

Patient ist der Verlierer

Zahnärzteschaft lehnt Gesundheitskompromiss entschieden ab. KZVB fordert Kollegen zum Austritt aus GKV-System auf/KZBV und FVDZ sprechen von Verantwortungslosigkeit und mangelndem Respekt gegenüber den Patienten.

Berlin/Hannover/München (cs) – Auch nach der Einigung von Regierung und Opposition auf einen Gesundheitskompromiss sind die Diskussionen rund um den Gesetzesentwurf seitens der Zahnärzteschaft längst nicht beendet. „Wir werden nicht aufhören, an dieser Stelle immer wieder zu bohren“, so Dr. Karl Horst Schirbort, Vorsitzender der Kassen-

zahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN). So enthalte der jüngst abgeschlossene Kompromiss „keine Strukturveränderungen in der notwendigen Form“, mahnte Schirbort. Als „Ausdruck schierer Mutlosigkeit“, der von „erschreckender Verantwortungslosigkeit und mangelndem Respekt gegenüber den Bürgern und Patienten“ zeugt,

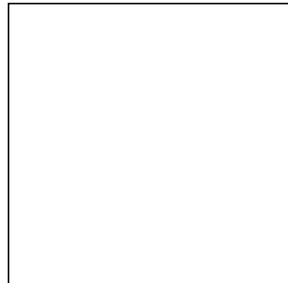
bezeichnete hingegen der Bundesvorsitzende des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ), Dr. Wilfried Beckmann, die erzielte Einigung. Auch Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), äußerte sich kritisch zu den Ergebnissen. So sei laut Fedderwitz vor allem der Patient der

Verlierer. Denn „so wie die Regelung für die Versicherung des Zahnersatzes jetzt aussieht, wird es keinen Wettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen geben, und auch keinen Wettbewerb innerhalb der Gesetzlichen“, kritisiert der KZBV-Vorstandsvorsitzende. Ein fehlender Wettbewerb bedeute daher ein „Festhalten an den bekannten, starren Strukturen.“ Während sich KZVN, FVDZ und KZBV wiederholt kritisch zum Gesetzesentwurf äußern, ist man in Bayern schon einen Schritt weiter. Hier ist man sich anscheinend schon jetzt sicher, den Entwurf

von Seiten der bayerischen Zahnärzte nicht mitzutragen. Bereits bevor die Führungsgremien von SPD und CDU der von der Regierung und Opposition gemeinsam verabredeten Gesundheitsreform zustimmten, hatte der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) die Kollegenschaft aufgefordert, das System der Gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen zu verlassen, sollte sich die Regierung mit ihren Plänen durchsetzen. „Die Patienten würden dann endlich nicht mehr vom Gesetzgeber bevormundet und müssten so niedrigere Beiträge an das anonyme

GKV-System zahlen“, heißt es in einer KZVB-Pressemeldung. Zudem würden ihnen zahnärztliche Leistungen auf Kostenerstattungsbasis uneingeschränkt transparent gemacht werden. So könne der Vorstand der KZVB „ein Gesetz, das den einzelnen, gesetzlich krankenversicherten Bürger instrumentalisiert und zur ‚Nummer‘ degradiert“, nur ablehnen. Folgt man der Zahnärzteschaft, ist mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf erneut die Chance auf klare Strukturen und Transparenz in der Absicherung zahnmedizinischer Risiken vertan worden. ■

ANZEIGE



Arbeitsentwurf ...

Fortsetzung von Seite 1

Künftig wird es dabei bleiben, dass als Verhandlungsgrundlage für die Preise zahntechnischer Leistungen der § 71 Abs. 3 maßgeblich sein wird. Das heißt, die Orientierung nach der durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen bleibt bestehen, ebenso wie der Abschlag für die im Praxislabor gefertigten Leistungen um fünf Prozent.

