

März 2008

17. Jahrgang
Heft 1/2008

Inhalt

Da kocht die Zahnarztseele und nicht der Kaffee	S. 1
GOZ 2008 bringt keine Verbesserungen	S. 3
Öffnungsklausel bedroht den Berufsstand	S. 3
So sehe ich es	S. 5
Zur Aufhebung der Altersgrenze	S. 5
XIV. Kongress-Schiffsreise	S. 6
News	S. 7
Impressum	S. 8



Zwar nicht am Meer - dennoch ist Rom eines der Ziele der Kongress-Schiffsreise

Da kocht die Zahnarztseele und nicht der Kaffee

BKK-Melitta-Plus-Vertrag

Selektivverträge erinnern mich an einen prachtvollen blühenden Baum mit ausladender Krone. Schade nur, dass in seinem Schatten nichts wächst und damit der Nachhaltigkeit der Boden entzogen wird. Unter Nachhaltigkeit verstehen wir eine Entwicklung, wenn sie „die Bedürfnisse der heutigen Generation befriedigt, ohne die Möglichkeiten künftiger Generationen aufs Spiel zu setzen, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen“. Die Freiberuflichkeit, um die es hier geht, verliert diese Nachhaltigkeit.

Es ist zwar richtig, dass unser Gesundheitssystem im Umbruch ist, genauso richtig sind die Forderungen nach Aufbrechen der verkrusteten Strukturen dieses Gesundheitswesens, aber doch nicht so, wie es einige Betriebskrankenkassen fröhlich betreiben wollen. Die Rattenfänger haben doch schon lange ausgedient.

Bei den Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, wie z. B. BKK Melitta Plus und der Zahnärztlichen Initiative Weser-Ems (ZI-WE) (Sitz in Nordenham) soll es sich angeblich um eines der zentralen Instrumente für den vom Gesetzgeber gewünschten Wettbewerb um mehr Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung handeln. Wettbewerb mit Schubsen (Verdrängungswettbewerb) ist angesagt, Mundraub auf Kosten der Allgemeinheit.

Schaut man sich den Vertrag näher an (was auch für andere Selektivverträge gilt), stellt man nämlich schnell fest, dass die Zerstörung des Sicherstellungsauftrages der KZV und die Ablösung des kollektiven Versorgungsauftrages ihre - für Patienten und Zahnärzte - teuflischen Tücken hat.



Was bedeutet dieser Vertrag für den Patienten?

Zunächst bedeutet er Verlust der freien Zahnarztwahl, denn nach § 7 Abs. 5 des Vertrages („Diktates“) müssen sich die teilnehmenden Versicherten verpflichten, ambulante fachzahnärztliche Leistungen nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Zahnarzt (eingeschriebener Zahnarzt) in Anspruch zu nehmen. Bei Notfällen oder bei urlaubsbedingter Abwesenheit des betreuenden Zahnarztes soll (im Sinne von „in der Regel“ verpflichtend) grundsätzlich ein anderer am Vertrag teilnehmender Zahnarzt in Anspruch genommen werden. Ist ein solcher Zahnarzt aber nicht ortsnah präsent, heißt es entweder

r e i s e n - natürlich auf eigene Kosten (bei den Spritpreisen sicherlich nicht amüsant) - oder einen Zahnarzt zu wählen, der nicht am Vertrag teilnimmt, das heißt aber Leistungserbringung nach dem privaten Recht (GOZ) (der am Vertrag teilnehmende Patient ist ja gegenüber Nicht-BKK-Melitta-Plus-Vertragszahnärzten Privatpatient). Ein solcher Vertrag, der nicht flächendeckend sein kann, kann den Patienten also sehr teuer kommen.

Das ergibt sich auch aus § 8 des BKK-Melitta-Plus-Vertrages, wonach ein Wechsel des gewählten Zahnarztes - übrigens nur aus wichtigem Grund - dazu führt, dass ebenfalls nur ein neuer Zahnarzt gewählt werden darf, der ebenfalls an diesem Vertrag teilnimmt. Ein Widerruf des Versicherten ist frühestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Beitritt möglich.

Was bedeutet dieser Vertrag für den teilnehmenden Zahnarzt?

Auch nicht viel Gutes. Natürlich hat er den Vorteil, dass der teilnehmende Zahnarzt die Versicherten der BKK-Melitta Plus zu den Bedingungen der Krankenkasse behandeln darf. Aller-

dings können die Versicherten ihren betreuenden Zahnarzt selbst auswählen. Ob Sie zu den Auserwählten (Auserlesenen) gehören, steht in den Sternen.

Fragen Sie Ihren Sterndeuter (BKK-Melitta-Plus-Kassenvertreter) doch auch gleich nach den weiteren Bedingungen (das „Kleingedruckte“ ist wichtig). So z. B. nach der Vergütung. Die erfolgt nämlich grundsätzlich nach dem Bema 2004 und den geltenden Richtlinien. Es gilt dabei der Punktwert, welcher den abrechnenden Zahnarzt von der zuständigen KZV für die entsprechende Leistungsart als vereinbart mitgeteilt wird. Eine spannende Frage, wenn die KZV Kopfpauschalen vereinbart hat. Natürlich gibt es auch zusätzliche Honoraransprüche für besondere Aufgaben, wie z. B. Zuschüsse für Professionelle Zahnreinigung (50 Euro bzw. maximal in Höhe des Rechnungsbetrages), auch für die Bestimmung von parodontalen Leitkeimen als Poolprobe gibt es einen Zuschuss (100 Euro), für längere Gewährleistungspflichten oder auch für weitere nach Bema bzw. Richtlinien ausgeschlossene Maßnahmen. Doch für welchen Preis?

