

Vergütung der GKV. Dies ist ja auch der Grund, warum immer mehr Zahnärzte ernsthaft darüber nachdenken, die immer mehr zur Belastung geworden gesetzlichen Krankenkassen zurückzugeben.

Um diesen Tatbestand zu kaschieren, erfinden Kassenfunktionäre Begriffe, die es im Gesetz gar nicht gibt.

### „Vollwertige Versorgung“?

So spricht der Geschäftsführer des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Dr. Oldiges, immer von einer „vollwertigen“ Versorgung und sein Referatsleiter Ohlogge von einem Anspruch, „nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik“ behandelt zu werden.

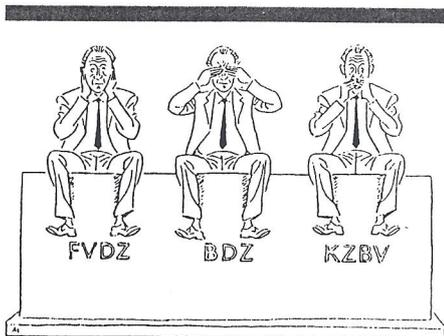
Dies alles soll nur die klare Gesetzesaussage vernebeln, daß die Versorgung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muß.

Die Wahrheit ist, daß auch die Zahnmedizin sich weiterentwickelt, daß der Fortschritt teuer ist und daß auch in der Zahnheilkunde weit mehr machbar ist als das, was die Krankenkassen bezahlen können oder wollen.

Wenn die Sozialpolitik und die Krankenkassen aus dieser Situation die einzig richtige Konsequenz ziehen würden, nämlich dies zu bezahlen, was das Gesetz wirklich fordert und ihren Versicherten die Freiheit geben würden, die jedem Bürger in diesem Land nach der Verfassung zusteht, nämlich für sich selbst zu entscheiden, dann kämen auch die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in den Genuß der besten Zahnheilkunde der Welt.

Aber mit den Bestimmungen einer RVO aus dem vorigen Jahrhundert wird das noch lange nicht gelingen.

**Dr. Helmut Zedelmaier**



# Ein Jahr Praxis ohne Krankenschein – Erwartung und Realisierung

Über den Weg in die Privatpraxis wurde im Rahmen eines IUZ-Seminars und einer darauf basierenden Serie in der DZW<sup>1)</sup> berichtet; die Reaktion war sehr lebhaft und positiv, zahlreiche Anrufe und Briefe gingen und gehen immer noch ein; es scheint, daß bei etlichen Kollegen ein wesentlicher Anstoß zur Entscheidung für die Privat-Praxis erfolgt ist.

## Erste individuelle Erfahrungen

An dieser Stelle soll über erste individuelle Erfahrungen in persönlicher, organisatorischer und fachlicher Hinsicht, über die Reaktion der Patienten wie auch die Nachteile der Umstellung berichtet werden. Ausgeklammert wird hier jegliche standespolitische Wertung zur Notwendigkeit einer sozialen Zahnheilkunde.

Zitiert sei die DZW-Serie: „Man muß eigentlich schon eine Privatpraxis haben, bevor man die Kassen abgibt...“; daher hat sich eigentlich im Praxisalltag grundsätzlich nichts geändert, jedoch ist alles intensiver, viel schwieriger, aber auch leichter, erlebnis- und abwechslungsreicher, einfach schöner geworden. Nach viel Vorarbeit und Planung, nach jahrelanger Gratis-Propylaxe, Bemühung um Loslösung von den GKV-Zwängen, Durchsetzung der Abdingung und eines konsequenten Sanierungskonzeptes herrscht heute eine große persönliche und berufliche Befriedigung, ein „gutes Gefühl“; man ist schon ein wenig stolz und liest vergnügt von neuerlichen KZV-Streitereien oder GKV-Querelen.

Dazu kommt ein starker Motivations-

schub, in der Praxis, mit dem Personal, dem Fachwissen und dem dentalen Umfeld ist man ständig auf der Suche nach Änderungen und Verbesserungen. Sehr erfreulich haben sich die freundschaftlichen Kontakte zu anderen Kollegen mit Privatpraxen entwickelt, mit regem Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Motivation, regelmäßigen Treffen oder gegenseitiger Mitarbeiterschulung.

