

## **Stellungnahme der DGMKG zum GKV VSG**

Der Referentenentwurf zum GKV VSG berührt nur teilweise die Ausübung wissenschaftlicher Zahnheilkunde, hier die MKG-Chirurgie und die chirurgische Zahnheilkunde. Auf weitere und übergeordnete Aspekte soll daher nicht eingegangen werden, bzw. wurde anderen Ortes bereits beschrieben.

**Zahnärztliches Präventionsmanagement nach § 22a SGB V.** Die Einbindung eines Präventionsmanagements in die vertragszahnärztliche Behandlung ist unbedingt zu begrüßen. In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen ist der unmittelbare Zusammenhang zwischen Prävention und Zahngesundheit nachgewiesen. In den Risikogruppen der Pflegebedürftigen und Behinderten hat Prävention einen sehr hohen Stellenwert und hilft kostenintensive Folgebehandlungen zu minimieren.

**Wegfall fachübergreifendes MVZ (§95 SGB V)** Die DGMKG kann aus ihrer Sicht keinen Versorgungsvorteil für Patienten oder einen Vorteil in der Berufsausübung gegenüber der freien Praxis und BAGs erkennen, wenn die Multidisziplinität eines MVZ entfällt. Vielmehr wird hier eine parallele Versorgungsstruktur aufgebaut, die in direkter Konkurrenz zur Praxis steht. Unter dem Aspekt einer verbesserten Versorgung für polymorbide, pflegebedürftige und behinderte Patienten steht ein solches monodisziplinäres MVZ im Gegensatz zu den geforderten Medizinischen Kompetenzzentren.

**Prüfung und Einhaltung des Versorgungsauftrages.** Im Gegensatz zur fachärztlichen Versorgung ist in den einschlägigen Vertragsgrundlagen zur zahnärztlichen Versorgung kein spezifisch chirurgischer Versorgungsauftrag definiert. Für ausschließlich chirurgisch tätige Zahnärzte könnte somit eine unzulässige Einschränkung ihres Versorgungsauftrages postuliert werden. Diese Änderung wird daher als wenig zielführend angesehen.

**Medizinische Behandlungszentren (§§ 119c und 120 SGB V).** Durch den demografischen Wandel mit Zunahme älterer und polymorbider Patienten ist im Sinne einer Versorgungssicherheit nach Kriterien einer evidenzbasierten Medizin die Einrichtung medizinischer Behandlungszentren zu begrüßen. Ein Gebot wohnortnaher

Versorgung wird sich unter diesem Aspekt nicht immer realisieren lassen. Die Verbesserung in der Versorgung pflegebedürftiger und behinderter Patienten lässt sich aber nicht ausschließlich durch neue Organisationsformen herstellen, sondern muss eine ausreichende und flächendeckende Versorgung auf anästhesiologischem Fachgebiet beinhalten. Hier ergeben sich bei völlig heterogenen Vergütungsstrukturen größere Defizite, die von den beteiligten Gesellschaften und Institutionen immer wieder benannt wurden. Auch die Öffnung von Hochschulambulanzen wird nicht per se eine verbesserte Versorgungsstruktur erbringen, da die Rahmenbedingungen identisch sind. Die fehlende wissenschaftliche Aufbereitung eines Verschlüsselungsalgorithmus für zahnärztlich stationäre Behandlungen behindert die Verlagerung in den stationären Bereich, zumal dieses auch dem Postulat ambulant vor stationär widersprechen würde. Die Einrichtung medizinischer Behandlungszentren wird sich nicht ohne Einbindung der Anästhesie erreichen lassen.

**Besondere Versorgung - § 140a SGB .** Neue Versorgungsansätze führen nicht zwingend zu verbesserten Versorgungsstrukturen. Die Frage einer erweiterten Gestaltungsmöglichkeit vertragszahnärztlicher Versorgung kann aber helfen, die derzeit ungenügende anästhesiologische Mitarbeit in den bisherigen Kooperationen zu verbessern. Mit dem neu zu fassenden § 140a SGB V, würden die vielfältigen bestehenden Regelungen, Einzelverträge zwischen gesetzlichen Krankenkassen und u.a. Vertragszahnärzten abschließen zu können, weitestgehend zusammengefasst und neu strukturiert. Künftig wäre es danach u.a. nicht mehr zwingend erforderlich, einen sektorübergreifenden Versorgungsansatz zu wählen oder besondere Versorgungsaufträge zu definieren. Wird künftig weder ein sektorübergreifender Ansatz noch die Definition besondere Versorgungsaufträge gefordert, droht diese "Gestaltungsfreiheit" die flächendeckende kollektivvertragliche Versorgung zu unterminieren. Das Fehlen jeglicher Vorgabe zum zu gewährleistenden Leistungsumfang und der dazu zu vereinbarenden (Mindest-)Vergütung führt im Bereich der vertrags-(zahn-)ärztlichen Versorgung in eine Abwärtsspirale im Preis- an Stelle eines Qualitätswettbewerbes. Mindere Qualität als Folge des Preisverfalles würde den Patienten am wenigsten nützen. Selektivverträge haben - im Vergleich zur kollektivvertraglichen Versorgung - dem Patienten und nicht der gesetzlichen Krankenkasse einen Mehrwert zu beschieren.