Große Freude kommt z. B. in Bezug auf den Datenschutz für Zahnarzt und Patienten auf, denn Sie dürfen **d i r e k t** mit der Krankenkasse abrechnen, wobei den Patienten eine Durchschrift der Abrechnung zuzuleiten ist. Abrechnungstermine und damit Abschlagszahlungen sind nicht vorgesehen. Aber die Abrechnung sollte möglichst in Form einer Sammelabrechnung erfolgen. Ganz toll ist es sicherlich auch, dass die Krankenkasse das Geschäft der KZV in Bezug auf die Überprüfung der Abrechnung übernimmt. Ein Schalk, der dabei Böses denkt, kennen sich doch die Kassenvertreter bekanntermaßen im Abrechnungsgeschäft und in der Bema-Auslegung bestens aus. Die Erfahrung mit den Beihilfestellen macht dies mehr als deutlich, oder?

Erstaunt hat mich die Unverfrorenheit dieser Krankenkasse in Bezug auf die Bereinigung der Gesamtvergütung. Sie wissen schon: Die Gesamtvergütung (aller Zahnärzte) ist entsprechend der Zahl der teilnehmenden Versicherten sowie dem in dem Vertrag vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen (§ 73 c SGB V).

Nach dem Willen der BKK-Melitta-Plus sollen die teilnehmenden Versicherten ihre Krankenversichertenkarte behalten und in Ausnahmefällen auch Zahnärzte in Anspruch nehmen können, die nicht am Selektivvertrag teilnehmen. Als besondere Gründe werden Notfälle (Wochenende, Urlaub, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses etc.) genannt. „Großzügig“ wird zum Ausgleich dieser Leistungen ein fünfprozentiger Abschlag bei der Reduzierung des Gesamtbudgets vorgesehen. Das heißt nichts anderes, dass von der Krankenkasse erwartet wird, dass mit fünf Prozent der Pro-Kopf-Ausgaben je Versicherten alle o. g. Notfälle erbracht werden sollen. Da das natürlich nicht reicht, müsste die Vergütung aus dem großen Rest-Topf der GKV - und damit zu Lasten aller nicht am Vertrag teilnehmenden Zahnärzte - entnommen werden. Dies bezeichne ich als einen Vertrag zu Lasten Dritter, nämlich der

übrigen zugelassenen Zahnärzte, denn die weiteren unter die Gesamtvergütung (GKV-Budget) fallenden Zahnärzte sollen diese Leistungen aus ihrem bereinigten Rest-Budget (ohne BKK-Melitta-Plus-Vergütung) bestreiten. Dies wird der Vorstand der KZVLB nicht hinnehmen. Zahnärzte, die sich in solche Verträge einschreiben, müssen sich über die Folgen ihres Handelns im Klaren sein. Verpflichtend müssen sie hierüber Meldung gegenüber der KZVLB machen, damit sachlich und rechnerisch die Gesamtvergütung (Budget) ordnungsgemäß bereinigt werden kann. Darüber hinaus wird von der KZV auch zu prüfen sein, welche Versicherten der BKK-Melitta-Plus sich in diesen Vertrag eingeschrieben haben. EDV-technisch muss seitens der Abrechnungsabteilung die Zulässigkeit der Abrechnung geprüft werden, damit keine Belastungen der Gesamtvergütung für die nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Zahnärzte eintritt. Dies gilt auch für Überweisungsfälle von eingeschriebenen Zahnärzten, da auch diese Überweisungsfälle privatrechtlich abzurechnen sind, soweit an einen nicht am Vertrag teilnehmenden Zahnarzt überwiesen wird.

Ein Highlight dieses Selektivvertrages ist übrigens auch das Vertragscontrolling (§ 14). Danach erstellt die BKK pro Jahr eine Aufstellung nach:

- Behandlungskosten pro Fall – Gesamt/je Zahnarzt
- Anteil der Wurzelbehandlung insgesamt – pro Zahnarzt
- Anteil Kariesbehandlung – insgesamt – pro Zahnarzt
- Anteil Extraktion insgesamt – pro Zahnarzt
- Entwicklung ZE-Fälle zu KCH im Jahresvergleich.

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt durch einen Durchschnittsvergleich - in der Jahresentwicklung - und ist verbunden mit einer Aufstellung eines Maßnahmenkatalogs bei Abweichung der Zielerreichungsquote.

Es soll dabei ein Abgleich der Zeiträume vor dem Beginn dieses Vertrages als auch ein direkter Vergleich mit nicht teilnehmenden Zahnärzten und Versicherten möglich sein. Wie das funktionieren soll, weiß ebenfalls nur die Krankenkasse. Für mich ist das angesichts des Datenschutzes, den Zahnärzte und Patienten außerhalb der Melitta-Welt noch genießen, ein reines Kaffeesatzlesen.

