



ZAHNARZTEKAMMER
THÜRINGEN



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Thüringen

*tz**b***

**THÜRINGER
ZAHNÄRZTE
BLATT 4**

9. Jahrgang
April 1999



Impressum

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber: Landes Zahnärztekammer Thüringen (verantwortl. für PZD) und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Gesamtherstellung: TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon 0 36 44/55 58 12, Fax 0 36 44/55 58 95

Redaktion: Gottfried Wolf (v. i. S. d. P. für Beiträge der LZKTh), Dr. Karl-Friedrich Rommel (v. i. S. d. P. für Beiträge der KZVTh), Christina Hentschel (Pressestelle), Christiana Meinl (Redakteurin)

Anschrift der Redaktion: Landes Zahnärztekammer Thüringen, Mittelhäuser Straße 76 – 79, 99089 Erfurt, Tel.: 03 61/74 32–0, 03 61/74 32–113, e-mail: LZKTh@t-online.de

eMail-Adressen von Kammer und KZV:

LZKTh@t-online.de
edv@kzvth.ef.uunet.de

Satz und Layout: TYPE Desktop Publishing, Apolda
Druck, Buchbinderei: Gutenberg Druckerei GmbH, Weimar

Anzeigenannahme und -verwaltung: TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon 0 36 44/55 58 12, Fax 0 36 44/ 55 58 95, z. Z. gilt Anzeigenpreisliste vom 18.08.1997

Anzeigenleitung: Ronald Scholz

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers gestattet.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte übernommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwirbt der Herausgeber das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Erscheinungsweise (1999): 1 Jahrgang mit 11 Heften

Zeitschriftenpreise (1999): 78,- DM zuzügl. Versandkosten; Einzelheftpreis: 8,- DM zzgl. Versandkosten. Rabatt für Studenten: 25 %. Für Mitglieder der Landes Zahnärztekammer Thüringen ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Bezugshinweis: Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet. Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. eines Jahres abbestellt wird. Ihre Bestellung richten Sie bitte an Ihre Fachbuchhandlung, Ihren Grossisten oder direkt an TYPE Desktop Publishing in Apolda (Anschrift siehe oben).

Bankverbindung: Deutsche Bank Apolda, BLZ 820 700 00, Kto.-Nr. 2 084 259

Urheberrecht: Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Herausgebers.

Wichtiger Hinweis: Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen in Beiträgen und Anzeigen kann keine Gewähr übernommen werden.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis**Editorial****KZV**

Außerordentliche Vertretersammlung: Honorarverteilungsmaßstab der KZV Thüringen beschlossen
Honorarverteilungsmaßstab der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen
Ausschreibung
Versorgungsgradfeststellung
Mit der Politik im Gespräch

138

LZKTh

IDZ Studie – Verbreitung von Berufsdermatosen, Beanspruchung der Wirbelsäule und psychische Stressfaktoren im „Arbeitssystem Zahnarztpraxis“
GOZ-Ratgeber
Aus dem Fortbildungsangebot
Fortbildungskurs mit neuem Referenten
Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Oralchirurgie“

Versorgungswerk

Scheinselbstständige und arbeitnehmerähnliche Selbstständige

Fortbildung

Davos – Ein Kongressbericht

Praxis

Aktuelle Stellungnahme der DGZMK/DGZ zur Einführung und Verwendung neuer Füllungswerkstoffe

Berufspolitik

Zwischenruf
Eckpunkte zur Gesundheits-Reform 2000
Kontroverse Standpunkte müssen erst noch zusammengeführt werden

Öffentlichkeitsarbeit

„Zahnärzte als Abzocker?“

Recht

Wann besuchten Sie das letzte Mal einen Kurs?

Nachrichten

Fischer beruft Sachverständigenrat
Zahlungsfrist für Beiträge beachten!

Veranstaltungen**Sonstiges**

Das Internet

Titelfoto (H.-G. Schröder, Erfurt): Die Mühlburg



Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die zweite Legislaturperiode der Thüringer Landeszahnärztekammer geht ihrem Ende entgegen. Der Thüringer Zahnärzteschaft stehen Neuwahlen bevor, in denen die Entscheidung für einen neuen Vorstand und eine neue Kammerversammlung – das Parlament der Thüringer Zahnärzteschaft – getroffen wird. Für den derzeit amtierenden Vorstand ist diese Zeit eine Zeit der Rückschau und der Rechenschaft.

Der Aufbau und die Konsolidierung der LZKTh sind abgeschlossen. Nach fast zehnjähriger Amtszeit übergebe ich das Amt des Kammerpräsidenten an meine nachfolgenden Kollegen. Dabei bin ich fest davon überzeugt, daß der neue Vorstand mit den Stimmen der Mehrzahl der Kollegen die gute Arbeit der vergangenen Jahre fortsetzen wird. Mit großem Engagement und hervorragender Sachkenntnis arbeiten zuverlässige Mitarbeiter für die Thüringer Kollegenschaft.

Einzelne kritische Stimmen erreichten uns in der vergangenen Zeit wegen des geplanten Neubaus unseres Kammergebäudes. Wir haben uns mit jedem einzelnen Kritikpunkt auseinandergesetzt, und es gelang Vorstand und Verwaltung, durch Argumente zu überzeugen: Das Projekt Rudolfstraße verfügt nicht nur über einen guten Standort, sondern erweist sich auch, von der Kostenseite betrachtet, als das günstigste aller Angebote. Es bietet beste Voraussetzungen für die Fortbildung sowohl für Zahnärzte als auch für Zahnarzhelferinnen. Das Gebäude könnte auch jeder zukünftigen Entwicklung der KZV Thüringen angepaßt werden.

Die Zahnärzteschaft unseres Landes befindet sich derzeit in einer Situation,

in der die Politik unheilvollen Einfluß auf die Freiberuflichkeit zu gewinnen versucht. Nur eine auf breiter Basis gewählte Selbstverwaltung unserer Kollegenschaft kann dieser Politik die Stirn bieten. Deshalb meine Bitte: Beteiligen Sie sich an der bevorstehenden Wahl. Jeder einzelne Kollege sei hiermit zum aktiven Handeln aufgefordert.

Auch die Arbeit der Kreisstellen und die Mitarbeit im Jugendgesundheitsdienst sowie die Bereitschaft zur Übernahme von Patenschaften können in vielen Punkten verbessert werden. Engagieren Sie sich dafür!

Mein Dank gilt den Mitgliedern des alten Vorstandes wie auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung sowie den gewählten Vertretern in der Kammerversammlung und in den Ausschüssen.

Erlauben Sie mir, am Ende meiner Amtszeit eine eindringliche Bitte an Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen in Thüringen zu richten: Stellen Sie in den Mittelpunkt Ihres Handelns die ethischen Grundprinzipien unseres Berufes. Bleiben Sie unbeeinflusst von allen Versuchen, unsere Patienten zu Kunden zu mutieren. Wehren Sie sich gegen die Prognose, es genüge bald nicht mehr, nur Arzt zu sein, ein Arzt müsse als Unternehmer bei seinen Kunden Bedürfnisse wecken und seine Leistungen verkaufen. Diese Entwicklung verstärkt mit Sicherheit den Vertrauensverlust, den unser Berufsstand in den letzten zwei Jahren hinnehmen mußte.

*Ihr
Dr. Jürgen Junge*



Honorarverteilungsmaßstab der KZV Thüringen beschlossen

Zweite außerordentliche Vertreterversammlung 1999 tagte

Über die angeregte und zum Teil kontroverse Diskussion zum Honorarverteilungsmaßstab in der außerordentlichen Vertreterversammlung vom 5. Februar 1999 berichteten wir bereits im Heft 3. In einer weiteren Sitzung am 24. Februar kamen drei Anträge zur Abstimmung und der HVM, gültig für Thüringen, wurde in der in diesem Heft veröffentlichten Fassung beschlossen.

Antrag an die Vertreterversammlung Nr. 1

Antragsteller: Vorstand der KZV Thüringen

Betreff: Honorarverteilungsmaßstab der KZV Thüringen für das Jahr 1999

Wortlaut des Antrages:

Die Vertreterversammlung bestätigt den Honorarverteilungsmaßstab für das Jahr 1999 und setzt ihn mit Wirkung ab 01.01.1999 in Kraft.

Begründung:

Das Gesetz zur Stärkung der Solidarität im Gesundheitswesen – „Solidaritätsstärkungsgesetz“ – ist am 01.01.1999 in Kraft getreten.

Darin wurde eine sektorale Budgetierung aller vertragszahnärztlichen Leistungen, bei konservierend-chirurgischen Leistungen, bei der Behandlung von Parodontalerkrankungen und Kieferbruch bzw. Kiefergelenkserkrankungen einschl. Laborkosten, bei Zahnersatz und Kieferorthopädie ohne Material- und Laborkosten, festgelegt. Die Honorarumsätze für ZE und KFO wurden darüber hinaus gegenüber dem Jahr 1997 um 5 % abgesenkt, weiterhin sind beispielsweise erhöhte Bonusregelungen und erhöhte Härtefallzuschüsse der Krankenkassen ausschließlich aus diesem Budget zu finanzieren. Die von den Kassen zu zahlenden Gesamtvergütungen sind weiterhin so zu verteilen, daß sie über das gesamte Jahr 1999 reichen.

Dies bedingt eine Änderung des bisher geltenden Honorarverteilungsmaßstabes bis zum 28.02.1999, da nach diesem Zeitpunkt eine Festsetzung durch das Landesschiedsamt zu erfolgen hat..

Die Vertreterversammlung der KZV Thüringen hatte am 05.02.1999 die Grundsätze der Honorarverteilung beschlossen. Auf dieser Grundlage wurde durch Vorstand und HVM-Ausschuß der vorliegende Honorarverteilungsmaßstab erarbeitet.

Der Honorarverteilungsmaßstab wurde danach auftragsgemäß zur Benehmensherstellung den Krankenkassen übermittelt.

Die Benehmensherstellung erfolgt durch Kenntnisnahme der von den Kassen geltend gemachten Hinweise, Einwendungen oder Änderungsvorschläge und die Entscheidung über die Einarbeitung in die vorliegende Fassung.

Somit ist die endgültige Fassung zu beschließen.

Die Grundsätze sind in nachfolgender Kurzdarstellung zusammengefaßt.

Kurzdarstellung des Honorarverteilungsmaßstabes nebst Anlage

Der erarbeitete HVM gliedert sich wie folgt:

1. Honorarverteilungsmaßstab

Alle grundsätzlichen Fragen wurden aus der Anlage 1 ausgegliedert und in den Honorarverteilungsmaßstab übernommen. Diese Bestimmungen sollen unabhängig vom konkreten System der Honorarverteilung auch in Zeiträumen gesetzlich begrenzter Gesamtvergütungen greifen.

2. Anlage 1

Abschnitt A

Diese Anlage regelt alle Fragen, welche die konkrete Umsetzung der Abschlagszahlungen betreffen.

Abschnitt B

Hier wird das Verfahren zur Verteilung im Zeitraum der begrenzten Gesamtvergütung beschrieben.

Abschnitt C

Dieser Abschnitt befaßt sich mit der Problematik der Degression.



Zu den Änderungen:

1. Honorarverteilungsmaßstab:

Im wesentlichen wurden die Grundsätze der bisher bewährten Honorarverteilung beibehalten. Soweit lediglich redaktionelle oder inhaltliche Klarstellungen vorgenommen wurden, wird auf eine Erläuterung verzichtet. Im folgenden sollen die signifikanten Änderungen aber dargestellt werden:

Abrechnungsfristen:

Aufgrund der Erfordernisse der Verteilung begrenzter Gesamtvergütungen macht sich eine deutliche Verkürzung der Zeiträume notwendig, in welchen erbrachte Leistungen zur Abrechnung einzureichen sind. In § 3 Abs. 5 wurde deshalb geregelt, daß zukünftig eine Abrechnung nur noch mit der Abrechnung des Folgequartales möglich ist. Geschuldet ist dies der Problematik, daß eine frühzeitige Information der Zahnärzte zum Budgetstand es nicht erlaubt, daß Abrechnungen nicht kalkulierbaren Umfanges der KZV Thüringen unbekannt sind.

Da aber im Einzelfall unverschuldet eine Einhaltung dieser Frist unmöglich sein kann, wurde dem Vorstand die Möglichkeit eingeräumt, hiervon Ausnahmen zuzulassen.

Sicherungseinbehalt:

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hatte auch nach altem Recht drohende Forderungen der Krankenkassen aufgrund der vertragszahnärztlichen Tätigkeit der Vertragszahnärzte zu sichern, da nach geltender Rechtsprechung die KZV als Gesamtheit ihrer Mitglieder den Krankenkassen gegenüber für das individuelle Ausfallrisiko haftet. D. h., ist ein Zahnarzt zahlungsunfähig, dann hat die KZV, finanziert über die Beiträge, gleichwohl bestandskräftige Forderungen der Krankenkassen zu begleichen. Die 12. Kammer des Sozialgerichtes Gotha hat im Rahmen des Rechtsgesprächs in einem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes prinzipiell eine Besicherung in der beschriebenen Art für rechtmäßig erachtet. Sie hat aber zu bedenken gegeben, daß die entsprechenden Regelungen im HVM genauer ausgearbeitet werden. Die Regelungen des § 7 Abs. 3–5 HVM tragen dem Rechnung und beschreiben die bisherige Übung. Für Einzelfallentscheidungen wurde gleichwohl Raum gelassen.

Fremdkassenhonorar

Das Bundessozialgericht hatte sich in jüngerer Rechtsprechung mit der Frage des Honoraranspruches bei der Behandlung von Patienten zu beschäftigen, welche einer Kasse zugehören, die nicht der Vertragshoheit der KZV des Zahnarztes unterliegt. Dabei kam das Gericht zu der Auffassung, daß dem Zahnarzt auch bei sogenannten Fremdkassenfällen nur Honorar in Höhe der Vergütung für vergleichbare Versicherte vergleichbarer eigener Krankenkassen zusteht. Auch wenn damit das BSG die besondere Problematik der Zahnärzte der neuen Bundesländer ignoriert, war eine entsprechende Neuregelung vorzunehmen.

2. Anlage 1 Abschnitt A

Im wesentlichen wurde auch hier der bisherige Regelungsinhalt beibehalten. Vereinheitlichend wird zukünftig der Begriff „Abschlagszahlungen“ verwendet. Soweit darüber hinaus Änderungen vorgenommen wurden, haben diese lediglich klarstellende Funktion hinsichtlich der bisherigen Umsetzung und das Ziel, die Regelung nachvollziehbarer zu gestalten.

3. Anlage 1 Abschnitt B

Auch hier wurde das bisher vorhandene Regelungsgefüge weitestgehend beibehalten und lediglich den neuen Anforderungen insbesondere in bezug auf die Einbeziehung des ehemaligen Kostenerstattungsbereiches angepaßt.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, daß Vertrags- und Vergütungspunktwert identisch sein sollen. Soweit dies infolge der Überschreitung nicht möglich ist, hat der Vorstand zur Schadenseingrenzung die Möglichkeit, den Vergütungspunktwert gegenüber dem Vertragspunktwert abzusenken. Der endgültige Vergütungspunktwert bzw. dessen Veränderung wird jedoch nach Abschluß des Abrechnungsjahres unter Berücksichtigung der Über- oder Unterschreitungen und einer ggf. daraus folgenden Ausgleichspflicht der jeweiligen Vertragsseite festgestellt und im Wege der Nachberechnung zu berücksichtigen sein.

Es wird eine Trennung in drei Teilbudgets nach den Leistungsbereichen des BEMA vorgenommen. Eine Punktwertanpassung findet insoweit nur innerhalb dieser Teilbudgets, also leistungsbereichsbezogen, statt, wenn im jeweiligen Bereich die Grenzen überschritten werden.

Es wurde aufgenommen, daß der Vorstand zur Lösung der Probleme, welche sich aus Mitgliederbewegungen der Krankenkassen ergeben, überregionale Ausgleichsverträge (z. B. Treuhand BKK Post) abschließen kann.



Wird am Ende des Vertragszeitraumes festgestellt, daß die erlangte Gesamtvergütung nicht ausgeschöpft wurde, hat die Vertreterversammlung über die Verwendung dieser Beträge zu befinden.

4. Abschnitt C

Das Bundessozialgericht hat in nunmehr gefestigter Rechtsprechung die Auffassung vertreten, daß die Degression eine gesetzliche Bestimmung zur Honorarminderung bzgl. des jeweiligen Zahnarztes ist, die neben den HVM tritt. Um eine gegensätzliche Regelung zu vermeiden, ist nunmehr klargestellt, daß Degression und HVM unabhängig voneinander wirken.

Änderungsantrag zum Antrag an die Vertreterversammlung Nr. 1

Antragsteller: Vorstand der KZV Thüringen

Betreff: Honorarverteilungsmaßstab der KZV Thüringen für das Jahr 1999

Wortlaut des Antrages:

Die Vertreterversammlung beschließt den HVM in der Fassung des Antrages Nr. 1 des Vorstandes mit der Maßgabe, daß die Regelung der Anlage 1 Abschnitt B Pkt. 13 um folgenden weiteren Satz ergänzt wird:

„Diese Verteilung erfolgt im Rahmen der Vergütungsverträge.“

Begründung:

Im Rahmen der Benehmensherstellung zum HVM gem. § 85 Abs. 4 SGB V begehren die Mitgliedskassen des VdAK/AEV eine Klarstellung dahingehend, daß, wenn diese schon einen höheren Punktwert als die Primärkrankenkassen zahlen würden, sichergestellt werden müßte, daß eine Stützung von Primärkrankenkassenvergütungen ausgeschlossen wird.

Diesem Begehren sollte nachgekommen werden, da das Ansinnen nachvollziehbar ist und es auch der bisherigen Übung der KZV Thüringen im Rahmen von Budgetverträgen entspricht.

Zu beiden Anträgen erfolgte die gemeinsame Abstimmung mit dem Ergebnis:

30 Ja-Stimmen, 8 Nein-Stimmen, 2 Enthaltungen

Damit wurde der HVM mehrheitlich angenommen.

Antrag an die Vertreterversammlung Nr. 3

Antragsteller: Dr. Thomas Haffner (Jena), Dr. Falk Ifert (Schweina), Dipl.-Stom. Manuela Letzel (Nordhausen), Dr. Heike Dorf (Ronneburg)

Betreff: Das Teilbudget Kieferorthopädie wird getrennt nach Fachzahnärzten für KFO sowie Allgemeinzahnärzten mit Schwerpunkt KFO (mehr als 70 % der Leistungen) und Nicht-KFO-Zahnärzten.

Begründung:

Mit Rücksicht darauf, daß durch Leistungsmengenausweitung bei Zahnärzten Kieferorthopäden unzumutbar durch Punktwertverfall belastet werden, weil HVM-Regelungen zu Leistungsmengenbegrenzung fehlen (floatender Punktwert im Teilbudget).

Wir begründen dieses mit dem Urteil vom 21.9.1994 des Bayerischen Landessozialgerichtes, Az. L 12 Ka 100/92.

Der Antrag wurde mehrheitlich abgelehnt.



Honorarverteilungsmaßstab der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V Solidaritätsstärkungsgesetz

§ 1

Gegenstand des Honorarverteilungsmaßstabes

Abrechenbar über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen sind die von Vertragszahnärzten oder von Zahnärzten in einer gemäß § 311 Abs. 2 SGB V zugelassenen Einrichtung persönlich oder unter Aufsicht und Verantwortlichkeit erbrachten vertragszahnärztlichen Behandlungsleistungen einschließlich der Nebenleistungen, wie z. B. zahntechnische Leistungen (nachfolgend kurz als „Leistungen“ bezeichnet), soweit gesetzlich, vertraglich oder durch Beschluß des Vorstandes nichts anderes bestimmt ist. Dies gilt auch für Leistungen, die von einem Vertreter oder Assistenten oder angestellten Zahnarzt in zulässiger Weise erbracht wurden.

(1) Diese Leistungen müssen für Versicherte von Kostenträgern erbracht worden sein, für welche die KZV Thüringen oder andere KZVs die vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen oder übernommen haben.

(2) Zur Abrechnung über die KZV Thüringen sind berechtigt die zugelassenen Vertragszahnärzte sowie weitere Zahnärzte und Institutionen, die aufgrund vertraglicher und/oder gesetzlicher Regelungen hinsichtlich der Leistungsabrechnung diesem Personenkreis gleichgestellt sind (nachfolgend kurz als „Vertragszahnärzte“ bezeichnet).

(3) Die nachfolgenden Regelungen gelten ergänzend zu bestehenden gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen.

§ 2

Honorarverteilung

(1) Die KZV Thüringen verteilt die an sie bezahlten (Gesamt-) Vergütungen

und sonstigen Vergütungen (einschließlich Fremdkassenabrechnungen) nach Art und Umfang der von den Zahnärzten abgerechneten Leistungen nach Maßgabe der geltenden gesetzlichen Bestimmungen, den Satzungen, den Verträgen sowie den von der Vertreterversammlung der KZV Thüringen beschlossenen besonderen Verteilungsmaßnahmen.

(2) Die Verteilung der Gesamtvergütung und die Auszahlung erfolgen vorbehaltlich einer späteren Berichtigung.

Alle Zahlungen stellen bis zur Rechtswirksamkeit der Verwaltungsentscheidung lediglich Vorauszahlungen auf den endgültigen Vergütungsanspruch dar. Die Abrechnung wird erst dann verbindlich, wenn die Ausschlußfristen für Anträge auf Honorarberichtigung oder Wirtschaftlichkeitsprüfung abgelaufen sind, ohne daß solche Anträge gestellt worden sind, oder über Anträge auf Honorarberichtigung oder Wirtschaftlichkeitsprüfung bestands- oder rechtskräftig entschieden worden ist, oder über die Umsetzung der Gesamtvergütung nach § 85 SGB V entschieden wurde.

(3) Die KZV Thüringen ist verpflichtet, die Guthaben aufgrund zeitlicher Differenzen zwischen Geldeingang und -ausgang verzinslich anzulegen und die Zinseinnahmen dem Haushalt zuzuführen.

§ 3

Abrechnungen und Leistungen

(1) Die eingereichten Abrechnungen werden, soweit gesetzlich oder vertraglich vorgesehen, rechnerisch und gebührenordnungsmäßig berichtigt. Ein besonderer Bescheid über diese Prüfung ergeht nur im Falle einer Berichtigung.

(2) Weitergehende Prüfungen der Leistungen und Abrechnungen nach den Gesetzen, Verträgen und auf Verlangen des Mitglieds bleiben vorbehalten.

(3) Zur Abrechnung der Leistungen dürfen nur die von der KZV Thüringen genehmigten Vordrucke und Abrechnungsverfahren (z. B. EDV-Verfahren) verwendet werden. Die Abrechnungen sind vollständig und geordnet bei der KZV Thüringen einzureichen, soweit eine Abrechnung über die KZV Thüringen erfolgt. Zur Bestätigung der Ordnungsgemäßheit der Abrechnungen ist in den vertraglich oder gesetzlich vorgesehenen Fällen der KZVTh-Stempel auf den Abrechnungsunterlagen anzubringen und zu unterschreiben.

(4) Die Einreichungs- und Zahlungstermine werden durch den Vorstand der KZV Thüringen verbindlich festgelegt und sind rechtzeitig den Zahnärzten in geeigneter Weise bekanntzumachen. Die Abrechnungen müssen zu den festgesetzten Terminen vollständig der KZV Thüringen in Erfurt vorliegen.