## Starke Nachfrage

Die starke Nachfrage in der Praxis und die Behandlungserfolge geben Rückgrat für schwierige Gespräche mit Patienten, Umgang mit knausrigen Kostenerstatern, ehrliche Auskunft über komplizierte oder unsichere Behandlungen wie auch Grenzen der eigenen fachlichen Fähigkeiten.

Allerdings ist die Arbeit viel schwieriger geworden, durch wesentlich stärkere fachliche wie physische Inanspruchnahme, durch anspruchsvolle, z. T. sehr ängstliche oder psychisch problematische Patienten, die einen ZA suchen, der Zeit für sie hat. Bei den Mitarbeiterinnen wurde ein starker Motivationsschub ausgelöst, mit eigenständigem Bemühen um Prophylaxe- oder Behandlungsabläufe; intensiviert wurden die internen und externen Fortbildungen, offizielle Praxis-Kurse mit fremden Referenten werden durchgeführt. Insgesamt herrscht eine hervorragend lockere, familiäre Stimmung mit starker Einbeziehung des Teams in praxisbezogene Entscheidungen.

## BEMA-Denken abgebaut

Auch die Behandlungsabläufe sind im Vergleich zu vorher im Prinzip gleich geblieben, wenn auch viel consequen-

<sup>1)</sup> kann als Sonderdruck bei der Redaktion der DZW angefordert werden

ter und gründlicher. Langsam hat sich auch bei allen das alte BEMA-Denken abgebaut; dieser Vorgang braucht Zeit, man merkt jetzt erst, wo die kassenärztliche Behandlung endet, was eigentlich machbar ist und vom Patienten auch gewünscht wird. Dabei ist durch mehr Zeit für Zuwendung und Behandlung das Praxisniveau automatisch weiter gestiegen. Der Dauerkonflikt zwischen dem Möglichen und dem Machbaren ist verschwunden, ersetzt durch Therapiefreiheit, die allerdings auch bissig erarbeitet werden muß; die Privatpraxis ist kein Selbstbedienungsladen.

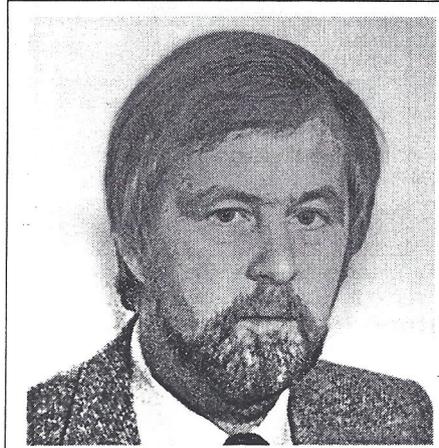
## Ausführliche Erstuntersuchung

So ist nach wesentlich ausführlicherer Erstuntersuchung mit Funktions- und PA-Status, umfangreicher Prophylaxe und langer Therapiebesprechung die Akzeptanz eines Sanierungs- und Erhaltungskonzeptes viel eher möglich; ein überzeugter Patient hat auch bei umfangreichen Eingriffen deutlich weniger Probleme. Die Behandlung komplexer Sanierungsfälle ist grundsätzlich einfacher — wenn die Arbeit auch schwieriger ist —, da die gesamte Therapiebreite der Zahnheilkunde weitgehend uneingeschränkt zur Verfügung steht. So können schwere PA-Befunde präoperativ mehrfach unter Anästhesie gescalt oder insuffizienter ZE durch Langzeitprovisorien ersetzt werden, gangränöse Zähne zeitaufwendig saniert oder alte Wurzelstifte entfernt werden; funktionsgestörte Gelenkbewegungen können analysiert, eingetretene Zahnschäden grazil repariert, gesunde Zahnschubstanz erhalten werden.

