

# Stellungnahme des VDZI

## zur Anhörung am 26. April 2023

Ausschuss für Gesundheit  
Deutscher Bundestag

## Thema: Zahntechnikerhandwerk

Antrag der Fraktion CDU/CSU  
Zahntechnikerhandwerk in Deutschland zur Sicherstellung der Patientinnen und  
Patientenversorgung unterstützen und zukunftsfest machen  
BT-Drucksache 20/4884

### zugleich

### Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Gesundheitshandwerke

Arbeitsgemeinschaft der Verbände der  
Gesundheitshandwerke im ZDH  
Mohrenstraße 20/21 · 10117 Berlin



Die Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke ist eine Kooperation von:



## Inhalt

Vorbemerkung.....	3
Die Resolution .....	4
I. Ausgangslage – Preisregulierung in der GKV und die Folgen .....	5
1.1. Problemstellung im Versorgungsbereich § 57 Abs. 2 i.V. mit § 71 SGB V .....	5
1.2. Die BEL-Preisniveaumentwicklung (BMP) im Vergleich.....	6
1.3. Löhne in der Zahntechnik – Die Wirkung der Preisregulierung .....	7
1.4 Die aktuellen Preisniveaus in den Ländern im Vergleich zum BMP im Jahr 2023 .....	9
1.5. Resultate: Die negativen Effekte dieser Form der Preisregulierung .....	10
2. Wie die negativen Effekte vermieden werden können .....	11
2.1. Notwendige Maßnahmen ohne Steuerungsverluste.....	11
Maßnahme 1: Bundesmittelpreise nach Ländervereinbarungen nachjustieren .....	11
Maßnahme 2: Vertragspartner zu betriebswirtschaftlichen Kriterien verpflichten .....	11
Die Vorteile.....	12
2.2. Die konkreten Änderungen im § 57 Abs. 2 SGB V - Formulierungsvorschlag .....	13
2.3. Geschätzte Kosten dieses Vorschlages für die GKV: Schon gegenfinanziert.....	14
3. Problemstellung und Lösung in § 88 Abs. 2 i.V. mit § 71 SGB V.....	15
3.1. Die konkreten Änderungen im § 88 Abs. 2 SGB V - Formulierungsvorschlag .....	15
Anlage 1.....	16
II. Das Handwerk zur Sicherung der Versorgungsstrukturen fördern.....	18
1. Leistungsgerechte Berufsrechts- und Wettbewerbsbedingungen .....	18
1.1. Zahntechnik – An qualitätssichernden Handwerksstrukturen vorbei – Strukturelle Fehlanreize, wachsende Grauzonen und Umsetzungsdefizite.....	18
Zahntechnik – ein Gesundheitshandwerk mit qualifikationsgebundener Zulassung.....	18
Arbeitsteilige Zusammenarbeit von Zahnarzt und Meisterlabor .....	18
Warum verlässliche Rechtsprinzipien für die ZahntechnikerInnen existenziell sind .....	18
Konkreter Handlungsbedarf und Maßnahmen.....	20
1.2. Transparenz und Kontrolle bei Z-MVZ stärken.....	20
1.3 Für Z-MVZ das Betreiben eines freiberuflichen Praxislabors ausschließen .....	20
1.4. Einhaltung des zahnärztlichen Berufs- und Gebührenrechts durchsetzen .....	21
2. Selbstständige ZahntechnikerInnen – im Gesundheitssystem die Kompetenzen im demographischen Wandel besser nutzen .....	23
2.1. Selbstständige ZahntechnikerInnen können im demographischen Wandel mehr .....	23
2.2. Internet-Desinformationsflut, aber Informations- und Beratungsverbot von selbstständigen ZahntechnikerInnen! – das passt nicht mehr .....	23
2.3. Versorgung sichern heißt Ausbildung sichern –Ausbildungsbetriebe stärken.....	24
2.4. Fachgerechte Beteiligungsrechte des VDZI im Unterausschuss des G-BA .....	25

## Vorbemerkung

Diese Stellungnahme orientiert sich an dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU „Zahntechnikerhandwerk in Deutschland zur Sicherstellung der Patientinnen- und Patientenversorgung unterstützen und zukunftsfest machen“, Bundestags-Drucksache 20/4884, 20. Wahlperiode 14.12.2022.

Der Antrag der CDU/CSU-Bundestagsfraktion sieht insgesamt die Leistungsfähigkeit der zahntechnischen Betriebe maßgeblich durch eine zu einseitige Preisregulierung gefährdet. Als unmittelbare Folge ergeben sich hieraus Gefahren für die Aufrechterhaltung der Versorgungssicherheit der Bevölkerung mit Zahnersatz und kieferorthopädischen Leistungen.

Der VDZI begrüßt den Antrag und hält die Darlegungen für richtig und in der Sache überfällig. In der Tat führen die gesetzlichen Vorschriften für die Preisverhandlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung kumuliert zu existenzgefährdenden Belastungen. Immer weniger Betriebe können diese schultern. Dass die Preisvorschriften einseitig die selbstständigen ZahntechnikerInnen belasten, zeigt sich überdeutlich und nachvollziehbar in der Krise einer Kosteninflation.

Auf die riskanten, weil schleichenden Folgen der Preisvorschriften hat der VDZI in zahlreichen Gesetzgebungsverfahren der Vergangenheit hingewiesen und dringende Verbesserungen gefordert, jedoch ohne Erfolg. Vor dem Hintergrund der Kosteninflation der letzten beiden Jahre haben nun im März letzten Jahres die Delegierten aus 15 Mitgliedsinnungen in Deutschland die nachstehende Resolution als Hilferuf an die Politik und die Vertragspartner verabschiedet, die eine unverzügliche Aufhebung der Preisregulierung fordert.

Es ist schon wegen der anhaltenden Inflation richtig und geboten, wenn der Antrag der CDU/CSU-Bundestagsfraktion in dieser akuten Situation als zentrale Punkte fordert, erstens die strikte Bindung an die Grundlohnsumme bei der Vergütungsregulierung i. V. m. § 71 Absatz 2 und 3 SGB V aufzuheben; und zweitens die Fortentwicklung der zahntechnischen Vergütung nach § 57 Absatz 2 SGB V auf der Grundlage des sich im jeweiligen Kalenderjahr tatsächlichen errechneten Bundesmittelpreises zu ermöglichen.

Wir werden daher vorrangig im ersten Teil der Stellungnahme die Fehlsteuerung der Preisvorschriften aufzeigen und konkrete Änderungsvorschläge machen, mit denen faire und sachgerechte Verhandlungen auf Augenhöhe und ohne gesetzlichen Preisdeckel gestaltet werden können.

In einem zweiten Teil der Stellungnahme werden wir einzelne Maßnahmen aufzeigen, wie die rechtlichen Rahmenbedingungen für selbstständige ZahntechnikerInnen so verbessert und gesichert werden können, dass die Innovations- und Investitionsbereitschaft der zahntechnischen UnternehmerInnen steigt und die Ausbildungsbereitschaft gesichert wird.

All dies ist notwendig, um die Leistungsfähigkeit des Berufes zu stärken. Mit weiteren längst möglichen Maßnahmen kann die Fachkompetenz der selbstständigen ZahntechnikerInnen in die Sicherung einer wohnortnahen Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft auf eine rechtssichere Grundlage gestellt werden.