Raten Sie mit mir, was man alles in den „Maßnahmenkatalog“ verpacken kann. Und hoffentlich sind die eingeschriebenen Zahnärzte auch alle „gut“ im Sinne der Krankenkasse (offensichtlich nicht im Sinne der Qualität), sonst droht ja die Kündigung aus wichtigem Grund.

Ich meine, jeder der noch seine sieben Sinne beisammen hat und nicht auf Kassenalmosen angewiesen ist, sollte sich gut überlegen, was ihm ein solcher Vertrag (oder ähnliche) wert ist. Ich halte solche Lockvogelangebote für unethisch. Durch solchen Melitta-Filter eingeträufelter Kaffee kann nur sauer aufstoßen.

Rainer Linke
Mitglied des Vorstandes der KZVLB



Christian Berger,
Vizepräsident der LZKB

Die Konturen der neuen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zeichnen sich immer klarer ab. Sowohl der Paragrafenteil als auch die Leistungsbeschreibungen sind aus Entwürfen des Bundesgesundheitsministeriums bekannt. Bematisierung = „Parallelisierung zum BEMA“ und Stagnation = „Kostenneutralität“ sind die Schlüsselwörter. Der nach 20 Jahren längst fällige Inflationsausgleich soll nicht stattfinden – Ärzte und Zahnärzte zahlen seit langem die Zeche für ihr Helfer-Syndrom.

Bei der Honorierung folgt man also dem „Postulat der Beitragsstabilität“ aus der GKV, d.h. zahnärztliche Leistungen sollen insgesamt in der PKV heute nicht mehr kosten als vor 20 Jahren. Dass darunter entweder die Qualität oder der medizinische Fortschritt oder beides leiden müssen, liegt eigentlich auf der Hand. In Gesprächen mit hohen Repräsentanten der CSU konnten wir dies den Politikern durchaus vermitteln. Ein Politikwechsel der Großen Koalition oder gar von Frau Ministerin Schmidt ist aber nicht erkennbar. Eines dürfte klar sein: Das BMG wird keinesfalls mehr abrücken von der „Parallelisierung zum BEMA“ und der „Kostenneutralität“.

Der dritte handschriftliche Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur GOZ bildet beinahe unverändert den bestehenden BEMA ab, übernimmt aber auch restriktivere Bestimmungen der GOZ 1987. Die Veränderung gegenüber dem ersten vorläufigen Entwurf liegt in vielen Details, folgt aber im Grunde dem Trend, der sich bereits im ersten Entwurf abgezeichnet hat. Dieser dritte, seit Mitte Januar vorliegende Arbeitsentwurf stellt eine weitere Verschlechterung gegenüber dem ersten Entwurf dar. Als Beispiel sei die 15-prozentige Abwertung der ZE- und KFO-Punkteausstattung der einzelnen Leistungen genannt.

In § 2a GOZ ist die Möglichkeit zur Abdingung der gesamten GOZ 2008 vorgesehen, jedoch nur zugunsten von Gruppen oder Einzelverträgen mit den Kostenträgern. Auch die Material- und Laborkosten werden limitiert, bzw. müssen bei Überschreitungen des BEL II um mehr als 5 Prozent vorher vereinbart werden. Zweit- und drittklassiger Zahnersatz auf erstklassig präparierte Zähne? Der Gebührenrahmen bleibt 1- bis 3,5-fach, allerdings gibt es eine verschärfte Begründungs- und Erläuterungspflicht. Immerhin: Die in § 2 GOZ enthaltene Möglichkeit der abweichenden Vereinbarung der Vergütungshöhe zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem bleibt erhalten. Die neue GOZ wartet mit einer Vielzahl restriktiver „Abrechnungsbestimmungen“ auf, wovon etliche zur Kontrolle auf der Rechnung wiederholt werden müssen, bzw.

wozu anderweitige Kontrollmitteilungen vorgeschrieben werden (z.B. Datum des Behandlungsbeginns auf der Rechnung zu den PAR-Leistungen etc.).

Zum Allgemeinen Teil lassen sich nach einer Auswertung der Rechtsanwaltskanzlei Ratajczak&Partner bislang folgende Aussagen treffen:

- Die Gebührenvereinbarung nach § 2 GOZ wird zwar nicht abgeschafft, aber auch nicht weiterentwickelt.
- Die PKV setzt sich durch, im ambulanten wie stationären Leistungsbereich mit Zahnärzten Sondervereinbarungen treffen zu können (§ 2 GOZ 2008).
- Die Steigerungsfaktoren (§ 5 GOZ) bleiben erhalten – allerdings wird die Abrechnung der den 2,3-fachen Satz übersteigender Faktoren deutlich erschwert.
- Der Punktwert der neuen GOZ wird mit dem Punktwert des neuen GOÄ identisch sein.
- Die Abrechnungsmöglichkeiten nach der GOÄ wird für die Zahnmedizin deutlich reduziert werden.
- Für die Analogabrechnung spielt es keine Rolle mehr, ob und wann die Leistung eingeführt wurde. Entscheidend ist, ob sie in den Gebührenverzeichnissen zur GOZ/GOÄ eine Leistungsbeschreibung erfahren hat oder nicht.
- Chirurgische Leistungen werden tendenziell höher bewertet.
- Röntgenleistungen werden teilweise wesentlich niedriger bewertet.
- Prophylaktische Leistungen werden deutlich ausgeweitet und tendenziell höher bewertet.
- Konservierende Leistungen werden tendenziell höher bewertet.
- Parodontalbehandlungen erhalten eine weitgehend neue, am BEMA angelehnte Leistungsbeschreibung mit deutlicher Anhebung der Punktzahlen.
- Prothetische Leistungen werden weitgehend neu geordnet. Tendenziell kommt es zu einer Erhöhung der Punktmengen.
- Kieferorthopädische Leistungen werden umgebaut und tendenziell abgewertet.
- Gnathologische Leistungen werden zusammengestrichen und z.T. deutlich abgewertet.
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erfolgt nicht mehr in einem eigenständigen Kapitel; Innerhalb des gnathologischen Kapitels gibt es eine Erhöhung bei drei und eine Erniedrigung bei vier Ziffern.
- Implantologische Leistungen werden fast komplett neu definiert. Zumindest alle derzeit relevanten chirurgischen Verfahren werden aus der GOÄ in die GOZ übernommen. Ein bewertender Vergleich zur GOZ 1987 ist angesichts der vielen neuen Gebührensätze ausgesprochen schwierig.

