e SGB V Praxisbesonderheiten beantragt werden. Die Gefahr des Regresses ist damit deutlich entschärft worden. Individuelle Gegebenheiten einer Praxis finden Berücksichtigung. Wichtig ist ein in sich schlüssiges Behandlungskonzept in einer zahnärztlichen Praxis.

Zahnmedizinische Versorgungszentren §§ 95, 103 SGB V. Der Gesetzgeber hat mit dem VStG seiner Intention Ausdruck gegeben, dass die Entscheidungen der Zahnärzte in MVZ nicht durch wirtschaftliche Interessen diktiert werden dürfen. Hierzu hat der Gesetzgeber die Trägerschaft von MVZ verkürzt: nur noch Vertrags(zahn)ärzte, Krankenhäuser, gemeinnützige Einrichtungen, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmen und die Erbringer nicht ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V können MVZ gründen.

Klargestellt wurde, dass die Zulassung zur Kassenzahnärztlichen Versorgung dem MVZ erteilt wird, der ärztliche Leiter selbst als angestellter Zahnarzt oder Vertragszahnarzt in der Einrichtung tätig sein muss und in zahnmedizinischen Fragen keinerlei Weisungen unterliegen darf (§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Als Rechtsform des MVZ sind nur noch Personengesellschaften, die GmbH und eingetragene Genossenschaften erlaubt.

Vereinbarung von Familie und Beruf § 32 Zahnärzte-ZV. Für Vertragszahnärztinnen wird die Vertretung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung von sechs auf zwölf Monate erweitert. Für die Erziehung von Kindern kann für bis zu drei Jahre ein Entlastungsassistent beschäftigt werden. Dieser Zeitraum muss nicht zusammenhängend genommen werden (§ 32 Abs. 1a Zahnärzte-ZV). Die KZVen können die Zeiträume verlängern.

„Unzulässige Zuwendungen“ §§ 73 Abs. 7, 128 SGB V. Der Gesetzgeber hat die aktuellen Diskussionen über „Korruption“ und zu individuellen Gesundheitsleistungen aufgegriffen, was in dem im Juni 2016 in Kraft getretenen Antikorruptionsgesetz (§§ 299a, b StGB) entsprechend neu geregelt wurde. Es würde allerdings den Rahmen sprengen, wenn man an dieser Stelle die einzelnen möglichen Konstellationen referieren würde. Ungeachtet dieser Neuregelung bleiben die nachfolgenden gesetzlichen Rahmenbedingungen in Kraft.

Neu ist § 73 Abs. 7 SGB V:

„Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

§ 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V lautet nunmehr:

„Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.“

§ 128 Abs. 5a SGB V neue Fassung:

„Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.“

Versorgungsstärkungsgesetz in der GKV 2015

Diese gesetzliche Reform des Jahres 2015 wird nur der Vollständigkeit halber kurz erwähnt, da der Regelungskreis ausschließlich auf dem Gebiet der humanmedizinischen ambulanten Versorgung liegt. Die zahnmedizinisch-ambulante Versorgung ist von diesem Gesetz nicht tangiert.

1.2.2 Erster und Zweiter Gesundheitsmarkt

In einem Markt werden Leistungen oder Produkte von den einzelnen Marktteilnehmern angeboten und nachgefragt. Der Interessenausgleich erfolgt in unserer Gesellschaft durch das Tauschmittel Geld. Auch auf die zahnärztliche Praxis kann dieses grundsätzliche Modell übertragen werden: Die erbrachten privat Zahnärztlichen Leistungen werden von den Privatpatienten selbst bezahlt und ihnen in Abhängigkeit ihres Versicherungsvertrages dann partiell oder vollständig von ihrer Versicherung erstattet. Zu erwähnen bleibt hier noch, dass die erwartete GOÄ-Reform bis zur Drucklegung nicht erfolgte und demzufolge die „GOÄ aus dem Jahr 1996“ weiter als Gebührenordnung genutzt werden muss. Die Vergütungen der Zahnärzte sind nach den Vorschriften der GOÄ zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den abschließend in § 6 Abs. 2 GOZ genannten Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind: Bei der Behandlung von GKV-Versicherten erfolgt die Vergütung über Leistungsäquivalente (BEMA-Punkte), welche dann von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Euro-Beträge umgerechnet werden. Der Punktwert wird zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) eines je-

den Bundeslandes und den gesetzlichen Krankenkassen verhandelt und festgelegt. Das Gesamtbudget wird auf Basis des festgesetzten Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) von der KZV an die Vertragszahnärzte verteilt. Dieser ist in § 85 Abs. 4 SGB V geregelt. Der HVM ist KZV-individuell. Jedoch sind die budgetierten und unbudgetierten Leistungen in jeder KZV gleich. Zu den budgetierten Leistungen zählen Kons/Chir, PAR, KBR, sowie KFO ohne Material und Laborkosten. Unbudgetierte Leistungen sind Festzuschüsse, IP/FU, alle Leistungen „sonstige Kostenträger“ (Polizei, Feuerwehr etc.) und Privat-Leistungen.