## Die Resolution

### **Resolution der Mitgliederversammlung des VDZI am 24.03.2022 in Leipzig**

#### **Unverzügliche Aufhebung der Preisregulierung i.V. mit § 71 Abs. 3 SGB V bei zahntechnischen Leistungen“**

**Der VDZI fordert für die bereits im September anstehenden Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband für das Jahr 2023 die gesetzliche Obergrenze der Veränderungsrate nach § 71 SGB V für die Preisvereinbarungen ganz aufzuheben oder um Kriterien zu ergänzen, die Preisveränderungen auch oberhalb der Veränderungsrate des § 71 auf dem Verhandlungsweg oder durch das Bundesschiedsamt ermöglichen.**

Die strikte und ausschließliche Begrenzung auf die maximale Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V führt dazu, dass immer dann, wenn die nachweisbare jährliche Kostenentwicklung im Zahntechniker-Handwerk höher ist als die jährliche Veränderungsrate, die ZahntechnikerInnen keinen Ausgleich der Kosten erhalten und auch in späteren Perioden nicht ausgleichen können, selbst dann, wenn die Vertragspartner oder das Bundesschiedsamt dies wollten.

Diese einseitige Risikoverteilung und Belastungswirkung dieser Bindung an den § 71 SGB V gegen die ZahntechnikerInnen wurde in den Jahren 2020 und 2021 besonders deutlich. Der Ausgleich der pandemiebedingten Hygiene- und Schutzkosten für die Mitarbeiter und Patienten wurde vom GKV SV aufgrund einer fehlenden gesetzlichen Grundlage abgelehnt. Ebenso problematisch ist die in den letzten zwölf Monaten sich abzeichnende Rohstoffverknappung und Lieferkettenproblematik, die zu einer erheblichen Verteuerung von Dentalmaterialien geführt hat, die in den BEL-Leistungspositionen eingerechnet sind.

Bleibt es bei der ansteigenden und als nachhaltig eingestuften Inflation bei der Preisbindung, wird es erneut zu einer deutlichen Realentwertung der Löhne kommen; die Kaufkraft der Löhne für die Mitarbeiter würde deutlich abnehmen und höhere Lohnforderungen könnten wegen des Preisdeckels nicht finanziert werden. Die zahntechnischen Labore würden im Wettbewerb um qualifizierte Auszubildende und Fachkräfte weiter geschwächt.

## I. Ausgangslage – Preisregulierung in der GKV und die Folgen

Unser Ziel:

Für eine bessere Kostenorientierung in den Preisvereinbarungen der ZahntechnikerInnen und den Festzuschüssen für Versicherte durch eine Änderung der § 57 Abs. 2 und § 88 Abs. 2 SGB V

Als eine der zentralen Ursachen der Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der selbstständigen ZahntechnikerInnen und der wohnortnahen Versorgungssicherheit wird die Form der Preisregulierung für zahntechnische Leistungen in der GKV identifiziert, namentlich die Begrenzung der Preisentwicklung auf die Veränderungsrate gem. § 71 SGB V, gesetzlich direkt in den Verträgen nach § 57 Abs. 2 Satz 1, faktisch in den Verträgen nach § 57 Abs. 2 Satz 3 SGB V und nach herrschender Rechtsauslegung in den Verträgen nach § 88 Abs. 2 SGB V.

Die folgenden Ausführungen analysieren die negativen Effekte der Fehlsteuerung und machen konkrete Änderungsvorschläge.

### 1.1. Problemstellung im Versorgungsbereich § 57 Abs. 2 i.V. mit § 71 SGB V

#### **Das Preis-System und die Doppelfunktion der bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise (BMP)**

Die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise für zahntechnische Leistungen erfüllen in der gesetzlichen Konstruktion zwei Funktionen:

- Die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise (BMP) sind erstmals für das Jahr 2005 als gewichteter Durchschnitt aus 17 regionalen Höchstpreisvereinbarungen in den Ländern berechnet worden.
- Seit der Berechnung für das Jahr 2005 werden die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise **losgelöst** von den Entwicklungen der Höchstpreisvereinbarungen der Länder in Verhandlungen fortentwickelt, wobei auf Bundesebene die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben nach § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V gilt.

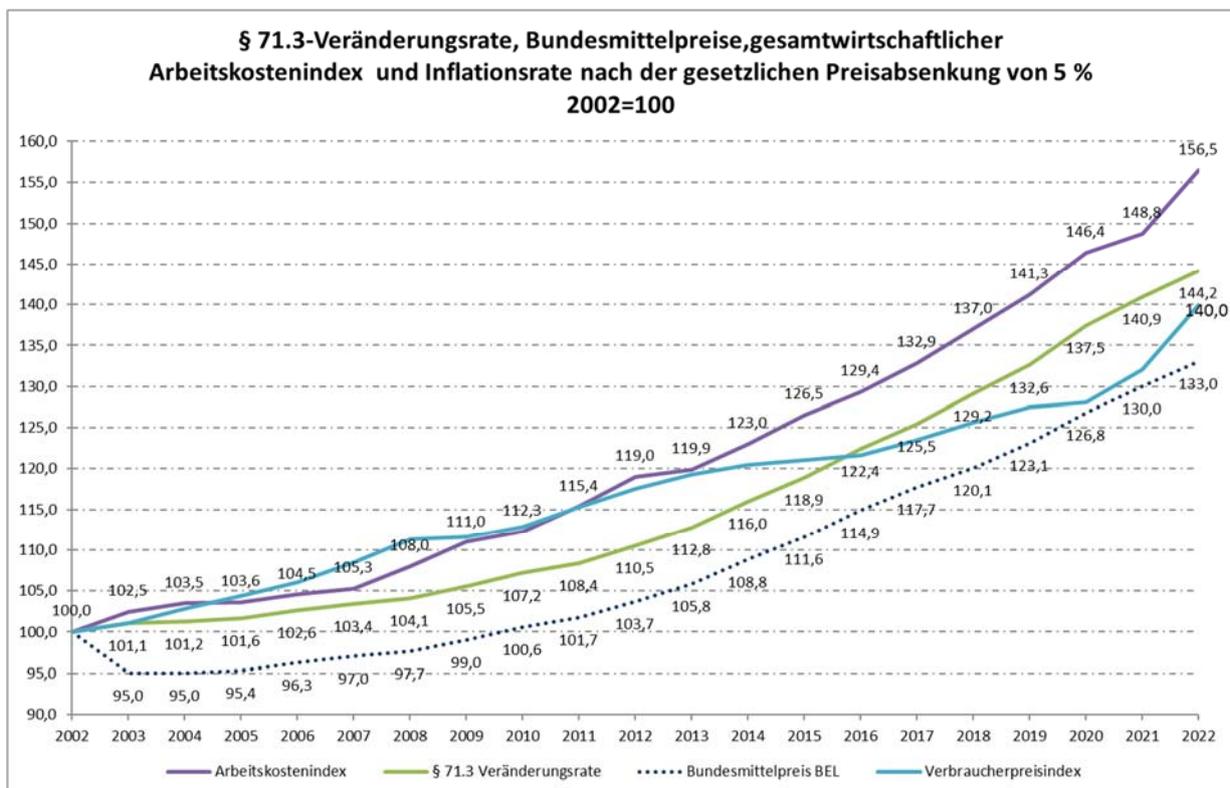
Ihre erste Funktion besteht darin, dass sie für die jährliche Fortschreibung der Bemessungsgrundlagen zur Neuberechnung der bundeseinheitlichen Festzuschüsse für Zahnersatz vom Gemeinsamen Bundesausschuss benötigt werden.

In der zweiten Funktion stellen sie eine maßgebliche Orientierung für die Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den zahntechnischen

Landesinnungsverbänden dar, weil sich die hier zu vereinbarenden Höchstpreise in der Preisspanne von +/- 5 % zu diesen bundeseinheitlichen Preisen bewegen müssen.

Dieser gesetzliche Preiskorridor für die Vertragsebene der Länder über Höchstpreise ist mit den bundeseinheitlichen Festzuschüssen für Zahnkronen und Zahnersatz eingeführt worden, damit die regionalen unterschiedlichen Kostenverhältnisse und –entwicklungen der zahntechnischen Labore angemessen berücksichtigt werden können.