(5) Wird der festgelegte Abrechnungstermin versäumt, so kann die KZV Thüringen die Abrechnung bis zum nächsten Abrechnungstermin zurückstellen. Die Abrechnung gegenüber der KZV Thüringen ist nur bis zum Ablauf eines Vierteljahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind, möglich (Abrechnungsfrist). Die Einreichung der Abrechnung hat somit spätestens zum Abrechnungstermin des Quartales, welches auf das Quartal der Leistungserbringung folgt, zu erfolgen.

(6) In besonderen Ausnahmefällen kann der Vorstand auf Antrag eine



Abrechnung auch über diesen Zeitraum hinaus zulassen.

(7) Entsteht durch nicht fristgerechte, unvollständige oder nicht geordnete Vorlage von Abrechnungsunterlagen oder -daten erhöhter Verwaltungsaufwand, so kann dieser dem Vertragszahnarzt gesondert berechnet werden. Eine Pauschalisierung ist zulässig.

§ 4 Zahlungen der KZV Thüringen

(1) Die KZV Thüringen leistet für über sie abzurechnende Leistungen Abschlagszahlungen nach Maßgabe der Bestimmungen der Anlage 1 Abschnitt A dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

(2) Sonstige Vorschußzahlungen sind untersagt.

(3) Die KZV Thüringen ist grundsätzlich verpflichtet, eine frühzeitige Auszahlung zu gewährleisten. Der Vorstand der KZV Thüringen legt die Auszahlungstermine unter Beachtung körperschaftlicher Interessen fest.

(4) Fällige Zahlungen sind zu leisten; sie dürfen nicht auf Folgequartale übertragen werden.

(5) Etwaige Überzahlungen durch die KZV Thüringen sind von dem Vertragszahnarzt unverzüglich auszugleichen. Unterzahlungen der KZV Thüringen durch Bearbeitungsfehler sind dem Vertragszahnarzt unverzüglich gutzuschreiben.

(6) Zahlungen werden grundsätzlich nur unbar auf ein von dem Vertragszahnarzt auf eigenen Namen einzurichtendes Konto bei einem Kreditinstitut geleistet. Um einen reibungslosen Zahlungsverkehr zu gewährleisten, müssen Änderungen der Bankverbindung bis spätestens 14 Tage vor dem Zahlungstermin der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen bekannt sein. Damit Gutschriften und Belastungen auch nach Praxisaufgabe vorgenommen werden können, ist eine etwaige Anschriftenänderung nach Praxisaufgabe unverzüglich anzuzeigen. Nach Beendigung der vertragszahn-

ärztlichen Tätigkeit sind die für die Honorarabrechnung vorhandenen Berechtigungsunterlagen (z. B. KZVTh-Stempel) unverzüglich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen zurückzureichen.

(7) Alle Zahlungen stehen unter dem Vorbehalt der endgültigen Berechnung infolge gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen des Vergütungssystems. Die Endgültigkeit ist zu bescheiden. Soweit kein Bescheid oder begründeter Vorbehalt ergeht bzw. erklärt wird, erlangt die vorläufige Abrechnung mit der Maßgabe des bestandskräftigen Abschlusses evtl. anhängiger Verfahren mit dem Ablauf von vier Jahren, vom Ende des Kalenderjahres an gerechnet, in welchem die Leistungen zur Abrechnung eingereicht wurden, Bestandskraft. Korrekturen sind dann nur noch nach Maßgabe der Bestimmungen des SGB X i. d. F. vom 21.11.1998, ggf. analog, möglich.

§ 5 Beiträge

(1) Die KZV Thüringen erhebt zur Erfüllung ihrer Aufgaben Beiträge und Gebühren von den Mitgliedern und Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V. Soweit Mitglieder in solchen Einrichtungen beschäftigt sind, geht die Beitragspflicht der Einrichtung vor.

(2) Die Beiträge können nach Beschluß der Vertreterversammlung in Form von Festbeträgen (Pauschalen) oder einem Vomhundertsatz der auszahlenden Vergütungen aus der Leistungsabrechnung und/oder aus einer Kombination dieser Beitragssysteme bestehen. Etwaige Festbeträge können sich an dem Umfang der jeweiligen Leistungsabrechnung oder dem Aufwand der KZV Thüringen für die Verwaltung des jeweiligen Beitragspflichtigen orientieren. Die Erhebung von Beiträgen erstreckt sich auch auf Leistungsbereiche mit Kostenerstattung. Dabei ist eine Differenzierung auf-

grund unterschiedlicher Abrechnungswege oder Inanspruchnahme nach abgrenzbaren Gruppen von Beitragsverpflichteten möglich. Eine Rückrechnung bzw. Erstattung aufgrund Verringerung des endgültigen Honoraranspruches gegenüber den Vorauszahlungen erfolgt nicht.

(3) Die Beiträge werden von allen Zahlungen an den Vertragszahnarzt aus der Verteilung der erhaltenen (Gesamt-) Vergütung jeweils anteilig in Abzug gebracht oder durch gesonderten Bescheid festgesetzt. Erfolgt der Beitragseinzug durch Aufrechnung mit Leistungsguthaben, stellt der Quartalsauszug seines Abrechnungskontos den Beitragsbescheid dar. Sofern im Einzelfall nichts anderes bestimmt ist, sind Beiträge und Gebühren, die durch gesonderten Bescheid festgesetzt werden, 14 Tage nach Zugang des Bescheides zur Zahlung fällig.

(4) Die Höhe der Beiträge wird jeweils durch Beschluß der Vertreterversammlung festgesetzt.

§ 6 Sonstige Abzüge, Abrechnungsunterlagen

Der Vertragszahnarzt erhält einmal je Quartal einen Auszug über sein Abrechnungskonto (Quartalsauszug). Dieser Auszug setzt die Frist gemäß § 4 Absatz 7 dieses HVM in Gang.

§ 7 Aufrechnung, Abtretung, Pfändung, Einbehalte

(1) Fällige Forderungen der KZV Thüringen oder von Einrichtungen, deren geschäftsmäßige Verwaltung der KZV Thüringen obliegt, gegen einen Vertragszahnarzt, können mit dessen Zahlungsansprüchen aufgerechnet werden. Einer besonderen Erklärung hierzu bedarf es nicht. Insoweit entsteht eine Forderung des Zahnarztes nur in Höhe des Verrechnungssaldos.

(2) Ansprüche aus der Honorarverteilung können nur einmal und einheitlich abgetreten werden. Durch Abtre-



tungen und Pfändungen aller Art entstehende Verwaltungsmehrkosten können dem Vertragszahnarzt gesondert berechnet werden. Eine Pauschalisierung ist zulässig.

(3) Zur Sicherung aller Ansprüche der KZV Thüringen gegen diesem Honorarverteilungsmaßstab Unterwerfene aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit oder/und Mitgliedschaft in der KZV Thüringen können durch den geschäftsführenden Vorstand der KZV Thüringen Einbehalte von den Leistungsguthaben angeordnet und verrechnet werden.

Das gilt vor allem bei

- geplanter und/oder erfolgter Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit,
- dem Verdacht einer nicht gesetzmäßigen Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit (z. B. ungeordneter Wegzug ins Ausland),
- Gefahr des Entzuges oder der Ruhensanordnung der Zulassung bzw. Widerruf oder Ruhensanordnung der Ermächtigung,
- dem Verdacht der Abrechnung nicht vertragsgerechter oder nicht wirtschaftlich erbrachter Leistungen,
- Gefahr von erheblichen Rückforderungsansprüchen der Kostenträger wegen Leistungen, die nicht über die KZV Thüringen abgerechnet wurden,
- drohender Zahlungsunfähigkeit des Vertragszahnarztes,
- absehbarer oder tatsächlicher Überschreitung der vorläufigen Gesamtpunktmenge praxisbezogen in Höhe des zu erwartenden Absenkungsbetrages nach SGB V § 85 Abs. 4,
- drohender oder tatsächlicher Überschreitung der Gesamtvergütung,
- rechtswirksamen Disziplinarverfahren.

Des weiteren können die monatlichen Abschlagszahlungen ausgesetzt oder verringert oder anderweitige Sicherungsmaßnahmen ergriffen werden. Der Vertragszahnarzt ist von den angeordneten bzw. durchgeführten Maßnahmen schriftlich in Kenntnis zu set-

zen. Eine Rechtspflicht, Honorareinbehalte oder Sicherungsmaßnahmen vorzunehmen, besteht nicht.

(1) Die Maßnahmen nach Abs. 3 können bis zur endgültigen Klärung der Zahlungspflicht des Vertragszahnarztes fortgesetzt werden. Spätestens nach Jahresfrist auf die Festsetzung ist das Vorliegen der Gründe zur Anordnung des Sicherungseinbehaltes zu überprüfen. Ist das Sicherungsinteresse entfallen, sind unverzüglich der Sicherungseinbehalt aufzuheben und die fällig gewordenen Beträge auszukehren.

(2) Soweit im Einzelfall die zu sichernden Forderungen nicht endgültig zu beziffern sind und tatsächliche Gründe nicht eine andere Festlegung verlangen, beträgt der festzusetzende Sicherungseinbehalt 10 von Hundert der über die KZV Thüringen abgerechneten Umsätze der letzten vier Quartale. Soweit die Besicherung durch Einbehalt von Honorarforderungen erfolgt, entsteht dem Betroffenen kein Zinsanspruch. Dem Betroffenen soll auf Antrag die Möglichkeit eingeräumt werden, den Einbehalt von Honorarforderungen durch Erbringen einer gleichwertigen anderen Sicherheit abzulösen.

(3) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, der KZV Thüringen Umstände, die für die Vergütung der Leistungen und die Teilzahlungen von Einfluß sein können (vgl. z. B. oben Abs. 3, langandauernde Krankheit etc.), unaufgefordert mitzuteilen.

§ 8

Übermäßige Ausdehnung der Zahnarztpraxis

(1) Zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen nach § 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V werden durch die KZV Thüringen entsprechende statistische Werte ermittelt.

(2) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, über erbrachte und abgerechnete Leistungen ausreichende Aufzeichnungen zu machen.

(3) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, Anfragen der KZV Thüringen im Zusammenhang mit der Leistungsabrechnung unverzüglich und wahrheitsgemäß zu beantworten und gegebenenfalls persönlich den Vorstand von jeglicher Unbedenklichkeit (Nachweispflicht) zu überzeugen.

(4) Gesetzlich geregelte oder vertraglich vereinbarte oder sonstige Verfahren zur Überprüfung der Behandlungsweise und Abrechnung des Vertragszahnarztes (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfung, Gutachterverfahren) werden durch diese Regelungen nicht berührt. Die vorstehenden Bestimmungen der Absätze 1 bis 4 gelten, sofern gesetzlich oder vertraglich nichts anderes bestimmt ist, hierbei entsprechend.

Führt die Beschäftigung eines Assistenten zu einer übermäßigen Ausdehnung der Zahnarztpraxis, kann der Vorstand die Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten widerrufen oder andere geeignete Maßnahmen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Zahnarztpraxis ergreifen.

§ 9

Verfahren, Rechtsmittel

(1) Zuständig für Maßnahmen nach dieser Regelung ist der Vorstand der KZV Thüringen, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(2) Zuständig für Widerspruchsverfahren nach diesem Honorarverteilungsmaßstab sind die Widerspruchsstellen der KZV Thüringen.

§ 10

Fremdkassenhonorare

Im Rahmen der Honorarverteilung haben Vertragszahnärzte Anspruch auf Vergütung für Leistungen, welche sie für Versicherte von Kostenträgern erbringen, die nicht der Vertragshoheit der KZV Thüringen unterliegen, nach Maßgabe der Anlage 1 dieses Honorarverteilungsmaßstabes in Höhe vergleichbarer Versicherter vergleichbarer Kostenträger, welche der Ver-



tragshoheit der KZV Thüringen unterstehen. Dies gilt nur insoweit, als gesetzliche, vertragliche Regelungen oder Bestimmungen gemäß § 75 Abs. 7 Satz 2 SGB V i. d. F. des GKV-SolG vom 19.12.1998 nicht anderes bestimmen.

§ 11 Schlußbestimmungen

Der vorstehende Honorarverteilungsmaßstab wurde von der Vertreterversammlung der KZV Thüringen am 24.02.1999 beschlossen.

Er tritt mit seiner Veröffentlichung im Rundschreiben in Kraft.

Anlage 1 Abschnitt A Berechnungsweise und Höhe der Abschlagszahlungen und Restzahlungen gemäß § 4 Abs. 1 HVM

1. Die KZV Thüringen erhält von den Krankenkassen Vorauszahlungen auf zu erwartende Leistungsabrechnungen nach den vertraglichen Bestimmungen des Bundesmantelvertrages bzw. des VdAK/AEV-KZBV-Vertrages.

2. Aus diesen Vorauszahlungen der Krankenkassen werden alle Zahlungen der KZV Thüringen an die Zahnärzte finanziert, auch zunächst diejenigen der Monatsabrechnungen für die Abrechnungsbereiche Zahnersatz, Parodontosebehandlungen und Kieferbruch.

Für diese Leistungsbereiche leisten die Krankenkassen nach den vertraglichen Bestimmungen keine Vorauszahlungen, so daß die KZV Thüringen aus den Vorauszahlungen für konservierend-chirurgische und kieferorthopädische Leistungen die anderen Abrechnungsbereiche vorübergehend vorfinanzieren muß.

3. Die Berechnung der Abschlagszahlungen je Praxis bzw. Einrichtung erfolgt unter Beachtung der nachfolgenden Punkte auf der Grundlage der in

der KZV Thüringen vorliegenden Abrechnungsergebnisse. Dabei werden der zahnarztbezogene Fallwert des letzten abgerechneten Leistungsquartales sowie die Anzahl der Behandlungsscheine der aktuell vorliegenden Abrechnung als Bemessensgrundlage herangezogen.

Von der sich durch Multiplikation beider Werte ergebenden zu erwartenden Gesamtvergütung je Quartal werden höchstens 20 % monatlich als Abschlagszahlung geleistet.

Formel: Fallwert x Fallzahl x 20 v.H. = monatl. Abschlag.

Zahlungstermin für die Abschlagszahlungen ist der 15. des Folgemonats soweit durch den Vorstand nichts anderes festgelegt wird.

4. Urlaubszeiten und Ausfallzeiten, welche der KZV Thüringen bekanntzugeben sind, führen, soweit sie einen Zeitraum von vier Wochen im Leistungsquartal übersteigen zur Vermeidung von Überzahlungen zur Verringerung der Abschlagszahlungen. Dabei hat die Verringerung der Abschlagszahlung dem sachgerecht einzuschätzenden Leistungsrückgang zu entsprechen. In besonderen Fällen entscheidet der geschäftsführende Vorstand auf Antrag.

5. Zahnärzte, die im laufenden Abrechnungsquartal ihre Tätigkeit als Vertragszahnarzt aufnehmen, erhalten zum Zwecke der Selbstauskunft einen Meldebogen für die Mitteilung der Bemessungsgrundlage. Nach Ablauf des ersten Monats teilt der Vertragszahnarzt bis spätestens zum 05. des Folgemonats unter Verwendung dieses Meldebogens die erreichte tatsächliche Fallzahl seiner Praxis mit. Aufgrund dieser Fallzahlmeldung erfolgt die Berechnung der Abschlagszahlungen durch Multiplikation dieser mit dem Falldurchschnitt aller Thüringer Zahnärzte. Von dieser Summe werden höchstens 20 % monatlich als Vorauszahlung geleistet. Für das Kalendervierteljahr, welches dem der Niederlassung folgt, gelten die allgemeinen

Bestimmungen zur Berechnung der Abschlagszahlungen uneingeschränkt.

6. Ergibt eine Quartalsabrechnung ein Absinken des Fallwertes und/oder der Fallzahl und lassen sich deshalb die bisherigen monatlichen Abschlagszahlungen nicht oder nicht mehr rechtfertigen, erfolgt eine Anpassung durch Neuberechnung gemäß Abschnitt A, Punkt 3 von Amts wegen.

Eine Erhöhung der Abschlagszahlung erfolgt grundsätzlich nur auf Antrag des Zahnarztes.

7. Bei Überzahlungen, die sich aus der Quartalsabrechnung ergeben (die Summe der geleisteten Abschlagszahlungen ist größer als die aufgrund der tatsächlichen Abrechnungsergebnisse zu erlangende Quartalszahlung), ist der betroffene Zahnarzt bzw. die Gemeinschaftspraxis oder Einrichtung verpflichtet, unverzüglich für einen Ausgleich des Kontos durch Rückzahlung der Überschreitungssumme zu sorgen.

Ist nach einer Frist von 14 Tagen nach Erhalt der Quartalsabrechnung eine Kontobereinigung nicht erfolgt, werden die Abschlagszahlungen eingestellt bzw. wird die Überzahlung mit den Zahlungen aufgerechnet.

Der Kontoausgleich erfolgt dann erst mit dem Quartal, für das diese Abschlagszahlungen geleistet wurden oder worden wären.

Bei nicht fristgemäßem Ausgleich erfolgt keine nachträgliche Abschlagszahlung.

Abschnitt B Berechnungsweise des Vergütungsanspruchs bei Überschreitung der zulässigen Gesamtvergütung

1. Die Krankenkassen zahlen gemäß SGB V § 85 (2) eine Gesamtvergütung als vertragliche Gesamtvergütung nach Maßgabe der jeweiligen Vergütungsvereinbarungen als Kopfpauschale, Fallpauschale, Vergütung für einzelne Leistungen (Einzelleistungsvergütung) oder nach einer Kombination aus mehreren Vergütungsarten.



2. Vertragspunktwert ist der Wert, der in den Vergütungsverträgen mit den Kostenträgern zur Bemessung der Einzelleistungswerte nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab gemäß § 87 SGB V vereinbart wird.

3. Vergütungspunktwert ist der Wert, welcher zur Verteilung der Gesamtvergütung auf Grundlage von Einzelleistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 SGB V zugrunde gelegt wird.

4. Die Verteilung der Gesamtvergütung erfolgt in drei voneinander unabhängigen Untermengen der Gesamtvergütung (Teilbudgets):

a) Leistungen für konservierend-chirurgische Behandlung, bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien sowie bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels nach den Teilen 1, 2 und 4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach Anlage A zum Bundesmantelvertrag Zahnärzte sowie den Gebührentarifen A, B und E des Zahnarzt-Ersatzkassenvertrages

b) Leistungen für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (ohne Material-/Labor- und Metallanteile) nach BEMA-Teil 5 bzw. Geb.-Tarif C

c) Kieferorthopädische Leistungen (ohne Material-/Laboranteile) nach BEMA-Teil 3 bzw. Geb.-Tarif D.

Sogenannte Begleitleistungen für die Teilbudgets b) und c) werden nicht gesondert berücksichtigt sondern dem Teil zugeordnet, welchem sie kraft Regelung des Bewertungsmaßstabes zuzurechnen sind.

1. Ziel ist, daß der Vergütungspunktwert mit dem Vertragspunktwert im gesamten Leistungsjahr den gleichen Betrag hat. Dabei entspricht dieser Punktwert dem im Vergütungsvertrag vereinbarten. Soweit in den Vergütungsverträgen eine Vereinbarung der Gesamtvergütung nicht unter Zugrundelegung eines Punktwertes erfolgt, legt der Vorstand unverzüglich nach Vertragsabschluß oder Festsetzung durch das Schiedsamt einen solchen

fest, wobei die erwartete Leistungsmenge sachgerecht zu berücksichtigen ist. Es ist dabei auch zu berücksichtigen, daß die Gesamtvergütung unter Beachtung des Grundsatzes der Einzelleistungsvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt wird. Dabei ist die Festlegung unterschiedlicher Punktwerte für verschiedene Leistungsbereiche nach den Gebührentarifen gemäß. § 87 Abs. 2 SGB V i. d. F. d. GKV-SolG vom 19.12.1998 möglich. Werden für einzelne Leistungsbereiche unterschiedliche Vertrags- und/oder Vergütungspunktwerte bestimmt, gelten die nachfolgenden Bestimmungen jeweils leistungsbereichsbezogen.

2. Unter Beachtung der Vertragsabschlüsse gemäß. § 82 Abs. 2 SGB V gelten die für den jeweiligen Kostenträger vereinbarten Vertragspunktwerte als Grundlage der Vergütungspunktwerte. Ein übergreifender Vergütungspunktwert kann durch die Vertreterversammlung festgelegt werden, wobei bei der Festlegung die Grundsätze nach Nummer 4 zu beachten sind.

3. Unterscheiden die Verträge nach § 82 Abs. 2 SGB V hinsichtlich der Vergütungshöhe nicht zwischen den Leistungen entsprechend den Festlegungen nach Nr. 4, sind entsprechende Teilbudgets zu ermitteln. Dazu wird eine Teilung unter Zugrundelegung der Abrechnungsergebnisse des Jahres 1997 vorgenommen, wobei für die Bestimmung des kieferorthopädischen Anteiles die für das erste Halbjahr 1997 über die KZV Thüringen abgerechneten Vergütungen für kieferorthopädische Behandlungsleistungen zu verdoppeln sind. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich der Ermittlung von Anteilen an Pauschalvergütungen bzw. Obergrenzen.

4. Ergibt sich im Laufe des Leistungsjahres, daß die gesetzliche bzw. die vertragliche Gesamtvergütung nicht ausreicht, alle Leistungen, die Bestandteil der gesetzlich begrenzten Gesamtvergütung sind, mit einem festen Punktwert gemäß Nr. 3 zu vergüten,

d. h., Vertrags- und Vergütungspunktwert können nicht mehr den gleichen Betrag haben, wird der Vergütungspunktwert um den Prozentsatz gekürzt, welcher der drohenden oder festgestellten Überschreitung der Gesamtvergütung entspricht.

Dabei ist durch den Vorstand zu entscheiden, ob sich diese Honorarkürzung nur auf ein Leistungsquartal erstreckt oder auf mehrere Leistungsquartale erstrecken muß.

Die in der begrenzten Gesamtvergütung zu vergütenden zahnärztlichen Leistungen werden dann, ggf. auch rückwirkend, zu einem durch den Vorstand anhand der festgestellten oder drohenden Überschreitung der Gesamtvergütung festgelegten abgesenkten Vergütungspunktwert vergütet.

5. Sofern die gesetzlich höchstens zulässige oder vertraglich vereinbarte Gesamtvergütung nicht ausreicht, alle Leistungen so zu vergüten, daß Vertrags- und Vergütungspunktwert den gleichen Betrag haben, verringern sich neben den Vergütungspunktwerten in gleicher Weise auch die berechneten Abschlagszahlungen.

6. Vergütungen, die keine Einzelleistungen als Berechnungsgrundlage haben, dies sind beispielsweise Material- und Laborkosten, Wegegelder, Porti usw., werden bei notwendigen Absenken nicht berücksichtigt.

Das bedeutet, daß Überschreitungen der Gesamtvergütung nur auf Honorarpunkte angerechnet werden.

7. Alle Zahlungen der KZV Thüringen ergehen unter dem Vorbehalt der Honorarberichtigung wegen Überschreitung der vereinbarten, festgesetzten oder gesetzlich begrenzten Gesamtvergütung.

Ein endgültiger Honoraranspruch des Zahnarztes gegen die KZV Thüringen entsteht deshalb erst nach Ablauf des betreffenden Leistungsjahres und der Abrechnung aller erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen, bzw. nach der Feststellung der Ausschöpfung der Gesamtvergütung.



Der Honoraranspruch wird mit dem Honorarbescheid festgestellt.

8. Der Vorstand der KZV Thüringen kann zur Erfüllung seiner Aufgaben gemäß § 7 Abs. 10 der Satzung der KZV Thüringen auch Verträge mit Trägern der Sozialversicherung und sonstigen Körperschaften abschließen, die zur Vermeidung von Nachteilen, insbesondere bei Mitgliederbewegungen der gesetzlichen Krankenkassen, Ausgleichsmechanismen über die Grenzen des Zuständigkeitsbereiches Thüringen hinaus vorsehen und das Verfahren zur Ermittlung und Verteilung der dabei einbezogenen Gesamtvergütung regeln. Ergibt sich aufgrund solcher Regelung ein Punktwert, ist dieser der Honorarverteilung wie ein Vertragspunktwert zugrunde zu legen.