Unter „**Erstem Gesundheitsmarkt**“ verstehen wir den Krankenkassenmarkt, in dem die Krankenversicherten Anspruch auf Sachleistung ihrer Gesetzlichen Krankenversicherung für die notwendige zahnmedizinische Behandlung haben. In der öffentlichen Diskussion hat sich der Begriff „**Zweiter Gesundheitsmarkt**“ für die Beschreibung des Leistungsaustausches bei **Selbstzahlerleistungen** eingebürgert. Die Unterscheidung zwischen dem Ersten und dem Zweiten Gesundheitsmarkt liegt also im Wesentlichen in der Art der Vergütungsform der ärztlichen Dienstleistung, für die auf dem Zweiten (Selbstzahler-)Gesundheitsmarkt kein Sachleistungsanspruch besteht. Hier muss der Patient für die in Anspruch genommenen Leistungen selbst zahlen.

Im Hinblick auf die in den vergangenen Jahren in Kraft getretenen Gesundheitsreformen und die hiermit verbundenen kontinuierlichen Leistungsbeschränkungen ist eine neue Entwicklung in der Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Leistungen durch die Patienten zu beobachten: Wie z.B. die im Juli 2007 veröffentlichte Studie eines bekannten Beratungsunternehmens zeigt, engagieren sich immer mehr Menschen auch privat für ihre Gesundheit. Jeder Erwachsene gibt mittlerweile mehr als 900,- € im Jahr für Vorsorgeuntersuchungen, alternative Medi-

zin, Wellness, Sport, individuelle zahnmedizinische Leistungen und gesunde Ernährung aus. Seit dem Jahr 2000 sind damit die privaten Gesundheitsausgaben, die zusätzlich zur Krankenversicherung getätigt werden, jährlich um 6% gestiegen. Inzwischen hat dieser Zweite Gesundheitsmarkt ein Volumen von jährlich 77 Mrd. € (2013) im Vergleich zu 49 Mrd. € im Jahr 2003 (Quelle: Deutsches Ärzteblatt Newsletter vom 05.07.2007) erreicht. Dieser Betrag ist unabhängig von dem Segment der PKV-Versicherten zu sehen. Demzufolge kann man zu dem Ergebnis kommen, dass der hier erwähnte Zweite Gesundheitsmarkt für alle niedergelassenen Zahnärzte von wachsender betriebswirtschaftlicher Bedeutung ist: Gesundheit wird zu einem Konsumgut!

1.2.3 Marktteilnehmer: Wer spielt mit im Gesundheitswesen?

Die Marktteilnehmer im Gesundheitswesen sind Patienten, Leistungserbringer wie niedergelassene Zahnärzte und Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Physiotherapeuten, Krankenversicherer und Health-Care-Unternehmen. In Zukunft werden diese Partner enger zusammenarbeiten.

Zahnmedizinische Marktteilnehmer für Selbstzahlerleistungen sind auf der Angebotsseite primär niedergelassene Zahnärzte, zahnmedizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser. Dabei besteht auch ein Wettbewerb mit medizinischen Einrichtungen im Bereich von Wellness-, Fitness- und Lifestyle-Angeboten. Auf der Nachfrageseite stehen Patienten, die Versicherten der gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen als Konsumenten.

Der Patient nimmt als Marktteilnehmer im Gesundheitswesen eine immer bedeutendere Rolle ein. Im modernen Medienzeitalter ist der Patient durchschnittlich besser über diagnostische und therapeutische Möglich-

keiten sowie Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitserhaltung informiert als noch vor 25 Jahren. Allerdings besteht gleichzeitig die zahnärztliche Aufgabe darin, dem Patienten die für ihn zahnmedizinisch notwendige Versorgung sicherzustellen. Dies ist in einem Zeitalter tendenziell stringenter Leistungskataloge, entsprechend den diagnostischen und therapeutischen Vorgaben nicht immer eine leichte Aufgabe.

Praxistipp

Patienten schätzen es, von ihrem Zahnarzt individuell betreut zu werden. Diesen Wettbewerbsvorteil sollten Sie unbedingt nutzen, um sich in dieser Situation Ihre Marktanteile an der Patientenversorgung zu sichern. Weitergehende Ausführungen zum Gedanken hierzu finden Sie in Kapitel 6.

Auch in Bezug auf die genannten Akteure ist der in Kapitel 1.2.2 eingeführte Begriff „Zweiter Gesundheitsmarkt“ nicht trennscharf. Eine Leistung wie z.B. Bleaching oder jede Leistung eines KV-Patienten „transtendiert“ immer zu einer Selbstzahlerleistung, wenn die gewünschte Leistung „über das Maß des medizinisch notwendig erforderlichen sowie wirtschaftlichen Levels“ hinausgeht.