## 1.2. Die BEL-Preisniveaumentwicklung (BMP) im Vergleich



### Ergebnis

1. Die Entwicklung der bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise bei Regelversorgungen verläuft durch eine weitere gesetzliche Preisabsenkung im Jahr 2003 um mehr als 5 %, mit der Einführung der Bundesmittelpreise und des Festzuschuss-Systems ab dem Jahr 2005 unterhalb der kumulierten Entwicklung der Veränderungsrate § 71 Abs. 3 SGB V. In den letzten drei Jahren geht die Schere inflationsgetrieben weiter auseinander.

Die Differenz beträgt im Jahr 2022 immerhin 11,2 Prozentpunkte.

2. Der Realwert der Preise hat, gemessen am Verbraucherpreisindex VPI, aufgrund der moderaten Inflationsraten in den vergangenen fünf Jahren zwar aufgeholt. Er ist aber dauerhaft negativ. Seit dem Jahr 2020 verschlechtert sich der Realwert aufgrund der erhöhten Inflationsrate sogar wieder; besonders massiv wird dies in den Jahren 2022 und 2023 sein. Der Anstieg der Verbraucherpreise liegt allein im Jahr 2022 bei 6,9 %.

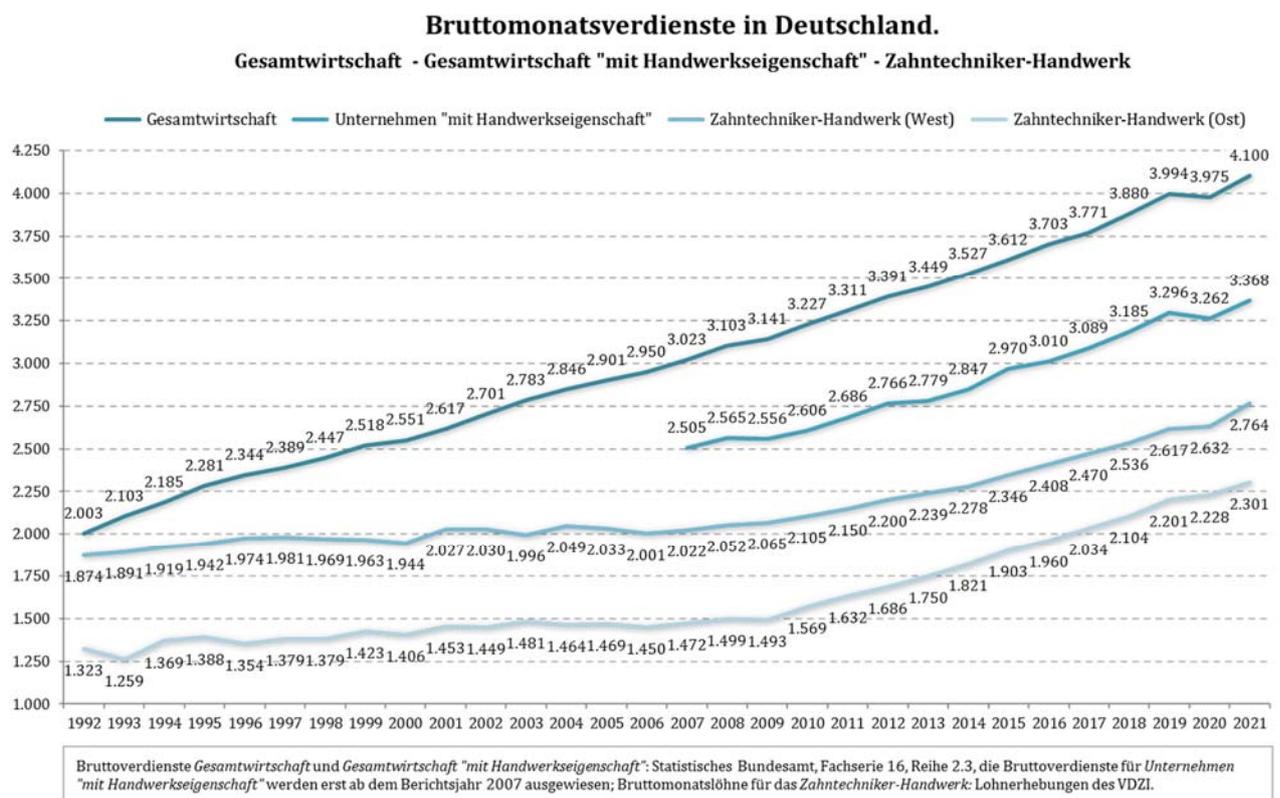
3. Der gesamtwirtschaftliche Arbeitskostenindex als geeigneter Indikator für die allgemeine Erhöhung der Bruttolöhne in der Wirtschaft steigt deutlich stärker als die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V. Das bedeutet, dass maßgeblich die darin enthaltenden gesamtwirtschaftlichen Löhne und Gehälter selbst unter Einbeziehung der Produktivitätsfortschritte deutlich stärker gestiegen sind.

Damit ergibt sich eine Preisentwicklung in der Zahntechnik unterhalb der gesetzlichen § 71-Rate, die wiederum unterhalb der Inflationsrate und vor allem unterhalb der Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitskosten bzw. Bruttolohnentwicklung der Gesamtwirtschaft liegt.

Dieser Zusammenhang erklärt maßgeblich die Kaufkrafterosion der Preisentwicklung in der Zahntechnik und dies erklärt auch maßgeblich die erheblichen Abweichungen der Bruttolöhne für ZahntechnikerInnen im Vergleich zu anderen Handwerksbereichen und der Gesamtwirtschaft.

### 1.3. Löhne in der Zahntechnik – Die Wirkung der Preisregulierung

Denn Preisentwicklungen bestimmen maßgeblich die möglichen Lohnentwicklungen. Die untenstehende Grafik zeigt anschaulich die erheblichen Bruttolohndifferenzen bei ZahntechnikerInnen im Vergleich zur Gesamtwirtschaft, aber insbesondere auch zum übrigen Handwerk.



Die absolute Differenz zwischen Gesamthandwerk und ZahntechnikerInnen ist deutlich. Bemerkenswert und auffällig sind aber auch die unterproportionalen Veränderungsraten bei ZahntechnikerInnen.

Diese Effekte sind die konsequente Folge der Bindung der möglichen Preisentwicklung für zahntechnische Leistungen an die Obergrenze der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in der GKV, die auch eine andere Lohnentwicklung nicht zulässt.

Dieser Wirkungszusammenhang führt dazu, dass das Zahntechniker-Handwerk die aufgrund der drastischen Fachkräfteknappheit verschärfte Lohnkonkurrenz, wie sie von den kapitalintensiven Industriebereichen ausgeübt wird, auf Dauer nicht gewinnen kann.

Insbesondere eine Angleichung der Löhne zwischen Ost- und Westdeutschland wird durch die bestehende Form der Preisregulierung unmöglich.