9. Soweit aufgrund der vertraglichen Bestimmungen zur Gesamtvergütung und nach Verteilung unter Zugrundelegung des Vertragspunktwertes noch Teile der Gesamtvergütung verbleiben, welche bisher nicht zur Verteilung gekommen sind, und auf welche aufgrund der vorstehenden Regelungen auch kein Verteilungsanspruch entstanden war, entscheidet die Vertreter-

versammlung, wie die Verteilung zu erfolgen hat. Diese Verteilung erfolgt im Rahmen der Vergütungsverträge.

Abschnitt C Berechnungsweise der Degression

Gemäß den Bestimmungen des § 85 Absatz 4b-f SGB V i. d. F. des GKV-SolG vom 19.12.1998 verringert sich der Vergütungsanspruch des Zahnarztes bei Überschreitung bestimmter Gesamtpunktmenen (Degression). Diese gesetzlichen Bestimmungen und die dazu ggf. abgeschlossenen bzw. abzuschließenden Verträge stellen eine eigenständige Regelung zur Bestimmung vertragszahnärztlicher Honorierung dar, welche unabhängig neben die übrigen Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes treten. Somit bestimmt sich der Vergütungsanspruch des Vertragszahnarztes auf Teilhabe an der Gesamtvergütung nach diesem Honorarverteilungsmaßstab, die davon unabhängig entstehenden Vergütungsminderungen aufgrund der Degression bestimmen sich sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach aufgrund der gesetzlichen Regelungen und ggf. geltenden Durchführungsbe-

stimmungen oder Verträgen und sind durch die KZV Thüringen gegen den Vertragszahnarzt durchzusetzen.

Für die Umsetzung der sich aufgrund der o. g. Regelungen ergebenden Degression gelten ansonsten die Bestimmungen dieses Honorarverteilungsmaßstabes.

Vorstehender Honorarverteilungsmaßstab einschließlich der Anlage 1 wurde durch die Vertreterversammlung der KZV Thüringen am 24.02.1999 beschlossen.

Das Benehmen mit den Krankenkassen wurde gemäß § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V hergestellt.

Ausgefertigt: am 24.02.1999

Dr. med. dent. Rolf Gäbler
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Ausschreibung

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Weimar-Stadt ab **1. Juli 1999** ein Vertragszahnarztsitz in

Weimar

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen. Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, Zulassungsausschuß, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt

Versorgungsgradfeststellung des Bundeslandes Thüringen vom 12.3.1999

Bezug nehmend auf die erfolgte Veröffentlichung zur Versorgungsgradfeststellung und der Bestimmungen des SGB V §§ 100 und 101 in Verbindung mit §§ 15 und 16b ZV-Z ergeben sich nach der Sitzung des Zulassungsausschusses am 3.3.1999 folgende Veränderungen bezüglich der Anordnung/Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen:

Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen: Wartburgkreis

(Zahnärztliche Versorgung)

*gez. Günther Schroeder-Printzen
Vorsitzender des Landesausschusses*



Mit der Politik im Gespräch

Meinungsaustausch zwischen Staatssekretär Dr. Schröder und Vertretern beider Körperschaften zur Gesundheitsreform 2000

Das deutliche Interesse des Gesundheitsministeriums Thüringen an konstruktiven Gesprächen mit den einzelnen Selbstverwaltungen hatte Staatssekretär Dr. Klaus Schröder in seinem Grußwort an die konstituierende Vertreterversammlung der KZV Thüringen signalisiert.

Dieses Gesprächsangebot wurde umgehend von beiden Körperschaften der Thüringer Zahnärzte wahrgenommen. Am 18. Februar 1999 fand die erste Gesprächsrunde statt, an der seitens der KZV der Vorsitzende Dr. Karl-Friedrich Rommel, der stellvertretende Vorsitzende Klaus-Dieter Panzner und der Geschäftsführer Jürgen Zerull teilnahmen. Die Landeszahnärztekammer war vertreten durch den Präsidenten Dr. Jürgen Junge und Vorstandsmitglied Dr. Lothar Bergholz.

Wesentliches Thema der Diskussion war erwartungsgemäß das Solidaritätsstärkungsgesetz, wobei seitens der Vertreter der Thüringer Zahnärzteschaft auf Probleme hingewiesen wurde, die maßgeblichen Einfluß auf die Versorgungsqualität der Patienten ausüben.

– Das neue Gesetz beinhaltet für Patienten den Verlust der Therapiefreiheit und den Zugang zu neuen Versorgungsformen.

– Die Probleme der Budgetierung und des damit verbundenen Morbiditätsrisikos gehen zu Lasten der Leistungserbringer.

– Die Einschränkung der Freiberuflichkeit wird zwangsläufig zum Abbau von Arbeitsplätzen führen. Davon werden nicht nur die eigenen Beschäftigten betroffen sein, sondern auch die anhängenden Gewerke.

– Das Eingreifen der Aufsichten in die Selbstverwaltungsprozesse führt zur Einschränkung der Selbstverwaltung (Verhandlungsergebnisse, Schiedsamtentscheidungen, HVMS u.v.a.m.,

Probleme der Kassenvielfalt und insbesondere die ungelöste Fremdkassenproblematik mit ihrem enormen Verwaltungsaufwand.)

– Die sozial ungerechte Lösung der Härtefälle und die damit verbundenen Belastungen der Budgets sowie die Aufhebung der Eigenverantwortung der 100 % Versicherten durch volle Bonusgewährung ohne Pflicht der regelmäßigen Zahnpflege und Kontrolluntersuchungen.

– Die Förderung der Prophylaxe wird als begrüßenswerte Maßnahme bei Kindern und Jugendlichen betrachtet. Gleichzeitig ist die Nichtfinanzierbarkeit der Erwachsenenprophylaxe aus den begrenzt zur Verfügung stehenden Mitteln in Budgetierungszeiträumen abzusehen.

Als zweites Hauptthema kamen die Eckpunkte der Gesundheitsreform 2000 zur Sprache.

Die Reform, derzeit Inhalt von Klau-surgesprächen der rot-grünen Koalition, führt zu einer zentralistisch vorgegebenen Listenmedizin und einer Stärkung der Macht der Krankenkassen, wenn sie in der vorgeschlagenen Form verabschiedet wird.

In dem Papier geht die Planung in Richtung: Einschränkung der Selbstverwaltungen, von den Krankenkassen verwaltete Globalbudgets, Änderung des Bema (Überbewertung von ZE und KFO), hauptamtliche Vorstände, Abschaffung der Vertreterversammlungen, Einführung von Verwaltungsräten wie bei den Krankenkassen, Qualitätssicherung durch jährliche Qualitätsberichte der Leistungserbringer, Umwandlung des Mehrheitswahlrechtes in eine Verhältniswahl, um die verbandspolitische Repräsentation von Minderheitsgruppen zu erschweren.

Mit dem Gespräch im Sozialministerium gelang uns ein Dialog, der auf Regierungsebene leider noch nicht ge-



DS Klaus-Dieter Panzner

führt wurde. Trotz Ankündigung war Frau Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer bisher nicht zu Gesprächen zur Strukturreform mit Leistungsträgern bereit. Ihr Weg, die Positionen der „Eckpunkte“ festzulegen, ist von dem angekündigten „offenen Dialog“ weit entfernt.

Ob und in welchem Umfang die Ergebnisse unseres Gespräches in dem neuen Gesetz Berücksichtigung finden, bleibt abzuwarten und fraglich. Dennoch werden wir alle Möglichkeiten nutzen, um im Dialog zu bleiben.

Die Richtung der Reformbestrebungen der rot-grünen Regierung ist deutlich. Die meisten Änderungen unter dem „Mäntelchen“ Reform sind althergebrachte, untaugliche Elemente des sozialistischen Gesundheitswesens der DDR, die wir längst überwunden glaubten.

Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000 finden Sie in vollem Wortlaut auf Seite 166.

Klaus-Dieter Panzner

IDZ Studie – Verbreitung von Berufsdermatosen, Beanspruchung der Wirbelsäule und psychische Streßfaktoren im „Arbeitssystem Zahnarztpraxis“

Das Institut der Deutschen Zahnärzte führt eine epidemiologisch-arbeitsmedizinische Bestandsaufnahme zu diesem Thema durch.

Ausgangspunkt für diese empirische Erhebung sind die vielfältigen Belastungen, denen ein Zahnarzt durch seine Berufsausübung täglich ausgesetzt ist. Ziel ist die Ermittlung der Verbreitung von Berufsdermatosen, der Beanspruchung der Wirbelsäule und die Erfassung von psychischen Streßfaktoren im Arbeitssystem Zahnarztpraxis und deren Auswirkungen auf die Berufsausübung. Weiterhin sollen die Interdependenzen zwischen

den genannten Belastungsfeldern aufgezeigt werden.

Entwickelt wurde ein Fragebogen unter Beteiligung von externen Wissenschaftlern, mit dem die verschiedenen Belastungen und Bewältigungsstrategien erfaßt werden sollen, wie z. B. Streßbelastung und -bewältigung, Erfassung von Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule mit den Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit und den privaten Bereich, Prävention durch Rückenschulen und Sport, Therapie von Wirbelsäulenbeschwerden, Erfassung von Hautveränderungen durch Allergien und Kontaktekzeme,

Handschuhanamnese, Reinigungs- und Pflegeverhalten bezogen auf die Hände sowie statistische Angaben zur Person und Praxis bzw. zum Arbeitsplatz.

Seit März 1998 werden die Fragebögen dafür versendet. 5000 Zahnärzte sollen bundesweit befragt werden. Wir rufen Sie zur Mitarbeit an dieser Studie auf, um möglichst viele Antworten zu erhalten und damit die Aussagefähigkeit zu erhöhen.

Dr. Olaf Wunsch

ZahnRat wird moderner



Mit der ersten Ausgabe 1999 wird der ZahnRat sein Erscheinungsbild erneut ändern.

Warum, werden viele von Ihnen fragen, er war doch bisher schon gut?

Auf dem Lesetisch im Wartezimmer konkurriert der ZahnRat mit allem, was Sie dort sonst liegen haben. Diejenigen Patienten, die zur Super Illu oder ähnlichem greifen, werden den ZahnRat sowieso liegen lassen. Wer also liest im Wartezimmer den ZahnRat oder nimmt ihn sogar mit? Es sind die Leser, die eher an sachlicher Information interessiert sind, die privat eher hochwertige Zeitschriften konsumieren. Für diese Leser unter Ihren Patienten wollten wir ein attraktiveres Erscheinungsbild schaffen, das zum Zugreifen und einem ersten Blättern einlädt.

Es gibt eine weitere Möglichkeit für Sie, Ihren Patienten den ZahnRat näherzubringen: Sie können die passende Ausgabe gezielt als Info-Broschüre überreichen, am besten mit einem Hinweis auf die für Ihren speziellen Patienten wichtigen Seiten der jeweiligen Ausgabe. Mit den fünf Exemplaren kommen Sie dann natürlich nicht sehr weit. Daher haben Sie die Möglichkeit, größere Stückzahlen nachzubestellen:

Verlag Satztechnik Meißen,
Fax: 03525/71 86 11, Tel.: 03525/71 86-0.
Die Kosten: 0,50 DM/Stück + Versand.

Wir freuen uns übrigens über jede Rückmeldung und Anregung. Richten Sie Ihre Post an:

Landes Zahnärztekammer Thüringen, Tel.: 0361/74 32-100,
Fax: 0361/74 32-150, eMail: LZKTh@t-online.de

GOZ-Ratgeber

In letzter Zeit erreichen uns vermehrt Anfragen zu einseitigen Kürzungen von Steigerungsfaktoren durch Beihilfestellen und zunehmend auch durch private Krankenversicherungen. Bei Durchsicht der uns in diesen Fällen vorgelegten Liquidationen mußten wir aber auch öfter feststellen, daß häufig die Begründungen nicht den § 5 GOZ entsprechen. Bedenken Sie bitte, daß ein Sachbearbeiter der Beihilfe oder der privaten Versicherung nur schwer formulierte Begründungen nur schwer nachvollziehen kann. Für Sie willkürlich erscheinende Streichungen der Steigerungsfaktoren können dann die Folge sein.

Haben Sie in ordnungsgemäßer Weise eine über dem Durchschnitt liegende Schwierigkeit medizinisch begründet, so sind Sie berechtigt, den 2,3fachen Satz zu überschreiten. Hat der Patient mit seinem Versicherungsträger ein Vertragsverhältnis abgeschlossen, welches die erstattungsfähigen Leistungen auf den 2,3fachen Steigerungssatz begrenzt, bedeutet dies nicht, daß Sie sich mit Ihrer Rechnungslegung danach richten müssen. Gleiches gilt, wenn die Beihilfe Ihre Begründungen beihilferechtlich nicht anerkennt. Generell gilt: Der Patient ist nicht befugt, Ihnen die Liquidation um den ihm nicht erstatteten Betrag zu kürzen.

Die Bemessungskriterien nach § 5 GOZ beziehen sich einerseits auf die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung, aber auch auf die Schwierigkeit des Krankheitsfalles bzw. die Umstände bei der Ausführung. Bereits überdurchschnittliche Schwierigkeiten berechtigen zum Überschreiten des 2,3fachen Satzes. Im Bereich der GOZ sind die Schwierigkeiten, um die es geht, leistungsbezogen, ja einzelleistungsbezogen. Nicht nur patientenbezogene Bemessungskriterien berechtigen zum Überschreiten des 2,3fachen Satzes, sondern auch verfahrensbezogene Schwierigkeiten, vgl. hierzu:

AG Düsseldorf vom 30.08.1994, Az. 39C3693-94

AG Backnang vom 06.02.1991, Az. 5C774-90

AG Kempten vom 30.04.1992, Az. 31C1723-91

Bei Begründungen sind grundsätzlich folgende Kriterien zu beachten:

1. Die Begründung muß auf den Behandlungsfall bezogen sein, nicht auf den behandelnden Zahnarzt.

Beispiel:

Die Begründung für den 3,5fachen Satz „Fachzahnarzt“ ist nicht möglich.

2. Die Begründung muß jeder einzelnen Gebührennummer, die überschritten wird, zugeordnet sein.

3. Die Begründung muß den Inhalt der Leistungsbeschreibung der einzelnen Leistungen hinausgehen.

Beispiel:

Bei der Geb.-Nr. 522 (totale Prothese) ist in der Leistungsbeschreibung festgehalten „Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis“. Das Verwenden einer Metallbasis scheidet damit als Begründung für ein Überschreiten des 2,3fachen Satzes aus.

4. In § 10 Abs. 3 Satz 2 der GOZ ist festgehalten, daß die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern ist. D. h. der Patient hat Anspruch darauf, die in der kurzgefaßten Erstbegründung gemachte Aussage näher dargestellt zu bekommen.

Die im § 5 (2) der GOZ aufgeführten Kriterien „Schwierigkeit, Zeitaufwand sowie Umstände“ sind für das Ermessen der zu berechnenden Gebühr bei der Ausführung heranzuziehen und nicht selbst als Begründung anzugeben. Dies bedeutet, daß diese 3 Begriffe lediglich Anhaltspunkte sind, die zur eigentlichen konkreten Erläuterung der Einzelproblematik führen müssen. Wesentlich ist, daß die angegebene Begründung nicht zu allgemein

gehalten sein sollte, sondern die individuelle Problematik beschreibt.

Hierbei ist zu berücksichtigen, daß die drei Säulen der Begründung für eine Überschreitung des 2,3fachen Steigerungssatzes, nämlich besondere Schwierigkeit des Falles, besonderer Zeitaufwand und besondere Umstände bei der Ausführung zwar nebeneinander stehen, Überschreitungen bei den Begründungen jedoch durchaus möglich sind. Besondere Umstände bei der Ausführung können zweifelsfrei auch zu besonderem Zeitaufwand und zu einer besonderen Schwierigkeit führen. Es bestehen deshalb keine Bedenken dagegen, wenn bei dem Rückgreifen auf die entsprechenden Formulierungshilfen verschiedene, auf den Einzelfall zutreffende Begründungen herangezogen werden.

Trotz der immer wieder auftretenden Schwierigkeiten mit Steigerungen kann die Lösung nicht darin bestehen, daß pauschal der 2,3fache Steigerungssatz angesetzt wird. Das GOZ-Referat und der Vorstand der Landes Zahnärztekammer hat gegen eine durchgängige Anwendung des gleichen Steigerungssatzes rechtliche, wie auch berufspolitische Bedenken. Bei der Bemessung der Gebühren ist innerhalb der gesamten Bandbreite des Gebührenrahmens zu variieren. Eine solche Handhabung wird nicht nur den Anforderungen der Gebührenordnung gerecht, sie unterstreicht auch die Notwendigkeit eines unterschiedlichen Multiplikators.

Das GOZ-Referat gibt nachfolgend für die Formulierung von Begründungen eine Hilfestellung. Die formulierten Begründungen sind keinesfalls verbindlich oder vollständig. Jeder Kollege hat weiterhin die Möglichkeit, seine individuellen Begründungen zu geben. Er kann aber auch je nach Behandlungsfall auf die formulierten Begründungen zurückgreifen.

Dr. Gisela Brodersen

Anhang

Gebietsübergreifende Begründungen:

- erschwerte Umstände durch Allgemeinerkrankungen bzw. Allgemeinzustand
- problematische Kreislaufverhältnisse
- Abwehrhaltung des Kindes
- besonders ausführliche Besprechung der Behandlungsindikation
- erschwerte Kommunikation
- verminderte psychische Belastbarkeit
- erhöhter Zeitaufwand durch Differentialdiagnose bei unklarem Befund
- erschwerter Mundzugang (Mundsperrigkeit, Adipositas, Herpes u. ä.)
- eingeschränkte Mundöffnung (Kieferklemme)
- erschwerte Freistellung des Behandlungsfeldes bei erhöhtem Muskeltonus (Wange, Zunge)
- Makroglossie
- motorische Instabilität der Zunge
- vermehrter Speichelfluß
- erhöhte Brechreizneigung
- verzögerter Wirkungseintritt bei Anästhesie
- starke Blutung, erhöhte Blutungsneigung
- behandlungsbedingte häufige Abnahme und Wiederbefestigung von provisorischen Kronen
- erhöhter Schwierigkeitsgrad bei Eingriff im entzündlich veränderten Gebiet
- erhöhter klinischer Aufwand bei ... (z. B. spröder Zahn, kompakter Knochen)
- erschwerte Trockenlegung des Behandlungsfeldes
- erschwerter Zugang bei Zahnkipfung

- schwierige Behandlung bei Dysgnathie
- erschwerte Kariesbehandlung unter vorhandener Restauration
- erschwerte Präparation im parodontal geschädigten Gebiß
- erschwerte Parallelisierung bei Pfeilerdivergenzen
- erschwerte Retention durch kurze klinische Krone

Planung und vorbereitende Maßnahmen

- schwierige Planung:
- bei ungünstiger Pfeilerverteilung
- bei Dysgnathie
- bei Abrasionsgebiß
- nach chirurgischen Eingriffen
- bei Pfeilerdivergenz
- durch parodontalen Zustand
- bei starker Atrophie des Alveolar-kammes
- durch interdisziplinäre Zusammenarbeit

Konservierende Behandlung, restaurative Maßnahmen

- unter Gingiva reichende Kavität
- erschwerte Retentionsgewinnung für Füllungen (z. B. Säureätztechnik)
- erschwerte Restauration durch extrem ausgedehnte Karies
- tiefe, schwer einsehbare Approximalkavität
- erschwerte Behandlung bei röntgenologisch diagnostizierter voluminöser Pulpa
- schwierige Adaption und Retention von Hilfsmitteln zur Gestaltung von Füllungen (Matrize, Bänder, Kofferdam)

- schwierige Kontaktpunktgestaltung bei Füllungen
- Wurzelkaries
- schwierige Form- und Farbgestaltung

Endodontie

- erschwerte Auffindung der Kanaleingänge
- erschwerte Kanalaufbereitung (z. B. eines verengten oder gekrümmten Kanals)
- schwierige Behandlung bei apikal offenem Kanal
- schwierige Entfernung eines schwer zugänglichen Wurzelstiftes

Chirurgie / Implantologie

- Operationsfeld in Nervnähe
- Operationsfeld in Gefäßnähe
- Operation in Kieferhöhlennähe
- stark gekrümmte bzw. abnorm geformte Wurzel
- extrem harter und kompakter Knochen
- starke Vernarbung
- Ankylose

Parodontalbehandlung

- erschwerte OP-Bedingungen durch vorhandene Restauration
- schwierige Behandlung bei Zahnengstand
- schwierige Behandlung bei tiefreichenden Zahnfleischtaschen
- schwierige Behandlung bei tiefreichenden Knochentaschen
- Furkationsbeteiligung

Abformung

- erschwerte Abformung durch abnorme Kieferformen (z. B. Stellungsanomalie, hoher Gaumen, in-serierende Bänder, festsitzender Zahnersatz)
- Individualisierungsmaßnahme in der Vorbereitung der Abformung
- erhöhter Zeitaufwand durch Mehrfachabformung

Prothetik

- erhöhter Meß- und Planungsaufwand bedingt durch die Zahl der Halte- und Stützelemente
- mehrphasige Restauration/Rekonstruktion bei extrem abgesunkenem Biß
- ungünstige Neigung von Ankerzähnen Schwierige Versorgung
- bei ungünstiger Pfeilerverteilung
- bei Dysgnathie
- bei Abrasionsgebiß
- nach chirurgischen Eingriffen
- bei Pfeilerdivergenz
- durch parodontalen Zustand
- erschwerte Herstellung bei starker Atrophie des Alveolarkammes
- nicht vorhandene Tubera
- mobile Tubera Schlotterkambildung (operative Abtragung nicht möglich/verweigert)
- Entlastung scharfer Knochenleisten
- in Kieferkammnähe ansetzende Bänder
- hochansetzende Mundboden-Muskulatur
- extrem flaches Gaumendach
- abnorme Speichelverhältnisse

Wiederherstellung

- besonders schwierige Fixierung zur Abformung
- schwierige Fixierung des Sekundärteils von Halte- und Stützelementen
- schwierige Abformung durch Zahnkippung
- schwierige Abformung durch parodontal vorgeschädigtes Gebiß
- tief ansetzende Bänder und schwierige Schleimhautverhältnisse

Aufbißbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

- Diskusverlagerung
- besondere Schwierigkeit der Artikulation durch fehlende Eckzahnführung
- Friendsattel
- Kieferrelationsbestimmung sehr schwierig
- Mobilitätseinschränkung des Kiefergelenks
- Mundöffnung stark eingeschränkt
- Muskeltonus erhöht
- Überlagerung von Erkrankungen anderer Fachgebiete
- Korrektur einer fehlerhaften Unterkieferposition
- erschlaffter Bänderapparat des KG
- nicht konzeptionsgerechte Okklusion
- starke Abrasion
- exzessiver Bruxismus

Kieferorthopädie

- erhöhte Schwierigkeit durch ungünstige Position Rotation /anatomische Verhältnisse
- erschwerte Umstände durch schwierige Verankerung

- erhöhte Schwierigkeit durch ungünstige Reaktion (z. B. durch Alter, Konstitution, Medikamentengabe, z. B. Cortison)
- ungünstige Reaktionsweise wegen Lippen-, Kiefer-Gaumenspalte, Narbenzüge
- erhöhte Schwierigkeit durch sehr ungünstige Wachstumsrichtung
- erhöhte Schwierigkeit durch palatinale Anbringung von Hilfsmitteln
- erhöhter Zeitaufwand durch Einstellung in Cephalostaten
- ungünstige Umstände durch Zungenlage Zungenpressen/Sigmatismus
- schwierige Umstände durch hohe kosmetische Anforderungen
- erhöhter Zeitaufwand bei Beratung
- erhöhte Schwierigkeit im parodontal geschädigten Gebiß
- erhöhte Schwierigkeit durch Kronen oder Zahnersatz

Röntgen

- flacher Gaumen
- hoher Mundboden
- Meßaufnahmetechnik
- schwierige Einstellung des Patienten im Röntgensichtgerät

Bitte beachten!