Anbieter und Nachfrager stimmen weitgehend mit dem Ersten Gesundheitsmarkt überein. Der Zahnarzt als Erbringer von Selbstzahlerleistungen erschließt i.d.R. keine neuen Zielgruppen von Patienten, wie z.B. bei der Wunschbehandlung von GKV-Versicherten in einer Vertragszahnarztpraxis. Die Zielgruppe für Selbstzahlerleistungen ist primär die gleiche Patienten Klientel, welche bereits an den Zahnarzt als Behandler gebunden ist. Neben dieser Patienten Klientel werden von den ambulanten Leistungserbringern die Privatpatienten als Zielgruppe definiert. Ihr Anteil am Gesamtvolumen ist u.a. vom Standort, Ambiente und dem Leistungs-

spektrum der Zahnarztpraxis abhängig. Die Erschließung neuer, zusätzlicher Patienten bedarf einer Strategie zur Vermarktung dieser Selbstzahlerleistungen, auf die Zahnärzte bisher nur unzureichend ausgerichtet und dabei durch berufsrechtliche Wettbewerbsbedingungen auch eingeschränkt sind.

Entwicklung des Leistungsportfolios für die Marktteilnehmer im ambulanten Gesundheitsmarkt

Die Struktur der ambulanten Leistungsanbieter wird sich auch in Anbetracht der nachfolgenden Einflussfaktoren ändern:

- ▲ Wechsel in den Trägerschaften von Krankenhäusern (Stand 2014: Je 35% der deutschen Krankenhäuser befinden sich in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft, 30% sind in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft; der Trend zur Privatisierung setzt sich fort.)
- ▲ Zahnmedizinische Versorgungszentren (Z-MVZ)
- ▲ Rückgang der Einzelpraxis – Zunahme der örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften

Unter Berücksichtigung der abzuschätzenden Marktveränderungen und der heutigen Einnahmestruktur im niedergelassenen Versorgungssektor ist zu erwarten, dass sich die Praxis-Einnahmestruktur in den nächsten fünf Jahren einem tief greifenden Wandel unterziehen wird (s. Abb. 1.2).

So lässt sich ein wachsender Wettbewerb auch zwischen den ambulant tätigen Leistungserbringern selbst erkennen. Seit 2007 ist es auch niedergelassenen Zahnärzten gestattet, nicht nur eine lokale Praxis in Form der Einzelpraxis, der Berufsausübungsgemeinschaft oder der Praxisgemeinschaft zu führen. Es ist den therapeutischen Heilberufen (Humanmedizinern, Zahnärzten, Psychologen) möglich, sich zu berufsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) zusammenzuschließen. Diese fachübergreifenden Kooperationsformen werden zu neuen Angebotsstrukturen führen. Die Berufsausübungsgemeinschaften firmieren nach dem aktuellen Recht entweder nach dem Partnerschaftsrecht, GmbH oder als GbR. Abrechnungstechnisch rechnen diese BAG ihre Leistungen gegenüber der KZV mit einer KV-Nummer ab.

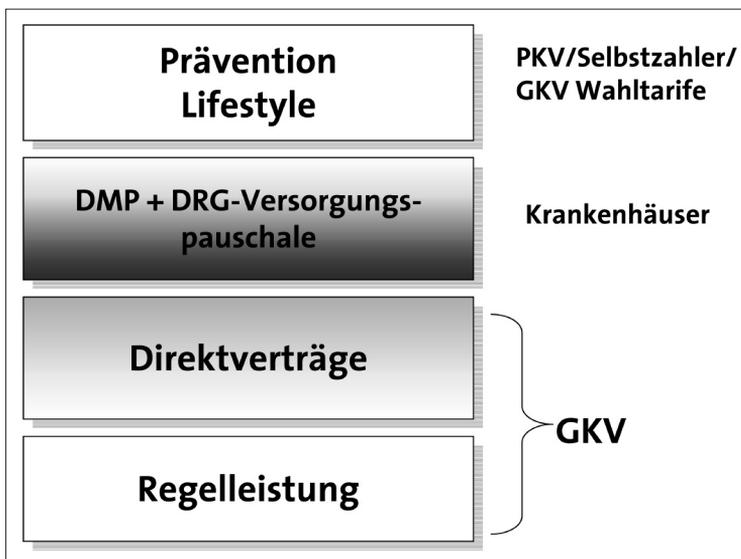


Abb. 1.2: Leistungsportfolio Zahnarztpraxis 2016

Darüber hinaus können die BAG auch überörtlich tätig sein, d.h. Praxisbetriebsstätten können in unterschiedlichen Stadtteilen oder Städten als ein Unternehmen auftreten.

