

Dezember 2008

17. Jahrgang
Heft 4/2008

Inhalt

Wir steigen aus und bleiben drin	S. 1
Mehrkostenvereinbarung in der KFO	S. 2
Die neue GOZ	S. 3
Erste Kartenterminals	S. 3
Termine	S. 4
Impressum	S. 4

Wir steigen aus und bleiben drin!

(est). Das für das ausgehende 19. Jahrhundert innovative Sachleistungsprinzip ist nach über 120 Jahren durch eine Vielzahl von Gesetzesänderungen chaotisch und undurchschaubar geworden. Das Prinzip, dass die den Patienten als Sachleistung gewährte Beratung, Untersuchung oder Behandlung von der Kasse über eine Gesamtvergütung als Ausgabenobergrenze (Budget) mit „befreiender Wirkung“ an die KZV-en, und danach erst über den HVM an die einzelne Praxis bezahlt wird, ist inzwischen zum Grundübel sowohl für den Leistungsempfänger als auch für den Leistungserbringer geworden. Schon längst wird nicht mehr „alles“ bezahlt, so wie die Krankenkassen es wider besseres Wissen auch heute noch im Vierfarbenoffsetdruck oder Internet den wechsellüftigen Versicherten weismachen. Diese Klausel der "befreienden Wirkung" wird immer heftiger kritisiert. Denn dadurch wird das Morbiditätsrisiko von den Kassen auf die Mediziner verlagert. Wenn also z.B. eine Epidemie zu vermehrten Praxisbesuchen und Behandlungen führt, bekommen die betroffenen Praxen nicht mehr Geld. Denn die Kassen haben bereits "mit befreiender Wirkung" ihre Kopfpauschalen an die KZV bezahlt. Die Kopfpauschale, und deren Summe das Budget, ist die jährliche Pauschalzahlung einer Krankenkasse für einen Hauptversicherten und seine mitversicherte Familie, die alles abdecken soll.

Ein Mann - ein Wort, ein Politiker-ein Wortbruch!

Die Kopfpauschale wurde 1991 - ja 1991 - für die Mitglieder jeder Krankenkasse ermittelt und durch Horst Seehofer mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 bis heute festgeschrieben. Seehofers nachgeschobene Erklärung, dass Budgets leistungsfeindlich seien und es sich hierbei nur um eine temporäre Maßnahme zur aktuellen Kostendämpfung handele, teilt inzwischen das gleiche Schicksal wie einst die Erklärung Kaiser Wilhelm des II. zur Sektsteuer. Obwohl seine Flotte seit 1919

vor Scapa Flow auf dem Grund liegt, der Kaiser 1940 verstarb, wird sie immer noch feucht-fröhlich erhoben.

Aber auch durch die seit 1993 aufgehobene Teilung zwischen Primär – und Ersatzkassen sowie durch die Öffnung der Betriebskrankenkassen wurde ein gnadenloser Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen nur über den Krankenkassenbeitrag geführt und eine beispiellose Entsolidarisierung der Gesunden von den Kranken begonnen, die bis auf den heutigen Tage anhält. Gradmesser dafür ist die Kopfpauschale die bei ca. 80,- Euro bei den Billigkassen bis zu 160,- Euro bei den traditionellen Kassen bei gleicher Leistungspflicht variiert. Denn Kassen mit jüngeren und gesünderen Mitgliedern hatten bei ihrer Gründung eine für die damalige Zeit vielleicht reale Kopfpauschale, die seitdem nur um die Grundsummenlohnentwicklung erhöht werden durfte. Das durch das Älterwerden höhere Morbiditätsaufkommen bleibt bis auf den heutigen Tag unberücksichtigt. Hinzu kommt, dass bei einem Wechsel einer Kasse mit einer hohen Kopfpauschale in die mit einer niedrigen Pauschale kein finanzieller Ausgleich erfolgen darf. Eine zwischen KZV und Krankenkasse ausgehandelte angemessene Honorierung, wie es das SGB V § 72 Abs.2 fordert, kommt nur dann zustande wenn das Budget nicht überschritten wird. Und das ist reine Glückssache, da das aus konjunkturabhängigen Lohneinnahmen umlagefinanzierte Gesundheitssystem, gepaart mit dem individuellem Inanspruchnahmeverhalten des Patienten nicht berechenbar und nicht vorhersehbar ist. All das hat bis heute - Karl Marx würde sagen - zu einer „relativen Verelendung in der Ausgaben-seite“ über alle Leistungsbereiche geführt. Wenn das Sachleistungssystem auch auf einer genialen Grundidee beruht und sich in der fernen Vergangenheit bestens bewährt hat, so ist es inzwischen überholt und wendet sich durch die schmale Einnahmenseite aber auch durch die Mißbrauchsweisung zunehmend gegen den Versicherten sowie mehr und mehr gegen den medizinischen Fortschritt.