Vom 15. bis 19. April 1999 werden die Wahlunterlagen zur Wahl der Delegierten der Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer Thüringen versandt!

Aus dem
Fortbildungsangebot:

**Moderne prothetische Therapie mit spezieller Technik
CBW – die Revolution in der minimal-invasiven Brückenprothetik.**

Referent: Dr. Wolfram Olschowsky, Behringen

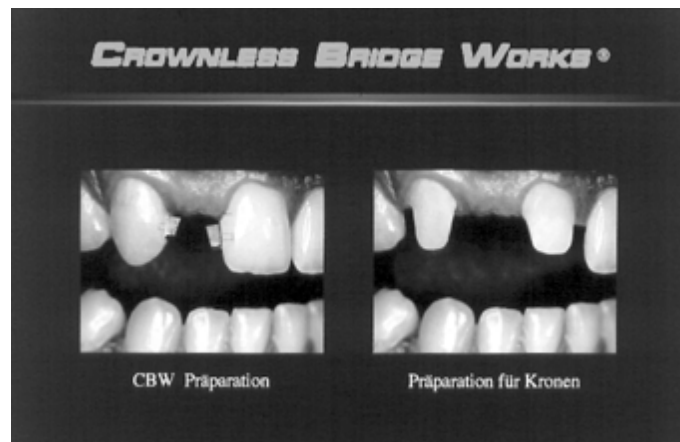
Termin: Mittwoch, 19. Mai 1999 in der LZKTh

Crownless Bridge Works wurde in Zusammenarbeit mit der Zahnmedizinischen Fakultät der Universität Nijmegen entwickelt und stellt eine einzigartige belastbare biosubstanzsparende Brückenversorgung dar.

Diese Methode vereint in sich zwei Kenntnisfelder mit jeweiliger jahrzehntelanger Erfahrung, einerseits die „Stiftbrückenverankerungen“ (UDA) und andererseits die „Klebebrückentechnologie“.

Im Jahr 1979 wurden die ersten stiftverankerten Brücken hergestellt. Bezüglich der Parallelität erwiesen sich diese Präparationen als schwierig, da die zwei Ankerstifte starr waren. 1981 und 1984 wurden neue Konzepte vorgestellt.

Das neue Design des CBW-Ankers aus 1993 vereint die Vorteile seiner Vorgänger. Der Ankerkörper (3 unterschiedliche Größen) geht in einen Einzelstift über. Die spezielle Formgebung der CBW-Anker erlaubt eine Brückenbelastung, die ca. dreimal höher liegt, als die maximal im Seitenzahngelände auftretenden Kaukräfte. Ankerbrücken zeichnen sich durch eine hohe Belastbarkeit und Verweildauer aus. Die Integrität des marginalen Parodontes bleibt immer erhalten. Okklusion und Artikulation werden an den Pfeilerelementen in keinsten Weise verändert. Durch den Einsatz von Titan werden im höchsten Maß biokompatible Materialien verwendet. Nicht zuletzt wird durch eine verkürzte Behandlungszeit und den Verzicht auf ei-



ne Lokalanästhesie die Behandlung für den Patienten immens schonungsvoll.

Die Vereinfachung der Handhabung von stiftverankerten Brückenkonstruktionen eröffnet dem Behandler innerhalb der präventiv kurativen Prothetik ein breites Einsatzgebiet.

Hierfür muß man jedoch Willens sein, traditionelle Handlungs- und Denkschemata zu relativieren.

Die Kunst, Patienten als Gäste zu behandeln

Referentin: Dipl. Germ. Karin Namianowski, Friedrichshafen

Termin: Samstag, 29. Mai 1999 in der LZKTh



Leider war das nachfolgend beschriebene „Gute Laune-Seminar“ bereits kurz vor Redaktionsschluß ausgebucht. Die tzb-Redaktion hat sich dennoch entschieden, darauf hinzuweisen, denn Frau Namianowski steht gerne für weitere Kurse zur Verfügung.

Der Patient als medizinischer Laie ist nicht unbedingt in der Lage, die fachliche Qualität seiner Zahnarztpraxis richtig zu beurteilen. Er legt andere Kriterien an: Er bewertet „ganzheitlich“. Stimmungseindrücke, Akzeptanz seiner Person, optische Anreize, sein persönliches Wohlbefinden, die Organisation und Kommunikation prägen sein Bild einer Praxis.

Das individuelle Bemühen um den Patienten ist das Marketinginstrument Nr. 1 und die Chance der langfristigen Patientenbindung schlechthin!

Somit ist eine der wichtigsten Aufgaben des Praxisteam, diese Marketingfaktoren so zu gestalten, daß der Patient sich immer wieder darin bestätigt fühlt, daß er sich für die richtige Praxis, d. h. die Praxis, die auf seine Bedürfnisse zugeschnitten ist, entschieden hat. Zum anderen empfehlen Patienten, die emotional an eine Praxis gebunden sind, diese gerne weiter.

Die Erwartungen Ihrer Patienten zu übertreffen, sollte mit der Zeit ganz selbstverständlich für Sie werden. All

das kann man lernen. Das Seminar, „Die Kunst, Patienten als Gäste zu behandeln“ erarbeitet die Bedürfnisse der Patienten und bietet vielfältige Lösungen an, wie eine Praxis diesen optimal entgegenkommen kann. Das Bemühen um den Patienten ist Teamarbeit, und diese ist immer nur so gut, wie ihr schwächstes Mitglied es zu leisten vermag. An einem Seminar teilnehmen ist eine Sache, die wichtigere ist: das Umsetzen. Unter Umständen wird es sinnvoll erscheinen, sich von liebgewonnenen Gewohnheiten zu trennen.

*Denn,
wenn Sie immer das tun,
was Sie schon immer getan haben,
dann werden Sie auch immer die Resultate erzielen,
die Sie schon immer erzielt haben...*

Totalprothese für den Praktiker

Referentin: Dr. Brigitte Göbel, Erfurt
Termin: Freitag, 11. Juni 1999
in der LZKTh



„Bei der Herstellung einer Totalprothese ist jeder Arbeitsschritt der wichtigste.“ Diese Aussage betrachtet Dr. Brigitte Göbel aus Erfurt als entscheidenden Schwerpunkt ihres Fortbil-

dukurses „Totalprothese für den Praktiker“, der am 11. Juni 1999 in der LZKTh läuft.

Die erfolgreiche Behandlung zahnloser Patienten wird besonders von Erfahrungen und Hintergrundkenntnissen bestimmt und oftmals ist es Tatsache, daß mit der Eingliederung der Vollprothese die Arbeit erst beginnt. Wie jeder Zahnarzt, der auf diesem Gebiet tätig ist, bereits erfahren mußte, hängt die Akzeptanz einer Totalprothese durch den Patienten von mehr als nur den objektiven Faktoren ab.

Im Seminar können die Zuhörer von den umfangreichen Erfahrungen von Dr. Göbel profitieren, die 18 Jahre lang Studenten in der Sektion Stomatologie der medizinischen Akademie auf diesem Gebiet ausbildete, das gleichzeitig ihr Promotionsthema war.

Fortbildungskurs mit neuem Referenten

Der Fortbildungskurs aus dem Fortbildungsprogramm 1999 der LZKTh mit der Kurs-Nr. 99/33/b (19. Mai 1999) zum Thema „Zahnfarbene Restauration im Frontzahngebiet“ wird erstmalig von Dr. Mario Besek gehalten. Der als Referent angekündigte Prof. Dr. Felix Lutz mußte aus terminlichen Gründen leider absagen. Dr. Besek empfahl er als Mitautor des entsprechenden Skriptums, von dem auch die meisten Fälle stammen.

Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Oralchirurgie“

Der Vorstand der LZKTh hat folgenden Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, zusätzlich zu den bisher ermächtigten, die Ermächtigung zur Weiterbildung erteilt.

Ermächtigter Zahnarzt

PD Dr. med. Dr. med. dent.
Hans Pistner

WB-Einrichtung

Klinikum Erfurt GmbH
 Klinik für Mund-, Kiefer-
 und Gesichtschirurgie
 – Plastische Operationen –
 Nordhäuser Straße 74
 99089 Erfurt
 Tel.: 0361/781 22 30

Ermächtigungsbeginn

17. Februar 1999
 (Weiterbildungszeit von
 bis zu 3 Jahren)

Folgende Zahnarzteausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt:

Ausweis-Nr.: 3059, Dr. med. Christiane Basche, Weimar
Ausweis-Nr.: 2024, Ella Tausch, Leubingen

Scheinselbständige und arbeitnehmerähnliche Selbständige

Mit dem Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte (BGBl. I, 1998, S. 3843 ff.) hat die neue Bundesregierung den Kreis der Versicherungspflichtigen in der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeweitet.

Versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung sind seit dem 01. Januar 1999 sogenannte Scheinselbständige und arbeitnehmerähnliche Selbständige. **Scheinselbständige Arbeitnehmer** (§ 7 Abs. 4 SGB IV) sind Personen, bei denen zwei der folgenden Kriterien vorliegen:

- es werden außer Familienangehörigen keine versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigt;
- in der Regel wird nur für einen Auftraggeber gearbeitet;
- es wird eine arbeitnehmertypische Beschäftigung ausgeübt, d. h. sie unterliegen Weisungen des Auftraggebers und sind in die Arbeitsorganisation eingegliedert;
- die Person tritt nicht unternehmerisch am Markt auf.

In diesen Fällen wird vermutet, daß eine Arbeitnehmerbeschäftigung vorliegt. Der Betroffene bzw. sein Auftraggeber hat die Möglichkeit, diese Vermutung zu widerlegen – Beweislastumkehr. Geschieht dies nicht, so wird er als Arbeitnehmer behandelt, d. h. es besteht Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung und der Auftraggeber hat den Sozialversicherungsbeitrag zur Hälfte zu zahlen. Ausgenommen von der gesamten Regelung sind Handelsvertreter.

Arbeitnehmerähnliche Selbständige (§ 2 Nr. 9 SGB VI) sind diejenigen Personen, die zwar unzweifelhaft selbständig sind, aber trotzdem in den Schutz der gesetzlichen Rentenversicherung einbezogen werden sollen. Wer keine versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigt und in der Regel nur einen Auftraggeber hat, wird dann, wenn die Arbeitnehmer-Vermutung widerlegt wird, als Selbständiger in der Rentenversicherung versiche-

rungspflichtig. In diesem Fall beschränkt sich die Versicherungspflicht jedoch auf die Rentenversicherung.

Für arbeitnehmerähnliche Selbständige, die ab 1. Januar 1999 erstmals versicherungspflichtig werden, sind Befreiungsmöglichkeiten bis 30. Juni 1999 vorgesehen (§ 231 Abs. 5 SGB VI). Befreiungsvoraussetzung ist entweder die Vollendung des 50. Lebensjahres bei Inkrafttreten des Gesetzes oder der Nachweis einer bereits bestehenden Lebensversicherung und/oder betriebliche Versorgungszusage, wenn diese bis zum 30. Juni 1999 rentenversicherungsäquivalent ausgestaltet wird. **Achtung:** Zur Befreiung von einschlägiger Versicherungspflicht führen nicht nach dem 10. Dezember 1998 abgeschlossene Versicherungsverträge, sondern das Befreiungsrecht des § 231 Abs. 5 Nr. 2 beinhaltet nur die Möglichkeit, eine bestehende Versicherung an die Vorgaben des Gesetzes anzupassen. Die Befreiungsmöglichkeit gilt, auch darauf sei hingewiesen, nur für arbeitnehmerähnliche Selbständige, nicht für scheinselbständige Arbeitnehmer.

Die Höhe des Rentenversicherungsbeitrages für arbeitnehmerähnliche Selbständige wird nach den Vorschriften berechnet, die schon bisher für rentenversicherungspflichtige Selbständige gelten (§ 165 SGB VI). Danach ist der Beitrag regelmäßig auf der Grundlage der Bezugsgröße, die dem Durchschnittsentgelt aller Versicherten entspricht, zu berechnen. Die Bezugsgröße beträgt 1999 in den alten Bundesländern 4.410 DM und in den neuen Bundesländern 3.710 DM. Hieraus ergibt sich ein Regelbeitrag von 860 DM bzw. 723 DM. Im Einzelfall kann auf Antrag auch das höhere oder niedrigere tatsächliche Arbeitseinkommen zugrundegelegt werden, wenn es durch Steuerbescheid nachgewiesen wird. In den ersten drei Berufsjahren werden auf Antrag entsprechend 50 % der oben genannten Bezugsgröße bzw. Beiträge zugrundege-

legt, bzw. verlangt. Die Regelungen gelten entsprechend für Scheinselbständige, solange sie steuerlich als Selbständige eingestuft sind.

Grundsätzlich ist auch dieser Personenkreis, soweit er die sonstigen Voraussetzungen erfüllt, bei bestehender Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zur Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI berechtigt, da § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI auf Angestellte und selbständig Tätige abstellt.

Für ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis als Arbeitnehmer spricht:

- a) die Nichtbeschäftigung von versicherungspflichtigen Arbeitnehmern, sie ist ein wichtiges Merkmal für das Vorliegen einer Beschäftigung, Familienangehörige werden hierbei ausdrücklich nicht berücksichtigt.
- b) eine vertragliche Ausschließlichkeitsvereinbarung indiziert die Bindung an einen Auftraggeber, es genügt jedoch auch eine faktische Bindung. Das Erfordernis, wesentlich nur für einen Auftraggeber tätig zu sein, ist als erfüllt anzusehen, wenn der Betroffene mindestens 5/6 seiner gesamten Einkünfte aus den beurteilenden Tätigkeiten alleine aus **einer** dieser Tätigkeiten erzielt.
- c) wenn Arbeitsleistungen erbracht werden, die für Beschäftigte typisch sind. Dafür spricht, wenn der Auftraggeber neben dem Mitarbeiter auch Arbeitnehmer beschäftigt, die im wesentlichen die gleichen Leistungen erbringen. Für ein Beschäftigungsverhältnis spricht in diesem Zusammenhang auch, wenn der Mitarbeiter einem ausgeprägten Weisungsrecht des Arbeitgebers in Bezug auf Zeit, Dauer, Ort und Art der Arbeitsausführung unterliegt. Diese Vorgaben können, darauf sei hingewiesen, nicht durch die Vorgabe von genauen Auftrags- und Terminvorgaben umgangen werden.

d) wenn keine Eigenwerbung betrieben wird, bzw. wenn der Betroffene nicht über Einkaufs- und Verkaufspreise, Warenbezug, Einstellung von Personal, Einsatz von Kapital und Maschinen weitgehend eigenständig entscheiden kann.

Es sei noch einmal darauf hingewiesen, daß auch derjenige, der die Vermutung hinsichtlich einer versicherungspflichtigen Beschäftigung widerlegt, versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung als arbeitnehmerähnlicher Selbständiger bleibt. Insoweit gelten von den oben unter a) bis d) genannten Kriterien nur die beiden: Nichtbeschäftigung versicherungspflichtiger Mitarbeiter und in der Regel nur für einen Auftraggeber tätig.

Wer als **freier Mitarbeiter oder als Selbständiger** Zweifel an seinem sozialversicherungsrechtlichen Status oder dem für ihn Tätigen hat, sollte sich an die Krankenkassen als Einzugsstellen oder die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte wenden, damit der jeweilige Status geklärt wird. Nicht ratsam ist es zu warten, bis der Sachverhalt im Rahmen einer Arbeitgeberprüfung durch die Rentenversicherung thematisiert wird, weil dann auch rückwirkende Beitragsbelastungen entstehen können. Nicht auszuschließen sind diese allerdings auch dann, wenn sich im Rahmen der Prüfung ergibt, daß es sich bei der zu beurteilenden Tätigkeit um eine Tätigkeit als versicherungspflichtiger Arbeitnehmer handelt.

Eine Klärung des Sachverhaltes kann auch durch einen beim Versorgungswerk zu stellenden Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI erreicht werden. Für diesen Antrag gilt eine Frist bis zum 31. März 1999, wenn erreicht werden soll, daß die Befreiung ab 01.01.1999 wirksam wird. Ansonsten kann sie nur für die Zukunft wirksam werden.

Der vorstehende Text zur Scheinselbständigkeit wurde uns von der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke (ABV) zur Verfügung gestellt.

Wir machen darauf aufmerksam, daß wir als Ihr Versorgungswerk Sie nur über die neuen gesetzlichen Bestimmungen informieren können. Entscheidungen darüber, ob Versicherungspflicht besteht, können nur die Krankenkassen als Einzugsstelle für den Sozialversicherungsbeitrag bzw. der zuständige Träger der Rentenversicherung treffen.

Kein Problem wird hinsichtlich der Beiträge zur Rentenversicherung für die nach obigem Gesetz zu prüfenden Personen entstehen, die zugunsten des Versorgungswerkes

bereits von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, da diese nach der Satzung bereits einkommensbezogene Beiträge entrichten.

Wichtig: *Sofern Sie nicht von der gesetzlichen RV befreit und der Meinung sind, daß Sie entweder scheinselfständig oder arbeitnehmerähnlicher Selbständiger sind, melden Sie sich umgehend bei Ihrem Versorgungswerk der Landeszahnärztekammer Thüringen unter Tel.: 0361/74 32 – 201, damit wir Sie im Einzelfall informieren und Ihnen die notwendigen Formulare zusenden können.*

*R. Wohltmann
Geschäftsführer*

WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG

Beitragszahlung zum Versorgungswerk für niedergelassene Mitglieder

Gemäß § 21 Abs. 2 Satz 1 der Satzung ist der Beitrag zum Versorgungswerk für niedergelassene Mitglieder für das II. Quartal seit dem 01. April fällig und bis zum 30. April auf das Konto des Versorgungswerkes (Deutsche Apotheker- und Ärztebank Ffm, Kto.-Nr.: 000 338 794 1, BLZ 500 906 07) zu entrichten. Sofern sie uns eine Einzugsermächtigung erteilt haben, wird der Betrag fristgerecht von Ihrem Konto abgebucht.

Für Rückfragen steht die Verwaltung des VZTh gern unter den Rufnummern 0361/74 32-201 bis -203 und auch persönlich zur Verfügung.

**Wir trauern um
Herrn SR Otto Hanff
aus Arnstadt**

**geboren am 31. Mai 1905
verstorben 1999**

*Landeszahnärztekammer Thüringen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen*

31

EUROPÄISCHER ZAHNÄRZTLICHER FORTBILDUNGS KONGRESS

13. - 20. 2. 1999

DAVOS

EIN KONGRESS- BERICHT

Schon im Editorial des Programmes stimmten die engagierten Kongreßleiter Dr. Norbert Grosse und Dr. Gerd Knauerhase die Teilnehmer ein: „Die beste Bildung findet ein gescheiter Mensch auf Reisen.“ Mit diesem Goethe-Zitat fühlte man sich als Thüringer schnell vertraut und war erfreut, daß man die Reise nicht nur in die Schweiz, sondern nach Europa, auf einen europäischen Zahnärztekongreß, angetreten hatte. Zahlreiche Ehrengäste aus Österreich, Luxemburg und der Schweiz gaben sich die Ehre. Erstmals nahm der Präsident der deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dr. Dr. Wilfried Wagner an der Eröffnungsveranstaltung teil.

Der folgende Tag, der Ökonomietag, bot bereits den ersten Höhepunkt: Der Ordinarius für pädagogische Psychologie an der Uni Gießen, Prof. Dr. Werner Correll, referierte zum Thema „Motivation, Streß und Kommunikation – Neue psychologische Erkenntnisse für den Umgang mit Patienten und Mitarbeitern“.

Es bereitete pure Freude, diesem interessanten Vortrag zu folgen. Leider mit einem für die deutsche Gesellschaft deprimierenden Fazit:

Bei der Einschätzung der „Typen“ in der Bevölkerung mußte man u. a. erfahren, daß introvertierte, kompromißlose, nicht tolerante, neuroti-

sche Menschen (auch Beamte) in unserer Gesellschaft immer mehr zunehmen, jedoch die selbstbewußten, Verantwortung übernehmenden, flexiblen, offenen, risikobereiten Menschen auf einen Anteil von unter 2 % in der Bevölkerung absinken. Das Ergebnis im Vergleich zu den USA: Hier nimmt dieser Typ einen Anteil von 20 % ein. Das stimmt nachdenklich...

Mit der großen Motivation, unbedingt letzterer Gruppe zugerechnet zu werden, zog man in das abwechslungsreiche wissenschaftliche Programm. Die Themen spiegelten die gesamte Zahnmedizin wider – von der Endodontie über die Parodontologie bis zur restaurativen Zahnheilkunde und Implantologie. Schwerpunkt war auch die Prophylaxe. Insgesamt über 20 Vorträge und 14 Seminare boten für jeden etwas.

Ein guter Seminartip war zweifellos Dr. Gary Unterbrink (Vivadent), der sich mit den Problemen der Klebetechnik umfassend auseinandersetzte. Natürlich gab es da eine Menge Neues zu erfahren, einschließlich Tips und Warnungen für die Praxis. Bei aller kritischen Betrachtung durch den Referenten hatte dieser natürlich immer die „Adhäsivbrille“ auf.

Für uns Thüringer altbekannte Seminarleiter waren ebenfalls zugegen. Professor Eberspächer, vielen durch den letzten Zahnärztetag bekannt, referierte zum Thema „Das dynamische Team in der Zahnarztpraxis“. Es machte Spaß, dieses spannende Seminar zu verfolgen und ich empfehle den Teilnehmern der Landesversammlung des Freien Verbandes im April in Jena, die Zeit für dieses Seminar unbedingt einzuplanen. (Auch die Kammer bietet eine Eberspächer-Fortbildung zur Streßbewältigung – sicherlich eine gute Empfehlung.)

Egal, ob man über den Aufbau von Führungsflächen in Vollkeramik (Fossdal/Dr. Roth), neueste Nickel-Titan-Instrumente

DENS-Office

die Praxissoftware für Verwaltung und mehr ...

- ✚ eine echte zukunfts-
sichere Windows-
Entwicklung
- ✚ leichte Bedienung
- ✚ übersichtliche
Benutzeroberfläche
- ✚ zusätzliche Windows-
anbindungen
möglich:

- digitales Röntgen
- Video
- ISDN (Internet ...)
- Paro
- Spracheingabe
- Word ...

**Alles aus einer Hand
von Ihrem
Dental-Depot:**

The logo consists of the lowercase letters 'dn' in a bold, sans-serif font. The 'd' and 'n' are connected at the top.

**Deuker + Neubauer
Fichtenweg 6
99198 Erfurt-Kerspleben
Tel. 03 62 03/6 17 - 0
Fax: 03 62 03/6 17-13**

zur maschinellen Wurzelkanalaufbereitung (Dr. Beer), klinische Aspekte der „Zentrik“ (Landeweer) oder augmentative OP-Techniken mit unterschiedlichen Bio-Materialien (Dr. Ackermann/Hutmacher) oder Wissenswertes von weiteren Referenten erfuhr, es handelte sich immer um Beiträge zur modernen Zahnmedizin. Nach jedem Vortrag oder Seminar stellte man sich die Frage: „Was machst du da eigentlich in deiner Praxis?“ Zweifellos versucht jeder, seinen Patienten das Beste zu bieten. Die Beschleunigung des Fortschritts verlangt jedoch, will man diesem gerecht werden, die Kassenzahnmedizin in unseren Praxen klar und deutlich zu definieren.

