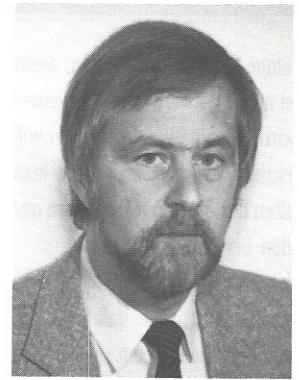


Die Zahnarzt Woche

Sonder-
druck



Dr. Michael Cramer, Overath

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (1):

Zuallererst gute Zahnheilkunde gefordert

Dr. Michael Cramer, Overath

Früher und noch heute ist die Privatpraxis einsamer Stern am Firmament, eigentlich aber zahnärztlich-fachlich-betriebswirtschaftlich eine Notwendigkeit. Machen wir uns nichts vor: Jeder Zahnarzt muß heute pro Stunde ca. 400 DM erwirtschaften, und da das mit dem Punktwert unter Beachtung aller fachlicher Regeln nicht geht, sind Abstriche vorprogrammiert.

Um es gleich vorweg zu sagen: Die Privatpraxis ist eine Sache, die von innen positiv wachsen muß, die nicht durch einen negativen Akt, die Kassenabgabe, entsteht; sie muß über lange Zeit mühsam erarbeitet werden, man muß eigentlich schon eine Privatpraxis haben, die Kassenabgabe darf nur noch Formsache sein.

Die Privatpraxis ist kein Selbstbedienungsladen bei Versicherungen und Beihilfestellen, man muß die Qualität seiner Arbeit und die notwendigen Honorare ständig darstellen und verteidigen, sich mit sog. Gutachtern, Sachbearbeitern und Vorschriften herumschlagen. Sie bedeutet auch keine Befreiung vom Notdienst, der Kammerangelegenheit ist.

Patientenorientiertes Leistungsangebot

Privatpraxis bedeutet: anspruchsvolle Patienten, sehr schwierige Arbeit,

ständiger maximaler Einsatz des ganzen Teams, viele Gespräche, viel Schreibkram. Aber auch: Man macht die Zahnheilkunde, die der Patient möchte, die der Zahnarzt anbieten kann, und nicht die, welche die Kasse meint.

Die Voraussetzung ist eine hohe persönliche Qualifikation und ein gekonntes patientenorientiertes Leistungsangebot in Prophylaxe und Nachsorge, Endodontie, Parodontologie, Funktionstherapie, ästhetischer Zahnheilkunde wie Veneers, Bleaching oder Keramik-Inlays, Goldhämmerfüllungen. Außerdem — soweit nötig — die Zusammenarbeit mit qualifizierten, persönlich gut bekannten Kollegen, ob Kieferorthopäde, Chirurg, Implantologe, Internist, Neurologe, Physiotherapeut, Homöopath zur Herd- und Verträglichkeits-Testung.

Notwendig ist ein Stamm qualifizierter, motivierter Mitarbeiterinnen, die neben einem hohen Fachwissen — sie werden vom Patienten häufig befragt — Persönlichkeit haben müssen, um den Stil der Praxis mittragen zu können und in der Lage sein sollten, eine reibungslos funktionierende Organisation zu unterhalten.

Privatpraxis bedeutet aber auch: ungeheure Motivationsquelle zu immer besserer Arbeit für Zahnarzt und Mitarbeiter, ungeahnte Therapiefreiheit, riesige Freude am Beruf.

Privatpraxis bedeutet für mich auch: Weg vom Amalgam, welches ich immer

nur widerwillig verarbeitet habe. Der Patient erfährt: Kein Amalgam in dieser Praxis! Meist sagt er erleichtert: „Gott sei Dank“, er will nämlich auch keines. Heute entfernen wir alte AG-Füllungen unter

Ganzheitliche Zahnmedizin

Cofferdam, machen temporäre GIZ-Füllungen, leiten homöopathisch oder mit DIMAVAL aus; nach einigen Monaten Inlays in Gold oder Keramik — die als Zahnbehandlung von den Versicherungen hoch bezuschußt werden.

Privatpraxis heißt Sicherheit: Es ist einfacher, hohe Behandlungsqualität zu leisten, man schafft so in Zeiten starker Zahnarztliche und schlechten Honoraren eine bessere Konkurrenzfähigkeit. Anspruchsvolle Patienten, die bereit sind, für langfristigen Zahnerhalt, hohe Ästhetik und intensive prophylaktische Betreuung einen wesentlichen Eigenanteil zu übernehmen, wird es immer geben.