Allein der BEMA 2004 hat in der Kieferorthopädie zu Sparmaßnahmen geführt, die nur noch im Regelfall eine, nach den Empfehlungen der DGZMK ausgerichtete, Behandlung möglich macht. Die versicherungsmathematische Ausgrenzung durch den KIG tut ein Übriges, auch werden erstmals notwendige medizinische Behandlungen in einem großen Umfang ausgegrenzt oder durch zu späten Behandlungsbeginn verschlimmert und verteuert.

Im Gegensatz zu ZE und KCH gilt in der Kieferorthopädie das pure Sachleistungsprinzip, was nichts anderes heißt, als das es keine Zuzahlungen geben darf, um den Behandlungsanspruch nicht zu verlieren. Zudem gilt § 12 SGB V mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot und noch zusätzlich die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses die jegliche Wunschbehandlung in der KFO durch das Alles oder Nichtsprinzip unmöglich macht. Davon unberührt bleiben aber die Variabilität der Erkrankung und der berechnete Wunsch der Patienten nach einer individuellen Behandlung.

Der naheliegende Ausweg hieß Mehrkostenvereinbarung. Sind zusätzliche diagnostische Leistungen notwendig und nicht mehr durch den BEMA 2004 gedeckt und oder ist es der Wunsch des Patienten sich komfortabler behandeln zu lassen, was durch die Richtlinien nicht gedeckt sind, greift die Mehrkostenvereinbarung, wie millionenfach in KC angewandt. Die KZV-LB hatte deshalb mit der AOK, nach zähen Verhandlungen, eine Mehrkostenvereinbarung abgeschlossen, der inzwischen alle Kassen beigetreten sind. Damit sind Krankenkasse und Zahnärzte aus der Grauzone der Vertragsverletzung befreit und es ist wesentlich mehr Rechtssicherheit eingetreten.

Festzuschuss zwischen Sachleistung und Kostenerstattung

Die Kostenerstattung, als Grundprinzip der Privatversicherung, gilt für unverbesserliche Ideologen bis heute als unvereinbar mit der GKV. Aber durch Einführung von Kostenerstattungsleistungen bei der gleich- und andersartigen Versorgung hat ein pragmatisches Umdenken begonnen und wird von den Befürwortern als erster Schritt hin zu einem grundlegenden Systemwechsel im Leistungs- und Erbringungsrecht der GKV verstanden, was die ewig Gestrigen allerdings befürchten. Das ZE – Zuschusssystem lässt sich deshalb nicht mehr eindeutig dem alten Sachleistungsprinzip noch dem reinen Kostenerstattungsprinzip zuordnen. Es ist vielmehr ein Mischsystem geschaffen worden wo Sachleistung und Kostenerstattung nicht als Gegensatz sondern als Koexistenz verstanden werden, die der Gesetzgeber bewusst gewollt hat. Somit kann dieses Mischsystems bei Bewährung durchaus Modellcharakter für andere Bereiche der Zahnmedizin und drüber hinaus, haben. Inzwischen ist das Festzuschusssystem im ZE - Bereich ist Routine geworden und wird bei einer medizinisch notwendigen Leistung als Pauschale dem Patienten zu Verfügung gestellt, unabhängig davon, wie und womit er sich behandeln lässt. Darüber hinausgehende Kosten gehen in die Selbstverantwortung des Patienten über. Interessant aber ist die Begründung im SGB V wozu Festzuschüsse dienen sollen. So heißt es auszugsweise in § 55 Abs. 1: „Die Krankenkasse hat in ihrer Sat-

zung ... befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz ... für die Fälle vorzusehen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die ... anerkannt ist.

Somit ist klar, dass es in der Definition „medizinisch notwendig“ zwischen ZE und KFO, institutionalisiert durch den KIG, gravierende Unterschiede gibt. Durch die Anwendung von befundbezogenen Festzuschüssen, könnte auch in der KFO die ungerechtfertigte Ausgrenzung von Patienten mit einem notwendigen Behandlungsbedarf überwunden werden, in dem z.B. Gruppen mit Maximalpauschalen gebildet werden, die

- keinen völligen Ausschluss von der Leistungsbereitschaft der Krankenkasse nach sich zieht und
- die durch die angemessene Eigenbeteiligung das Mitwirkungsprinzip erheblich stärkt.
- dem alten Sachleistungsprinzip das Alles-oder-Nichts-Prinzip durch den befundbezogenen Festzuschuss aufhebt.