Für April ist zwar der erste Referentenentwurf angekündigt. So wie es aussieht, wird sich die Arbeit an der GOZ 2008 seitens des Bundesgesundheitsministeriums jedoch weiter verzögern. Grund sind die offensichtlichen Probleme und nicht zuletzt die fachliche Kritik der Bundeszahnärztekammer an den Entwürfen; Grund ist aber auch die Arbeit an der GOÄ 2008, die bekanntlich recht zögerlich verlaufen.

Christian Berger
Vizepräsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer

Kaum eine neue Verordnung hat die Zahnärzteschaft und die BZÄK so herausgefordert wie die Novelle der GOZ, der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte. Die ersten Auseinandersetzungen in der Arbeitsgruppe des Bundesgesundheitsministeriums gehen bis in das Jahr 2004 zurück. Rechtskräftig wird der Entwurf aber wohl frühestens zum Januar 2009. Nach Lage der Dinge wird die GOZ den Bundesrat wohl im Herbst 2008 passieren. Das bedeutet: Der Endspurt läuft. Nachdem der Leistungsteil weitgehend abgeschlossen ist, besteht allerdings die Gefahr, dass das BMG im Verordnungstext (s.g. Paragrafenteil) die mühsam errungenen Zugeständnisse an die Zahnärzteschaft durch gegenläufige Auslegungsbestimmungen konterkariert.

Vor allem die geplante Öffnungsklausel erweist sich dabei als größte Gefahr. Denn durch sie wird die GOZ als Vergütungsgrundlage ausgehöhlt und überflüssig gemacht. Die Direktverträge mit den Privatkassen - von vielen Kollegen wegen vermeintlich vorteilhafter Konditionen nicht negativ bewertet - können u.U. nichts anderes als ein Trojanisches Pferd sein. Direkte Verträge bedeuten einseitige Abhängigkeit von den privaten Versicherern wegen des damit einhergehenden, gelenkten Patientenstroms. In Anschlussverträgen können die Kassen dann ihre Macht ausspielen, weil dem Zahnarzt bei Vertragsbeendigung der Neuaufbau seines Patientenstamms droht.

Drohende Öffnungsklausel

Das Hauptaugenmerk gilt jedoch der derzeit diskutierten Öffnungsklausel. Hier zeigt sich am deutlichsten, dass in der Auseinandersetzung mit dem BMG noch keinesfalls "die Kuh vom Eis" ist - und dass die Folgen verheerend sein können. Denn, auch wenn es einige nicht wahr haben wollen: Das Thema hat das Potenzial, den Berufsstand in seiner jetzigen Form auseinander zu reißen.

Was bedeutet die Klausel?

Das Bundesgesundheitsministerium will die Öffnungsklausel in die Novelle der Gebührenordnung packen. Die Klausel würde jedoch den Geltungsbereich der GOZ erheblich einschränken. Denn nach Inkrafttreten der Klausel könnten private Versicherungsunternehmen mit Gruppen von Zahnärzten pauschale Sondervereinbarungen außerhalb der Gebührenordnung treffen. Dem Wunsch der PKV entsprechend, dürften Privatpatienten dann ohne empfindliche Mehrkosten nur noch die Vertragszahnärzte ihres Versicherers aufsuchen.

Gefahr der Öffnungsklausel

Für die BZÄK ist die Sache klar: Von der derzeit nur diskutierten Öffnungsklausel geht die ganz reale Gefahr aus, dass die GOZ als Vergütungsgrundlage ausgehöhlt und letztlich überflüssig wird. Wegen des intensiven Kostendrucks würden sich dann viele Zahnärzte in spezialisierten Zentren zusammenschließen. Kleinere Praxen, vor allem außerhalb von Ballungsräumen, könnten eventuell nicht mehr mithalten. Kurzum: Die altbewährte deutsche Praxisstruktur und die flächendeckende Versorgung mit Zahnärzten wären durch die Pläne des BMG bedroht.