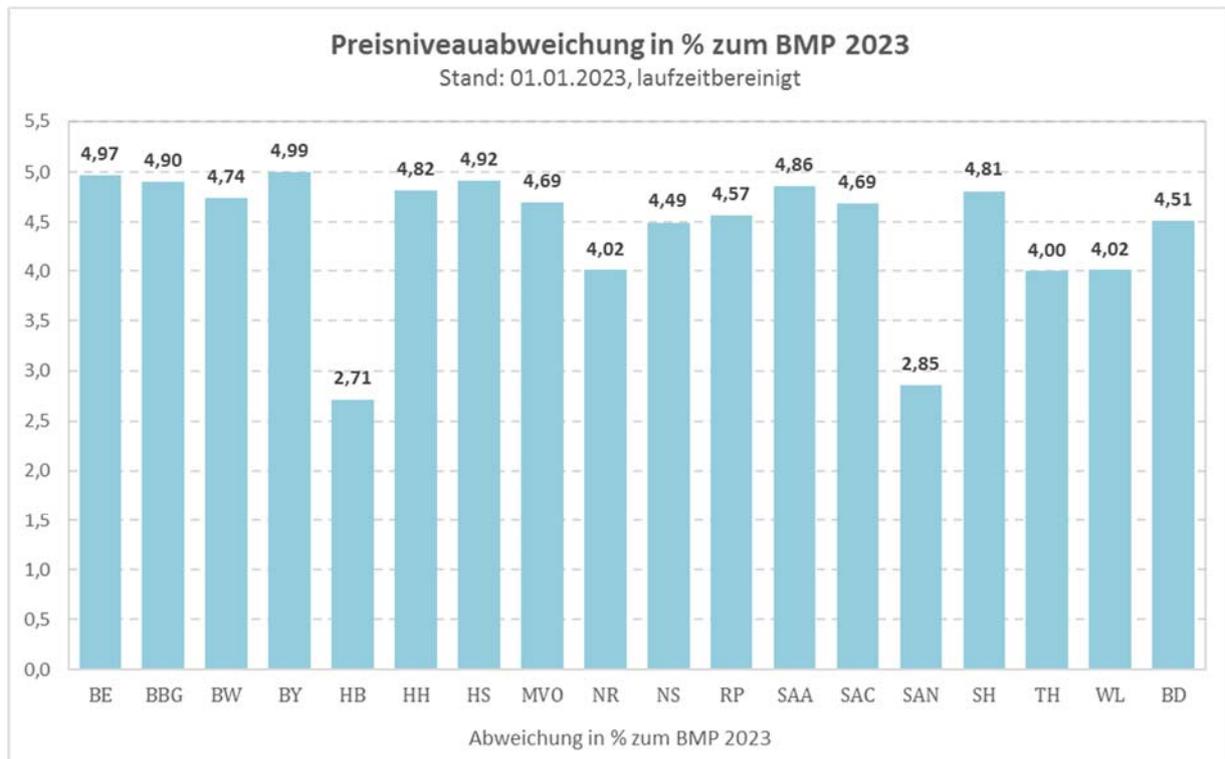
Die Entgeltstatistik für vollzeitbeschäftigte ZahntechnikerInnen der Bundesagentur für Arbeit zeigt beispielsweise, dass rund 50 % der vollzeitbeschäftigten ZahntechnikerInnen in Thüringen nahe an der aktuellen Mindestlohngrenze liegen.

<b>Entgeltatlas Zahntechniker 2021</b>				
<a href="https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/tabelle?dkz=2618&amp;geschlecht=3&amp;...">https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/tabelle?dkz=2618&amp;geschlecht=3&amp;...</a>				
	<b>Gesamt</b>			
<b>Region</b>	<b>0,25-Quartil</b>	<b>Median</b>	<b>0,75-Quartil</b>	<b>Fallzahl</b>
Deutschland	2.195	2.735	3.455	29.636
Baden-Württemberg	2.467	3.086	3.909	3.279
Bayern	2.323	2.943	3.685	3.953
Berlin	2.219	2.636	3.199	1.396
Brandenburg	1.961	2.338	2.748	776
Bremen	keine Daten	keine Daten	keine Daten	keine Daten
Hamburg	2.482	3.011	3.656	760
Hessen	2.268	2.862	3.569	1.988
Mecklenburg-Vorpommern	1.919	2.242	2.615	579
Niedersachsen	2.170	2.689	3.289	3.275
Nordrhein-Westfalen	2.287	2.835	3.536	7.287
Rheinland-Pfalz	2.289	2.843	3.594	1.412
Saarland	keine Daten	keine Daten	keine Daten	keine Daten
Sachsen	1.866	2.195	2.616	1.569
Sachsen-Anhalt	1.911	2.238	2.670	825
Schleswig-Holstein	2.210	2.688	3.217	1.109
Thüringen	1.907	2.222	2.620	714

## 1.4 Die aktuellen Preisniveaus in den Ländern im Vergleich zum BMP im Jahr 2023

Während die BMP auf Bundesebene nur auf oder unterhalb der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen fortentwickelt werden dürfen, können in 17 Ländervereinbarungen regionale Kostenentwicklungen bis zu den Korridor Grenzen berücksichtigt werden.

Die nachfolgende Grafik zeigt die zwischenzeitlich erfolgten Abweichungen der Preisniveaus der Ländervereinbarungen gegenüber den bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preisen.



Es ist klar erkennbar, dass in der Zeit zwischen 2005 bis 2023 sich immer mehr Vertragsbereiche auf die obere Korridor Grenze von 5 % zubewegt haben.

Diese Entwicklung spiegelt einerseits die bereits im Jahr 2005 bestehenden Preisunterschiede in den Vertragsgebieten und ist nur möglich gewesen, wenn die vertraglich mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Erhöhungen der Höchstpreise über den Veränderungen der bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise auf Bundesebene gelegen haben und die obere Korridor Grenze noch nicht erreicht war.

In den meisten Ländervereinbarungen, insbesondere und erwartbar in den neuen Bundesländern, haben sich in den vergangenen Jahren seit Bestehen der gesetzlichen Regelung ab 2005 die Preisniveaus durch die Berücksichtigung der unterschiedlichen regionalen Kostenentwicklungen in den freiwilligen Vereinbarungen der Länder höher

entwickelt als die Preisvereinbarungen auf Bundesebene innerhalb der gesetzlichen Grenzen des § 71 SGB V.

## 1.5. Resultate: Die negativen Effekte dieser Form der Preisregulierung

### 1. Die Fortentwicklung der BMP unterschätzt systematisch die tatsächliche Kostenentwicklung

Es wird deutlich, dass die § 71-Begrenzung auf Bundesebene systematisch dazu geführt hat, dass die Veränderung der BMP in den meisten Fällen die tatsächlichen Kostenentwicklungen in den Ländern unterschätzt. Die ausschließliche Geltung der Vorschrift des § 71 SGB V verbietet es, dass bei der Preisentwicklung darüberhinausgehende branchenspezifische Kostenentwicklungen berücksichtigt werden können.

Der Bundesmittelpreis repräsentiert damit von Jahr zu Jahr kumulierend immer weniger die realen Kostenverhältnisse im Bundesgebiet.

Die Kostenlast und die hieraus entstehenden wirtschaftlichen Folgen trägt die ZahntechnikerInnen allein. Insbesondere die Beschäftigten können an der allgemeinen Lohnentwicklung nicht in der angemessenen Form teilhaben. Die Konkurrenzfähigkeit dieses Handwerks um qualifizierten Nachwuchs ist akut gefährdet.

### 2. Der Festzuschuss bleibt hinter der tatsächlichen Höchstpreisentwicklung in den Ländern zurück.

Da diese Preise zur Berechnung der Festzuschüsse für die Versicherten verwendet werden, bleibt auch die Anpassung der Festzuschüsse hinter der tatsächlichen Kostenentwicklung, wie sie sich in den Höchstpreisentwicklungen der Länder ausdrückt, zurück. Der Versicherte erhält in prozentualer Sicht einen niedrigeren Zuschuss. Dieser Effekt steht im Widerspruch zum politischen Ziel, dass die nach § 55 SGB V festzusetzenden Festzuschüsse 60 Prozent der nach § 57 Abs. 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge umfassen sollen.

Eine Anpassung dieser Beträge an die tatsächlichen Kostenverhältnisse, wie sie sich aus den 17 Verträgen bundesdurchschnittlich ergeben, ist daher regelhaft erforderlich.

### 3. Der Preiskorridor hat zwischenzeitlich seine wichtige Funktion verloren.

Da sich die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise (BMP) nicht hinreichend nach branchenspezifischen Kostenentwicklungen, sondern innerhalb der Grenzen des § 71 SGB V veränderten, ist in fast allen Ländern die obere Korridorgrenze zum BMP erreicht.