## Rückgang typischer Prothetik

Insbesondere ist die eigentliche ärztliche Tätigkeit, die Prophylaxe und Nachsorge, kostendeckend möglich, d. h. Kariesgefahr kann man durch Speichelanalysen erkennen und reduzieren, Kavitäten verhüten oder Entkalkungen ausheilen, parodontale Schäden vermeiden, Problemzähne oder eingegliederte Restaurationen durch

intensives Recall langfristig erhalten. Zurückgegangen ist die typische Prothetik, insbesondere totaler und partieller Zahnersatz; dies u. a. durch fruchtbare Zusammenarbeit mit einem excellenten Kölner Implantat-Chirurgen. Reine Modellguß-Prothesen wer-



## Dr. Michael Cramer

**Jahrgang 1943, Jugend und Studium in Köln, verheiratet, 2 Kinder.**

**2 Jahre Assistent Uniklinik Chirurgie und kons. Abteilung, nach weiterem Assistentenjahr in Kassenpraxis eigene Niederlassung 1975 in Overath bei Köln.**

**Frühe intensive Fortbildung mit Schwerpunkten Prophylaxe, PA, Endodontie, Funktionslehre, Restauration. Verschiedene Referententätigkeiten und Veröffentlichungen. Mitglied der Fachkommission der Zahnärztekammer Nordrhein, Mitglied mehrerer wissenschaftlicher Gesellschaften, Veranstaltung von Kursen und Seminaren.**

**Seit 1990 reine Privatpraxis.**

**Vorträge und Veröffentlichungen über das Umfeld Kassenpraxis/Private Praxis, GOZ, Praxisabläufe und -organisation etc.**

**Arbeitsschwerpunkte: prophylaxe- und parodontologisch orientierte restaurative Zahnheilkunde.**

den nur noch als Interimersatz eingegliedert.

## Ruhe und Zeit

Die Patienten sind hoch angetan von der Ruhe und Zeit in der Praxis; grundsätzlich werden — außer für kleine Maßnahmen — keine Parallelpatienten bestellt; Behandlungspausen sind auch für den Behandler notwendig. Dabei bemühen wir uns ständig, physisch wie akustisch eine ruhige Stim-

mung in der Praxis zu schaffen, ohne Klappern mit Trays, ohne Störung während der Behandlung. Die Patienten bedanken sich oft nach der Beratung oder Behandlung für die Zeit, die man sich mit ihnen genommen hat, loben die Mitarbeiterinnen wegen der Zuwendung und ihrer Qualifikation. Der ausdrückliche Wunsch des Patienten nach optimaler Betreuung und Behandlung, kurzen Wartezeiten, einer individuellen, flexiblen Terminplanung mit streßfreien Langzeiterminen für berufsbedingt zeitknappen Patienten und zügigem Behandlungsablauf ist im Konzept der Privatpraxis wesentlich leichter durchzusetzen als vorher in der gemischten Praxis.

## Akutertermine sofort

Zur Zeit kommen mehr neue Patienten, als verkraftet werden können; dabei handelt es sich überwiegend um Patienten mit gezieltem Sanierungswunsch: „Ich habe gehört, daß...“, mit großen PA-Problemen, mit Wunsch nach Amalgam-Sanierung, z. T. auch gezielt von Kollegen geschickt. Die Terminplanung ist ca. 4 Monate im voraus; daher wurden Reservezeiten eingeführt, die kurzfristig besetzt werden können. Ein neuer Patient erhält einen Akuttermin sofort, einen ersten Untersuchungstermin spätestens nach 3 Wochen. Das Prophylaxe-Programm beginnt nach ca. 3 bis 4 Wochen, die eigentliche Behandlung viel später, wird aber großzügig mit vielen Langzeit- und Reserveterminen innerhalb eines akzeptablen Zeitraumes abschnittsweise durchgeplant. Sehr hilfreich sind dabei die schon erwähnten Langzeitprovisorien aus NE-Metall und der Ersatz kariöser Füllungen durch GIZ-Aufbauten. Zur Entlastung und Erhöhung der Flexibilität wird in Kürze eine Kollegin als „echte“ Assistentin anfangen, die Teilbereiche der Vorbehandlung und Therapie sowie fachlich-organisatorische Aufgaben übernehmen soll.