Tödliche Umarmung Einkaufsmodell

Es gibt Kollegen, die sehen in der Öffnungsklausel einen Ausweg aus der zunehmenden staatlichen Gängelung im Gesundheitswesen. Ein Irrtum. Der Weg über die Öffnungsklausel würde den Teufel mit Beelzebub austreiben. Die Hoffnung auf mehr wirtschaftliche Freiheit würde wohl schnell enttäuscht. Denn durch anfänglich vorteilhafte Konditionen würden sich Kollegen in die Abhängigkeit der Privatkassen begeben. Danach könnten die Versicherer dann ihre einseitige Macht ausspielen. Vergütungssenkungen, Positivlisten für Werkstoffe und Eingriffe in die medizinischen Entscheidungen des Zahnarztes würden in den Anschlussverträgen Realität. Den Zahnärzten aber drohte bei Vertragsbeendigung der Neuaufbau ihres Patientenstamms!

Öffnungsklausel gegen geltendes Recht

Auch aus rechtlichen Gründen muss die Politik die Öffnungsklausel streichen. Denn neben ihrer Existenz bedrohenden Wirkung für viele Zahnärzte ist sie juristisch fragwürdig. Sie verletzt sowohl das Wettbewerbs- als auch das Verfassungs- und Europarecht. Wegen der auftretenden Patientensteuerung wäre sie auch berufsrechtlich bedenklich. Sie gefährdet darüber hinaus das bestehende Gebühren- und Erstattungsrecht. Nicht zuletzt würde sie die Patienten in ihrem Recht auf die freie Wahl ihres Zahnarztes einschränken.

Rahmenverträge nur Notlösung

Sollte die Öffnungsklausel kommen, gibt es derzeit nur eine Chance, einseitige Verträge zu Lasten von Zahnärzten zu verhindern. So würde es der aktuelle Entwurf des Ministeriums der BZÄK erlauben, im Falle einer Öffnungsklausel Rahmenverträge mit den privaten Versicherern abzuschließen. Diese Verträge könnten die Modalitäten und die Honorarhöhe von Behandlungen regeln, die auf Grund der Öffnungsklausel außerhalb der GOZ getätigt werden. Die Folgen dieser Neuerung - so sie rechtliche Gültigkeit erlangt - sind schwer vorauszusehen. Dennoch betrachtet die BZÄK die Rahmenverträge als ein wichtiges Sicherheitsnetz, sollte die Öffnungsklausel eingeführt werden. Der drohende Verdrängungswettbewerb und ein gefährliches Absacken der Behandlungsqualität müssen verhindert werden!

Expertenrat muss weiter gelten!

Die größte Stärke der Zahnärzteschaft bei der GOZ-Novelle ist die Überlegenheit des Fachwissens über unreflektiertes Budgetdenken. Die BZÄK hat die Politik überzeugt, dass die Debatte zur Gebührenreform nicht ohne das Expertenwissen der Zahnärzteschaft auskommt. Mit diesem Pfund gilt es auch bei der Diskussion über die Öffnungsklausel zu wuchern. Es ist das Fachwissen und die Hartnäckigkeit, die uns auszeichnen. Nun muss die Zahnärzteschaft weiter zusammenhalten, um unsinnige Öffnungsklauseln zu verhindern. Wir stellen uns auf einen warmen Frühling / heißen Sommer ein!

Quelle: "Klartext" der Bundeszahnärztekammer

Geplante „Öffnungsklausel“ in der neuen GOZ: Drohende Gefahr oder letzter Ausweg?

Wer die aktuelle Entwicklung des GOZ-Novellierungsverfahrens mitverfolgt, muss nicht nur zur Kenntnis nehmen, dass weder der Leistungsteil den Vorstellungen der Zahnärzteschaft entspricht, noch der Verordnungstext (so genannter Paragrafenteil) den berechtigten Anliegen des Berufsstandes Rechnung trägt. Allem voran ist eine heiße Debatte über die im § 2 vorgesehene Öffnungsklausel entfacht. Diese soll den Weg für Direktverträge mit den Privatkassen einseitig freimachen. Eindringlich warnt die BZÄK vor den möglichen fatalen Folgen dieser Klausel, wie das Aushöhlen der GOZ als Vergütungsgrundlage, der Bildung von Versorgungszentren außerhalb von Ballungsräumen und der Abhängigkeit gegenüber Privatkassen in Einkaufsmodellen.

Dem kann zunächst einmal auch nicht widersprochen werden. Nur die Medaille hat wie immer zwei Seiten. Insofern bleibt die Frage zu beantworten, wie der Berufsstand ohne Öffnungsklausel überhaupt noch mit einer bemaisierten „BMG-GOZ“ betriebswirtschaftlich angemessene Honorare erzielen kann.

In dem Zusammenhang höre ich schon wieder die Aufforderung, das Allheilmittel „freie Vergütungsvereinbarung“ flächendeckend zu nutzen. Sicher richtig und zielführend, jedoch scheinbar nicht realistisch, wenn man sich die GOZ-Statistik der BZÄK mal näher anschaut. Kaum einer macht davon Gebrauch, obwohl eine Anpassung der GOZ über nunmehr 20 Jahre ausgeblieben ist! Liegt es also an der fehlenden Kraft bzw. der Trägheit des eigenen Berufsstandes, dass wir solche Möglichkeiten brachliegen lassen? Oder ist es vielmehr der jahrelang und systematisch aufgebaute Druck der Kostenerstatter über Erstattungswillkür, der sich auf das Honorierungsverhalten der Kollegenschaft ausgewirkt hat?