Ist diese erreicht, verliert der Preiskorridor allerdings seine Funktion, regional unterschiedliche Kostenentwicklungen in die Preisveränderungen in den Ländern einbeziehen zu können. Die Höchstpreise bleiben immer weiter hinter der tatsächlichen Kostenentwicklung zurück.

Damit ist der regionalspezifische Verhandlungsspielraum der Länder, die aktuelle hohe Kosteninflation in den Verträgen ganz oder annähernd in den nächsten beiden Jahren ausgleichen zu können, schon jetzt nicht mehr gegeben.

## 2. Wie die negativen Effekte vermieden werden können

### 2.1. Notwendige Maßnahmen ohne Steuerungsverluste

Mit der Neuregelung wird das Ziel verfolgt, die vorgenannten drei Negativeffekte zu vermeiden.

#### Maßnahme 1: Bundesmittelpreise nach Ländervereinbarungen nachjustieren

Es ist sicher zu stellen, dass sich die Fortentwicklung der Bundesmittelpreise, und damit der bundeseinheitlichen Festzuschussgrundlagen, (mindestens retrospektiv) an den tatsächlichen regionalen Kostenentwicklungen orientiert.

Dies ist möglich, in dem jeweils nach Abschluss aller 17 Vereinbarungen in den Ländern die neuen bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise aus den hier vereinbarten Höchstpreisen berechnet werden. Diese neuen bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise wären dann die neue Preisbasis für die Verhandlungen auf Bundesebene nach § 57 Abs. 2 SGB V für die Folgeperiode, so wie dies schon einmal für das Jahr 2005 erfolgte. Siehe hierzu Anlage 1.

Damit würden die Bundesvereinbarungen und Ländervereinbarungen wieder miteinander über die festgestellten Kostenentwicklungen verzahnt, bzw. gekoppelt.

#### Maßnahme 2: Vertragspartner zu betriebswirtschaftlichen Kriterien verpflichten

Die ausschließliche Geltung der Vorschrift des § 71 SGB V wird aufgehoben. Stattdessen werden die zu beachtenden Vorgaben für Preisverhandlungen und Schiedsamtverfahren um verbindliche betriebswirtschaftliche Kriterien ergänzt. Somit wäre das nunmehr gekoppelte Vertragssystem der Bund- und Ländervereinbarungen mit immerhin 18 möglichen Schiedsamtverfahren gestärkt und flexibel genug, um einen fairen Interessenausgleich für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu ermöglichen.

Will man dabei auf die Berücksichtigung des § 71 SGB V auf Bundesebene nicht verzichten, so könnten die Bundesmittelpreise wie bisher im Rahmen der § 71-Grenzen für eine kommende Periode prospektiv vereinbart werden, um die Festzuschüsse periodengleich anpassen zu können. Dabei sollten aber mindestens die in den Ländern auf der Basis regionaler Kostenentwicklungen vereinbarten Höchstpreise für die Folgeperiode auf Bundesebene berücksichtigt werden, d.h. Vorschlag 1 umgesetzt werden. Hier ist aber kritisch festzuhalten, dass im Gesamtergebnis eine solche Vorgehensweise das mit § 71 SGB V

grundsätzlich verbundene Problem nicht lösen kann, dass die Veränderungsdaten von § 71 Abs. 3 SGB V nicht die tatsächlichen Kostenentwicklungen, insbesondere in Zeiten der Kosteninflation, abbilden.

#### Die Vorteile

1. Die Vereinbarungen auf Bundesebene könnten sich an verbesserten betriebswirtschaftlichen Kriterien orientieren. Sie werden in jeder Folgeperiode von den tatsächlichen Kostenentwicklungen, wie sie in den Ländervereinbarungen aufgrund der regionalen Verhältnisse festgestellt werden, realitätsnäher angepasst.
2. Die Versicherten erhielten auf diese Weise einen Festzuschuss, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen besser abbildet und somit die Zuzahlungen reduziert.
3. Auch der Handlungsspielraum der Länder für die Berücksichtigung der unterschiedlichen regionalen Kostenentwicklungen ist wieder gegeben, was ja das politische Ziel des Gesetzgebers für die Ländervereinbarungen war und weiterhin sein sollte.

Die Maßnahmen schaffen damit mehr Kostenorientierung und Flexibilität bei der branchenspezifischen Fortentwicklung der Preise auf Bundesebene und auf Landesebene.

## 2.2. Die konkreten Änderungen im § 57 Abs. 2 SGB V - Formulierungsvorschlag

Der VDZI schlägt die nachfolgende Neuregelung (in Anlehnung an die Regelung für Heilmittel) vor.

Die Änderungen sind in roter Schrift gekennzeichnet.

### § 57 Abs. 2 SGB V

2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbaren jeweils zum 30. September eines Kalenderjahres die Veränderung der erstmalig für das Jahr 2005 ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise.

Es wird eingefügt:

*„Sie haben bei der Vereinbarung der Preise für die einzelnen Leistungspositionen unter Zugrundelegung eines wirtschaftlich zu führenden Betriebes insbesondere Folgendes zu berücksichtigen:*

- 1. die Entwicklung der Personalkosten,*
- 2. die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie*
- 3. die durchschnittlichen laufenden Kosten für den zahntechnischen Betrieb.*

*Die Vertragspartner haben zu beachten, dass die auszuhandelnden Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen.*

*§ 71 findet keine Anwendung.*

*Für diese Vereinbarung ermitteln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Zahntechniker-Innungen die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise des laufenden Jahres für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen aus den zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen vereinbarten Höchstpreise für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen gewichtet nach der Zahl der Versicherten als jeweils neue Preisbasis.“*

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2; sie dürfen die für das jeweilige Kalenderjahr nach Satz 1 festgesetzten bundeseinheitlichen Preise um bis zu 5 Prozent unter- oder überschreiten. Für die Vereinbarungen nach **diesem Absatz** gilt § 71 nicht. [...]

### 2.3. Geschätzte Kosten dieses Vorschlages für die GKV: Schon gegenfinanziert

Aktuell liegen die nach § 57 Abs. 2 Satz 1 fortentwickelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise um 4,5 % unterhalb des gewichteten Mittelwertes der nach § 57 Abs. 2 Satz 3 SGB V vertraglich vereinbarten Höchstpreise in den 17 Vertragsbereichen. Diese Abweichung von den tatsächlichen Kostenentwicklungen würde korrigiert.

Hierfür müssten die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise aktuell um 4,51 % angehoben werden (Siehe Grafik auf Seite 9, BD = Bundesdurchschnitt). Da sich das nur auf die zahntechnischen Leistungspositionen, d. h. den direkten Laborkosten bezieht, die für das Jahr 2020 rd. 1,7 Mrd. EUR betragen, würden sich die Festzuschussausgaben rechnerisch um ca. 77 Millionen EUR erhöhen, wie sich aus der nachstehenden Tabelle ergibt.

Das aber ist schon vielfach gegenfinanziert, da seit vielen Jahren die Abrechnungsfälle und die abgerechneten Festzuschüsse bei Zahnersatz deutlich rückläufig sind.

<b>Leistungsausgaben und Ausgabenstruktur Festzuschüsse bei Zahnersatz</b>			
<b>BMG - KJ 1</b>	<b>Anteile</b>	<b>2020 in EUR</b>	<b>in % von KJ</b>
<b>Leistungsausgaben GKV</b>		248.884.242.845,00	
<b>davon Zahnersatz</b>		3.507.567.780,00	1,41
darin enthalten:			
Honorar Zahnarzt	39,1	1.371.459.001,98	
Praxismaterial des ZA	4,8	168.363.253,44	
<b>Laborkosten</b>	<b>48,4</b>	<b>1.697.662.805,52</b>	<b>0,68</b>
konfektionierte Zähne	4,0	140.302.711,20	
7 % MwSt auf Laborkosten	3,7	129.780.007,86	
	100,0	3.507.567.780,00	
<b>Die Laborkosten für Zahnersatz betragen im Jahr 2020 ca. 0,7 % der gesamten Leistungsausgaben.</b>			
Quellen: BMG, Endgültige Rechnungsergebnisse, KJ 1, Juli 2021			
Anteile aus Zahnersatz-Daten, Festzuschussgrundlagen gemäß Festzuschuss-Richtlinien			

### 3. Problemstellung und Lösung in § 88 Abs. 2 i.V. mit § 71 SGB V

Im Vertrag nach § 88 Abs. 2 SGB V erfolgen auf der Vertragsebene der Länder-Vereinbarungen über Höchstpreise für andere zahntechnische Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung, so etwa für die kieferorthopädische Behandlung und Schienentherapie.