## Praxiscomputer hilft

Das System der Leistungserfassung hat sich so entwickelt, daß aufgrund der EDV-Vernetzung mit Terminal auch im Chefbüro dort vom Zahnarzt alle Lei-

stungen, Steigerungssätze, Begründungen, Material und Sonstiges in Behandlungspausen oder nach Praxis-schluß selbst eingegeben werden und später von der Sekretärin kontrolliert, ggf. ergänzt und auf das Karteiblatt gedruckt werden; Basis dazu ist ein Einlageblatt, auf dem während der Behandlung ausführlich eingetragen wird. Bei entsprechender Übung dauert dies kaum länger als eine nachträgliche Karteikarten-Kontrolle, hingegen ist die sorgfältige und vollständige Liquidationserstellung, sofortige Übersicht über Honorarhöhe, individuelle Angabe von Steigerungssätzen und Begründungen leichter möglich; insbesondere entfällt die spätere mühselige Kontrolle und Ergänzung druckreifer Liquidationen. Unter dem Strich scheint dieses System weniger arbeitsintensiv und dennoch gründlicher zu sein. Daneben werden viele Kostenpläne — mit ausgewiesenen Steigerungsfaktoren — geschrieben, allerdings nur über die Eckleistungen. Der Anteil von Vereinbarungen oberhalb 3,5fach steigt, Leistungen unterhalb 3,5 werden ebenfalls per Formblatt vereinbart, vor allem im Hinblick auf eine vorgesehene überdurchschnittliche Qualität und Präzision eines an sich „normalen“ Behandlungsfalles. Dies macht eine vorgesehene Behandlung und die zu erwartende Eigenbelastung für den Patienten transparent und erhöht für den Streitfall die eigene Sicherheit.

## Verbleib der Kassenpatienten

Die Zahlen über den Verbleib von Kassenpatienten können nur geschätzt werden: 50% der freiwilligen Mitglieder, unter 10% der Pflichtmitglieder sind bisher geblieben. Insbesondere der freiwillige GKV-Patient will häufig bewußt Kassenmitglied sein und nicht in die PKC gehen, möchte nur die Kassenbehandlung ohne Zuzahlung, bleibt daher nicht automatisch. Kassenreaktionen bei Pflichtpatienten: bei Primärkassen praktisch keine Erstattung, bei Ersatzkassen sehr spärlich, meist nur mit viel Aufwand und Nachdruck. Die Ersatzkassen erstatten bei Freiwilligen meist problemlos, es empfehlen sich jedoch Stichproben, ob der



BEMA-Satz tatsächlich voll erstattet wurde; das jüngste BGS-Urteil untersagt den Primärkassen jegliche konschir. Kostenerstattung auch bei freiwilligen Mitgliedern. Erfahrungen anderer Kollegen gehen in dieselbe Richtung.

## Auch Schattenseiten

Natürlich bringt die Umstellung auch einige Schattenseiten mit sich. So haben sich die Ansprüche der Patienten, die Zahl der Problemfälle und damit das Versorgungsniveau deutlich erhöht, was aber die Arbeit von Zahnarzt und Team sehr viel schwieriger gemacht hat; Patienten kommen mit einer höheren Erwartungshaltung, man riskiert mehr bezüglich des Zahnerhaltes. Dazu ist die ständige Motivation und Schulung der Mitarbeiterinnen erforderlich, die Dokumentation und Verbesserung der Behandlungs- und Organisationsabläufe, die ständige eigene Fortbildung und das Im-Kopf-Halten der unterschiedlichen vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten.

## GOZ ist arbeitsintensiv

Die GOZ ist sehr arbeitsintensiv, sie erfordert sehr viel mehr Büroarbeit und Schriftverkehr, sehr zeitaufwendige Antworten auf Anfragen von Versicherern und Beihilfestellen, Studium einschlägiger Kommentare, Fachzeitungen und Gerichtsurteile zur aktuellen Rechtslage. Dazu kommt die umfangreiche Ablage von Fachkommentaren, Urteilen etc. zur raschen Information, für die Weiterleitung von Kopien an