Warnung an Trittbrettfahrer: Dentales Blendwerk und Abrechnungsschläue sind ein Bumerang, der zu wirtschaftlichen Problemen führen wird. Das erste und das oberste Gebot ist, exzellente Zahnheilkunde zu machen; der Rest kommt dann von selbst. ●

Auf dem Weg
in eine Privatpraxis (2):

Prophylaxe von Anfang an als Praxis-Prinzip

Die Praxis von Dr. Cramer, der über seinen Weg in die Privatpraxis berichtet, wurde vor 15 Jahren in Overath, einem 20.000-Einwohner-Ort Nähe Köln, ländlicher Charakter, damals überwiegend alteingesessene Bevölkerung, gegründet.

In der Assistentenzeit (Klinik für Chirurgie/Kons. und Kassenpraxis) sehr intensive Fortbildung, insbesondere Gnathologie, PAR, Rekonstruktion, Endo. Erste Kontakte zu Dr. Schulz-Bongert und seinen Whip-Mix-Kursen, ständige Weiterbildung bis heute.

Wirkung — positiv und negativ

„Prophylaxe von Anfang an“ mit **Positiv- und Negativ-Wirkung** war das Motto schon beim Start im „Niemandland“; **negativ**, weil nach einiger Zeit die nicht motivierbaren Patienten fernblieben, die auch ähnlich Uninteressierte von der Praxis abhielten.

Einen ungewünschten Patienten nicht weiter zu behandeln, ist ziemlich mühsam und kostet viel Zeit und Geld. Ein Weg besteht darin, ihm — nach mehreren Mundhygiene-Sitzungen und immer noch vielen Belägen — keinen festen Termin zu geben, sondern ihn zu bitten, sich

wegen einer Kontrolle zu melden, wenn er selbst meint, es wäre jetzt viel besser; damit wird ihm ein „Weg zum ehrenvollen Rückzug“ gewiesen; ansonsten kein Einschalten des Zahnarztes, sondern nur Kontrollen bei Mitarbeiterinnen.

Oder ein netter Brief; man teilt dem Patienten freundlich mit, daß trotz der intensiven Bemühungen um seine Mundgesundheit — die von der Kasse im überrigen nicht bezahlt würden — seine Vorstellungen über den Wert eigener Zähne und die Notwendigkeit eigener Mitarbeit von der der Praxis so abweichen, daß er vielleicht anderweitig besser aufgehoben sei; für die Behebung akuter Schmerzen stünde man natürlich zur Verfügung.

Die **positive Wirkung** liegt darin, daß die Praxis sehr schnell einen guten Ruf erhielt: „zieht nicht gleich Zähne“, „bemüht sich um Zahnerhalt“ etc. waren die Attribute in der Öffentlichkeit. Gelegentlich kamen Fragen vom Patienten wie: „Schädigen Sie sich nicht selbst damit?“

Gute Erfahrungen mit Ernährungsberatung

Später erfolgte eine Ausweitung auf Ernährungsberatung. Ziel war nicht nur „weg vom Zucker oder zumindest schnell runterschlucken“, sondern eine Hinführung zur Vollwertkost, mit guten Erfolgen. Behandlungsvorschläge zum Zahnerhalt wurden dadurch sehr glaubhaft. Parallel: PAR-Behandlung von Anfang an, aufwendig und mit System, Nachsorge, Recall etc. „Blutiger“ Ruf, auch wegen 8er Ost, auch hier abschreckende Wirkung auf ungewünschte Patienten.

Gnathologische Begleitmaßnahmen gehörten ebenfalls zum Prinzip, keinen 28er ohne Remount, keine Krone ohne individuellen Artikulator. Nach einiger Zeit Beginn Zahnersatz nach Muster 3 komplett abzudingen; später auch Privatbehandlung von freiwillig versicherten Kassenpatienten, Abdingung von komplizierten Endo- und PAR-Behandlungen.

Konsequente Behandlungsplanung in der Kassenpraxis: keine PAR ohne 8er Ost, kein ZE ohne PAR oder Endo-Revision, also kein Zahnbehandlungs-Supermarkt. Kaum Modellguß, kaum Front-

kronen, sehr viel Teilkronen und Inlays etc. Immer wieder wurde der Versuch

Ruf: teuer, aber gut

gemacht, dem Patienten ein Konzept zum Zahnerhalt plausibel zu machen, bestehend aus Prophylaxe, sorgsamer Therapie und langfristigen Recall.