Bei diesen zahntechnischen Leistungen, maßgeblich im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung mittels Schienentherapie, Kieferbruch und Kieferorthopädie, gilt für die Vereinbarungen über Höchstpreise in den Verträgen der Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Landesinnungsverbände die Beachtung der Obergrenze nach § 71 Abs. 1-3 SGB V.

Auch diese Versorgungsbereiche sind in gleicher Weise wie die Zahnersatzversorgungen im Festzuschuss-System von der einseitigen Überwälzung der überproportionalen Kostensteigerungen auf die ZahntechnikerInnen betroffen. Auch in diesen Verträgen auf Landesebene kann aufgrund der Anwendung des § 71 SGB V weder eine Preisangleichung der Höchstpreise der neuen Bundesländer an ein Westniveau stattfinden, noch kann ein angemessener Ausgleich der Kosteninflation stattfinden.

#### 3.1. Die konkreten Änderungen im § 88 Abs. 2 SGB V - Formulierungsvorschlag

Der VDZI schlägt die nachfolgende Neuregelung (in Anlehnung an die Regelung für Heilmittel) vor.

Die Änderungen sind in roter Schrift gekennzeichnet.

§ 88 Abs. 2 SGB V:

*Nach Satz 1 wird eingefügt:*

*„Sie haben bei der Vereinbarung der Höchstpreise für die einzelnen Leistungspositionen unter Zugrundelegung eines wirtschaftlich zu führenden Betriebs insbesondere Folgendes zu berücksichtigen:*

- 1. die Entwicklung der Personalkosten,*
- 2. die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie*
- 3. die durchschnittlichen laufenden Kosten für den zahntechnischen Betrieb.*

*§ 71 findet keine Anwendung. „*

## Synopse § 57 Abs. 2 SGB V

Stand: 20.7.2006:

### **SGB 5 § 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern**

(1) ...

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2; sie dürfen dabei die nach den Sätzen 2 bis 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise um bis zu 5 vom Hundert unter- oder überschreiten. **Hierzu ermitteln die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise des Jahres 2004 für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Sind Preise für das Jahr 2004 nicht vereinbart, werden die Preise des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt.** Für das Jahr 2005 werden die durchschnittlichen Preise nach den Sätzen 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gilt § 71 Abs. 1 bis 3. Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Abs. 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach den Sätzen 2 bis 5 für die nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Höchstpreise nach Satz 1 und die Beträge nach Satz 6 vermindern sich um 5 vom Hundert für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. Die Vertragspartner nach Satz 2 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. § 89 Abs. 7 gilt mit der Maßgabe, dass die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1a Satz 2 für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 jeweils einen Monat betragen.

### **Aktueller Stand:**

### **SGB V § 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern**

(1) ...

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbaren jeweils zum 30. September eines Kalenderjahres die Veränderung der erstmalig für das Jahr 2005 ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2; sie dürfen die für das jeweilige Kalenderjahr nach Satz 1 festgesetzten bundeseinheitlichen Preise um bis zu 5 Prozent unter- oder überschreiten. Für die

Vereinbarungen nach Satz 3 gilt § 71 nicht. Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Absatz 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach Satz 1 für die nach § 56 Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Höchstpreise nach Satz 3 und die Beträge nach Satz 5 vermindern sich um 5 Prozent für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach Satz 1 betragen einen Monat.

## II. Das Handwerk zur Sicherung der Versorgungsstrukturen fördern

### 1. Leistungsgerechte Berufsrechts- und Wettbewerbsbedingungen

#### 1.1. Zahntechnik – An qualitätssichernden Handwerksstrukturen vorbei – Strukturelle Fehlanreize, wachsende Grauzonen und Umsetzungsdefizite

Zahntechnik – ein Gesundheitshandwerk mit qualifikationsgebundener Zulassung

Die Fertigung zahntechnischer Medizinprodukte für den einzelnen Patienten ist ein gefahren geneigtes Handwerk. Es gilt in diesem Gesundheitshandwerk zur Gefahrenabwehr das strenge Meisterprinzip. Zusätzlich müssen die hohen Anforderungen für individuelle Sonderanfertigungen aus der neuen EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) zur Minimierung der Gesundheitsrisiken für die Patientinnen und Patienten kostenintensiv eingehalten werden. 8.000 zahntechnische Meisterbetriebe mit rund 60.000 Beschäftigten sichern eine qualitätsgeprüfte und flächendeckende Versorgung mit Zahnersatz in Deutschland. Hierfür werden von den zahntechnischen Meisterbetrieben erhebliche privatwirtschaftliche Investitionen in eine umfassende duale Ausbildung zum/zur ZahntechnikerIn vorgenommen.

Arbeitsteilige Zusammenarbeit von Zahnarzt und Meisterlabor

Die seit Jahrzehnten erfolgreiche Arbeitsteilung zwischen den beiden Berufen des medizinisch behandelnden Zahnarztes und des selbstständigen Zahntechnikermeisters hat im Zuge dieser Spezialisierung zu einem Kompetenzzuwachs und zu einem technologischen Fortschritt geführt, was es ermöglicht, für jede Patienten Anforderung wohnortnah eine moderne zahntechnische Lösung anzubieten. Dabei bietet die enge fachliche Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und zahntechnischem Meisterlabor die Garantie zeitnah für optimale Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualitäten.

Warum verlässliche Rechtsprinzipien für die ZahntechnikerInnen existenziell sind

Selbstständige ZahntechnikerInnen haben keinen Zugang zum Patienten, den hat der Zahnarzt. Der Zahnarzt entscheidet, ob er welchen Auftrag an welchen Anbieter vergibt, sei es an das Ausland, seien es Händler oder industrielle Anbieter von Fertigungsteilen, sei es ein zugelassener selbstständiger Zahntechnikermeister oder sei es, dass er mit Gewinnstreben lieber mit den Vorteilen eines Freiberuflers ein Eigenlabor betreibt. Der selbstständige Zahntechniker ist von diesem Entscheidungskalkül des Zahnarztes vollständig abhängig. Deshalb ist die Einhaltung des zahnärztlichen Berufsrechts und des zahnärztlichen Gebührenrechts existenziell für den selbstständigen Zahntechniker.

Vor diesem Hintergrund ist festzustellen, dass diese erfolgreichen Versorgungs- und Angebotsstrukturen auf der Basis der Einhaltung der berufsrechtlichen Grundsätze und Grenzziehungen zwischen den beiden Berufen in immer stärker werdendem Maße zu Lasten der selbstständigen ZahntechnikerInnen gestört werden.

Hierfür sind strukturelle Fehlanreize, wachsende Grauzonen und Umsetzungsdefizite des geltenden Rechts maßgeblich verantwortlich, die immer mehr die berufsrechtlichen Grenzen des Zahnarztes als freier Heilberuf aushöhlen und bei Zahnärzten das Gewinnkalkül über das Ziel einer bedarfsorientierten Zahnersatzversorgung stellen.