Die bisherigen prozentualen Zuschüsse zum Zahnersatz sollen im Rahmen der Neuordnung entfallen. An deren Stelle sollen ab dem Jahr 2005 befundbezogene Festzuschüsse zur „im Einzelfall notwendigen Versorgung“ gezahlt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll dann die Festzuschüsse festlegen. Diese Richtlinien sollen erstmalig bis zum 30. Juni 2004 bestimmt werden. Hierbei gilt zu beachten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der neuen Gesetzgebung in seiner Zusammensetzung verändert werden soll. Im Zuge einer Reform der Organisationsstrukturen soll an Stelle des Koordinierungsausschusses und der bisherigen Bundesausschüsse der „Gemeinsame Bundesausschuss“ treten. In diesem sollen Unterausschüsse für Fragen der

ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Versorgung gebildet werden. Mitglieder des Bundesausschusses sollen die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverbände, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft) sein. Von der direkten Mitwirkung der Zahn-techniker im Bundesausschuss ist dem Gesetz nichts zu entnehmen. Jedoch soll sichergestellt werden, dass der Verband Deutscher Zahn-techniker-Innungen vor einer Entscheidung zu den Festzuschüssen Gelegenheit zur Stellungnahme hat. Die Stellungnahme sei in die Entscheidung über die Regelversorgung hinsichtlich der zahntechnischen Leistung einzubeziehen. In der Begründung hierzu heißt es: „Die Regelung stellt sicher, dass der zahntechnische Sachverstand des VDZI in die Entscheidung über die Regelversorgung einfließt.“

Die Bestimmung der Befunde soll auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses erfolgen. Dem jeweiligen Befund soll dann eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet werden. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer „ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen“ Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund nach dem allgemeinen anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sei insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbeziehung zu be-

rücksichtigen. Wörtlich steht im Gesetzestext: „Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. Bei großen Brüchen ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände begrenzt.“ Bei Kombinationsversorgungen verändert sich zur jetzigen Regelung nichts. Dort soll die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt werden. Die Regelversorgungen sollen ebenfalls im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier umfassen. In die Festlegung der Regelversorgung sollen die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von großen Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes einbezogen werden. Zur Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen sollen die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufgelistet werden. Der Inhalt sowie der Umfang soll in „geeigneten Zeitabständen“ überprüft und an die zahnmedizinische Entwicklung angepasst werden. Nachdem der VDZI mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis zum 30. September jeden Jahres eine Vergütungsvereinbarung getroffen hat, muss der Gemeinsame Bundesausschuss jeweils zum 30. November eines Kalenderjahres die

Befunde, die zugeordneten Regelversorgungen sowie die Höhe der auf die Regelversorgung entfallenen Beträge im Bundesanzeiger bekannt geben.

Im § 55 Zahnersatz wird der Leistungsanspruch neu geregelt. Die Krankenkassen müssen in ihre Satzungen befundbezogene Festzuschüsse aufnehmen. Die Festzuschüsse werden 50 Prozent der festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung umfassen. Mit dem neuen Paragraphen wird auch die Bonusregelung verändert und weiter ausge-

Scheinbar aufgeschreckt von der Globudent-Affäre und einer umfangreichen Informationskampagne der Zahn-techniker wird nun gesetzlich geregelt, dass der Herstellungsort des Zahnersatzes anzugeben ist. Ebenso hat der Vertragszahnarzt bei der Rechnungslegung eine Durchschrift der Laborrechnung, gleich ob gewerbliches oder praxiseigenes Labor, beizulegen. Dies gemeinsam mit einer Konformitätserklärung nach den Richtlinien des Medizinproduktegesetzes. Somit wird deutlich, dass zukünftig auch

Leistungskatalog der GKV zu streichen. Gleichzeitig muss die GKV ihren Versicherten eine Zahnersatzversicherung als obligatorische Satzungsleistung anbieten. Der Versicherte kann aber auch zu einer privaten Krankenversicherung wechseln, hat dann jedoch keine Möglichkeit mehr, in eine GKV-Versicherung zurückzukehren. Die Absicherung bei einer privaten Krankenversicherung (PKV) soll unter den dort geltenden Konditionen erfolgen. Diese können demnach von denen der GKV abweichen. Die Höhe der Versicherungsbeiträge soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich jeweils zum 1. Oktober für das folgende Kalenderjahr festgelegt werden. Die Höhe des Beitrages soll so gestaltet sein, dass die Ausgaben aller Krankenkassen, inklusive der darauf entfallenden Verwaltungskosten, gedeckt sind. Der festgelegte Betrag gilt dann bundeseinheitlich für alle Mitglieder der Krankenkassen.