Natürlich durfte die Standespolitik in Davos nicht fehlen. Die stand ganz unter dem Motto „Zahnmedizin europaweit“. Der traditionelle berufspolitische Abend entpuppte sich angenehmerweise dieses Jahr nicht als großes Palaver über die eigenen Fehler und die der Politiker, sondern hatte einen weitblickenden und zukunftsorientierten Charakter. Dazu trugen eine Reihe prominenter europäischer Gäste bei: Der Präsident der Europäischen Regionalen Organisation (ERO) des Weltzahnärzterverbandes (FDI), Dr. Peter Müller-Boschung aus der Schweiz, zeigte sich als Kämpfer für die freie Zahnmedizin, die für ihn die einzig zukunftsweisende ist. Dr. Ralph Gutmann in seiner unnachahmlich direkten Art brachte es auf den Punkt, wenn er sagte, es gelte, die Amtszeit von Müller-Boschung zu nutzen, um unsere gemeinsame Politik der Freiberuflichkeit in Europa voranzubringen. Ebenso wie er kritisierte der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Fritz J. Willmes, die Sozialpolitik der jetzigen Regierung, die in Europa als Bremser auftritt, sich gegen jede Liberalisierung wendet und vielmehr das deutsche System in die Europäische Union tragen will. Gutmann dazu: „Genau das muß verhindert werden.“

Weitere Gäste, wie der Vizepräsident Dr. Wolfgang Doneus vom Österreichischen Nationalkomitee und der Vizepräsident der Associazione Nazionale Dentisti Italiane Dr. Enrico Filippi beschworen eine not-

wendige Zusammenarbeit zwischen den zahnärztlichen Organisationen in Deutschland, Italien, Österreich und der Schweiz, um die berufspolitischen Ziele gemeinsam vertreten zu können. In dieser Formel scheint die Chance unseres Berufsstandes zu liegen, sich aus dem katastrophalen deutschen Debakel befreien zu können.

Lichtblicke gibt es allemal, folgt man dem Präsidenten der luxemburgischen Zahnärzte, Dr. Gilbert Scheer, der die jüngsten EuGH-Entscheidungen zur Kostenerstattung als die wichtigsten Urteile für eine freie Zahnheilkunde in Europa bezeichnete. Jedem Patienten ist ein Kostenerstattungsanspruch bei der Behandlung im Ausland zugestanden worden. Dies muß auch in den nationalen Gesundheitssystemen Einzug halten. Doch davon ist Frau Fischer natürlich noch weit entfernt.

Zum Abschluß sei zu bemerken, daß es neben den vielen lobenswerten Veranstaltungen auch noch viel, viel, viel Schnee gab und daß alle Thüringer Teilnehmer wohlbehalten wieder zu Hause ankamen.

Dr. Andreas Wagner

Aktuelle Stellungnahme der DGZMK/DGZ zur Einführung und Verwendung neuer Füllungswerkstoffe

Die DGZ und DGZMK haben eine Stellungnahme zur Einführung und Verwendung neuer Füllungswerkstoffe abgegeben, die bereits auch im Internet (<http://www.zahnheilkunde.de/dgzmk/stellung/9816.htm>) einsehbar ist.

Die Stellungnahme beruht auf einem Gespräch mit führenden Herstellern im Sektor Füllungsmaterialien am 9.11.1998, an dem für die BZÄK Dr. Pfeffer als Vorsitzender der Arzneimittelkommission und Verbandsdirektor Dr. Schulze-Wilk teilgenommen haben. Die Hersteller haben der jetzt veröffentlichten Stellungnahme zugestimmt.

Es ist häufig nicht bekannt, daß Firmen mit CE-Zertifizierung nach den aktuellen EU-Richtlinien neue Produkte in den Verkehr bringen dürfen, die zwar von ihnen bezüglich klinischer Eignung bewertet wurden, aber nicht notwendigerweise klinisch getestet sind. In den letzten Monaten sind bemerkenswert viele neue Füllungsmaterialien auf den Markt gebracht worden. Weiterhin wurde die Indikation einzelner Füllungsmaterialien auf den okklusionstragenden Seitenzahnbereich erweitert.

Darüber hinaus wurden zahlreiche neue Bezeichnungen bzw. Produktgruppen wie z. B. „Kompomer“, „Ormocer“ und „Polyglass“ oder „plastische Keramik“ und „smart material“ etc. geschaffen, die teilweise zur Verwirrung bzw. Verunsicherung geführt haben. Bei den beispielhaft genannten Produkten handelt es sich durchweg um Komposit-Kunststoffe, die in Untergruppen aufgeteilt werden können.

Unzutreffende Angaben zu neuen Produkten, z. B. zur Polymerisationschrumpfung, die unter dem hohen Wettbewerbsdruck entstanden sein dürften, die Werbung bzw. gezielt platzierte Berichte in den Massenmedien, die den Zahnarzt nicht selten in Zugzwang versetzen, und das überstürzte

Plazieren von Materialien auf dem Markt (ohne eigene klinische Daten oder mit nur dreimonatiger klinischer Erfahrung) veranlassen die DGZ und die DGZMK zu folgender Stellungnahme.

Aktueller Stand zum Inverkehrbringen von Füllungsmaterialien

Das Inverkehrbringen von neuen Produkten erfolgt seit 1.1.1995 (mit einer Übergangsfrist bis 14.6.1998) über eine sog. Konformitätsbewertung der Hersteller. Die EU-Richtlinien fordern allgemein Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität. Jedoch fehlen derzeit vielfach Ausführungsrichtlinien. Jeder Hersteller legt die Indikationen für seine Produkte selbst fest; er ist hierfür verantwortlich und muß diese Indikation durch klinische Daten aus der Literatur oder eigene klinische Prüfungen belegen. Nach dem Medizinproduktegesetz ist der Nachweis der Wirksamkeit für neue Füllungsmaterialien somit nicht unbedingt durch klinische Studien nötig. Dies bedeutet, daß in Zukunft das kritische Urteil des Zahnarztes mehr denn je gefordert ist.

Empfehlungen vor Einführung eines neuen Füllungssystems (Füllungsmaterialien einschließlich Begleitmaterialien und Applikationstechnik)

Wegen des Risikos allergischer Reaktionen müssen alle potentiellen Allergene (möglichst mit ungefähren Prozentangaben) im Interesse des Patienten und des zahnärztlichen Teams vom Hersteller deklariert werden.

Jeder Indikationsanspruch muß entsprechend belegt sein. Die Festlegung für einen Indikationsbereich durch den Hersteller sollte nur dann erfolgen, wenn neben in-vitro-Versuchen mindestens zwei unabhängige, wissenschaftlich fundierte klinische Studien über das Produkt (bzw. Multicenter-

studie) für den jeweiligen Indikationsbereich vorliegen. Die Übertragung der Ergebnisse auf andere Indikationsbereiche im Sinne einer Erweiterung (z. B. von Klasse I auf Klasse II, von schmelzbegrenzten auf dentinbegrenzte Kavitäten, von Klasse V auf okklusionstragende Restaurationen oder von Klasse III auf Klasse IV) ist nicht zulässig.

Bei der Entscheidung zur Einführung eines neuen Produktes bzw. einer neuen Produktgruppe müssen mindestens 2 klinische Studien in Auftrag gegeben sein und die 6-Monatsergebnisse zur Markteinführung vorliegen. Die 6-Monats-Ergebnisse dienen dazu, eventuelle Produktmängel („catastrophic failures“) und akute Pulpaprobleme, die in in-vitro-Untersuchungen nicht erkannt wurden, vor Markteinführung aufzudecken. Die klinischen Studien sollen über einen Zeitraum von 4 Jahren angelegt sein (bei Klasse V mindestens 18 Monate, in Anlehnung an die ADA). Klinisch kontrollierte Longitudinalstudien sind wegen ihrer hohen Aussagekraft von besonderer Bedeutung.

Die Werbeaussagen und die wissenschaftliche Bewertung des Herstellers müssen übereinstimmen. Nur geringfügige Modifikationen der Zusammensetzung erfordern keine neue klinische Prüfung, rechtfertigen aber auch nicht die Bezeichnung „neues Produkt“. Produkte mit umfangreichen Veränderungen der chemischen bzw. physikalischen Eigenschaften z. B. bei der Konsistenz „stopfbar“ (packable) oder „fließfähig“ (flowable) müssen erneut klinisch geprüft werden. Die Übertragung von klinischen Ergebnissen des Produktes einer Firma auf das Produkt einer anderen Firma (soweit nicht identisch und nur unter einem anderen Namen vertrieben – „private label“) ist aus wissenschaftlicher Sicht problematisch und nicht wünschenswert.

Wenn neue Behandlungskonzepte (z. B. Verzicht auf Schmelzätzung bei Adhäsiven oder „smart materials“) entwickelt werden, müssen ebenfalls entsprechende wissenschaftliche Daten und klinische Studien vorliegen.

Die rechtzeitige und korrekte Information des Zahnarztes ist Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Hersteller und dem Anwender. Der Hersteller muß bei Neueinführung von Produkten die von ihm genannten wissenschaftlichen Dokumentationen (Publikationen oder entsprechende Nachweise) dem Zahnarzt auf Nachfrage zur Verfügung stellen.

Empfehlungen für den Zahnarzt

Es sollten nur Produkte verwendet werden, die ausreichend werkstoffkundlich und klinisch getestet sind.

Werbeaussagen zu einem Material oder einer Behandlungstechnik sollten durch Studien (in vitro und in vivo) mit diesem Material (und nicht über ein ähnliches) oder dieser Behandlungstechnik abgesichert sein. Worauf sich die Aussagen im Detail beziehen, muß eindeutig erkennbar sein.

Der Zahnarzt trägt die Verantwortung für die richtige Auswahl und Anwendung des Materials. Er darf sich nicht durch Werbung bzw. Berichte in den Massenmedien und den dadurch hervorgerufenen, u. U. falschen Erwartungen seiner Patienten unter Druck setzen und zu inkorrekt Produktwahl verleiten lassen. Die Auswahl des geeigneten Füllungsmaterials muß stets in Abstimmung zwischen Patient und Zahnarzt auf der Basis des medizinisch-wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnisstandes und daraus abgeleiteten Empfehlungen erfolgen.

Füllungsmaterialien bzw. -systeme sollen möglichst langfristig die Zahnhartsubstanz gesund und die Funktion intakt erhalten, ohne nicht-kalkulierbare Risiken (Unverträglichkeit, Rezidivgefahr etc.) einzugehen. Ziel der Entwicklung neuer Füllungsmaterialien muß es daher sein, eine schadens-

und risikogerechte zahnärztlich-restaurative Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht dabei die langfristige Gesunderhaltung der Zahnhartsubstanzen und der sie umgebenden Gewebe ohne systemische Nebenwirkungen.

Die Zahnärzteschaft kann durch eine verantwortungsbewußte Haltung bei der Produktauswahl dazu beitragen, daß fragwürdige Marketingaktivitäten gegenüber zahnmedizinisch begründeten Entscheidungen nicht die Oberhand gewinnen.

Anzeige

Die gesamte Dental-Branche ist sich wohl in einem Punkt einig: das Jahr 1999 wird ein spannendes und entscheidendes Jahr, wenn es um die Fragen der Zukunft geht. In diesem Jahr werden die Weichen gestellt. Ein besonderes Gewicht wird das Praxis-Marketing bekommen.

Deshalb lädt sich das **Dental-Labor Moderne Prothetik Neumann GmbH** heute zu einer Vortrags-Veranstaltung mit

Hans-Uwe L. Köhler
Kommunikations-Trainer

ein, der über das aktuelle Thema

Jetzt erst recht!
Die Chancen des Marktes 1999 mit Erfolg nutzen
Erfolgreiches Durchsetzen des Preises am Markt

sprechen wird.

Entdecken Sie, wie Sie durch optimalen Aufbau Ihrer Argumentation die Chancen Ihrer ärztlichen Akzeptanz drastisch erhöhen können. Rechnen Sie einmal aus, wie hoch der Nutzen für Ihre Praxis wäre, wenn Sie allein mit dem Einwand: „Das ist mir zu teuer!“ noch erfolgreicher umgehen könnten!

Hans-Uwe L. Köhler ist der Spezialist für aktive Beratungs-Dialoge in der zahnärztlichen Praxis! Als mehrfacher Buchautor, Experten-Mitglied des Club 55 und international arbeitender Verkaufs-Trainer ist Köhler bekannt für seine farbigen und praxisnahen Vorträge!

Freuen Sie sich schon heute auf diesen spannenden Vortrag!

Bitte notieren Sie sich für diese interessante Veranstaltung den folgenden Termin:

05. Mai 1999 von 14.00 bis 18.00 Uhr
Dorint Hotel Gera

Bitte reservieren Sie sich Ihren Platz zum Preis von 200,- DM inkl. Speisen + Getränke per Fax oder Telefon:

Tel: 03 65/82 4270, Fax: 03 65/8 00 48 16

Zwischenruf

Nun ist die Katze aus dem Sack.

Verbraucherverbände und Technokraten sitzen im KZV-Vorstand, die medizinisch nicht notwendige Luxusleistung wird Vertrag, Krankenkassen werden zu Kontrollorganen der medizinischen und zahnärztlichen Therapie, der Patientschutz wird erweitert, dafür werden seine Daten transparenter gestaltet und die ambulante Überversorgung wird abgebaut.

Dies ist keine Wahnvorstellung, sondern es sind die sogenannten Eckpunkte. Man kann nicht alle kommentieren. Mir fehlt aber vor allem ein Eckpunkt: Schutz des Patienten vor seiner Krankenkasse. Meine Praxis gehört immer noch meiner Bank, aber bei „Enteignung“ sind es meine Schulden. Zwar hatte ich mir vorgestellt, einst im reifen Alter eine Rentensicherung durch Praxisveräußerung zu haben – jetzt wird sie, wenn ich Pech habe, zum Verkehrswert geschlossen.

Zum Glück haben wir Zahnärzte in den neuen Bundesländern schon ein über 40jähriges Training im sozialistischem Gesundheitswesen hinter uns und es bleiben uns noch einige mentale Überlebenschancen.

Leider ist dies kein (Alp-) Traum. Fast 10 Jahre nach Mauerfall und friedlicher Revolution kommt das, was sich selbst durch Unfähigkeit und Inkompetenz abschaffte, durch die Hintertür zurück.

G. Wolf

Eckpunkte zur Gesundheits-Reform 2000

vereinbart zwischen
den Arbeitskreisen „Gesundheit“
der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
und
dem Bundesministerium für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis:

- I. Präambel**
- II. Einzelne Eckpunkte und Maßnahmen**
 - 1. Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung**
 - 2. Stärkung der hausärztlichen Versorgung**
 - 3. Stärkere Orientierung auf Prävention, bedarfsgerechte Behandlung und Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung**
 - 4. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung verbessern**
 - 5. Bedarfsgerechte Investitionen im stationären Bereich**
 - 6. Stärkung von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe**
 - 7. Förderung der Rehabilitation**
 - 8. Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung**
 - 9. Erweiterung von Patientenrechten und Patientschutz**
 - 10. Stabilisierung der Beitragssätze und Erleichterung der sektorübergreifenden Versorgung durch ein Globalbudget**
 - 11. Verbesserung der Datentransparenz und Datengrundlagen zur Steuerung der GKV**
 - 12. Stärkung der Selbstverwaltung**
 - 13. Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung**
 - 14. Abbau der ambulanten Überversorgung/Bedarfsplanung**
 - 15. Mehr Beitragsgerechtigkeit für Bezieher einer geringen Rente**

I. Präambel

Im Mittelpunkt einer zukunftsweisen Gesundheitspolitik steht eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten. Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben zugleich ein Interesse daran, nicht mit übermäßig hohen Beitragszahlungen belastet zu werden. Um beide Ansprüche miteinander in Einklang zu bringen, sind daher Strukturreformen des Gesundheitssystems unbedingt notwendig.

Die Gesundheitsreform 2000 ist einer sozial gerechten Gesundheitspolitik verpflichtet, die auf dem Solidar- und Sachleistungsprinzip beruht. Dazu gehört eine paritätisch finanzierte Krankenversicherung. Die Gesundheits-Reform 2000 will deshalb folgende Ziele erreichen:

- die Sicherung einer qualitativ hochwertigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung innerhalb des solidarischen Krankenversicherungssystems,
- ein Gesundheitssystem, das die Selbstbestimmungsansprüche der Patientinnen und Patienten achtet, ihre Eigenkompetenz stärkt und ihnen systembedingte Doppel- und Mehrfachuntersuchungen erspart,
- Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation einen großen Stellenwert einzuräumen,
- einen effizienten Einsatz der Finanzmittel und eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze.

Im Falle einer Krankheit werden die Menschen in Deutschland auf einem

hohen Versorgungsniveau behandelt. Die gesetzliche Krankenversicherung und die Leistungserbringer sind die Garanten dafür, daß die umfassenden Versorgungsleistungen der breiten Bevölkerung zur Verfügung stehen und für die Versicherten unabhängig von der Höhe ihres Einkommens bezahlbar bleiben. Um diesen Versorgungsstandard zu erhalten und weiterzuentwickeln, bedarf es jedoch erhöhter Anstrengungen, die vorhandenen Finanzmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung zielorientierter und effizienter einzusetzen. Starre Versorgungsstrukturen, die einer patientengerechten Versorgungsplanung im Wege stehen sowie eine nicht ausreichende Orientierung der Versorgung an anerkannten Qualitätsstandards erzeugen einen permanenten Druck zu kosten trächtiger und expansiver Leistungserbringung. Diese Defizite führen zu einer Fehlversorgung, die mit einem ineffizienten Ressourcenverbrauch einhergeht. Der Ruf nach mehr Geld löst diese Probleme nicht. Eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung kann nur dann ernsthaft diskutiert werden, wenn dieser ineffiziente Ressourcenverbrauch weitgehend abgebaut worden ist. Stabile Beitragssätze und hohe Versorgungsqualität sind auch weiterhin vereinbarte Ziele.

Die Koalition geht davon aus, daß das gegenwärtige Finanzierungsvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung mit seiner Anbindung an die Entwicklung der Grundlohnsumme zur Sicherstellung einer medizinischen Versorgung auf hohem qualitativen Niveau dann ausreicht, wenn die ressourcenverzehrenden Defizite in der Versorgung beseitigt werden (Rationalisierung). Einer Politik der Rationierung, die medizinisch indizierte Leistungen aus der GKV herausnimmt, wird eine klare Absage erteilt. Eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung bei stabilen Beitragssätzen ist nicht durch eine detaillierte Regelungspolitik durch den Gesetzgeber erreichbar,

sondern primär durch den Wettbewerb um Qualität zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern.

Die Koalition unterstreicht die Bedeutung der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Politik hat die wesentlichen Rahmenbedingungen zu setzen, in denen die Selbstverwaltung mit Hilfe verschiedener Instrumente die gesundheitliche Versorgung steuert.

Das Ziel eines effizienteren und qualitätsorientierten Gesundheitssystems wird nur zu erreichen sein, wenn es gelingt, die verschiedenen Versorgungssektoren besser als bisher zu integrieren und zu koordinieren und die Prinzipien „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ konsequent umzusetzen. Die Orientierung an Qualitätskriterien muß durch Entwicklung und Verbreitung von Behandlungsleitlinien erleichtert und das Vergütungssystem den Anforderungen einer patientengerechten Versorgung angepaßt werden. Ohne die Stärkung der beratenden und steuernden Funktion der Hausärzte ist dauerhaft eine effiziente, hohen Qualitätsansprüchen genügende medizinische Versorgung der Patienten nicht denkbar. Dazu bedarf es auch einer Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung, über deren Mängel fast alle Beteiligten im Gesundheitswesen seit langem klagen. Die zahnmedizinische Versorgung ist konsequent an der Vermeidung von Zahnschäden zu orientieren. Für ein modernes Gesundheitssystem ist die Gesundheitsförderung ebenso unverzichtbar wie wirksame Maßnahmen zum Patientenschutz, stärkere Rechte und Informationsmöglichkeiten für die Patienten und die Unterstützung der Selbsthilfe.

Auf Grundlage dieser Eckpunkte wird der Dialog mit den Beteiligten geführt.

II. Einzelne Eckpunkte und Maßnahmen

1. Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

Die starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung wird gezielt durchbrochen, um die Voraussetzungen für eine an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Behandlung zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, daß medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten. Um die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, erhalten die Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen, die solche integrierten Versorgungsformen als einheitliche und gemeinsame Regelversorgung anbieten. Die Initiative für solche Verträge kann von den Krankenkassen ausgehen oder von einem Zusammenschluß ambulanter und stationärer Leistungserbringer.

Die Krankenhäuser werden zudem in eingeschränktem Umfang zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zugelassen. Eine Zulassung sollte nur für hochspezialisierte Leistungen und die Betreuung schwer bzw. chronisch kranker Patientinnen und Patienten (Krebs, Aids, Rheuma etc.) entsprechend der ambulanten Bedarfsplanung erfolgen. Ferner erhält das Krankenhaus die Berechtigung, Patientinnen und Patienten, die zu einer (nicht notwendigen) stationären Behandlung vom Vertragsarzt in das Krankenhaus eingewiesen werden, ambulant zu behandeln.

Als Pendant zur Öffnung der Krankenhäuser wird die Möglichkeit verstärkt, daß Vertragsärzte in begrenz-

tem Umfang Versicherte sowohl ambulant als auch kurzstationär zur Sicherung der Behandlung im Krankenhaus betreuen können. Voraussetzung hierfür ist ein dreiseitiger Vertrag über die stationären Leistungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den stationären Einrichtungen und den kassenärztlichen Vereinigungen. Dabei muß sichergestellt werden, daß es nicht zu einer Kapazitätsausweitung im stationären Bereich kommt.

Zur konsequenteren Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird ein Katalog ambulant durchführbarer Eingriffe durch die gemeinsame Selbstverwaltung erstellt. Soll ein derartiger Eingriff stationär durchgeführt werden, bedarf es einer Genehmigung durch die Krankenkasse. Für diese Eingriffe gilt stationär und ambulant ein einheitliches Preissystem.

Die Fristen für die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus werden im SGB V gezielt für bestimmte Krankheitsbilder verlängert.

Die Anschaffung und gemeinsame Nutzung von medizinischen Großgeräten werden im Rahmen einer Großgeräteplanung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich mit dem Ziel des Abbaus von Überkapazitäten abgestimmt.

2. Stärkung der hausärztlichen Versorgung

Das Gesundheitssystem ist heute ein äußerst komplexes Gebilde mit zum Teil hochspezialisierten Leistungserbringern. Kompetenzgewinn durch ein hohes Maß an Spezialisierung in einem begrenzten Teilgebiet geht nach allen empirischen Erkenntnissen mit Verlusten an Überblickskompetenz für das gesamte Gesundheitssystem einher. Um sicherzustellen, daß Patientinnen und Patienten „zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ behandelt werden, bedarf es eines kompetenten „Lotsen“, der nicht nur die Betreuung durch geeignete nicht-ärztliche und ärztliche Spezialisten organisiert und koordi-

niert, sondern auch in der Lage ist, die häufigen Alltagsbeschwerden der Menschen und die verbreiteten Krankheiten effizient zu behandeln. International besteht Konsens, daß Hausärzte diese Funktion am besten übernehmen können.