Auch dadurch kam es zu einer sanften Trennung von Patienten, die nur „keine Zahnschmerzen“ haben wollten, durch das konsequente Angebot einer umfassenden Behandlung, ohne Drängen auf eine Entscheidung. Der Patient erhielt das Angebot, er möge wieder anrufen und seine Entscheidung mitteilen, damit wurde ihm der Rückzugsweg geebnet.

Dies alles erfordert viel Zeit für Beratung und Behandlung, also keine Massenpraxis, sondern Langzeit-Termine mit einer rationellen Behandlungsplanung. Keine Schnellschleifpraxis, kein Blüm-Bauch. Dies mit dem Nachteil: ständige KZV-Prüfungen, aber durch gute Karteiführung und konsequentes Behandlungskonzept nie nennenswerte Abzüge.

Der Verzicht auf Patienten, die nicht in das Konzept passen, führte mehrfach zu heftigen Diskussionen mit Mitarbeitern unter dem Stichwort „sozialer Verantwortung“. Heute ist die Einsicht da, daß diese Patienten gar nicht die Zahnheilkunde wollen, die wir anbieten.

Keine Beschäftigung eines Assistenten wegen der Gefahr der Verflachung der Praxis durch Patienten, die für den Assistenten bestellt werden; Vermeidung einer Zwei-Klassen-Praxis. „Hier kocht der Chef selbst.“ Bestätigt wurde die Richtigkeit dieses Schritts durch die häufige Frage von Patienten an mich oder Mitarbeiterinnen, ob die Behandlung durch den Praxisinhaber selbst erfolgen wird.

„Hier kocht der Chef selbst“

An dieser Stelle die erste Selbstprüfung des Zahnarztes auf dem Weg in eine „Privatpraxis“: Hat er eine Praxis, wo ein Assistent von allen Patienten pro-

blemlos angenommen wird, dann ist die Umstellung auf eine Privatpraxis sicher schwierig, da die Praxis nicht personenbezogen geführt wird.

Sukzessive erfolgte der Versuch der Bevorzugung von Privaten und „quasi“-Privatpatienten in Betreuung und Terminplanung, nicht aber in der Qualität der Behandlung.

Sukzessive Umstellung

Über die Jahre ergab sich aus dem Konzept ein ständig steigender Anteil des Privatanteils. Zuletzt lagen die Privateinkünfte einschließlich Abdingung ZE bei ca. 65 Prozent. ●

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (3):

Gründe für den Ausstieg

Die jahrelangen internen Vorbereitungen für den Einstieg in die Privatpraxis, „Prophylaxe von Anfang an“ und eine hochwertige Zahnheilkunde mit der Folge der Abdingung, bildeten den Schwerpunkt der ersten beiden Folgen.

Anfang 1989 erfolgte die Abgabe der RVO-Kassen (die nur noch bei einer Zulassung vor 1976 möglich ist) wegen Arbeitsüberlastung und fehlender Kooperation der Kassen bei außervertraglicher Zusammenarbeit wie gesundheitlichen Gefahren. Zunächst ging in einem Schreiben die Information an alle umliegenden RVO-Kassen, dann nach 2 Wochen auch an die Patienten. Trotz des Angebotes, langjährige sozial schwache Patienten zu niedrigen GOZ-Honoraren weiterzubehandeln, erfolgte eine totale Ablehnung durch die RVO-Kassen, Zuschüsse zu leisten, sogar im Falle eines mongoloiden Mädchens. Deutlich war zu erkennen, daß die Kassen untereinander konferiert hatten und gemeinsam „dicht machten“. Etliche Patienten der Praxis sind daraufhin in eine Ersatzkasse gegangen oder sie haben sich mit dem Hinweis privat versichert, „hatte ich sowieso immer schon vor“. Oder sie blieben, da sie freiwillig, häufig mit einer bereits bestehenden Zusatzversicherung oder einem Beihilfeanspruch, versichert waren.

Danach war es in der Praxis etwas ruhiger geworden, mit deutlich weniger Schmerzpatienten. Keinesfalls gab es weniger Arbeit, eher mehr und eine höhere Wirtschaftlichkeit der Praxis. Ausschlaggebend für den Ausstieg waren folgende Überlegungen:

1. nicht mit zweierlei Qualitäten behandeln zu können und wollen, aus ethischen wie fachlichen und organisatorischen Gründen; eine Kassenbehandlung ist aber nur mit mäßigem Niveau möglich, für den Zahnarzt sind die Schwierigkeiten „umzuschalten auf privat“ zu groß.

