

kaufsargument“. Um die befundorientierten Zuschüsse zu ermöglichen, muss der Heil- und Kostenplan selbstverständlich auch den Befund und die tatsächlich geplante Versorgung nach Art, Umfang und Kosten auf-führen.

Der neue gemeinsame Bundesausschuss be-stimmt bis Ende 2004 die Befunde mit Fest-zuschussgewährung unter Zuordnung pro-thetischer Regelversorgungen (z. B. vollkera-mischer Kronen und Brücken). Dies ge-schieht auf Grundlage international anerkannter Klassifikation des Lückengebiss-es. Es werden entsprechende BEMA- bzw. BEL-Positionen festgelegt und zwar unter Berücksichtigung der Funktionsdauer, der Stabilität und der Gegenbezahnung. Gemäß § 55 Absatz 4 des Entwurfes haben die Versi-cherten, soweit sie einen über die Regelver-sorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz wählen, die Mehrkosten selbst zu tragen. Mit dieser Regelung wird im Wesent-lichen das geltende Recht (§ 30 Absatz 3 SGB V) übernommen. Die Abrechnung des Fest-zuschusses erfolgt über die KZV, die Mehr-kosten sind auch weiterhin vom Patienten zu tragen. In Härtefällen wird der Festzuschuss im Übrigen verdoppelt. Zusätzlich ist zu be-achten, dass der Herstellungsort der zahn-technischen Leistungen im Heil- und Kosten-plan angegeben werden muss. Dies ist ein-deutig eine Reaktion auf den Globudent-Skandal in diesem Jahr. Das Labor muss eine Konformitätserklärung (bezogen auf eine be-stimmte EU-Richtlinie) der Rechnungsle-gung beifügen. Der ZE ist durch die Ausglie-derung nicht mehr HVM-relevant.

3. Praxisgebühr

Es wird eine Praxisgebühr eingeführt mit der Folge, dass jeder Patient quartalsweise eine Gebühr in Höhe von maximal 10,00 EUR für die Inanspruchnahme der ambulanten Versor-gung zu zahlen hat. Ausnahmen sind nur dann gegeben, wenn aus demselben Quartal Über-weisungen vorliegen. Die Praxisgebühr ent-fällt bei Leistungen der IP (nach § 22) und bei noch nicht Erwachsenen. Diese 10,00 EUR sind vom Zahnarzt anzufordern und von ihm mit seinem Vergütungsanspruch gegen die KZV zu verrechnen. Die Belastungsgrenze des Patienten ist auf maximal 2 % seines Bruttoeinkommens begrenzt. Bei 565 Mio. Arzt- und 78 Mio. Zahnarztkontakten ist erkenn-bar, welches Ziel der Gesetzgeber mit der Pra-xisgebühr verfolgt. Der Zahnarzt hat hingegen die Inkassotätigkeit zu übernehmen. Dabei ist sicherlich mit geschätzten Kosten von 2,00

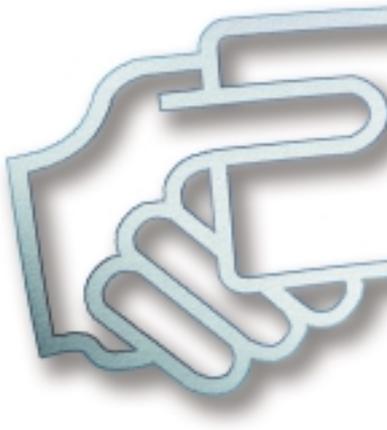
EUR pro Fall zu rechnen. „Selbstredend“ hat auch der Zahnarzt das Risiko von Forde-rungsausfällen zu tragen. Die Frage, ob sich für 10,00 EUR die Einleitung eines Mahnverfah-rens lohnt, beantwortet sich von selbst.