Dass noch Hoffnung auf Änderungen im Gesetz bestehen, kann nach Sichtung der vorliegenden Informationen nicht geteilt werden. Zuerkennen ist dies am „straffen Zeitplan“ der Gesetzgebung. Dennoch ist das Gesetz nicht endgültig verabschiedet und muss noch verschiedene Instanzen durchlaufen (siehe Fahrplan Gesundheitsreform Seite 2). Eine ausführliche Betrachtung des Gesetzesentwurfes folgt in der nächsten Ausgabe der ZT Zahntechnik Zeitung. In der gesamten Betrachtung des Entwurfes bleibt positiv zu bewerten, dass die Notwendigkeit erkannt wurde, die BEL-Preise im Osten an das Westniveau heranzuführen. Allerdings dürften die wirtschaftlichen Konsequenzen, die von den Zahntechnikern im Westen zu erbringen sind, verheerend sein. Positiv ist auch, dass für Zahnersatz eine Pflicht zur Versicherung eingeführt wird. ■

Trotz privater Absicherung bleibt Zahnersatz gesetzlich geregelt.

baus. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne, so ist dem Gesetzesentwurf zu entnehmen, erhöhen sich die Festzuschüsse um 20 Prozent. Die Erhöhung entfällt jedoch, wenn der Gebisszustand des Versicherten eine regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt. Ebenso entfällt die Erhöhung, wenn der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung die Untersuchung nicht in jedem Kalenderjahr in Anspruch genommen hat und sich nach Vollenden des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr zahnärztlich untersuchen hat lassen. Um weitere 10 Prozent erhöhen sich die Festzuschüsse, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchung ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Somit kann ein Versicherter seinen Festzuschuss auf insgesamt 80 Prozent erhöhen.

das Praxislabor den Verpflichtungen des Medizinproduktegesetzes nachkommen muss. Im Bundesmantelvertrag soll Näheres zur Ausgestaltung der Heil- und Kostenpläne geregelt werden. Insbesondere, so möchte der Gesetzgeber vorschreiben, müsse aus dem Heil- und Kostenplan erkennbar sein, ob die zahntechnischen Leistungen von Zahnärzten erbracht werden oder nicht. Weiter ist dem Gesetzesentwurf zu entnehmen, dass der Zahnarzt nur im Rahmen der Regelversorgungen mit dem BEMA abrechnen hat. Sollte der Patient eine Mehrleistung in Anspruch nehmen, so kann der Zahnarzt diese im Rahmen der GOZ abrechnen. Gleiches gilt, wenn sich der Patient für eine andere Versorgungsvariante entscheidet, die über die befundbezogene Regelversorgung hinausgeht. Eine Begrenzung der GOZ, wie bisher zum 2,3fachen Satz, kann aus dem vorliegenden Entwurfpapier nicht entnommen werden. Analog dazu treffe diese Regelung dann auch für die zahntechnischen Leistungen zu. Demnach müssten für Mehrleistung (z.B. eine Zusatzverblendung) oder für z.B. Vollkeramiksysteme, die nicht zur Regelversorgung gehören, die BEB als Leistungsverzeichnis herangezogen werden.

Die Zahnersatzversicherung soll künftig allein vom Versicherten mit einem einkommensunabhängigen Beitrag finanziert werden. Die paritätische Finanzierung durch den Arbeitgeber entfällt. Zur Absicherung des Zahnersatzes wird dem Versicherten die Wahl zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) gegeben. Im Einzelnen sei vorgesehen, den Zahnersatz ab dem Jahr 2005 vollständig aus dem

ANZEIGE

Höchste Wirtschaftlichkeit + Ästhetik

Digitale Farbnahme mit DSG 4 PLUS



- + Lichtunabhängig, schnell und sicher
- + Wegfall von Korrektursitzungen
- + Kontrolle + Dokumentation von Bleaching-Ergebnissen

Über 4 Jahre Markterfahrung für Ihre Sicherheit! Testen Sie uns.



Tel +49 (0) 7181 257600
 Fax +49 (0) 7181 258761
 Email: info@a-rieth.de
 Internet: www.a-rieth.de

ZT Quelle

- Zusammenfassung der gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform vom 21.08.2003
- 2. Arbeitsentwurf zur Gesundheitsreform vom September 2003
- Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform vom 28.08.2003
- Offizieller Obermeisterbrief Nr. 01/03 vom 29.08.2003 der Innung des Zahntechniker-Handwerks für Nordbayern.