Das Berufsrecht des Zahnarztes als freier Heilberuf in Abgrenzung zum wettbewerbsorientierten Handwerk zur Herstellung zahntechnischer Leistungen ist aus ordnungspolitischer Sicht aber ein wichtiger Baustein einer bedarfsorientierten medizinischen Versorgung sowie für den Schutz gegen eine Überforderung des Patienten. Es ist aber auch eine zentrale Voraussetzung für die Gestaltung leistungsgerechter Rahmenbedingungen für die ZahntechnikerInnen. Nicht erst seit der Organisationsform des MVZ werden die rechtlichen Grenzen für das zahnärztliche Eigenlabor überschritten und unkontrollierbar.

Denn auch die dynamische Entwicklung der seit 2015 möglichen zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren (Z-MVZ), stellen nicht nur ein Problem für die Sicherheit einer flächendeckenden und gleichwertigen vertragszahnärztlichen Versorgung dar. Sie führen auch zu weiteren rechtsproblematischen Entwicklungen und Verzerrungen zu Lasten des spezialisierten Zahntechniker-Handwerks.

Beide Entwicklungen führen dazu, dass immer mehr Zahnersatz außerhalb der qualitätssichernden Strukturen des zugelassenen Handwerks mit strengem Meisterprinzip hergestellt wird; stattdessen immer mehr in zahnärztlichen Praxisorganisationen bis hin zu MVZ, in denen immer der Auftraggeber und Auftragnehmer identisch sind.

Daher ist festzuhalten, dass mit jedem neuen MVZ immer mehr zahntechnische Leistungen, die ZahnärztInnen oder ein MVZ-Investor im eigenen Labor fertigen oder fertigen lassen, einem Wettbewerb nicht unterworfen sind und damit sich auch einer Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle durch den Wettbewerbsmarkt entziehen. Aus wirtschaftlicher Sicht ist es dabei problematisch, dass erfahrungsgemäß die ZahnärztInnen mit eigenem Labor sich auf jene zahntechnischen Leistungen konzentrieren, die den maximalen Ertrag erbringen. Dies obgleich das zahnärztliche Berufs- und Gebührenrecht die zahntechnische Leistung als Auslage des freien Berufs definiert, die grundsätzlich eine Gewinnerzielungsabsicht ausschließt.

Das benachteiligt das Zahntechniker-Handwerk und bedroht seine Existenz in doppelter Weise. Zum einen werden mit einer solchen „Rosinenpicker-Taktik“ den zahntechnischen Meisterbetrieben, die wohnort- und patientennah alle zahntechnischen Versorgungs- und Dienstleistungen bereithalten müssen, die wirtschaftliche Grundlage entzogen.

Zum anderen führt dies dazu, dass die zahntechnischen Meisterbetriebe die von ihnen ausgebildeten Fachkräfte verlieren, weil sie gegen die mit der ertragsreicheren „Rosinentaktik“ mögliche Lohnkonkurrenz nicht bestehen können.

Eine solche leistungswidrige Marktsituation untergräbt nachhaltig jeden Anreiz für Investition und Innovation in den zahntechnischen Meisterbetrieben in Sachinvestitionen und in die

aufwändige Ausbildung junger Fachkräfte zur Sicherung des flächendeckenden Leistungsangebotes.

Daher ist es zur Sicherheit der Leistungsfähigkeit des Zahntechniker-Handwerks dringend erforderlich, das geltende Berufs- und Gebührenrechts des Zahnarztes in Bezug auf das Betreiben eines Praxislabors in die engen Grenzen des heilberuflich, nicht gewerblich tätigen Zahnarztes zurückzuführen und mit geeigneten Instrumenten kontrollierbar durchzusetzen. Dazu gehört konsequent bei einem zahnärztlichen MVZ das Betreiben eines sogenannten Praxislabors zu unterbinden.

## Konkreter Handlungsbedarf und Maßnahmen

### 1.2. Transparenz und Kontrolle bei Z-MVZ stärken

Zahnmedizinische Versorgungszentren (MVZ) verstärken die Kommerzialisierungstendenzen in der Zahnmedizin. Sie widersprechen den bestehenden Grundsätzen der Freiberuflichkeit und gefährden die flächendeckende patientennahe Versorgung. Gewinnorientierte Standortwahl statt flächendeckender Versorgung und umsatzträchtiges Ordnungsverhalten statt Orientierung am medizinischen Bedarf sind die beobachtbaren Fehlentwicklungen.

### **Handlungsbedarf**

Die Zahnärztekammern und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen müssen daher umfassend auch bei Z-MVZ in die Lage versetzt werden, ihre öffentlich-rechtlichen Aufgaben erfüllen zu können. Das setzt auch hinreichende Transparenz über die Investoren- und Gesellschafterstrukturen voraus, für die gesetzliche Grundlagen zu schaffen sind.

### 1.3 Für Z-MVZ das Betreiben eines freiberuflichen Praxislabors ausschließen

Im besonderen Fokus der renditeorientierten zahnärztlichen MVZ steht dabei auch, an der Herstellung von Zahnersatz über ein eigenes Praxislabor neben dem Behandlungshonorar noch weitere Gewinneinkommen zu erzielen.

Für den einzelnen Zahnarzt als freier Heilberuf sind hier engste Grenzen für ein Eigenlabor und dessen Abrechnungsverhalten im bestehenden Berufs- und Gebührenrecht gesetzt. Diese engen Grenzen sind unabhängig von der Organisationsform einer zahnärztlichen Praxiseinheit einzuhalten.

Dazu gibt es aber gegenwärtig für ein Praxislabor und noch weniger für Z-MVZ ausreichende und wirksame Instrumente einer Kontrolle.

Daher wird diese generelle Problematik durch die wachsende Zahl der Z-MVZ und größere Praxiseinheiten in den Regionen weiter zum Nachteil der zahntechnischen Meisterbetriebe verstärkt.

Es werden mit jedem neuen Z-MVZ immer mehr zahntechnische Leistungen dem Markt – und damit dem Qualitäts- und Preiswettbewerb – entzogen. Schließlich setzt der Zahnarzt auch für die Zahntechnik gegenüber dem Patienten ohne einen Vergleich den Preis. Eine Umsetzung der strengen und allein persönlich und nicht delegationsfähigen „Aufsichts- und Anleitungspflichten“ durch den einzelnen Zahnarzt ist nicht möglich. Dann verlieren aber diese rechtlichen Pflichten als Grenzziehungen für zahnärztliches Handeln ihre Funktion und laufen ins Leere.

Die zahntechnischen Meisterbetriebe vor Ort werden trotz höchster Fachkompetenz und Leistungsfähigkeit durch die Eigenlabore der Z-MVZ geschwächt und regional verdrängt.

Spätestens seit der Organisationsform zum Z-MVZ sind elementare Grundannahmen des geltenden Rechts für den freien Beruf nicht mehr und auch nicht mehr kontrollierbar gegeben.

### **Handlungsbedarf**

Aus diesem Grund sind Z-MVZ das Betreiben eines Praxislabors unter dem Deckmantel der Freiberuflichkeit des zahnärztlichen Heilberufes zu untersagen.

#### [1.4. Einhaltung des zahnärztlichen Berufs- und Gebührenrechts durchsetzen](#)

Die schleichende Vergewerblichung des Zahnarztes in der Zahnersatzversorgung wird durch fehlende Transparenz und Kontrolle der Einhaltung der Prinzipien des freien Heilberufes gefördert.

Delegiert der Zahnarzt seine zahnmedizinischen Behandlungsleistungen, gelten für ihn strenge Aufsichtspflichten, die u.a. seine Anwesenheit in der Praxis in interventionsbereiter Rufweite verlangen. Auch ist die direkte persönliche Zurechenbarkeit einer zahntechnischen Herstellungsleistung zwingend erforderlich. Allein diese Kriterien schließen sogenannte zahnarzteigene „Praxislaboratorien“ außerhalb der Praxisräume aus. Die Berufsordnung der Zahnärzte hält ein Praxislabor außerhalb der Praxis jedoch für unkritisch. Damit ist der Begriff des Praxislabors seiner Bedeutung entleert. Eine gesetzliche Klarstellung ist notwendig und Kontrollinstrumente sind einzuführen.

