

Zur Sache

## „Verkaufsmodell“ – eine Chance für die Zahntechnik?

### In diesem Heft

Zur Bewertung eines Betriebs: Was ist mein Dentallabor wert?	6
30. Jahrestagung der AG Dentale Technologie	8
Im Verdrängungsmarkt bestehen – Orientierung für Unternehmer (2)	12
Legierungen – besser als ihr Ruf?!	14
Mit dem „Ausgleichsglühen“ Verzüge vermeiden	20
„Mehr Mut zu Titan“ – ein Erfahrungsbericht	22
Titan – die totgeschwiegene Alternative	24
Galvanokäppchen – so passgenau wie eine zweite Haut	30
Galvanoforming im Labor	33
Cover Denture Arbeiten mit Galvanotechnik	38
Metallkeramik heute (5)	41
Herstellernachweis	48
Wiederholungstermin: DZW-Tagesworkshop	49
Impressum	49

### Lichtwachs



Informieren Sie sich über das Lichtwachs von Wegold unter Telefon (0 91 29) 40 30 -30.

Bei den zahnärztlichen Standespolitikern hat man realisiert, dass sich eine große Koalition in der Politik zusammengetan hat, die bei der nächsten Gesundheitsreform 2003 unter dem politisch hehren und unangreifbaren Titel „mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen“ diesen unter den so genannten Leistungserbringern durch Einkaufsmodelle einführen wird. Die Antwort aus der zahnärztlichen Standespolitik – besonders aus dem Freien Verband – heißt, dem Einkaufsmonopol der Krankenkassen ein „Verkaufsmodell“ der Zahnärzte, sozusagen ein „Angebotskartell“, entgegenzustellen. Die Chancen dafür habe ich in einem Kommentar in der *DZW 35/01* „Verkaufsmodell – überfordert der FVDZ sich selbst?“ gering eingeschätzt. Ich habe die Umsetzung eines Verkaufsmodells als schöne Utopie ins Reich der Träume zahnärztlicher Standespolitik abgetan. Die Gründe dafür sind vielfältig, von der fehlenden Organisationskraft der entsprechenden Verbände, der unterschiedlichen Interessenlage der Zahnärzte bis hin zu gesetzlichen Vorgaben für Einkaufsmodelle, die vornehmlich auf bessere Qualifikationen im Rahmen und oberhalb einer Grundversorgung abstellen werden. Nachzulesen, wie gesagt in der *DZW 35/01*, Seite 1 und 2.

Die Einkaufsmodelle haben politisch den Zweck, durch das Brechen des Vertragsmonopols der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) die Zahl der Leistungserbringer für bestimmte Leistungsbereiche einzuschränken. Dies dem politischen Dogma folgend, „je mehr beteiligt sind, umso teurer wird es“. Können nun die Zahntechniker, zum Beispiel organisiert über den Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) oder die Innungen, ein „Verkaufsmodell“ initiieren und durchsetzen? Auch dies, gleich vorweg, halte ich für eine Utopie. Die Erfahrungen aus der Festzuschusszeit 1998 mit freien Laborpreisen bestätigen mich in dieser Ansicht.

Einkaufsmodelle für die Zahntechnik im Rahmen der nächsten Gesundheitsreform 2003 heißen sicher nicht, wie oft von FDP, und auch schon mal von Seehofer und der CSU gefordert, völlige Ausgrenzung des Zahnersatzes aus einer GKV-Bezahlung. Sie bringen aber ganz sicher eine Abschaffung des BEL als Höchstpreisliste. Dies ist ja sozusagen Voraussetzung für „Wettbewerb“ und wohin dabei die Reise aus Sicht der Krankenkassen gehen wird, ist klar. Da gab es ja schon die ersten Versuche in den letzten Monaten, „billiger bessere Leistungen“ einkaufen zu wollen. Die Quadratur des Kreises. Leider ist es aber

nach Fallen administrierter Preise immer so, dass in einer Marktberichtigung mit Abbau von Überkapazitäten und der Umstellung auf Wettbewerb die Preise für einige Zeit sinken. Beispiele, die diese These stützen, gibt es genügend, alle Wirtschaftswissenschaftler bestätigen sie.

Weder der Organisationsgrad der Innungen, zum Teil sind nur noch 50 bis 60 Prozent der Betriebe Mitglied, noch deren innere Stärke bieten irgendeine Hoffnung auf Realisierung eines Verkaufsmodells. Dazu kommt der Druck durch Zahnersatz-Importe. Viele meinen, Einkaufsmodelle werden die große Zeit für Zahntechnik-Ketten mit 1.000, 2.000 oder mehr Beschäftigten und bundesweiten Filialen oder für entsprechende kooperative Zusammenschlüsse von Zahntechnikbetrieben, Genossenschaften oder wie auch immer sein. Dies sehe ich nicht so. Zum einen, solange diese arbeiten und sich organisieren wie der einzelne Zahntechnikbetrieb vor Ort auch, haben sie keine andere Kostenstruktur – allenfalls im Einkauf, aber dies wird kompensiert durch Overheadkosten für die Zentralen – und so stehen sie den Kassen in gleicher Position gegenüber. Sie müssten, US-Vorbildern folgend, vorab industrielle ZE-Produktionsprozesse einführen, was ja auch versucht wird. Zum anderen: Einkäufer bleibt vor allem der Zahnarzt, die Kassen können ihm aufgrund der medizinischen Verantwortung als Eingliederer kein Labor verschreiben; allenfalls, und das werden sie versuchen, werden sie ihm den Preis vorgeben. Wahrscheinlich, um beim Beispiel der Krone zu bleiben, eben einen gemeinsamen Festpreis für Technik und Labor. Da kommt es darauf an, wie er vom Patienten für Besseres aus dem zahntechnischen Labor mehr verlangen kann.

Und hier schließt sich der Kreis. Den Einkaufsmodellen kann nicht mit einem gemeinschaftlich organisierten „Verkaufsmodell“ begegnet werden, sondern nur mit einer Partnerschaft zwischen dem Zahnarzt und seinem zahntechnischen Labor beim überzeugten und zahlungsbereiten Patienten. Darauf müssen Sie setzen und dafür sich fit machen,

Ihr

Jürgen Pischel



**Den Patienten in den Mittelpunkt aller Bemühungen stellen**