Es muß sichergestellt werden, daß der Hausarzt die ihm vom Gesetzgeber bereits übertragenen Aufgaben wirksamer als bisher umsetzen kann. Dazu gehört insbesondere eine verbesserte Kommunikation zwischen dem Hausarzt des Patienten und den an der Behandlung beteiligten Fachärzten, Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen der medizinischen Versorgung (zeitnahe Übermittlung von Befunden, Berichten u. a.). Um die in der Praxis bestehenden erheblichen Umsetzungsdefizite der vom Gesetz dem Hausarzt übertragenen Aufgaben zu beseitigen, muß die Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Leistungserbringer verpflichtet werden, vertragliche Vereinbarungen zu den Verfahrensregelungen zu treffen, die für eine wirksame Erfüllung der Hausarztfunktion erforderlich sind. Dies gilt insbesondere zur Wahl des Hausarztes durch den Versicherten und zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den an der medizinischen Versorgung eines Versicherten beteiligten Ärzten und anderen Leistungserbringern. Es ist zu prüfen, ob die Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch Anreize begleitet werden soll.

Die kassenärztlichen Vereinigungen haben eine angemessene Finanzierung der hausärztlichen Versorgung durch einen eigenen Honoraranteil sicherzustellen und für den Honorarverteilungsmaßstab das Einvernehmen mit den Krankenkassen herzustellen. Für die hausärztliche Versorgung werden eigenständige Vergütungsformen vereinbart. Die Position der Hausärzte in der ärztlichen Selbstverwaltung wird gestärkt. Die Abgrenzung der hausärztlichen Tätigkeit durch die Definition hausärztlicher Leistungen muß ge-

währleistet werden. Die mit dem Initiativprogramm zur Förderung der Allgemeinmedizin eingeleiteten Maßnahmen sind fortzuführen, um dauerhaft die qualifizierte Allgemeinmedizin in Deutschland zu ermöglichen. Zielgerichtete Qualifizierungsmaßnahmen für Hausärzte sind zu entwickeln.

Modellvorhaben der Krankenkassen zur hausärztlichen Versorgung können durchgeführt werden, wenn eine hinreichend große Zahl von Hausärzten in einer Versorgungsregion hierzu bereit ist. Das Genehmigungsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen entfällt.

3. Stärkere Orientierung auf Prävention, bedarfsgerechte Behandlung und Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung

In der Zahnheilkunde sind die Ursachen der wichtigsten Erkrankungen weitgehend bekannt. Deshalb kann die Krankheitsentstehung durch relativ einfache, rechtzeitig vorgenommene Maßnahmen vermieden (Prophylaxe/Prävention) und können eingetretene Schäden ursachengerecht therapiert werden. Prävention ist bisher bundesweit nicht flächendeckend organisiert und in den Ländern nicht überall verbindlich durchgesetzt. Die Rahmenbedingungen für eine bevölkerungsweite Prävention, vor allem auch in Form der Gruppenprophylaxe, sowie für eine an der Prävention orientierte kurative Versorgung werden daher verbessert. Die Erfolge intensiver Prävention steigern die Mundgesundheit, senken den kurativen Behandlungsbedarf und erfordern eine die bedarfsgerechte Versorgung fördernde Vergütungsordnung und entsprechende Rahmenbedingungen, wie z. B. eine effektive Qualitätssicherung.

Die zahnmedizinische Versorgung ist heute von der prothetisch orientierten Behandlungsweise des Zahnarztes geprägt. Es kommt deshalb darauf an, einen klaren und verbindlichen Leistungskatalog zu erstellen, der auch die Möglichkeit bietet, den medizini-

schon Fortschritt im Rahmen der GKV zu berücksichtigen. Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen war zwar bisher schon mit der Erstellung von Richtlinien befaßt. Er hat jedoch in Zukunft verstärkt externen Sachverstand (Epidemiologie, Sozialmedizin, Fachwissenschaften der Zahnmedizin) einzubeziehen, um den Leistungsrahmen in Richtlinien und die Bewertungsmaßstäbe der Vergütung festzulegen sowie die Rahmenbedingungen von Prävention und Qualitätssicherung zu erarbeiten. Dazu muß er in die Lage versetzt werden, seine Aufgaben fristgerecht, effektiver, transparenter und damit überprüfbarer als bisher zu erledigen.

In dem gegenwärtigen Vergütungssystem werden Zahnersatz und Kieferorthopädie überbewertet, zahnerhaltende Leistungen jedoch unterbewertet und wichtige präventive Leistungen zu wenig berücksichtigt. Eine moderne kurative Zahnheilkunde zielt ab auf eine systematische Behandlungsplanung, Behandlungsdurchführung und die Gesamtanierung. Der von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen und Vertragszahnärzte zu bestimmende Bewertungsmaßstab für zahnmedizinische Leistungen muß entsprechend verändert werden. Die Gesamtanierung muß auch die Patienten bzw. Versicherten (z. B. durch Anreizsysteme) verbindlich einbeziehen.

Mehrkostenregelungen bewirken eine Fehlsteuerung der zahnmedizinischen Versorgung, da nicht ausschließlich die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, sondern auch betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte das Behandlungsgeschehen bestimmen. Anreize für die Übernahme des zahnmedizinischen Fortschritts in den Leistungskatalog durch den Bundesausschuß entfallen. Die Patientinnen und Patienten werden zudem mit hohen privaten Abrechnungen belastet. Deshalb wird nach alternativen Regelungen gesucht, die diese Fehlentwicklungen vermeiden.

4. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung verbessern

Die Positivliste abrechnungsfähiger Arzneimittel in der GKV wird die Qualität der Arzneimittelversorgung verbessern. Der bereits auf der Basis des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 entwickelte Vorschlag einer Positivliste bietet hierfür eine gute Grundlage, die aktualisiert wird. Kriterien für die Aufnahme in die Positivliste sind der nachgewiesene therapeutische Nutzen und die Zweckmäßigkeit der Verordnung. Für die Aktualisierung und Fortschreibung der Positivliste wird ein unabhängiges Arzneimittelinstitut beim BMG errichtet. Es wird geprüft, ob die Zuzahlungen der Versicherten nach medizinischen Kriterien beitragsneutral differenziert werden können. Das Recht der Krankenkassen zur Information über Arzneimittel wird gestärkt.

Ein Vergleich der Arzneimittelausgaben zwischen den verschiedenen kassenärztlichen Regionen offenbart beträchtliche, medizinisch nicht nachvollziehbare Unterschiede. Zur konsequenteren Orientierung an den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit bedarf es transparenter Hilfen für die Vereinbarungen von Arznei- und Heilmittelbudgets zwischen den Krankenkassen und den Ärzten. Am besten eignet sich dafür eine Orientierung an denjenigen Versorgungsregionen, in denen in den vergangenen Jahren eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet wurde (Prinzip des Benchmarking). Dabei sind relevante Unterschiede der Regionen zu berücksichtigen.

Das bisherige System der Findung von Erstattungshöchstgrenzen mit Hilfe von Festbeträgen bleibt erhalten; Festbeträge werden rechtssicher gemacht. Die Abgabe von Reimport-Arzneimitteln wird wieder verbindlich geregelt.

5. Bedarfsgerechte Investitionen im stationären Bereich

Die bestehende duale Finanzierung der Krankenhäuser hat sich nicht be-

währt, da sie zwar die Planungsverantwortung bei den Ländern, die finanziellen Folgelasten aber bei den Krankenkassen beläßt. Dies hat zu unwirtschaftlichen Strukturen und Fehlsteuerungen geführt. Die Krankenkassen müssen in die Verantwortung eingebunden und bei den Entscheidungen für die Kapazitäten und Strukturen im Krankenhausbereich einbezogen werden. Die Rahmenplanung wird von den Ländern und den Kassen einvernehmlich vorgenommen.

Voraussetzung für eine Beteiligung der Krankenkassen an der Krankenhausplanung ist die schrittweise Übernahme von Investitionskosten durch die Krankenkassen. Entscheidungsrechte und finanzielle Verantwortung für die Folgen von Entscheidungen werden dabei perspektivisch in einer Hand liegen. Dazu wird die zum Jahresende auslaufende Finanzierung der Instandhaltungskosten der Krankenhäuser gegen Nachweis durch die Krankenkassen verlängert. In einem zweiten Schritt übernehmen die Krankenkassen die Finanzierung der pauschalen Fördermittel von den Ländern. Ziel ist es dabei, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser durch Investitionsmaßnahmen zu erhöhen.

Im Krankenhaus wird immer noch überwiegend nicht leistungsgerecht vergütet. Dies führt dazu, daß bei gleichen Leistungen/Behandlungen, die in verschiedenen Krankenhäusern erbracht werden, unterschiedlich mit den Krankenkassen abgerechnet wird. Deshalb muß ein pauschaliertes Preissystem zur Sicherstellung der leistungsgerechten Mittelverteilung für den gesamten stationären Behandlungsablauf entwickelt werden.

Die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die Krankenhäuser bedarf der Zustimmung eines gemeinsam von den Krankenkassen und Krankenhäusern besetzten Gremiums ähnlich dem Bundesausschuß für die ambulante Versorgung. Universitätskliniken sind davon ausgenommen.

6. Stärkung von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe

Die Förderung der Gesundheit und die Verhütung von Krankheiten sind unverzichtbar für ein modernes Gesundheitswesen. Dazu gehört auch die Integration der Selbsthilfe in das Gesundheitssystem. Es muß zur gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen gehören, entsprechende Maßnahmen im Leistungskatalog einschließlich Angebote der Selbsthilfe mit präventiver oder rehabilitativer Zielsetzung anzubieten und zu finanzieren. Krankenkassen und Unfallversicherung werden verpflichtet, in der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammenzuarbeiten. Initiativen zu Maßnahmen und Programmen der Gesundheitsförderung können von beiden Seiten ausgehen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden Kriterien für qualitativ ausgerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam und einheitlich vereinbaren. Die Kooperation mit anderen Akteuren wie den öffentlichen Gesundheitsdiensten, Patientenstellen und Selbsthilfegruppen und -organisationen ist dabei unerlässlich. Die entsprechenden Angebote werden die verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen erreichen und deren Bedürfnisse berücksichtigen. Mit der Aufgabenzuweisung wird eine Verpflichtung der Krankenkassen zur regelmäßigen Evaluation und Qualitätssicherung verbunden, auch hierfür sind die Verfahrenswege und die Umsetzung gemeinsam und einheitlich zu bestimmen. Die Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sind durch geeignete Vorschriften, z. B. durch einen festzusetzenden Pauschalbetrag pro Versicherten, sicherzustellen.

7. Förderung der Rehabilitation

Ausgehend von der Tatsache, daß in einer demographisch sich wandelnden Gesellschaft ein erhöhter Behandlungsbedarf für chronisch Kranke besteht, ist ein neuer Schwerpunkt auf

Rehabilitation zu legen, um das Ziel „Rehabilitation vor Rente und Rehabilitation vor Pflege“ zu erreichen.

Dazu ist eine Vernetzung präventiver, akuter und rehabilitativer Therapieformen sicherzustellen.

Durch verstärkte Qualitätsorientierung und -sicherung von medizinisch initiierten Rehabilitationsmaßnahmen, die gemeinsam von allen Trägern von Rehabilitationsmaßnahmen zu vereinbaren sind, sind nicht nur Einsparpotentiale erreichbar, sondern auch eine spürbare Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen.

Um diese Ziele zu erreichen sind u. a. schrittweise folgende Maßnahmen umzusetzen:

- Flexibilisierung der Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen,
- klare Begriffsdefinitionen für Rehabilitation auf der Basis der WHO-Definition,
- Qualifizierung von Ärzten im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung zur besseren Bestimmung und Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen,
- Absenkung von Zuzahlungen.

8. Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung

a) Umfassendes Qualitätsmanagement

Unbestritten ist, daß bei allen Beteiligten im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung das Bewußtsein für die Bedeutung der Qualitätssicherung in den letzten Jahren gewachsen ist. Allerdings bleiben die Bemühungen um die Qualitätssicherung (Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität) weitestgehend auf die Berufsgruppen oder Fachgebiete beschränkt, für die die Selbstverwaltungspartner nach den gesetzlichen Vorgaben Qualitätsanforderungen festgelegt haben (externe Qualitätssicherung). Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß es ergänzend zu diesen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung auch Maßnahmen der internen Qualitätssicherung bedarf, um eine berufsgruppen- und fachübergrei-

fende Gestaltung der Qualitätssicherung in den Versorgungseinrichtungen zu erreichen. Hierzu ist die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements, das die stetige Qualitätsverbesserung zum Ziel hat, unerlässlich. Nicht allein die von außen durchgesetzte Suche nach den „schlechten Äpfeln“ und ihre Sanktionierung (externe Qualitätssicherung) wird zu einer spürbaren Qualitätsverbesserung von medizinischer Versorgung führen, sondern die engagierte Anstrengung aller Berufsgruppen, die Versorgungsqualität insgesamt zu heben (interne Qualitätssicherung). Es werden daher alle ambulanten und stationären Einrichtungen verpflichtet, ein umfassendes Qualitätsmanagement einzuführen. Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, das Engagement der Leistungserbringer für eine stetige Qualitätsverbesserung zu befördern und die Vergütungen von der Qualität der erbrachten Leistungen abhängig zu machen. Die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen werden regelmäßig öffentlich gemacht und sollen in die Information und Beratung der Versicherten und Patienten einfließen.

b) Bewertung medizinischer Technologien

Ein mit den Fragen der Qualität medizinischer Versorgung eng zusammenhängender Bereich ist die Bewertung medizinischer Technologien. Weltweit hat sich gezeigt, daß neue medizinische Technologien häufig nur im Hinblick auf ihre technologische Innovation bewertet werden und die entscheidende Frage unbeantwortet bleibt, ob damit auch ein zusätzlicher Gewinn für die medizinische Versorgung erreicht werden kann. Da neue medizinische Technologien in der Regel additiv und nicht substitutiv eingeführt werden, tragen medizinische Technologien zur Kostendynamik im Gesundheitswesen bei. Wie bereits in anderen Ländern muß eine professionelle und unabhängige Technologiebewertung in der Medizin dauerhaft institutionalisiert werden, wenn eine effiziente Nut-

zung dieser Technologien in der medizinischen Versorgung ermöglicht werden soll. Die im Rahmen dieser Institution erarbeiteten wissenschaftlichen Erkenntnisse stehen insbesondere dem Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen für seine Entscheidungen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der ambulanten Versorgung zur Verfügung; sie sollen auch einem zu bildenden Gremium für den Krankenhausbereich mit einer analogen Aufgabenstellung – Abgabe von Empfehlungen über die Einführung neuer medizinischer Verfahren und Methoden in die stationäre Regelversorgung – zur Verfügung stehen. Da das Informationssystem auch für die Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten zugänglich ist, trägt es zugleich zur Verbesserung des Patientenschutzes bei.

c) Weiterentwicklung des Medizinischen Dienstes

Zur Sicherung einer hohen Qualität in der medizinischen Versorgung können die Krankenkassen eine wichtige Rolle spielen. Dazu bedarf es der Nutzung medizinisch-fachlicher Kompetenz. Mit den Medizinischen Diensten der Krankenkassen sind dazu bereits die institutionellen Voraussetzungen vorhanden. Die Krankenkassen nehmen den Medizinischen Dienst derzeit schwerpunktmäßig für die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit, von Pflegestufen und von Kuranträgen in Anspruch. Für eine Steuerung der medizinischen Leistungen – Überprüfung des Leistungsspektrums eines Krankenhauses, Bewertung der Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen – findet dagegen eine Beratung nur in Ansätzen statt. Die Krankenkassen werden daher verpflichtet, die qualitative und quantitative Beratungstätigkeit der MDKs weiterzuentwickeln, sie den Patienten zugänglich zu machen und die medizinische Kompetenz der MDKs für die gezielte Steuerung medizinischer Leistungen in der GKV in Anspruch zu nehmen.

9. Erweiterung von Patientenrechten und Patientenschutz

Das deutsche Gesundheitssystem ist einseitig auf Leistungserbringer und Kostenträger ausgerichtet. Patientinnen und Patienten tauchen zumeist als Objekte der Fürsorge auf. Ein an den Interessen der Betroffenen orientiertes Leistungsgeschehen bedarf einer Integration von Versicherten und Patienten als Akteure in die Gestaltung des Gesundheitswesens. Damit wird ihnen ermöglicht, mehr Selbstverantwortung für Gesundheit und Krankheit zu übernehmen. Nur aufgeklärte Patientinnen und Patienten haben die Chance sich sowohl rational als rationell im Gesundheitswesen zu bewegen. Dies setzt eine bessere Verankerung des Patientenschutzes und eine umfassende, rechtlich abgesicherte Information und Aufklärung der Versicherten und Patienten voraus. Hierzu bedarf es der Schaffung und Unterstützung entsprechender unabhängiger Anlauf- und Beratungseinrichtungen wie z. B. Patientenstellen oder Verbraucherzentralen. Zu den Aufgaben der Krankenkassen muß die Unterstützung entsprechender Beratungs- und Informationsstellen gehören. Der Medizinische Dienst hat auf Anforderung auch direkt die Versicherten zu beraten. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen Versicherte bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen.

Auch über die genannten Maßnahmen hinaus ist die Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten zu stärken. Eine Stärkung der Patientenrechte führt nicht zu einer Häufung haftungsrechtlicher Probleme für die ärztliche Professionen, sondern bietet im Gegenteil die Chance einer Verminderung solcher Auseinandersetzungen. Es wird geprüft, ob dies in einem eigenen Patientenschutzgesetz oder durch bessere Regelungen in Gesetzen geschehen soll, die sich mit Anliegen des Patientenschutzes befassen. Dieses für diese Legislaturperiode vorgesehene Vorhaben ist zeitlich von der Strukturreform zu entkoppeln.

10. Stabilisierung der Beitragssätze und Erleichterung der sektorübergreifenden Versorgung durch ein Globalbudget

Die Besonderheit des Gesundheitswesens mit seinen expansiven Tendenzen bedarf einer globalen Finanzsteuerung (Globalbudget), die den effizienten Einsatz der Gelder der Versicherten bewirkt und dadurch die Beitragssätze dauerhaft stabilisiert. Eine globale Finanzsteuerung schafft die Voraussetzung, die Integration und Koordination der verschiedenen Versorgungssektoren voranzutreiben und vernetzte Strukturen zu ermöglichen. Die bisherige Abschottung der Sektoren durch strikt voneinander getrennte Finanzierungssysteme muß durch eine globale Finanzsteuerung aufgebrochen werden, damit das Prinzip „Geld folgt der Leistung“ Realität werden kann und vor allem betriebswirtschaftlich motivierte Entscheidungen in der medizinischen Versorgung abgelöst werden durch Entscheidungen, die sich an den spezifischen Behandlungsbedürfnissen individueller Patientinnen und Patienten orientieren.

Hierzu wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, durch Verträge mit Leistungserbringern bestimmte sektorübergreifende und innerhalb der Sektoren integrierende Versorgungsformen als Regelversorgung zu finanzieren. Beispiele für solche Versorgungsformen sind ambulante Operationen, vernetzte Praxen, sonstige Verbände von Leistungsanbietern (auch sektorübergreifend) und andere Formen von patientenorientiertem Management.

Ausgehend von den bisherigen Ebenen und Zuweisungen der Finanzverantwortung wird folgendermaßen verfahren:

1. Die Krankenkassen sollen gemeinsam und einheitlich Verträge mit einzelnen Vertragsärzten bzw. -zahnärzten, Arztgruppen, Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern zur Finanzierung integrierender Versorgungsformen schließen. In den Fällen,

in denen die Kassen nicht gemeinsam und einheitlich solche Verträge abgeschlossen haben, erhalten die nicht beteiligten Kassen die Möglichkeit, den Verträgen beizutreten.

2. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren jeweils wie bisher mit den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen eine Gesamtvergütung für die vertragsärztlichen Leistungen (Budget zur ambulanten Versorgung). Mit dieser Gesamtvergütung wird wie bisher ein Arznei- und Heilmittelbudget verknüpft.

3. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich auf Landesebene eine Gesamtvergütung für den stationären Bereich als Rahmengröße (Budgetvorgabe für die stationäre Versorgung). Die Krankenkassen schließen wie bisher gemeinsam und einheitlich zusammen mit den übrigen Vertragsparteien Vergütungsverträge mit den einzelnen zugelassenen Krankenhäusern. Dabei ist auf Kassenseite darauf zu achten, daß sich die Summe aller Einzelverträge im Rahmen der Budgetvorgabe auf Landesebene hält. Den Krankenkassen ist dabei gemeinsam und einheitlich vorbehalten, einzelne Abteilungen eines zugelassenen Krankenhauses nicht in den Vergütungsvertrag einzu beziehen.

Bei der Bestimmung der Steigerungsrate des Globalbudgets muß die Beitragssatzstabilität beachtet werden. Verantwortlich für die Beachtung der Beitragssatzstabilität sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen.

11. Verbesserung der Datentransparenz und Datengrundlagen zur Steuerung der GKV

Eine effiziente Steuerung des Gesundheitssystems wird heute wegen mangelnder Transparenz des Versorgungsgeschehens in erheblicher Weise erschwert. Es muß deshalb sichergestellt

werden, daß die für die Steuerung notwendigen Daten auch zur Verfügung stehen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere im Hinblick auf patientenbezogene Daten, müssen dabei strikt eingehalten werden.

Hierzu müssen die rechtlichen Grundlagen für das Verfahren der Erfassung, Speicherung, Übermittlung, Aufbereitung und Auswertung steuerungsrelevanter Daten durch die Krankenkassen, insbesondere hinsichtlich einer kassenartenübergreifenden Datenzusammenführung konkretisiert werden. Gleichzeitig sind institutionelle Rahmenbedingungen für ein leistungsfähiges System zur Bereitstellung der von der Selbstverwaltung und der Politik benötigten Steuerungsdaten zu schaffen: Insbesondere kassenartenübergreifende Einrichtungen auf regionaler und/oder Bundesebene für operative Aufgaben bei der Erfassung, Zusammenführung und Auswertung der Abrechnungsdaten der Leistungserbringer sowie Errichtung eines kassenartenübergreifenden Instituts für konzeptionelle und logistische Aufgaben im Zusammenhang mit dem Aufbau und der Weiterentwicklung des GKV-Datensystems.

Eine Verbesserung der Datengrundlage zur Steuerung der Gesetzlichen Krankenversicherung kommt zudem unmittelbar der Gesundheitsberichterstattung zugute, deren grundsätzlicher Wert für eine regionale Gesundheitspolitik der Länder und Gemeinden unbestritten ist.

12. Stärkung der Selbstverwaltung

In der vertragsärztlichen Selbstverwaltung wird seit geraumer Zeit die Notwendigkeit einer Modernisierung ihrer Strukturen diskutiert. Nach wie vor gibt es bei den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen/der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung einen ehrenamtlichen Vorstand, eine hauptamtliche Geschäftsführung und eine ehrenamtliche Vertreterversammlung, deren Mitgliederzahl jeweils

durch die Satzung festgelegt wird. Den gesteigerten Aufgaben wird diese Organisationsstruktur nicht mehr gerecht. Darum wird eine Neuordnung der inneren Organisation der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen durchgeführt ähnlich den Strukturen, wie sie in den gesetzlichen Krankenkassen bereits gelten, d. h. Umwandlung der Vertreterversammlung in einen in der Mitgliederzahl beschränkten Verwaltungsrat und Bildung eines hauptamtlichen Vorstandes. Eine solche Übernahme der bewährten Organisationsstrukturen der Krankenkassen auch für den Bereich der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ist im Hinblick auf die damit zu bewirkende „Professionalisierung“ angezeigt.