Denn es gibt bis heute keine Transparenz über die Anzahl und Größe von Praxislaboren der Zahnärzte und keine Kontrollinstrumente und Verantwortlichkeiten, mit denen eine Einhaltung der rechtlichen Vorgaben für das Betreiben von Labors durch den freiberuflichen Zahnarzt und der Z-MVZ überprüft werden kann.

Ansonsten sind die zahntechnischen Meisterbetriebe strukturell dem Verdrängungsrisiko ausgesetzt, obwohl sie in ihrer Spezialisierung höchste Fachkompetenz und Leistungsfähigkeit auszeichnet.

Dieses Risiko nimmt zu, wenn eine zunehmende Vergewerblichung des Zahnarztberufes bei immer mehr Zahnärzten dazu führt, im Eigenlabor eine Art Profitcenter zu sehen. Transparenz

und Kontrolle sollte durch ein Zahnarzlabor-Register bei den zuständigen Zahnärztkammern hergestellt werden.

**Handlungsbedarf:**

Zur Klarstellung und Kontrolle der Einhaltung ist ein Zahnarzlabor-Register einzurichten. Damit soll es ermöglicht werden, dass die Zahnärztekammern und die für ZahntechnikerInnen zuständigen Handwerkskammern anhand von rechtlich klaren Kontrollkriterien die jeweiligen berufsrechtlichen Grenzen zwischen Praxislabor eines freien Berufes und dem zahntechnischen Labor nach geltendem Handwerksrecht im Einzelfall prüfen und gemeinsam klären können.

## 2. Selbstständige ZahntechnikerInnen – im Gesundheitssystem die Kompetenzen im demographischen Wandel besser nutzen

### 2.1. Selbstständige ZahntechnikerInnen können im demographischen Wandel mehr

In der Gesundheitspolitik wird wieder diskutiert und dazu aufgefordert über Leistungen und Tätigkeiten nachzudenken, die an nicht-ärztliche Leistungsanbieter delegiert werden oder von diesen sogar substituiert werden könnten. Hierbei geht es insbesondere auch um die Aufrechterhaltung der Versorgungsangebote im ländlichen Raum für eine alternde Bevölkerung.

Der demographische Wandel mit einer alternden Bevölkerung erhöht auch in der Zahnersatzversorgung die Notwendigkeit

1. von Information und Beratung im Umgang mit Zahnersatz und dessen Pflege, insbesondere auch in Alten- und Pflegeheimen und bei häuslicher Pflege
2. einer wohnortnahen Erreichbarkeit gerade in dünn besiedelten ländlichen Regionen

#### **Handlungsbedarf:**

Um die zukünftigen Versorgungsstrukturen an diese neuen Bedingungen anzupassen und die Fachkompetenzen hierfür umfassend nutzbar zu machen, sollten auch die gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden, damit auch die Fähigkeiten und die große Erfahrung der selbstständigen ZahntechnikerInnen auf den Feldern der zahntechnischen Fachinformation, bei der Kontrolle und Pflege des bereits getragenen Zahnersatzes und der eilbedürftigen Wiederherstellung umfangreich genutzt werden können.

### 2.2. Internet-Desinformationsflut, aber Informations- und Beratungsverbot von selbstständigen ZahntechnikerInnen! – das passt nicht mehr

Es ist nach herrschender Rechtsauffassung den selbstständigen ZahntechnikerInnen untersagt, eine interessierte Privatperson konkret und individuell über zahntechnische Versorgungsmöglichkeiten zu beraten.

Auf der anderen Seite ist immer mehr festzustellen, dass die Beratungswünsche und der Beratungsbedarf der Bevölkerung und der Patienten in den letzten Jahren enorm gestiegen sind.

Dies zeigt das kaum überschaubare internetbasierte und sonstige Informationsangebot, das allerdings immer mehr direkt von der Industrie und dem Handel zur Nachfrageweckung eingesetzt und gesteuert wird.

Angesichts dieser kaum noch überschaubaren internetbasierten Informations- und Beratungsdienste, Blogs und sozialen Medien, bei denen sich jeder, also auch jeder

unqualifizierte Dritte als Ansprechpartner für die Fragen eines Zahnersatz-Patienten neben und unabhängig vom Zahnarzt anbieten kann, erscheint das aktuelle Verbot der individuellen Beratung durch Zahntechniker-MeisterInnen als nicht mehr zeitgemäß und kontraproduktiv. Das höchste und qualifizierte Fachwissen der ZahntechnikerInnen bleibt für ein Beratungsangebot für die Bevölkerung derzeit ungenutzt.

### **Handlungsbedarf**

Um die Fachkompetenz der selbstständigen ZahntechnikerInnen für die Versicherten und deren Informations- und Beratungsbedarf nutzen zu können, bedarf es einer gesetzlichen Regelung, die das ermöglicht.

### 2.3. Versorgung sichern heißt Ausbildung sichern –Ausbildungsbetriebe stärken

Handwerksbetriebe leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualifizierung junger Menschen für die Gesamtwirtschaft. So auch das ausbildungsintensive Zahntechniker-Handwerk.

Die demographische Entwicklung führt jedoch nicht nur zu allgemeinen Knappheiten bei Fachkräften. Der Konkurrenzkampf um den ausbildungswilligen Schulabgänger wird immer härter geführt.

Das Handwerk kann dabei die unvergleichbaren Einkommensvorteile der kapitalintensiven Industriebranchen aus eigener Kraft nicht ausgleichen. Ein gesetzlicher Preisdeckel gefährdet daher auch die Wettbewerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt.

### **Handlungsbedarf**

Die Politik ist daher gefordert, das Ausbildungsengagement der Handwerksbetriebe zu sichern, indem sie Ausbildungsbetriebe und Auszubildende im Sinne der Gleichwertigkeit beruflicher und akademischer Bildung auf der Kostenseite entlastet, wo immer dies möglich ist.

Die Einführung eines bundesweiten Azubitickets und ein qualitativer und quantitativer Ausbau von Azubiwohnangeboten fördert die überregionale Vermittlung auf dem Ausbildungsmarkt und erleichtert den Handwerksbetrieben die Sicherung des Fachkräftenachwuchses.

Die Begabtenförderung in der beruflichen Bildung ist vom Fördervolumen her auszubauen und eine mit den akademischen Stiftungen gleichwertige Förderinfrastruktur zu errichten, um leistungsstarke Fachkräfte im Handwerk zu fördern.

## 2.4. Fachgerechte Beteiligungsrechte des VDZI im Unterausschuss des G-BA

Zur Stärkung der Fachkompetenz in allen zahntechnischen Fragen hält der VDZI die umfassende Beteiligung der ZahntechnikerInnen schon von Beginn an den Informations- und Beratungsprozessen im zuständigen Unterausschuss „Zahnärztliche Behandlung“ für sachgerecht.

Das Zahntechniker-Handwerk ist im obersten Entscheidungsgremium der Selbstverwaltung bisher nur zur Abgabe von Stellungnahmen zu bereits verhandelten Beschlussvorlagen berechtigt. Die umfassende Einbindung der fachlichen Kompetenz der ZahntechnikerInnen im Gemeinsamen Bundesausschuss bei Zahnersatzfragen von Beginn an ist jedoch unerlässlich, um auf Grundlage des qualifizierten Fachwissens der ZahntechnikerInnen bessere Entscheidungen für Patienten hinsichtlich der Versorgung mit Zahnersatz treffen zu können. Das Zahntechniker-Handwerk fordert in allen zahntechnischen Belangen die Teilnahme an den Informations- und Beratungsprozessen im Unterausschuss „Zahnärztliche Behandlung“ sowie seinen Arbeitsausschüssen.