Das letztere ist wahrscheinlicher und zeigt uns deutlich, dass mit einer neuen GOZ nach dem Gusto des BMG und des PKV-Verbandes in Zusammenwirken mit dem VVG eher mit einer weiteren Verschärfung dieser Erstattungs- und damit mittelbar auch Honorierungsproblematik zu rechnen ist. Was bleibt also ohne Öffnungsklausel übrig? Würde der Berufsstand wirklich zusammenstehen, könnte aus meiner Sicht eine derartige Öffnungsklausel auch Chancen für die Zahnärzteschaft mit sich bringen. So hat sich der DZV in dem Zusammenhang deutlich als Anbieter- und Vertragsgemeinschaft definiert und wird sich den möglichen Herausforderungen in Sachen „selektives Vertragsmanagement“ selbstbewusst wie realistisch stellen. Wichtig bleibt die wohlverstandene Aufforderung der BZÄK, einer Zersplitterung der Kollegenschaft entgegenzuwirken. Aber der Erfolg wird nicht von der Öffnungsklausel abhängen, sondern vielmehr von der sozialen Intelligenz des Berufsstandes!

Martin Hendges, Zahnarzt in Köln und
Vorsitzender des Deutschen Zahnärzteverbandes e. V. (DZV)

BZÄK und KZBV gemeinsam vor Gesundheitsausschuss: Aufhebung der Altersgrenze

BZÄK und KZBV forderten gemeinsamen Stellungnahme die Aufhebung der 1999 in Kraft getretenen Altersbegrenzung. Unterstützung erhalten die Körperschaften durch das Consilium-Mitglied der BZÄK, Prof. Winfried Boecken, der als externer Sachverständiger ebenfalls die Altersgrenze juristisch hinterfragte. Das Argument, Versicherte müssten vor nachlassender Leistungsfähigkeit älterer Ärzte geschützt werden, entkräften die beiden Zahnärzte-Organisationen in ihrer Stellungnahme mit dem Hinweis, dass es "sowohl an einer entsprechenden Zielsetzung des Gesetzgebers als auch an entsprechenden Studienergebnissen" fehle. Außerdem sei es widersprüchlich, wenn diese Ärzte Privatpatienten ausdrücklich weiter behandeln dürften. Ein Überschreiten der Altersgrenze sei in Vertretung eines Vertragszahnarztes oder im Rahmen einer Kostenerstattung bei einer Behandlung im EU-Ausland auch nach augenblicklicher Rechtslage möglich. Vor diesem Hintergrund lasse sich eine sachliche Begründung der Altersgrenze umso weniger finden.

Die BZÄK und die KZBV bezeichneten die Altersgrenze von 68 Jahren für die vertragszahnärztliche Versorgung als eine sachlich nicht gerechtfertigte Einschränkung der Berufswahlfreiheit der betroffenen Zahnärzte. Sie sei auch versorgungspolitisch verfehlt, weil jüngere Nachfolger gewöhnlich eher mehr als weniger vertragszahnärztliche Leistungen erbringen als ihre ausscheidenden älteren Kollegen.

In unterversorgten oder insoweit gefährdeten Gebieten sei die Altersgrenze mit einjähriger Befristung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zwar aufgehoben, dies stelle aber wegen mangelnder Perspektive keinen Anreiz zum Weiterarbeiten dar: "Angesichts der Unsicherheiten hinsichtlich der Dauer der weiterhin möglichen Berufsausübung kann damit auch nicht das generelle Ziel des Gesetzgebers gefördert werden, einem sich abzeichnenden oder bereits eingetretenen Zahnärztemangel, insbesondere in den neuen Bundesländern, zu begegnen. Diese Entwicklung würde sich bei einem Fortbestand der Altersgrenze noch verstärken, da in den nächsten Monaten insbesondere in den neuen Bundesländern eine erhebliche Anzahl von Vertragszahnärzten alleine aufgrund der gesetzlichen Altersgrenze ihre Tätigkeit einstellen muss." Da über 90 Prozent der Krankenversicherten gesetzlich versichert sind, sei die Kassenzulassung "essenzielle Voraussetzung" für die weitere Berufstätigkeit.

BZÄK-Präsident Weitkamp zeigte sich optimistisch: "Die Freiheit der Berufsausübung ohne Altersbegrenzung, um die wir ringen, kommt langfristig auch unseren jüngeren Kollegen zugute. Und auch unsere Patienten können davon profitieren im Sinne einer fernöstlichen Weisheit, nach welcher der Patient das Recht hat, zusammen mit seinem Arzt alt zu werden."

Quelle: Klartext der BZÄK

Buchungen laufen auf Hochtouren - mehrere Bundesländer vertreten

Reisetermin: 26.09.-03.10.2008

Dass auch die XIV. Kongress-Schiffsreise auf großes Interesse stößt, zeichnet sich bereits jetzt anhand der Buchungen ab. Wer an einer Kabine mit Balkon interessiert ist, muss sich spüten.