Bislang ist es den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen überlassen, ob sie nach dem Verhältnis- oder Mehrheitswahlrecht ihre Selbstverwaltungsorgane wählen. Insbesondere bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erschwert das Mehrheitswahlrecht die verbandspolitische Repräsentation von Minderheitsgruppen. Deshalb soll die Verhältniswahl bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen/Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung verbindlich eingeführt werden, um so allen maßgeblichen Interessengruppen die Möglichkeit zu geben, entsprechende Vertreter in den Verwaltungsrat zu entsenden.

Die Bundesausschüsse in ihrer heutigen Form werden durch Vertreter der Vertragsärzte und der Krankenkassen besetzt. Abweichend von der bisherigen Regelung ist sicherzustellen, daß zukünftig auch Vertreterinnen und Vertreter von nicht-ärztlichen Professionen in die sie betreffenden Entscheidungen eingebunden werden.

13. Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Grundsätzlich haben mit Ausnahme der Versicherungspflichtigen alle übrigen Personen (insbesondere höherverdienende Arbeitnehmer, Beamte,

Selbständige und ihre Familien) zumindest zu Beginn ihres Erwerbslebens die Möglichkeit der Wahl zwischen GKV und PKV. Wird die PKV gewählt, muß zur Vermeidung von Risikoselektionen eine spätere Rückkehr in die GKV – insbesondere für ältere Personen nach längerer PKV-Zugehörigkeit – ausgeschlossen werden. Dadurch werden unvertretbare Belastungen der GKV und Mißbrauchsmöglichkeiten an der Nahtstelle zwischen GKV und PKV vermieden.

Zur Vermeidung unzumutbarer Prämienbelastungen von PKV-Versicherten wird die soziale Schutzfunktion des PKV-Standardtarifs nach § 257 Abs. 2a SGB V ausgebaut und gestärkt (insbesondere durch Absenkung der Altersgrenze von 65 auf 55).

14. Abbau der ambulanten Überversorgung/Bedarfsplanung

Um einen Abbau der Überversorgung im ambulanten Bereich zu gewährleisten, sollten kurzfristig die bisherigen Regelungen zur Überversorgung weiterentwickelt werden, indem den Krankenkassen und den KVs die Möglichkeit eingeräumt wird, Vertragsarztpraxen in überversorgten Regionen bei Praxisaufgabe gegen eine am Verkehrswert bemessene Entschädigung zu schließen und Facharztsitze in solche für Hausärzte umzuwandeln. Das Versorgungsangebot beeinflusst die Nachfrage nach medizinischen Leistungen erheblich. Aus diesem Grund werden geeignete Maßnahmen entwickelt, die dieser Tendenz entgegenwirken.

15. Mehr Beitragsgerechtigkeit für Bezieher einer geringen Rente

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz mit Wirkung ab 1. Januar 1993 in Kraft getretene Neuregelung der Krankenversicherung der Rentner führt bei Beziehern einer geringen Rente teilweise zu erheblichen Beitragsmehrbelastungen. Ursache hierfür ist die Mindestbeitragsregelung für freiwillig Versicherte. Die Benachteiligung dieser Personen gegenüber vergleichbaren pflichtversicherten Rentnern und Rentnerinnen wird durch eine beitragsrechtliche Änderung beseitigt.

Quelle:
<http://www.gruene-fraktion.de/aktuell/gesundheit/eckpunkte.htm>

Sachsen, Thüringen

Engagierter, flexibler, dt. **ZA**, 25 J., Ex. 1/99 z. Z. Promot. mit viel Freude am Beruf **sucht Stelle als Vorbereitungs-ass.** in netter moderner Praxis mit breitem Wirkungsspektrum. Dirk Hanke, Körnerstraße 9, 04600 Altenburg
Tel. (03447) 500565.

ZA, 35 J./11 J. BE **sucht Stelle als Entl.-ass./Angest. ZA** im Raum Apolda, Weimar, Jena, Triptis, Gera, Altenburg. Zuschriften unter Chiffre **tzb 095** an TYPE-DTP, Müllerstraße 9, 99510 Apolda.

Schnäppchen!

Panorama-Röntgengerät FIAD ROTOGRAPH, Bj. 1992, für DM 9.500,- **zu verkaufen** (Tel. 03691/784557).

Zahnmedizinische Fachschwester (32), engagiert, mit Spaß an der Arbeit und von der Prophylaxe überzeugt, **sucht Wirkungskreis** in Jena o. näh. Umgebung (Teilzeit bevorzugt). Gute PC-Kenntnisse und Erfahrung in Labor und Röntgen vorhanden.
Bei Interesse: Telefon 03641-616554

Inserentenverzeichnis	Seite
Dr. Hinz Fachlabor, Herne	
DBV Winterthur Versicherung, Offenbach	87
Deuker + Neubauer, Erfurt	
Moderne Prothetik Neumann GmbH, Gera	
Vivadent Dental GmbH, Ellwangen	90
Vereinte Versicherung AG, München	95
Hager & Werken GmbH & Co. KG, Duisburg	101, 102, 111, 112
Wenzel Raumausstattungen	105
Degussa AG, Hanau	123
R. + R. Daume Finanzdienstleistungen, Erfurt	126
Kleinanzeigen	131
STADAPharm GmbH, Bad Vilbel	
Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG, Lemgo	

Reinigung von Vertikallamellen

Fachgerechte Reinigung und Pflege
schonend und umweltfreundlich
hygienisch sauber und unbedenklich

Reinigung aller Breiten und Längen, zügige Auftragsbearbeitung

Raumausstattung und Lamellenreinigung

Hermann Wenzel

Stiller Gasse 22

98574 Schmalkalden

Tel. + Fax 036 83 / 40 24 55

Kontroverse Standpunkte müssen erst noch zusammengeführt werden

Ersatzkassenforum als Auftakt einer breiten Diskussion zur Vorbereitung der Strukturreform im Gesundheitswesen

Eine offene Diskussion möge – so verlautet es seitens der rot-grünen Bundesregierung – der Strukturreform im Gesundheitswesen vorangehen. Viel Zeit bleibt nicht, wenn das Gesetz wie geplant bereits am 1. Januar 2000 in Kraft treten soll. Deshalb war es das Ziel eines Forums, zu dem die Ersatzkassen am 17. Februar in die LVA Erfurt eingeladen hatten, den breiten Dialog in Thüringen zu eröffnen. Vertreter der Politik, Kassen, Ärzteschaft und Patientenvertreter waren erschienen in der Hoffnung auf klare Antworten und Lösungsvorschläge.

In Grußworten gingen Landtagspräsident Dr. Frank-Michael Pietzsch und Irene Ellenberger, Ministerin für Gesundheit und Soziales, auf aktuelle Probleme ein. Auch Prof. Dr. med. Fritz Beske, Direktor des Instituts für Gesundheitssystem-Forschung in Kiel und Prof. Dr. med. Eggert Beleites, Präsident der Landesärztekammer Thüringen, nahmen eine Einschätzung der Situation vor. Wer jedoch auf Bundesgesundheitsministerin Fischer hoffte, wurde enttäuscht. Die hatte bereits im Vorfeld abgesagt und war auch

durch den Auftritt des „lustigen Hausmeisters“, wohl das Überbleibsel einer Faschingsveranstaltung, nicht zu ersetzen.

Es erwies sich als schwierig, die Darstellung der einzelnen Standpunkte zu einer fruchtbaren Diskussion zusammenzuführen. Daran konnte auch die lockere Moderation eines wortgewandten Peter Escher wenig ändern.

Wichtige und richtige Worte wurden gesprochen, die erwartete Initialzündung aber blieb aus.

„Verantwortung“ war wohl das meistgebrauchte Wort aller Redner, wenngleich die Interpretationen weit voneinander abwichen. Eigenvorsorge, Verantwortung und sparsame Mittelverwendung seien unverzichtbar, es gäbe eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung und eine Eigenverantwortung, die gefördert werden müsse. Dem einzelnen dürfe nicht suggeriert werden, seine Verantwortung würde ihm abgenommen. Seine Bereitschaft, eigene Leistungen im Sinne der Prävention zu erbringen, müsse gestärkt werden, so der Grundtenor des CDU-Lagers.

Kompetente Fachleute standen auf der Rednerliste



*Landtagspräsident
Dr. Frank-Michael Pietzsch*



*Prof. Dr. med. Fritz Beske, Direktor des Instituts
für Gesundheits-System-Forschung Kiel*



*Prof. Dr. med. Eggert Beleites,
Präsident der Landesärztekammer Thüringen*



Peter Escher stand Gastgeber Michael Domrös, Leiter der Landesvertretung Thüringen des VdAK bei der Moderation der Veranstaltung zur Seite



Irene Ellenberger, Ministerin für Gesundheit und Soziales

Ministerin Ellenberger äußerte ihre Zweifel: „Das Wort Eigenverantwortung wird nicht im Sinne verantwortungsvoller gesundheitlicher Einstellungen aller Bürger betrachtet, sondern lediglich im Sinne einer materiellen Beteiligung.“

Applaus erhielt KZVTh-Vorsitzender Dr. Karl-Friedrich Rommel für seine Wortmeldung: „Die Selbstverwaltung hat versagt. Wir sind uns zu wenig unserer gemeinsamen Verantwortung für die Patienten bewußt. Wenn die Partner der Selbstverwaltung einen permanenten Konfrontationskurs einschlagen, tritt zwangsläufig die Politik auf den Plan. Politiker jedoch haben in der Regel wenig Fachwissen. Politische Lösungen, über alle Beteiligten hinweg getroffen, nur weil diese sich nicht einig werden, kann niemand ernsthaft anstreben. Die Politik möge die Rolle spielen, die ihr zusteht: sie soll eine Aufsichtsbehörde bleiben.“

Zustimmung ernteten auch die Redner, die für Bedachtsamkeit eintraten: Man dürfe nicht versuchen, ein komplexes System wie das Gesundheitswesen mit kurzfristigen, undurchdachten Aktionen umzukrempeln, hieß es, oder: Deutschland habe ein funktionierendes, weltweit beispielhaftes Gesundheitssystem, das erhalten bleiben müsse.



Vertreter der Politik, Kassen, Ärzteschaft und Patientenvertreter bekundeten ihr großes Interesse

Trotz vielbeachteter Statements blieb ein Teil der Fragen offen.

Die Entgegnung von Ministerin Ellenberger auf die Mahnung von Wolfgang Zierow, Innungsmeister der Zahntechniker-Innung, der eindeutige Signale seitens der Politik einforderte, verdeutlichte dies besonders anschaulich. Ellenbergers Gegenfrage: „Was erwarten

Sie von mir – daß ich eine Lösung für die Gesundheitsreform auf den Tisch lege? Vielleicht ist die Zeit noch nicht reif und der Druck muß noch zunehmen.“

Ch. Hentschel

Fotos: G. Wolf

**34. Fortbildungswoche
Norderney '99**
22.5. - 29.5.1999

KH/
Karl-Häupl-Institut
Fortbildungszentrum der
Zahnärztekammer Nordrhein

**LANDES
ZAHNÄRZTEKAMMER
THÜRINGEN**

**Anmeldung sofort
möglich bei:**

**LZKTh,
Tel. 0361/7432-107/108,
Frau Held/Frau Westphal,
oder Fax 0361/74 32-150.**

„Zahnärzte als Abzocker?“

Aspekte einer Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit

„Pfuscher beim Zahnarzt“, die „Kunstfehler der Ärzte“, „Pfuscher im Krankenhaus“, „Abzocker beim Zahnersatz“, „Giftmüll im Mund“ – die Medien haben sich eingeschossen auf diesen Berufsstand. Es geht hier nicht um die wahrhaftige Aufdeckung von wirklichem Versagen in der Berufsausübung. Nein! Die Marktlücke heißt einfach Verleumdungen, Anprangern, öffentlich Hinrichten zur Steigerung von Abonnentenzahlen, Einschaltquoten und ganz einfach eine öffentliche Meinung zu manipulieren, um wiederum vermehrt absatzträchtige Bedürfnisse im Volk nach journalistischen Massenprodukten zu wecken. Es ist abzusehen, daß diese Kampagnen in den nächsten Jahren noch härter werden. Begleitet werden diese Themen immer noch von Einkommensvorstellungen in der Öffentlichkeit, die vor 20 Jahren

einmal in den Altbundesländern relevant waren, schon lange nicht mehr stimmen – und im Osten schon gar nicht. Die Zahnärzteschaft ist dabei umzulernen und, anstatt öffentlich über Honorare zu jammern, zu gezielten politischen Aktionen überzugehen. Angesichts der Gesundheitsreform 2000 wird auf der IDS eine Großveranstaltung gegen Zuteilungsmedizin und Behandlungseinschränkung stattfinden. Die Bevölkerung sieht bisher in öffentlichen Protesten der Zahnärzte und Ärzte gegen Gesundheitsreformen und für höhere Honorare lediglich den Fakt „Jammern auf hohem Niveau“ und kann dies nicht nachvollziehen. Daran ändern auch die Zahlen von irgendwelchen Meinungsforschungsinstituten mit positiven Aspekten für die Zahnärzte wenig. Wir alle spüren noch heute die katastrophalen Auswirkungen einer ver-

fehlten Öffentlichkeitsarbeit der KZBV zum 2. NOG.

Die Pressestelle der beiden zahnärztlichen Körperschaften in Thüringen hat 1998 die Öffentlichkeitsarbeit in allen regionalen Medien verstärkt und die Erfolge sind spürbar. Dies ist darin begründet, daß sich alle Beteiligten von Anfang an einig waren, nur fachliche Themen anzusprechen. Die Reaktionen in der Bevölkerung waren positiv. Die in diese Öffentlichkeitsarbeit integrierte Patientenberatungsstelle wurde und wird immer mehr in Anspruch genommen. Nur eine Institution der Zahnärzteschaft ist qualifiziert, Patienten fachlich zu beraten und nicht etwa eine Sachbearbeiterin am „Service-schalter“ einer Krankenkasse oder einer Krankenversicherung.

Die ersten „tzb“ mit farbigen Abbildungen von Arbeiten mit Themen der zahnärztlichen Fortbildung sind erschienen. Damit hat das Zahnärzteblatt eine erneute Wandlung seit sei-

ptz

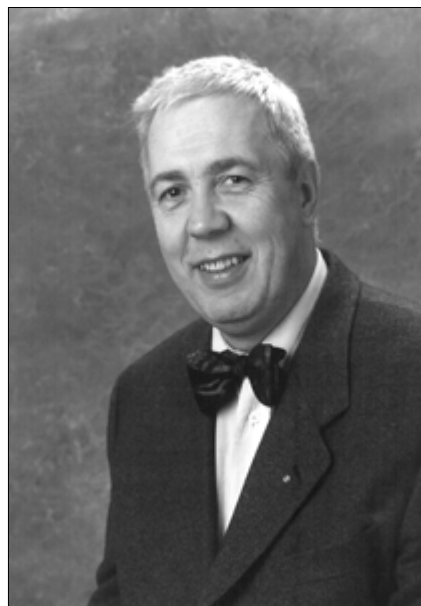
Pressestelle der Thüringer Zahnärzte

nem Bestehen erfahren. Der Versuch hat sich gelohnt und ich bin froh, daß wir diesen Schritt gewagt hatten. Dies wäre allerdings schwerer gefallen, wenn wir von den Autoren – ausnahmslos aus der Universitätszahnklinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena – nicht so gute Vorlagen erhalten hätten.

Eine gemeinsame fachliche Öffentlichkeitsarbeit der Pressestelle der Thüringer Zahnärzte und der Zahnklinik in Jena/Erfurt war Inhalt eines Gespräches mit Prof. Dr. Heinz Graf (als deren amtierender Direktor am 3. März 1999), Frau Hentschel und mir. Dies bedeutet für die Thüringer Zahnärzte eine kontinuierliche Versorgung mit Fortbildungsthemen im tzb nach einem Themenplan. Frau Hent-



Prof. Dr. Heinz Graf



DS Gottfried Wolf



schel bemüht sich um Kontakte mit Print-, Hörfunk- und TV-Medien, um entsprechende Sendeplätze zu allen möglichen Themen der zahnmedizinischen Therapieviefalt zu erhalten. Dies bedeutet, daß wir hoffen, solche Sendungen wie die mit OA Dr. Bernd Sigusch im MDR zum Thema Parodontitis auf bessere Sendezeiten verlegen zu können.

Mit Herrn Professor Graf waren wir uns einig, daß die hohe Qualität des zahnärztlichen Könnens und der Therapieviefalt dem Patienten dargestellt

werden und er davon überzeugt werden muß. Wenn dies erreicht ist, dann haben wir den besten Verbündeten gegen eine restriktive Gesundheitspolitik. Dies betrifft natürlich vor allem Themen der Zahnärztekammer, da sie für die Fortbildung verantwortlich ist. Das Qualitätsmanagement für Zahnarztpraxen wird kommen. Die Öffentlichkeit, Verbraucherverbände und die Politik fordern es. Die Standespolitik wird es lediglich hinauszögern, aber nicht verhindern können. Die ersten gravierenden Verböten zeichnen sich ab.

Qualitätsmanagement bedeutet Fortbildung, nochmals Fortbildung und die Vertiefung der bewährten Zusammenarbeit mit der Hochschule.

Der neu gewählte KZV-Vorstand stimmt auch diesen Grundsätzen einer auf Fachthemen bezogenen Öffentlichkeitsarbeit zu. Die KZV hatte zum letzten Thüringer Zahnärztetag eine Internetkonzeption vorgestellt, die erweitert werden soll und auch für die Pressestelle nutzbar ist. Die Schaffung einer Homepage mit ständig aktuellen Themen für die Zahnärzte und Darstellung unseres Berufstandes für Patienten und Medien ist in der heutigen Zeit zwingend notwendig. Dies wird auch von Herrn Klaus-Dieter Panzner, der für die Öffentlichkeitsarbeit in der KZV Thüringen verantwortlich zeichnet, so beurteilt. Über die Realisierung dieses speziellen Projektes und detaillierte Gesichtspunkte wird im tzb Heft 5 berichtet.

Vorab bitten wir die Kolleginnen und Kollegen, die via eMail erreichbar sind dies der Pressestelle mitzuteilen: LZKTh@t-online.de.

An dieser Stelle konnten nur die Vorhaben dargestellt werden, die von Seiten der Körperschaften, der von beiden gemeinsam betriebenen Pressestelle und der Universität für den zahnärztlichen Berufsstand durchgeführt werden können. Mit der vermehrten Übernahme fachlicher Themen im tzb haben wir sehr gerne die Forderung unserer Zahnärztinnen und

Zahnärzte in der Leserumfrage zur Qualität des tzb erfüllt.

Um in der Zukunft Ihre Ansprüche an die Öffentlichkeitsarbeit zu erfüllen, sind Meinungen gefragt, aber auch Darstellungen von beruflichem und standespolitischem Engagement in den lokalen Regionen.

Kreisstellenversammlungen und Zusammenkünfte zu Zahnarztstammatischen können zusätzlich zu den üblichen Rundschreiben veröffentlicht werden (ohne Kosten natürlich). Die Sachsen machen davon regen Gebrauch in ihrem Zahnärzteblatt.

G. Wolf

**Zum Titelfoto
Die Mühlburg**

Die Mühlburg wurde erstmals 704 erwähnt und ist die älteste Burg der Drei Gleichen. Die Vermutung, daß die Drei Gleichen Wachsenburg, Mühlburg, Burg Gleichen) jemals einer Herrschaft unterstanden ist irrig. Mühlburg war im Besitz der Grafen von Mühlburg, den Markgrafen von Meißen, dem Mainzer Erzstift, Henneberg, Schwarzburg, der Stadt Erfurt, Sachsen-Weimar, Gotha, Altenburg, Mainz, Erurt und damit zuletzt an Preußen.

Einst muß sie als Kastell die mächtigste der drei Burgen gewesen sein. Dies läßt die ehemals starke Ringmauer vermuten. Heute sind davon und von den Gebäuden nur noch Reste und der schlanke Bergfried erhalten.

Die Mühlburg ist Schauplatz von Gustav Freytags Roman „Nest der Zaunkönige“.

G. Wolf



Wann besuchten Sie das letzte Mal einen Kurs?

Das Fortbildungsangebot der Zahnärztekammer aus juristischer Sicht

Alle Kammergesetze der Ärzte und Zahnärzte haben den gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereich der Kammern erweitert und auferlegt, die ärztliche bzw. zahnärztliche Fortbildung zu gestalten und zu fördern. Damit ist den Kammern eine früher nicht gekannte neue Rechtspflicht auferlegt worden: sie müssen sich um die Fortbildung ihrer Kammermitglieder bemühen und geeignete Fortbildungsveranstaltungen anbieten.

Daher sind alle Zahnärztekammern dazu übergegangen, periodisch Fortbildungsprogramme zu veröffentlichen. Die Auswahl der anzubietenden Fortbildung geschieht zumeist durch besondere bei den Kammern installierte Fortbildungsausschüsse.

Teilnahme unabdingbar

Eine KZV kann die Teilnahme dadurch erzwingen, daß sie bestimmte Fortbildungsveranstaltungen zu Pflichtveranstaltungen erklärt; ein Kassenzahnarzt, der sich diesen Veranstaltungen entzieht, verletzt seine kassenzahnärztlichen Pflichten und könnte daher sogar disziplinarisch zur Verantwortung gezogen werden.

Auch wenn die Kammergesetze zur Zeit nicht so weit gehen, von einer Teilnahmepflicht zu sprechen, so besteht faktisch dennoch unabhängig von der kassenzahnärztlichen Pflicht für jeden Zahnarzt die Berufspflicht, sich fortzubilden, wobei er im Kammerbereich noch das Recht der freien Auswahl der Fortbildungsveranstaltungen besitzt.

Diese Pflicht ist insbesondere bei gerichtlichen Verfahren ernstzunehmen; in Haftungsprozessen wird häufig nach der Fortbildung gefragt, oder aber ein Zahnarzt wird sich vor Gericht nur entlasten können, wenn er von sich aus vorträgt, daß und in welcher Weise er sich fortlaufend fortbildet.

Man kann diese Pflicht auch mit anderen Worten umschreiben: Jeder

Zahnarzt muß sich jederzeit über die ständige wissenschaftliche Weiterentwicklung bemühen, er muß die neuesten wissenschaftlichen Aussagen kennen und sich innerlich damit auseinandersetzen. In den meisten Haftungsprozessen wird ein zahnmedizinisch-wissenschaftliches Gutachten eingeholt, anhand dessen sich das Gericht orientiert und die für eine Urteilsfindung notwendige fachliche Unterrichtung erfährt.

Sorgfaltspflicht verletzt

Hat ein Zahnarzt eine Behandlungsmethode gewählt, die früher zwar richtig und gang und gäbe war, seit einigen Jahren jedoch aufgrund neuerlicher wissenschaftlicher Erkenntnisse als überholt anzusehen ist, so ist der Sachverständige dazu verpflichtet, in seinem Gutachten darauf hinzuweisen; das Gericht merkt dann sofort, daß der Zahnarzt nicht nach dem neuesten Stand der Zahnheilkunde behandelt hat.

Das stellt eindeutig eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung dar mit der Folge, daß er den Haftungsprozeß verliert und sich erheblichen Schadensersatzansprüchen aussetzt.

Jeder Patient kann nämlich verlangen, daß der Arzt oder Zahnarzt, den er aufsucht und dem er sein Vertrauen entgegenbringt, über den neuesten Stand der wissenschaftlichen Entwicklung unterrichtet ist und seine Behandlung hierauf ausrichtet.