2. Kassenpatienten nicht zu subventionieren mit einem Teil der Privathonorare; man behandelt einen Privatpatienten bei einer gemischten Praxis und durchgängigem Behandlungsniveau für dessen Geld zu schlecht bzw. zu teuer.

Aus ethischen Gründen keine Zwei-Klassen-Medizin

3. durch ein einheitliches Konzept und bessere wirtschaftliche Möglichkeiten die Behandlungsqualität insgesamt weiter zu steigern,

4. mehr Ruhe und Zeit zu haben für die vielen schwierigen Fälle,

5. der zu erwartenden Zahnärzteschwemme — auch aus dem Ausland und Ostdeutschland — mit einer hohen Behandlungsqualität zu begegnen, denn genügend anspruchsvolle Patienten sind vorhanden.

6. Vermeidung, „Kassenangestellter“ zu sein mit Abhängigkeit von EDV, Gutachtern, Sachbearbeitern, Richtlinien; **nur der Patient** soll Partner sein.

Eine wirtschaftliche Analyse einer Praxis sollte vorangehen. Sie ist so individuell, daß nur der Fachmann dazu etwas Fundiertes sagen kann.

Wichtig ist — bei nicht abbezahlten Praxis-Krediten — ein Gespräch mit der Bank wegen der Abtretung der KZV-Zahlungen zu führen, sowie einen Finanzplan für Praxis- und Eigenbedarf zu erstellen.

Analyse der Praxis-Situation

Mit Abgabe der Kassen „verschenkt“ man seine Kassenpatienten an die Kolle-

gen. Daher ist in Erwägung zu ziehen und durchzurechnen, ob man nicht die ganze Praxis verkaufen und sich — mit neuem Konzept, in anderen Räumen — neu privat niederlassen soll. Dies kann sinnvoll bei einer älteren, großen Praxis mit hohem Kassenanteil sein, da zur Zeit eine hohe Nachfrage nach Praxen herrscht.

Der Neubau einer Praxis ist sicher für die zweite Hälfte des Berufslebens in vieler Hinsicht eine tolle Sache, so sollte ernsthaft über einen Verkauf der Kassenpraxis nachgedacht werden. ●

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (4):

Viele Scheine — viel Wühlerei ohne Effizienz

Aufgrund des hohen Privatanteils, der langen Vorbestellzeiten und der weitgehenden Schuldenfreiheit wurde keine Wirtschaftlichkeits-Analyse durchgeführt.

1. In den letzten Jahren hatte die Kassenpraxis noch ca. 180 bis 200 Scheine, mit mäßiger Auslastung je Schein und vielen Recall-Patienten. Wichtig: eine hohe Scheinzahl ist ein Zeichen für eine unwirtschaftliche Behandlungsplanung oder für Angst vor dem Prüfungsauswurf. Viele Scheine bedeutet: viel Wühlerei und Unruhe, viele unbezahlte Nebenleistungen und Leer-Zeiten, viel Hintergrundarbeit, viel Verwaltung etc.

Meine eigenen Erfahrungen mit Prüfungen: am Anfang ca. 3 Jahre fast jedes Quartal, für die Kassen ohne Erfolg (ca. 0,2 Prozent Abzüge).

Nicht die Masse macht's

2. Steigende Zahl von Privatpatienten in den letzten Jahren. Wesentlich ist dabei nicht die absolute Zahl, sondern der Grad der Intensität der Behandlung — **der Umsatz pro Patient**, zum Beispiel können bei 400 Patienten pro Quartal 80 Privatpatienten durchaus 50 Prozent des Umsatzes erbringen. Dies bedeutet auch: Die Praxiskosten liegen prozentual bei Kassenpatienten wesentlich höher

als bei Privatpatienten — aufgrund des höheren Honorars und der vollständigen Weitergabe der Sachkosten.

Mit ins Kalkül einzubeziehen sind die Fragen: Behandle ich die Privatpatienten maximal oder mache ich wegen Zeitmangels auch nur das Nötigste? Könnte ich hier meine Behandlung noch deutlicher ausweiten?

Helferinnen müssen die Umstellung mittragen

3. Stündige Vorbestellzeit von 8 bis 10 Wochen, Termindruck, eigentlich zu wenig Zeit für die Dinge, die ich in Ruhe hätte machen können — und für das Privatleben —, das müssen wichtige Analysegründe sein.