Reisepreise pro Person:

Innenkabine: ab 1278,00 EUR

Aussenkabine: ab 1578,00 EUR

Balkonkabine: ab 1753,00 EUR

In der Kabine mit 2 Vollzahlern:

Kind 2-15 Jahre: 100,00 EUR

Erwachsener: 300,00 EUR

Für das wissenschaftliche Programm wird von den Kongressteilnehmern eine Gebühr in Höhe von 250,00 EUR erhoben. Die Kongressgebühr ist ebenfalls an das Reisebüro zu entrichten.

Die Anreise kann individuell erfolgen.

Über Atlasreisen buchbar ist ein Flug ab Berlin inkl. Transfer zum Schiff:

Erwachsener: 310,00 EUR

Kind: 190,00 EUR

Buchung über:

DER Deutsches Reisebüro GmbH & Co. OHG

Atlasreisen im Kaufhof

August-Bebel-Straße 2

03046 Cottbus

Ansprechpartnerin: Frau Noack

Tel.: 0355 791718 oder -791612

Fax: 0355 798117

E-Mail: cottbus.75182@atlasreisen.de



Die Route:



Vortragsthemen und Referenten:

PD Dr. MICHAEL NAUMANN:

1. Perioprothetik: Festsitzender Zahnersatz im parodontal geschädigten Gebiss?
2. Metallfreie Verarbeitungsformen in der postendodontischen Versorgung

Dr. JOSEF-MAXIMILIAN SOBEK: Die neue GOZ
RAINER LINKE:

1. Die neue Wirtschaftlichkeitsprüfung
 2. Abrechnung von Suprakonstruktionen
- ZTM Holger Nickel: Implantatprothetik aktuell Interdisziplinäre Lösungen Dentaltechnische Updates
JÜRGEN NITSCHKE und FRANK PFEILSTICKER:
1. Strategien zur neuen Erbschafts- und Abgeltungssteuer
 2. Die erfolgreiche Praxisabgabe (Strategie Steuern Betriebswirtschaft Vermögen)



Städte wie Barcelona (oben) und Rom (li) werden die Schiffsreisenden in ihren Bann ziehen. Führungen können auf dem Schiff gebucht werden



Am 30.05. und 31.05.2008 findet die nächste Mitgliederversammlung des VNZLB statt. Tagungsort ist das Landhaushotel Lübben/OT Groß Beuchow im Spreewald.

Geplanter Ablauf:

30.05.2008

14:00 Uhr Anreise
15:00 Uhr Spreewaldkahnfahrt
19:30 Uhr Folklore im Spreewald
20:30 Uhr Abendessen

31.05.2008

08:00 Uhr Frühstück
09:30 Uhr Vortrag zur Praxis-Wertermittlung,
Referent: Dipl. Ing. oec. Wolfgang Stein
10:30 Uhr Mitgliederversammlung nach zu
beschließender Tagesordnung
12:30 Uhr Mittagessen
14:00 Uhr Abreise



Die neue Erbschaftsteuer – Zuckerbrot und Peitsche

Die Bundesregierung hat einen Entwurf für ein neues Gesetz zur Besteuerung von Erbschaften und Schenkungen vorgelegt. Je nach Art des übertragenen Vermögens und des Verwandtschaftsgrades wird es für einige teurer und für einige billiger. Die Reform war nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus Anfang 2007 notwendig geworden. Die bisherige Differenzierung in der Bewertung von Immobilien, Betrieben und Kapitalanlage durfte so nicht beibehalten werden. Zukünftig wird daher jede Art von Vermögen mit dem jeweiligen tatsächlichen Wert angesetzt. Um kleine Schenkungen oder Erbschaften nicht unnötig zu belasten, werden im Gegenzug der Freibeträge angehoben. Ehegatten können sich dann innerhalb von 10 Jahren bis zu 500.000 EUR steuerfrei zukommen lassen. Für Kinder wird der bisherige Freibetrag auf 400.000 EUR nahezu verdoppelt; für Enkelkinder sogar auf 200.000 EUR vervierfacht. Entferntere Verwandte werden über die Anhebung der Steuersätze hingegen stärker zur Kasse gebeten.

Firmenerben können sich freuen

Für die Übertragung von Gewerbebetrieben, Praxen oder land- und forstwirtschaftlichen Betrieben einigte sich der Arbeitskreis auf ein „modifiziertes Abschmelzungsmodell“. Unternehmenserben können ihre Erbschaftsteuer um 85 Prozent schmälern. Vorausgesetzt sie führen den Betrieb zehn Jahre in vergleichbarem Umfang lang weiter. Die

Lohnsumme darf hierfür in keinem Jahr unter 70 Prozent sinken. Entnahmen aus dem Betriebsvermögen sollen ebenso wie Betriebsveräußerung sogar über 15 Jahre tabu sein, wenn die Erben nicht eine Nachversteuerung riskieren wollen.

Das Reformvorhaben wird Experten zufolge frühestens im April 2008 abgeschlossen sein. Für Schenkungen gilt es dann ab dem Tag nach der Veröffentlichung. Dies gilt grundsätzlich auch für alle Erbschaften. Allerdings soll für diese Erbschaften ein rückwirkendes Wahlrecht zwischen dem alten und dem neuen System eingeräumt werden.