den Patienten. Eingehende Kontakte mit anderen Praxen, der Kammer und der Privatzahnärztlichen Vereinigung sind notwendig; von der Kammer in Düsseldorf erfolgt glücklicherweise intensive Hilfestellung bei Problemen. Nützlich sind der kollegiale Austausch von Textbausteinen, Anschreiben, bösen Briefen und den entsprechenden Antworten zur Hilfestellung für den Patienten beim Vorgehen gegen Kostenerstatter; man müßte eigentlich einen Juristen einstellen. Ständig sind wir bemüht, dem Patienten umfangreiche Hilfe — mündlich und schriftlich — zu geben, gegenüber seiner Versicherung oder Beihilfestelle seine vertraglichen Rechte auf die GOZ-Möglichkeiten durchzusetzen; wir versuchen, uns zum Verbündeten des Patienten gegen seinen Kostenerstatter zu machen.

## Gelegentlich sehr ruhig

Der Nachteil eines ruhigen Praxisablaufs und individueller Terminplanung: gelegentlich ist es sehr ruhig, trotzdem glüht das Telefon. Das System führt durch kurzfristige Terminänderungen von Seiten der Patienten häufiger zu umfangreichen Telefonaktionen, um freigewordene Zeit zu besetzen oder Termine zu tauschen. Dazu kommt das Risiko häufigeren Praxisleerlaufs, da meist Langzeittermine vergeben, keine Parallelpatienten bestellt werden und die „Reservepatienten“ selten mal eben kommen können — was dann aber wenigstens den Aktenberg reduzieren hilft.

Und als kleiner Schönheitsfleck sei der Versuch erwähnt, bei einer Großhandelskette einen Einkaufsausweis zu erlangen; zur Legitimation ist ein ungültig gemachtes Kassenrezept mit dem KZV-Abrechnungstempel vorgeschrieben.

Der vor der Umstellung gegangene Weg und die Einschätzung der Patientensituation war sicher richtig. Platz scheint für viele Privatpraxen zu sein, auch außerhalb der großen Städte. Für mich war es eine gute Entscheidung — fachlich und persönlich; es bleiben die höhere berufliche Befriedigung, das bessere Wirken durch mehr Zeit, die größeren Erfolgserlebnisse — wenn auch mit weiterhin großem physischen, psychischen und zeitlichem Aufwand.

stungen, Steigerungssätze, Begründungen, Material und Sonstiges in Behandlungspausen oder nach Praxis-schluß selbst eingegeben werden und später von der Sekretärin kontrolliert, ggf. ergänzt und auf das Karteiblatt gedruckt werden; Basis dazu ist ein Einlageblatt, auf dem während der Behandlung ausführlich eingetragen wird. Bei entsprechender Übung dauert dies kaum länger als eine nachträgliche Karteikarten-Kontrolle, hingegen ist die sorgfältige und vollständige Liquidationserstellung, sofortige Übersicht über Honorarhöhe, individuellere Angabe von Steigerungssätzen und Begründungen leichter möglich; insbesondere entfällt die spätere mühselige Kontrolle und Ergänzung druckreifer Liquidationen. Unter dem Strich scheint dieses System weniger arbeitsintensiv und dennoch gründlicher zu sein. Daneben werden viele Kostenpläne — mit ausgewiesenen Steigerungsfaktoren — geschrieben, allerdings nur über die Eckleistungen. Der Anteil von Vereinbarungen oberhalb 3,5fach steigt, Leistungen unterhalb 3,5 werden ebenfalls per Formblatt vereinbart, vor allem im Hinblick auf eine vorgesehene überdurchschnittliche Qualität und Präzision eines an sich „normalen“ Behandlungsfalles. Dies macht eine vorgesehene Behandlung und die zu erwartende Eigenbelastung für den Patienten transparent und erhöht für den Streitfall die eigene Sicherheit.