4. Kostenerstattung, Bonusregelungen und Qualitätssicherung

Auf Verlangen des Versicherten hat der Zahnarzt eine Kosten- und Leistungsinforma-tion „in verständlicher Form“ zu erstel-len. Bisherige Modellversuche zeigen aller-dings, dass dieses Informationsrecht von Seiten des Patienten kaum angenommen wird. Der Patient kann zudem vom Sachleis-tungsprinzip abrücken und die Kostener-stattung wählen. Er hat sich hierbei aller-dings für den gesamten ambulanten Bereich auf die Kostenerstattung festzulegen. Dies kann jeder Versicherte tun, unabhängig von seinem Status als Pflichtversicherter oder freiwillig Versicherter. Der Versicherte hat sich vorab von seiner Krankenkasse zwin-gend beraten zu lassen und muss sich für mindestens ein Jahr binden. Den Krank-enkassen wird es durch eine so genannte Öff-nungsklausel ermöglicht, Bonussysteme einzuführen und für gesundheitsbewusstes Verhalten (Teilnahme an Präventionsunter-suchungen etc.) und Selbstbehalte, eine Bei-tragsrückgewähr bzw. Betragsminderung anzubieten. Das nunmehr errichtete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Ge-sundheitswesen wird eine vom Staat unab-hängige Institution sein, welches die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung grün-den. Die Aufgaben des Institutes bestehen im Wesentlichen darin, zu recherchieren und zu bewerten und damit den aktuellen medizinischen Wissensstand zu diagnosti-schen und therapeutischen Verfahren um-fassend darzustellen. Es soll zudem eine Be-wertung von evidenz-basierter Leitlinien für die wichtigsten Erkrankungen erfolgen. Nach Einschätzung der Regierung entspre-chen nur 3 % der vorhandenen deutschen Leitlinien dem internationalen Standard. Zudem soll z.B. eine Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln vorgenommen werden.

5. Fortbildungspflicht

Jeder Zahnarzt unterliegt zudem einer Fort-bildungspflicht. Bisher besteht eine solch-leidlich im Rahmen der Berufsordnung bzw. der Weiterbildungsordnung, nicht aber ver-pflichtend für jeden Zahnarzt. Diese Fortbil-dung muss interessenunabhängig sein und kann daher nicht durch die pharmazeutische





Freiberufler als Retter der Gemeinden?

An seine Zusage vom April 2002, die Gewerbesteuer nicht auf Zahnärzte, Anwälte und andere Freiberufler auszudehnen, kann sich Bundeskanzler Gerhard Schröder wohl nicht erinnern. Ab 2004 sollen Freiberufler ähnlich den ortsansässigen Unternehmen und Firmen Gewerbesteuer zahlen. „Gemeindegewerbesteuer“ soll das Ganze dann heißen und nach den Plänen der Bundesregierung ab Januar 2004 zur Finanzierung der kommunalen Infrastruktur und damit zur Sanierung der Kommunen beitragen.

▶ Silke Wiecha

Nun ist es schon fast amtlich: Auch Zahnärzte sollen wie alle Freiberufler ab 2004 mithilfe der neu zu schaffenden „Gemeindegewerbesteuer“ zur Finanzierung der kommenden Infrastruktur herangezogen werden. Zwar wird darüber noch der Bundesrat das letzte Wort sprechen, aber offene Ablehnung gegenüber dem Gesetzesentwurf kommt nur aus Baden-Württemberg. So stehen die Chancen schlecht, den Entwurf, trotz star-

ker Kritik, noch zum Kippen zu bringen. Scharf angegriffen wird vor allem die mangelnde Belastungsneutralität, da die Anrechnungsmöglichkeit auf die Einkommenssteuer nur für jene Freiberufler Sinn macht, die in Gemeinden mit niedrigen Hebesätzen tätig sind. Alle anderen und damit die Mehrzahl der Selbstständigen werden somit mehr Steuern zahlen, da ca. 4/5 aller „Freien“ in Groß- und Mittelstädten mit weitaus höheren Hebesätzen

info:

www.bundesfinanzministerium.de
www.bundesregierung.de