Andererseits hat das IT-Zeitalter auch zu einer Verschlankung der administrativen Routine-Prozesse im Praxisalltag geführt. Umgangssprachlich spricht man heute von „E-Health-Zeitalter“. Hierunter verstehen wir beispielsweise die zukünftigen Zahnarzt- und Patientenausweise mit PIN-Codes, das E-Rezept oder die vernetzte Patientenakte.

Die skizzierten Rahmenbedingungen verdeutlichen, dass niedergelassene Zahnärzte zur Sicherstellung ihrer unternehmerischen Tätigkeit vertiefende Managementkenntnisse benötigen. Dabei müssen dem Zahnarzt als Manager die Wechselbeziehungen zwischen einem etablierten Qualitäts-, Prozess- und Kostenmanagement bewusst sein. Im zunehmenden Wettbewerb wird die Behandlungsqualität einschließlich der Ergebnisqualität zu einem wichtigen Wettbewerbsfaktor. Aus diesem Grund gehen wir auf das Thema Qualitätsmanagement in Kapitel 3 ausführlich ein.

1.3 Moderne Versorgungsformen – Was erwartet Sie in Zukunft?

Welche Versorgungsformen werden in der zahnmedizinischen Versorgung von den Patienten in Anspruch genommen? Traditionell unterscheiden wir zwischen der **ambulant** und **stationären medizinischen Versorgung**. Üblicherweise wird die zahnmedizinische Versorgung dem Grundsatz des SGB V nach primär im ambulanten Bereich zu finden sein. Hier werden Patienten i.d.R. zunächst ambulant untersucht und/oder therapeutisch versorgt. Dieses Prinzip trifft sowohl für Patienten mit GKV- als auch die mit PKV-Versicherungsschutz zu. Ist eine erforderliche Therapie in der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung aufgrund

des Schweregrades der Erkrankung oder der erforderlichen notwendigen operativen Rahmenbedingungen im Interesse des Patienten nicht mehr möglich, wird der Patient stationär aufgenommen und entsprechend therapiert. Dies wird in der Regel erforderlich bei Patienten mit vorhandenen allgemeinen Risikoerkrankungen, welche eine ambulante Versorgung für den Patienten nicht durchführbar erscheinen lassen und/oder bei Erkrankungen, die einer besonderen Begleitung und Nachsorge erfordern. Hinzu kommt die seit 01.04.2013 im Leistungsumfang der zahnmedizinischen Versorgung aufgenommene Versorgung von pflegebedürftigen alten Patienten und Patienten mit Handicap in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 119b Abs. 1 SGB V). Eine Erweiterung der Leistungspositionen wurde zum April 2014 manifest; diese Versorgungsregelung wurde dann z.B. im KV-Bereich Nordrhein durch das „Aufsuchende Betreuen von Alten und Behinderten in stationärer Behinderteneinrichtung“ umgesetzt. Aufgrund der demographischen Entwicklung in der Bevölkerung mit einer Zunahme von älter werdenden Patienten ist hier ein stark anwachsender Bedarf zu erwarten.

Die niedergelassenen Zahnärzte werden über Kooperationsverträge mit den Pflegeeinrichtungen in spezielle Leistungsangebote dieser Pflegeeinrichtungen eingebunden, deren konkreter Bedarf in den kommenden Jahren noch konkret evaluiert werden muss. Man kann allerdings davon ausgehen, dass sich durch Gesundheitsreformgesetze auch das Leistungsangebot und die damit verbundenen verfügbar gestellten Honoraranteile in den kommenden Jahren anders verteilen werden, als dies der jahrelangen Erfahrung entspricht.

Literatur

- Abrechnung: Kennzeichnungspflicht für Vertragszahnärzte bringt mehr Transparenz. Zahnarzt und Wirtschaft 08.04.2008.
<http://www.auw.de>
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin – äzq (Hrsg.) (2007) Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung, 3. Aufl. Deutscher Zahnärzte-Verlag, Köln
- Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheitsfonds, 02.07.2015.
<http://www.bmg.bund.de>
- Bundeszahnärztekammer (2011) Formen zahnärztlicher Berufsausbildung
- Hentze J, Heinecke A, Kammel A (2001) Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. Paul Haupt, Bern
- Hess R, Klakow-Franck R (Hrsg.) (2004) Selbstzahler-Kompendium für die Zahnarztpraxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Meffert H (2000) Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, 9. Aufl., 863ff. Gabler, Wiesbaden
- Meurer U, Zukunftspanel (2004) Das Krankenhaus verkauft seine Gesundheits-Markenartikel, wird Systemführer und übernimmt das Behandlungsschema. f&w 2, 112–114
- Riedel R, Latz V (2007) MVZ: Eine Standortbestimmung. Rechtsdepesche, 2
- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006, BGBl. I 2006, 3493