Vergleicht man die alte BUGO mit der neuen, jetzt gültigen GOZ, so sieht man schon anhand der zahnärztlichen Leistungsbereiche, welche doch rapide Entwicklung die Zahnheilkunde im Zeitraum von 1965 bis 1988 genommen hat. Wer sprach 1965 schon von Implantologie oder Parodontologie? Welche Entwicklung hat aber auch in dieser Zeit die prothetische Behandlung genommen, und wie ausgeprägt stellt sich heute die Prophylaxe dar gegenüber dem Jahr 1965!

Kein Zahnarzt kann es rechtlich verantworten, bei seiner „bewährten Behandlungsmethode“ zu bleiben und die Entwicklung der Zahnheilkunde außer acht zu lassen. Er muß sich dann vor Augen halten, daß er sich erheblichen Haftungen gegenüber dem Patienten aussetzt.



Ausweg, der keiner ist

Zwar gibt es den Ausweg, daß ein Zahnarzt, der z. B. die Parodontalbehandlung nicht beherrscht, weil er sich nicht entsprechend fortbildet, diesen Behandlungsbereich einem anderen Kollegen überlassen muß. Er muß nur damit rechnen, daß sich der kritische Patient hierüber Gedanken macht und sich dann künftig gleich einen Zahnarzt sucht, der die im Rahmen der

Fortbildung gewonnenen Erkenntnisse in seiner Praxis auch verwertet.

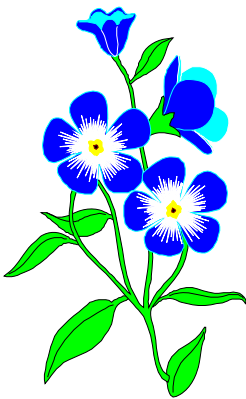
Unterläßt der Zahnarzt jedoch z. B. die gebotene Parodontalbehandlung, so ist der vom Gericht berufene Sachverständige in einem Prozeß dazu verpflichtet, hierauf hinzuweisen mit der Folge, daß der Prozeß für den Zahnarzt negativ ausgehen muß.

Dabei soll der Hinweis auf eine unterlassene Parodontalbehandlung nur als

Beispiel dienen und aufzeigen, daß nur eine ständige Fortbildung forensische Gefahren abwehrt; gleichzeitig dem Zahnarzt aber auch ein gutes Gewissen gegenüber seinen Patienten gibt und letztlich damit auch die wirtschaftliche Grundlage der Praxis sichert.

*RA Walter Fibelkorn
Aus: LZÄKB 1/1999*

*Wir
gratulieren!*



**zum 89. Geburtstag
am 3.4.**

**zum 89. Geburtstag
am 26.4.**

**zum 75. Geburtstag
am 10.4.**

**zum 74. Geburtstag
am 14.4.**

**zum 73. Geburtstag
am 1.4.**

**zum 72. Geburtstag
am 7.4.**

**zum 72. Geburtstag
am 22.4.**

**zum 71. Geburtstag
am 2.4.**

**zum 70. Geburtstag
am 15.4.**

**zum 70. Geburtstag
am 21.4.**

**zum 60. Geburtstag
am 24.4.**

**zum 60. Geburtstag
am 26.4.**

**zum 60. Geburtstag
am 29.4.**

Herrn SR Heinz Herzner
Florian-Geyer-Straße 5, 07545 Gera

Herrn Dr. med. dent. Hans Kümmerling
Fasaneriestraße 2, 07548 Gera

Frau MR Dr. Elly Weber
Schulweg 50, 98574 Schmalkalden

Herrn Dr. med. dent. Peter Weiße
Walter-Erdmann-Straße 28, 07548 Gera

Frau Dr. med. dent. Gisela Gebhardt
Deegenstraße 3, 07586 Bad Köstritz

Herrn OMR Dr. Claus Dieter Hantke
Mittelstraße 8, 04639 Gößnitz

Herrn Dr. Wolfgang Ortleb
Schwanweg 11, 07980 Wildetaube

Herrn Dr. med. Dietrich Nacke
Querstraße 4, 99867 Gotha

Herrn Franz-Josef Huschenbeth
Bahnhofstraße 14, 37308 Heiligenstadt

Frau Dr. med. dent. Charlotte Knörk
Mosener Weg 5, 07570 Wünschendorf

Herrn Horst Koch
Bornbergstraße 5, 37345 Weißenborn-Lüderode

Frau SR Eda Kronberg
Jahnstraße 5, 99734 Nordhausen

Herrn Dr. med. dent. Lothar Schöffner
Karl-Ernst-Straße 8, 99887 Georgenthal

Fischer beruft Sachverständigenrat

Bundesgesundheitsministerin Fischer hat einen neuen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen berufen. Dem siebenköpfigen Gremium gehören vier neue Mitglieder an. Die Amtszeit des alten Sachverständigenrates hatte die Ministerin Ende 1998 beendet. Mit der Neuberufung verbindet die Grünen-

Politikerin die Erwartung, daß die Wissenschaftler in ihrer Gutachtertätigkeit neue Akzente in den Feldern Pflege, Gesundheitsförderung und hausärztliche Versorgung setzen. Neu in den Rat aufgenommen werden die Professoren Gisela Fischer von der Medizinischen Hochschule Hannover, Adelheid Kulmey von der Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel, Karl Lauterbach vom Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität Köln sowie Rolf Rosenbrock, der im Wissenschaftszentrum für Sozialforschung in Berlin arbeitet. Von den bisherigen Sachverständigen wurden die Medizi-

ner Friedrich Wilhelm Schwarz aus Hannover und Peter Scriba aus München sowie der Wirtschaftswissenschaftler Eberhard Wille von der Universität Mannheim neu berufen. Das Gremium wählt selbst einen Vorsitzenden. Vor dem Regierungswechsel war Scriba als Nachfolger des Berliner Ökonomen Klaus-Dirk Henke zum Vorsitzenden des Rates berufen worden. Die Mitglieder des Sachverständigenrates sollen am 25. März offiziell ernannt werden. Die Ministerin kündigte an, der Rat werde in die Arbeiten zur Strukturreform für das Gesundheitswesen einbezogen. (Aus FAZ)

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Zahlungsfrist für Beiträge beachten!

Am 21. April 1999 verschickt die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) die Beitragsbescheide für 1999. Der Beitrag für alle bei der BGW versicherten Unternehmen muß bis zum 15. Mai auf dem Konto der BGW gutgeschrieben sein. Banklaufzeiten gehen zu Lasten des Unternehmens. Die BGW empfiehlt deshalb, den Rechnungsbetrag spätestens am 10. Mai 1999 anzuweisen. So stellt der Unternehmer die fristgemäße Zahlung sicher und erspart sich ärgerliche Zusatzkosten. Denn bei verspäteter Zahlung erhebt die BGW Säumniszuschläge. Wird zudem die Rechnung auch nach schriftlicher Mahnung nicht beglichen, droht zusätzlich eine kostenpflichtige Zwangsvollstreckung.

Säumniszuschläge

Die Höhe der gesetzlich vorgeschriebenen Säumniszuschläge beträgt ein Prozent des rückständigen Betrages pro angefallenem Monat der Säumnis. So können bei einem offenstehenden Rechnungsbetrag von 5.000 Mark schnell mehrere hundert Mark Säumniszuschläge zusammenkommen. Die Säumniszuschläge werden dem Unternehmer gemeinsam mit den Beträgen für 1999 im April 2000 in Rechnung gestellt.

Presseinfo BGW

Biographisches

Andrea Fischer

- Geboren am 14. Januar 1960 in Arnshausen
- 1978 Abitur
- 1991-1994 Ausbildung zur Offsetdruckerin, danach Tätigkeit als Druckerin und Korrektorin
- 1985 Eintritt in die Partei der Grünen
- 1991-1995 Studium der Volkswirtschaft an der Freien Universität Berlin, Diplom, gleichzeitig journalistische Tätigkeit
- 1990-1991 Wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Europaparlament, Schwerpunkt Arbeitsmarkt und Sozialpolitik
- 1991-1997 Tätigkeit im Wissenschaftszentrum Berlin am Forschungsprojekt „Arbeitsmigration aus Mittel- und Osteuropa“, anschließend Mitarbeiterin in der Grundsatzabteilung „Zukunftsfragen der sozialen Sicherheit“ der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin
- seit 1994 Abgeordnete des Deutschen Bundestages und Sozialpolitische Sprecherin der Fraktion
- seit 27.10.1998 Bundesministerin für Gesundheit

Endodontie – Tradition und Fortschritt

18. und 19. Juni 1999 in Leipzig

Wissenschaftliche Leitung:

Univ. Prof. Dr. Merte, Univ. Prof. Dr. Heidemann, Univ. Prof. Dr. Löst

Organisatorische Leitung: Dr. Annemarie Arnold

Information und Anmeldung:

Universität Leipzig, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie, Frau Drechsel

- per Antwortkarte: Nürnberger Straße 57, 04103 Leipzig
- per Tel.: 0341/97 21 200/206
- per Fax: 0341/97 21 219
- per eMail: drec@medizin.uni-leipzig.de

Tagungsgebühren:

- bei Anmeldung bis 20. Mai 1999 DM 200,-
 - bei Anmeldung bis 10. Juni 1999 DM 275,-
 - zur Tagung DM 350,-
- Konto: Deutsche Bank, Konto-Nr.: 1247998, BLZ: 86070000, Verwendungszweck: 37480057 (bitte angeben)

Tagungsort:

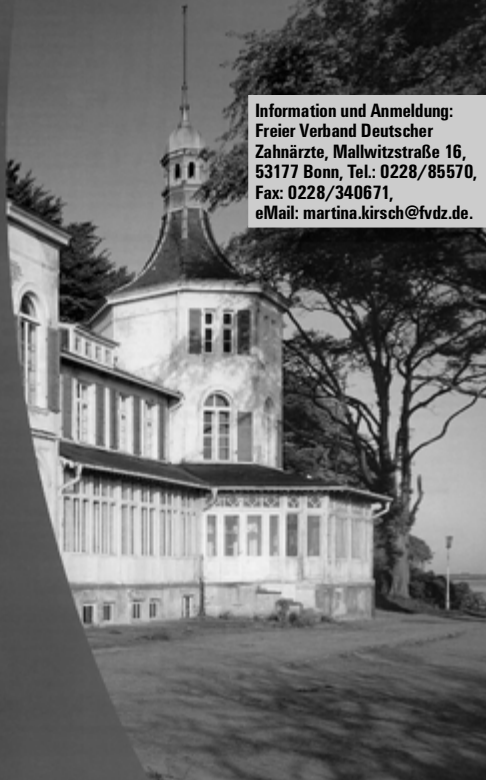
Universität Leipzig, Hörsaal der Augenklinik, Liebigstraße 14

Tagungsbüro:

Hörsaalfoyer, Freitag, 18.6.99 ab 12.00 Uhr, Samstag, 19.6. ab 8.00 Uhr

6.

EUROPÄISCHES
S O M M E R
S Y M P O S I U M



Information und Anmeldung:
Freier Verband Deutscher
Zahnärzte, Mallwitzstraße 16,
53177 Bonn, Tel.: 0228/85570,
Fax: 0228/340671,
eMail: martina.kirsch@fvdz.de.

30.5. - 6.6.1999
USEDOM

5. Unterfränkischer Zahnärztetag

9. bis 10. Juli 1999, Mainfrankenhalle, Veitshöchheim
(bei Würzburg)

Hauptthema:
„Neue Möglichkeiten in der restaurativen Zahnheilkunde –
reif für die Praxis?“

Auskunft: Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken,
Dominikanerplatz 3d, 97070 Würzburg, Tel.: 0931/32114–13
Frau Schäffner

19. Oberfränkischer Zahnärztetag

25. und 26. Juni 1999, Kloster Banz, Staffelstein

Hauptthema:
„Wir mit unseren Patienten ins nächste
Jahrtausend – Erwartungen – Anforderungen –
Zufriedenheit“

Auskunft: Zahnärztlicher Bezirksverband
Oberfranken, Justus-Liebig-Straße 113, 95447
Bayreuth, Tel.: 0921/65025

Deutscher Zahnärztetag: „Zukunft Europa“

Vortrags- und Diskussionsforum im „Pavillon
der Deutschen Zahnärzte“ optimieren die
IDS-Funktion

„Zukunft Europa“ – so lautet das Motto des 25. Deutschen Zahnärztetages, der 14. April 1999 im Rahmen der IDS Köln (13. – 17. April) von der Bundeszahnärztekammer durchgeführt wird. Hier werden u. a. vom BZÄK-Präsidenten Dr. Fritz-Josef Willmes die berufspolitischen Perspektiven der Zahnärzte und vom Verband der Deutschen Dental-Industrie e. V. die Globalisierung des Dentalmarktes ins Blickfeld gerückt. Die Informations- und Vortragsveranstaltung bildet ebenso wie die im „Pavillon der Deutschen Zahnärzte“ geplanten Vortrags- und Diskussionsforen zu aktuellen Themen rund um den Dentalmarkt und Dentalprodukte eine wertvolle Ergänzung des IDS-Programms 1999. Der Pavillon ist vom 14. Bis 17. April 1999 während der Messezeiten (Mittwoch bis Freitag von 9.00 bis 18.00 Uhr, Samstag von 9.00 bis 16.00 Uhr) geöffnet.

BZÄK

25. Deutscher
Zahnärztetag

Köln, 14. – 17. April 1999

Pavillon der Deutschen
Zahnärzte – Vortrags- und
Diskussionsforen

zusammen mit der IDS 1999
28. Internationale Dentalschau
13. – 17. April 1999

Zukunft
Zahnheilkunde

IDS
1999

Köln/Messe

Ein bequemes Mittel zur Verbesserung des Lebensstiles: Das Internet

Wenngleich das Internet noch kein großes Muß ist, so gewinnt es doch immer mehr an Bedeutung, auch für die Vertreter der akademischen Heilberufe. Ein neues Medium, dem man sich nicht verschließen darf.

Diese Einführung in das neue und vielen noch unbekanntes Medium ist mehr für die interessierten Internet-Einsteiger gedacht, als für die Internet Profis.

Was ist das Internet?

Das Internet ist ein weltweit zugängliches Netz zum Austausch von Informationen aller Art. Unterschiedliche Rechner, verschiedene Netze von öffentlichen und privaten Anbietern sind aufgrund vereinbarter Übertragungsmechanismen so miteinander verbunden, daß von jeder Stelle aus beliebig nach Informationen gesucht werden kann. Das Internet besteht derzeit aus mehr als 10 Millionen vernetzten Computern, den Internet-Servern. Über diese Internet-Server wählen sich gegenwärtig mehr als 50 Millionen einzelne PC-Besitzer in das Internet ein. Diese Server werden von Firmen, Behörden, Universitäten und zunehmend auch von Privatpersonen betrieben und enthalten ungeheure Mengen an Daten, auf die jeder Benutzer des Internets zugreifen kann.

Wissenschaftler aus den USA und der Schweiz „erfanden“ das Internet, um ein weltweites Archiv, einen schnellen Datenaustausch/Informationsaustausch und gemeinsame Arbeitsmöglichkeiten zu nutzen.

1960: 4 Rechner waren miteinander verbunden

1983: ~ 200 Rechner waren miteinander verbunden

1998: ~ 50 Millionen Menschen sind miteinander verbunden.

Das Internet breitet sich schneller als alle anderen Medien in der Gesellschaft aus. Das Radio brauchte 38 Jahre, bevor es 50 Millionen Zuhörer hatte. Beim Fernsehen dauerte es 13 Jahre und beim Internet vier Jahre.

Warum Internet?

Aus dem Internet kann man sich jederzeit die aktuellsten Informationen aller Art holen. Ganz gleich ob es sich um ein Urlaubsangebot, einen wissenschaftlichen Aufsatz zu einem speziellen Fachgebiet oder die Hausaufgabenlösungen für die Kinder handelt. Bei chronischem Zeitmangel ist Online-Shopping über das Internet eine ideale Lösung. Diverse Verlage, Lieferanten aller Art und Versandhäuser sind im Internet mit ihren Angeboten präsent.

Mit dem brandaktuellen Wissen, welches man sich aus dem Internet holen kann, ist man jedem anderen einen Schritt voraus.

Wer betreibt das Internet?

Niemand.

Es gibt keine zentrale Behörde oder keinen Verein, der verantwortlich für das Internet wäre. Zwar üben freiwillige Zusammenschlüsse wie die Internet Society oder die InterNIC (Registrierstelle für neue Internet-Adressen) eine gewisse Verwaltungs- und Koordinierungsfunktion aus. Aber im Grunde ist jeder im Internet sein eigener Herr. Das Ganze funktioniert nur, weil alle im Netz beschlossenen haben, zusammenzuarbeiten, weil jeder etwas davon hat, wenn der weltweite Datenverkehr reibungslos funktioniert.

Was mache ich im Internet?

Der Datenverkehr verdoppelt sich im Internet alle 100 Tage. Demzufolge kann man die Menge und Vielfalt der Informationen, die im Internet bereitstehen, nicht mit ein paar Sätzen wiedergeben. Wenn man diese Informationen nutzt, kann man sich damit das Leben wirklich leichter und bequemer machen.

Der Möglichkeiten sind im Internet keine Grenzen gesetzt. Ganz gleich wie

spät es ist und ob es sich um die fachliche Weiterbildung, das Winterwetter, eine CD-Bestellung online oder Informationen über die neuen Regeln in der deutschen Rechtschreibung oder um Onlinebanking handelt oder man sich über Aktienkurse informieren will, der Internet-Benutzer weiß schneller mehr als die Mitmenschen, die meinen, es geht noch immer ohne Internet.

Beispielsweise nutzt jedes dritte deutsche Unternehmen inzwischen das Internet zur Informationsbeschaffung, jedes sechste präsentiert sich sogar mit eigener Webseite im Netz.

Was ist eMail?

Die Kurzform für „electronical mail“, also „elektronische Post“. Man versendet und erhält jederzeit preiswerte Nachrichten, die über das Internet in kürzester Zeit die ganze Welt umrunden können. Es ist dabei ganz gleichgültig, ob der Empfänger in Australien oder Alaska sitzt. Er muß nur einen Online-Anschluß und eine eMail-Adresse haben. Inzwischen jagen täglich weit über 100 Millionen eMails durch das Internet. Wenn man erst einmal die Vorzüge der elektronischen Post kennengelernt hat, versteht man die Online-Gemeinde, die die normale Post nur noch verächtlich „snail mail“ (Schneckenpost) nennt. Mehr als 65 % der Internet-Nutzer verschicken eMails in alle Welt.

Was ist das World Wide Web?

www = world wide web = weltweites Netz von Servern, die eine unerschöpfliche Menge von Informationen und Services den Internet-Besuchern bereitstellen. Damit ist das World Wide Web der populärste Teil des Internets. Die Informationssuche führt über kurz oder lang jeden ins Internet.

Wie man ins Internet kommt, erfahren Sie in unserer nächsten Einführung in die Welt des Internets.

S. Büttner

Die LEX-Konzept-Rente

*** Die intelligente Lösung für Ihre persönliche Vermögensbildung und Altersvorsorge.***

Man nehme :

Templeton

- eine der erfolgreichsten Investmentgesellschaften der Welt mit dem Templeton Growth Fund, Fondsvolumen DM 23 Milliarden, Wertzuwachs in den letzten 10 Jahren 386 Prozent,

PIONEER

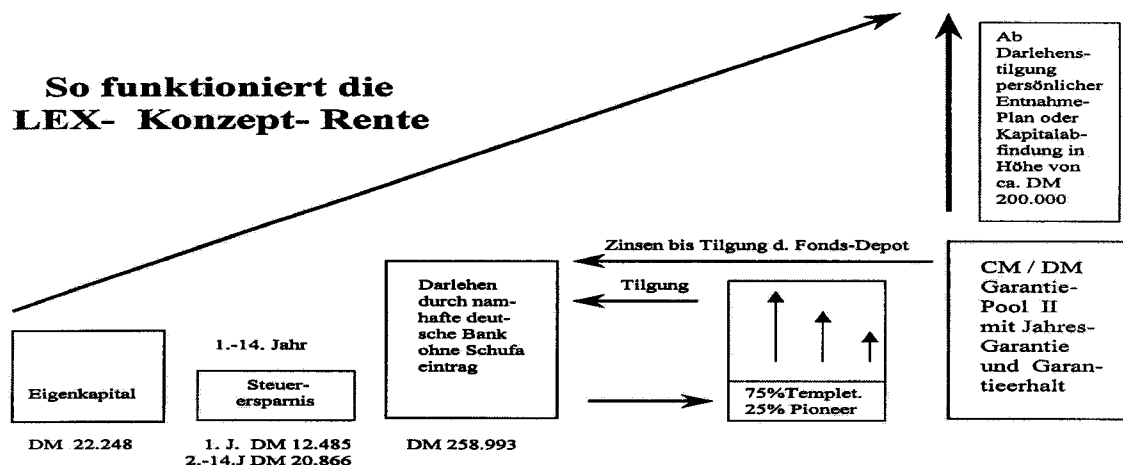
- den Pioneer Fund, der kurz vor der Weltwirtschaftskrise gegründet wurde und seit dieser Zeit eine durchschnittliche jährliche Wertentwicklung von über 13 Prozent nachweisen kann,



- den DM-Garantie-Pool II der Clerical Medical Investment Group, mit jährlich im voraus garantierter Jahresdividende, der jemals höchste erreichte Anteilswert kann nie mehr unterschritten werden, 175jährige ununterbrochene Bonusausschüttung sowie ein AA-Exzelenz von Standart & Poors sprechen für sich selbst,

- ein namhaftes deutsches Kreditinstitut zur Finanzierung eines Fremdkapitalanteiles, ohne Schufaeintragung,
- die aktuelle Steuergesetzgebung, die außergewöhnlich attraktive Steuereinsparungen ermöglicht,
- eine Eigenkapitalinvestition ab ca. DM 23.000,--.

So funktioniert die LEX-Konzept-Rente



Angenommen

..... Sie sind zum Zeitpunkt der Antragstellung 40 Jahre alt, haben einen Ehepartner und wollen etwas für Ihre zusätzliche Altersvorsorge oder ein 2. Einkommen tun. Nehmen wir weiter an, dass Sie bei Antragstellung ein jährliches Bruttoeinkommen von DM 100.000 haben, 9 % Kirchensteuer und Solidarbeitrag zahlen.

Was Sie tun müssen.....

.....Sie investieren einmalig DM 22.248, erhalten einen Kredit, dessen Nominalzins in unserem Beispiel für 10 Jahre auf 3,7 %

festgeschrieben ist. Dieser Kapitalstock aus Eigenkapital und Kredit wird nach Vorgabe der Bank anteilig bei Templeton – Pioneer und der Clerical Medical Investment Group angelegt. Hieraus werden quartalsweise die anfallenden Kreditzinsen bedient und nach spätestens 14 Jahren Refinanzierungszeit das Darlehen zurückgeführt. Ab diesem Zeitpunkt verfügen Sie über eine in der Höhe selbst zu bestimmende Rentenzahlung oder eine Kapitalabfindung in Höhe von ca. DM 200.000.

..... Die Steuerrückzahlung in diesem Beispiel würde schon im Investitionsjahr DM 12.485 betragen. In den Folgejahren 2. – 14. Jahr hätten Sie noch einmal Steuerrückflüsse von ca. DM 20.000.

.....Nutzen Sie den historisch günstigen Börseneinstieg und eine außergewöhnliche Zinsdifferenz zwischen Kredit und Anlageergebnisprofitieren Sie von maximaler Investitionssicherheit sowie der außergewöhnlichen Kompetenz Ihrer Vertragspartner.

R.&R. Daume Finanzdienstleistungen GmbH • Neuwerkstraße 1 • 99084 Erfurt
Tel.: (0361) 6 43 87 84 • (0361) 6 43 87 00