Festzuschuss ist Sachleistung aber ohne Budgetzwänge

1. Der jeweilige Leistungsbereich im Festzuschuss bleibt Bestandteil der GKV obwohl die unwirtschaftliche Versorgung nicht mehr Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung ist.
2. Der Festzuschuss ist per definitionem die wirtschaftlichste Versorgungsform.
3. Der wesentlichste Fortschritt, sowohl für den Patienten als auch für den Zahnarzt ist der Wegfall des Budgets und die damit unlösbar verbundene Problematik für Beide.
4. Degression und Prüfung auf Wirtschaftlichkeit vor und danach ist deshalb nicht mehr nötig, da der Patient selbst die Wirtschaftlichkeitsprüfung für die unwirtschaftliche Versorgung vornimmt.
5. Erstmals gibt es für den Patienten eine Möglichkeit der Wunschbehandlung in der GKV, die über die Regelleistung hinausgeht.
6. Es ist eine unwiderlegbare Tatsache. Mit dem Festzuschuss und mit der damit direkt gekoppelten Eigenverantwortlichkeit haben die Krankenkassen erheblich Geld einsparen können und das ohne die zahnmedizinische Versorgung zu gefährden.
7. Es bleibt daher unser politisches Ziel, dem Festzuschuss für KFO eine Chance zu geben. Wohl gemerkt den Festzuschuss nach BEMA und für die gleich – oder andersartige Versorgungsform die Kostenerstattung nach GOZ.

Mit dem Festzuschuss in ZE sind wir bereits aus dem alten Sachleistungssystem ausgestiegen, aber ohne die GKV zu verlassen. Das war und bleibt Beschlusslage der KZBV, die wir maßgeblich mit Hilfe der IGZ initiiert haben. Mit dieser Konstruktion der Sachleistung neuer Art können wir zukünftige Gesundheitsreformen gelassener begleiten. Wir bleiben draußen vor und sind doch noch immer drin.

Dr. Klaus Markula

Kommt sie oder kommt sie nicht? Die neue GOZ wirft viele Fragen auf

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

pünktlich zur Bundesversammlung hat uns das BMG den Referentenentwurf der neuen GOZ vorgelegt.

Der Staatssekretär Schröder sprach in Stuttgart vor der Bundesversammlung von einer zehnpromzentigen Erhöhung, gleichzeitig ging der Entwurf in Berlin ein. Allein dieser Fristablauf ließ schon nichts Gutes erwarten, denn schließlich lag uns das Werk während der Bundesversammlung noch nicht schriftlich vor. Es ist ein dickes Werk geworden, aber das nicht etwa wegen der vielen neuen Leistungen die drin sind, einige davon gibt es sicher auch. Seinen fast fünffachen Umfang gegenüber der alten GOZ erreicht das Werk hauptsächlich durch seine schier endlose Anzahl von Abrechnungsbestimmungen, welche den BEMA in vielen Bereichen noch toppen. Mit einer im Zahnheilkundengesetz geforderten Regelung der Entgelte für zahnärztliche Tätigkeiten hat dieses bürokratische Machwerk nicht mehr zu tun. So ist es nur konsequent, dass dieser Referentenentwurf einstimmig sowohl von der Kammerversammlung des Landes Brandenburg als auch von der außerordentlichen Bundesversammlung im November abgelehnt worden ist.

Wir versuchen zurzeit auf allen zur Verfügung stehenden Kanälen entweder weitreichende Korrekturen durchzusetzen oder aber auch das Bundesministerium zu bewegen den Entwurf noch einmal vollständig zurückzuziehen.

In wie weit wir dabei erfolgreich sein werden bleibt

abzuwarten einige positive Signale gibt es. Wir werden Sie hierzu im Rundschreiben als auch im ZBB auf dem Laufenden halten.