## Verbleib der Kassenpatienten

Die Zahlen über den Verbleib von Kassenpatienten können nur geschätzt werden: 50% der freiwilligen Mitglieder, unter 10% der Pflichtmitglieder sind bisher geblieben. Insbesondere der freiwillige GKV-Patient will häufig bewußt Kassenmitglied sein und nicht in die PKC gehen, möchte nur die Kassenbehandlung ohne Zuzahlung, bleibt daher nicht automatisch. Kassenreaktionen bei Pflichtpatienten: bei Primärkassen praktisch keine Erstattung, bei Ersatzkassen sehr spärlich, meist nur mit viel Aufwand und Nachdruck. Die Ersatzkassen erstatten bei Freiwilligen meist problemlos, es empfehlen sich jedoch Stichproben, ob der



BEMA-Satz tatsächlich voll erstattet wurde; das jüngste BGS-Urteil untersagt den Primärkassen jegliche konschir. Kostenerstattung auch bei freiwilligen Mitgliedern. Erfahrungen anderer Kollegen gehen in dieselbe Richtung.

## Auch Schattenseiten

Natürlich bringt die Umstellung auch einige Schattenseiten mit sich. So haben sich die Ansprüche der Patienten, die Zahl der Problemfälle und damit das Versorgungsniveau deutlich erhöht, was aber die Arbeit von Zahnarzt und Team sehr viel schwieriger gemacht hat; Patienten kommen mit einer höheren Erwartungshaltung, man riskiert mehr bezüglich des Zahnerhaltes. Dazu ist die ständige Motivation und Schulung der Mitarbeiterinnen erforderlich, die Dokumentation und Verbesserung der Behandlungs- und Organisationsabläufe, die ständige eigene Fortbildung und das Im-Kopf-Halten der unterschiedlichen vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten.

## GOZ ist arbeitsintensiv

Die GOZ ist sehr arbeitsintensiv, sie erfordert sehr viel mehr Büroarbeit und Schriftverkehr, sehr zeitaufwendige Antworten auf Anfragen von Versicherern und Beihilfestellen, Studium einschlägiger Kommentare, Fachzeitungen und Gerichtsurteile zur aktuellen Rechtslage. Dazu kommt die umfangreiche Ablage von Fachkommentaren, Urteilen etc. zur raschen Information, für die Weiterleitung von Kopien an

den Patienten. Eingehende Kontakte mit anderen Praxen, der Kammer und der Privatzahnärztlichen Vereinigung sind notwendig; von der Kammer in Düsseldorf erfolgt glücklicherweise intensive Hilfestellung bei Problemen. Nützlich sind der kollegiale Austausch von Textbausteinen, Anschreiben, bösen Briefen und den entsprechenden Antworten zur Hilfestellung für den Patienten beim Vorgehen gegen Kostenerstatter; man müßte eigentlich einen Juristen einstellen. Ständig sind wir bemüht, dem Patienten umfangreiche Hilfe — mündlich und schriftlich — zu geben, gegenüber seiner Versicherung oder Beihilfestelle seine vertraglichen Rechte auf die GOZ-Möglichkeiten durchzusetzen; wir versuchen, uns zum Verbündeten des Patienten gegen seinen Kostenerstatter zu machen.

## Gelegentlich sehr ruhig

Der Nachteil eines ruhigen Praxisablaufs und individueller Terminplanung: gelegentlich ist es sehr ruhig, trotzdem glüht das Telefon. Das System führt durch kurzfristige Terminänderungen von Seiten der Patienten häufiger zu umfangreichen Telefonaktionen, um freigewordene Zeit zu besetzen oder Termine zu tauschen. Dazu kommt das Risiko häufigeren Praxisleerlaufs, da meist Langzeitermine vergeben, keine Parallelpatienten bestellt werden und die „Reservepatienten“ selten mal eben kommen können — was dann aber wenigstens den Aktenberg reduzieren hilft.

Und als kleiner Schönheitsfleck sei der Versuch erwähnt, bei einer Großhandelskette einen Einkaufsausweis zu erlangen; zur Legitimation ist ein ungültig gemachtes Kassenrezept mit dem KZV-Abrechnungsstempel vorgeschrieben. Der vor der Umstellung gegangene Weg und die Einschätzung der Patientensituation war sicher richtig. Platz scheint für viele Privatpraxen zu sein, auch außerhalb der großen Städte. Für mich war es eine gute Entscheidung — fachlich und persönlich; es bleiben die höhere berufliche Befriedigung, das bessere Wirken durch mehr Zeit, die größeren Erfolgserlebnisse — wenn auch mit weiterhin großem physischen, psychischen und zeitlichem Aufwand.