Der Gesetzesentwurf muss jetzt noch den langen parlamentarischen Weg gehen. Aus der Vergangenheit wissen wir, dass hier politische Gruppen noch ihren Einfluss geltend machen werden und es so noch zu wesentlichen Änderungen an dem Entwurf kommen kann. Sie sollten daher nicht voreilig handeln. Sofern Sie die Übertragung von Vermögen auf Ihre Nachkommen planen, können Sie sich bereits jetzt durchrechnen lassen, was für Sie günstiger ist. Danach sollten Sie Ihr Handeln ausrichten. Wir halten sie auf dem Laufenden.

Annett Rose-Schneider
Steuerberaterin

Domainkosten nicht absetzbar

Nach einem Urteil des Bundesfinanzhofes (BFH, Az.: III R 6/05) können die Kosten für den Erwerb einer Internet-Adresse (Domain/URL) nicht als Betriebsausgabe von der Steuer abgesetzt werden. Die URL sei vielmehr als immaterielles Wirtschaftsgut einzuordnen und unterliege somit keinem Wertverzehr. Die Kosten hierfür könnten demnach erst im Falle eines Verkaufes oder Entnahme bzw. im Rahmen einer eventuellen Teilwertabschreibung gewinnmindernd verwertet werden.

Quelle: adp; IHK-Informationen März 2008

Digitale Betriebsprüfung: (Fast) lückenlose Kontrolle



Seit 2002 müssen alle Steuerpflichtigen bei Betriebsprüfungen Zugriff auf ihre EDV-Buchführung gewähren. Mit dem Prüfprogramm „IDEA“, das die Finanzverwaltung derzeit nutzt, sind der Import, die Auswahl und vor allem die Analyse größerer Datenmengen möglich. Die Laptops der Außendienstmitarbeiter sind ebenfalls mit dieser Software ausgerüstet. Dadurch – so Dr. Ruprecht Müller-Kern (Rechtsanwalt und Steuerberater) in einem Aufsatz für die „Ärzte Zeitung“ – seien mittlerweile fast lückenlose Prüfungen möglich. Ferner könne die Finanzbehörde durch Eingabe von Profilen gezielt nach Auffälligkeiten suchen. Leicht seien dadurch Unstimmigkeiten beispielsweise bei der Nutzungsdauer elektronischer Geräte (PC, Drucker etc.) oder im Hinblick auf Bewirtungsbelege herauszufiltern. Eines der Lieblingsthemen von Betriebsprüfern sei momentan die sog. „Überentnahme“, also die Privatentnahme von Geld über den tatsächlichen Praxisgewinn hinaus. Werde dadurch der Betriebsmittelkredit erhöht bzw. verlängert, drohe später die Nichtberücksichtigung abzugsfähiger Zinsen in erheblicher Höhe. Außerdem müssten Ärzte damit rechnen, dass die heutigen Betriebsprüfer durchaus in der Lage seien, Honorarbescheide der K(Z)V richtig zu lesen und zu interpretieren. Ein Abgleich der unter „Einnahmen“ verbuchten Praxisgebühren mit den von der K(Z)V einbehaltenen Zahlungen könne daher ebenfalls unangenehme Nachfragen auslösen.

Quelle: adp; „Ärzte Zeitung“ am 26.03.08

Beitrittserklärung

An den Verband Niedergelassener Zahnärzte
Land Brandenburg e.V.
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Ich trete dem Verband Niedergelassener Zahnärzte Land Brandenburg e.V. bei!

Monatl. Beitrag für niedergel. Kollegen:	15,00 Euro
für Kollegen ohne eigene Niederlassung	8,00 Euro
für Studenten und Rentner	2,50 Euro

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Einen Aufnahmeantrag zum Beitritt in den Verband fordern Sie bitte in der Geschäftsstelle, Helene-Lange-Straße 4-5, 14469 Potsdam, an.

Impressum

Herausgeber:

Verband Niedergelassener Zahnärzte Land Brandenburg e.V.
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam
Tel.: 0331 2977 104
Fax: 0331 2977 165
E-Mail: VNZLB@i-online.de
Internet: www.vnzlb.de

Redaktion:

Dr. Eberhard Steglich (verantwortl.)
Dipl. Stom. Jürgen Herbert
Dr. Klaus Markula
Christina Pöschel

Satz und Druck:

Druckhaus Schöneweide
12439 Berlin
ISSN: 0945-9774

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe ist der 18.05.2008. Zuschriften redaktioneller Art bitten wir nur an den Herausgeber zu richten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernehmen wir keine Haftung. Gezeichnete Artikel und Leserbriefe geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion bzw. Redaktionsbeiräte wieder. Nachdruck der in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge ist nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Quintessenz Verlags GmbH, Ipenpfad 2-4, 12107 Berlin
Telefon: 030 761 80-5, Telefax: 030 761 80 680,
Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Kto-Nr. 369 40 46, BLZ 100 906 03
Zur Zeit ist die Anzeigenpreisliste Nr. 1/2002 gültig.
Geschäftsleitung: Horst-Wolfgang Haase,
Herstellung: Frank Neumann,
Verlagsleitung: Johannes W. Walters,
Vertrieb: Angela Köthe,
Anzeigen: Samira Beganovic

Die Zeitschrift erscheint im Jahr 2007 am 18.3., 26.5., 23.9. und 6.12. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten. Bezugsgebühr: jährlich 13,00 Euro zuzüglich Versandkosten. Einzelheft: 3,00 Euro. Bestellungen werden vom Verlag entgegen genommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.