Ich werde vielfach gefragt, ob man jetzt schon Abrechnungsseminare für die neue GOZ besuchen sollte. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt würde ich abraten, da ich davon ausgehe, dass uns doch noch einige Korrekturen vorgelegt werden. Und wenn es wirklich soweit sein sollte, wird die Landes Zahnärztekammer flächendeckend Infoveranstaltungen und Abrechnungsseminare im Land anbieten.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Herbert

*Wir danken unseren Lesern
für die gute Zusammenarbeit und wünschen
Ihnen allen auch im Namen des Vorstandes
ein besinnliches Weihnachtsfest und ein
glückliches und erfolgreiches neues Jahr*

Ihre Redaktion

Erste Kartenterminals zugelassen - noch kein Handlungsbedarf in Brandenburg

Am 23.09.2008 haben sich die KZBV und der Spitzenverband der Krankenkassen auf die Finanzierung der Kosten der eGK-Einführung in den Zahnarztpraxen geeinigt. Fast zeitgleich hat die Gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens zur Einführung der eGK) am 19.09.2008 das Gerät medCompact V2.0 der Firma Hypercom GmbH und am 22.09.2008 das Gerät eHealth200 BCS der Firma SCM Microsystems GmbH für den Einsatz mit der neuen eGK zugelassen. Mit diesen Geräten lassen sich auch die bisherigen Krankenversicherungskarten einlesen, so dass im Fall des Ausfalls eines Kartenlesegerätes nun erstmals eine Alternative zum bloßen Austausch mit einem herkömmlichen Gerät besteht. Für die praktisch tätigen Kollegen stellt sich damit auch in Brandenburg die Frage, ob man sich eines dieser Geräte nun anschaffen sollte. Diese Frage ist ganz klar zu verneinen. Zum Ersten bezieht sich die Finanzierungsvereinbarung nur auf den Basis-Rollout der

eGK in Nordrhein-Westfalen (Voraussichtlich Anfang 2009) und zum Zweiten sollte man den Software- und Hardware-Firmen in den „Testgebieten“ die notwendige Zeit lassen, die garantiert auftretenden technischen Kinderkrankheiten abzulegen.

Da viele wichtige Fragen, wie zum Beispiel das Problem des Speicherorts der umfangreichen persönlichen Gesundheitsdaten (zentral oder dezentral) und andere sicherheitsrelevanten Aspekte noch völlig ungelöst sind, sollte in diesem sensiblen Bereich Qualität und Sicherheit vor Tempo gehen. Wir haben in Brandenburg das Glück, dass unsere Patienten erst recht spät mit der eGK versorgt werden und können so relativ entspannt an die Sache herangehen. KZV und Kammer werden die Kollegen informieren, wann und in welchem Umfang gehandelt werden muss.

Sven Albrecht

ARD berichtet über Zahnersatz aus Polen

Der ARD Ratgeber Recht sendete am 8. November einen Beitrag, in dem ein Patientenfall aus Brandenburg behandelt wurde:

Frau S. kann sich Zahnersatz in Deutschland nicht leisten. Ihre Kasse empfiehlt eine Behandlung in einer kooperierenden Klinik in Polen. Dafür werden die Kosten übernommen. Doch die Gebiss-Sanierung läuft schief: Gesunde Zähne werden ruiniert, der Zahnersatz zerbricht nach wenigen Wochen. Die polnischen Ärzte raten, den Schaden von einem deutschen Zahnarzt reparieren zu lassen. Die Rechnung dafür muss Frau S. aus eigener Tasche zahlen. Werden solche Fälle künftig alltägliche Praxis? Die EU-Kommission in Brüssel will die Gesundheitsversorgung ohne Grenzen. Derzeit laufen die Beratungen über die entsprechende Richtlinie im Parlament. Werden die Patientenrechte dadurch gestärkt oder die nationalen Gesundheitssysteme ausgehöhlt zum Nachteil der Kranken? Gelten in allen Ländern gleiche Qualitätsstandards? Wer haftet, wenn eine Behandlung im Ausland schief geht? "ARD-Ratgeber: Recht" informiert, was uns erwartet...."

Mit folgendem Link gelangen Sie auf die Webseite, auf der Sie den Beitrag als TV-Format anschauen können.
http://www.wdr.de/tv/ardrecht/sendungen/2008/november/081108_1.phtml

Mitgliederversammlung 2009

Die Mitgliederversammlung des Verbandes Niedergelassener Zahnärzte e. V. des Jahres 2009 findet am 26. und 27. Juni 2009 in Chorin (Eberswalde) statt.

Am Freitag, den 26.06.2009 sind eine Besichtigung des Schiffshebewerkes in Finowfurt und der Besuch des Klosters Chorin geplant.

Die Einladung zu dieser Veranstaltung mit weiteren Informationen geht Ihnen im Monat März 2009 zu.

Gabriele Sotscheck
Geschäftsstellenleiterin



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 (verantw.)
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 06.03.2009. 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, Iffentpad 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 2009 am 18.3., 27.5., 23.9. und 9.12. 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.