Intensive Gespräche mit Kollegen, die bereits eine Privatpraxis hatten, brachten übereinstimmend eine sehr positive Beurteilung mit dem dringenden Rat, gleichzuziehen.

Eingehende Gespräche mit Mitarbeiterinnen, die die Umstellung mittragen müssen, Motivation, Ankündigung von viel Arbeit in der Umstellungsphase, Schulung BEMA/GOZ-Unterschiede, juristisches Umfeld sind für den Einstieg in den GKV-Ausstieg dringend geboten.

Besuche der Tagungen und Seminare der PZVD, Privatärztliche Verei-

nigung Deutschlands, Kontakt mit zahlreichen gleichgesinnten Kollegen — man muß sich auch selbst motivieren oder motivieren lassen — helfen sehr.

Auch das Umfeld sondieren

Gespräche mit privaten Versicherungen und mehreren Versicherungsmaklern zur eigenen Information und zum Kennenlernen, um Patienten mit Versicherungsproblemen dorthin schicken zu können; aber man sollte sich vor einer Versicherungsberatung in der Praxis hüten.

Am wichtigsten: Sagen Sie es vor allem Ihren Privatpatienten, daß in Kürze Kassen abgegeben werden. Meist eine sehr positive Reaktion bei diesen Patienten, sie gehen halt gerne in eine Privatpraxis.

In den letzten Monaten vor Kassenabgabe Intensivierung der Privatbehandlung von freiwilligen Kassenpatienten, vor allem bei PAR, Endo. Dazu eine erhebliche Ausweitung der Gespräche mit Patienten über die Behandlung, die Probleme und Honorarsituation bei der GKV, Einführung des Recalls mit EDV.

Nach außen hin sichtbar erfolgte eine gründliche Renovierung, ein völlig neues Farbkonzept, das hob die Motivation des Teams sehr: Grau-weiß, das entspricht der aufkommenden eigenen Haarfarbe.

Neue Farben für den Neuanfang

Dann der Tag X! Man schreibt der KZV einen Einschreibebrief und teilt formlos mit, daß man vom ... an die RVO-Zulassung und VdAK-Beteiligung niederzulegen wünscht. Begründung oder ein Kommentar sind unnötig, aber ein ordentlicher Umtrunk mit dem Praxis-Team, um den Mut zu stärken, ist sinnvoll. Der Antrag muß ein Quartal vor dem Stichtag vorliegen.

Die Möglichkeit des „Ruhenslassens der Kassenpraxis“ — bis zu 2 Jahre — ist gegeben bei Krankheit, wissenschaftlicher Tätigkeit, häufiger Abwesenheit aus wichtigem Grund u. a.; es muß allerdings

sicher sein, daß die Kassenpraxis wieder aufgenommen wird.

Der Vorteil liegt in einem formlosen Wiederaufnehmen ohne Zulassungsverfahren und Prüfung. Für reine VdAK-Praxen ist die alleinige Wiederaufnahme der VdAK-Praxis möglich. Bei Kassenabgabe und Wiederaufnahme müssen in diesem Fall aber die RVO-Kassen dazugenommen werden. Grundsätzlich ist aber auch nach Komplett-Ausstieg — bei sauberer Weste — das Wiederaufnehmen der Kassen problemlos möglich — solange noch keine Zahlungsbeschränkung besteht.

Die „Vorlaufzeit“, d. h. von der ersten Patienten-Information bis zum Abgabetag, ist sehr individuell zu ermitteln, abhängig von der Vorbestellzeit, den angefangenen Behandlungsfällen, dem Anteil der Kassenpatienten etc. Mein Tip: 1. so kurz wie möglich, 2. keine Patienten mehr untersuchen und behandeln, die nicht bleiben wollen — ausgenommen natürlich dringende Fälle —, bei mir war die unmittelbare Vorlaufzeit 6 Monate.

Die verbleibende Zeit sollte für die Sanierung der Stammpatienten verwendet werden, und um angefangene Dinge gut zu Ende zu bringen, denn der Patient wird anschließend vom weiterbehandelnden Kollegen sehr kritisch angesehen werden.

Bei zu langer Vorlaufzeit: ein Rattenschwanz von Kassenpatienten, die noch behandelt werden möchten, aber nicht bleiben wollen oder können. Dadurch Terminnot mit Verärgerung der Privatpatienten und viel Hektik in den letzten Monaten vor dem Stichtag. Wichtig ist, sofort die Privatpraxis-Atmosphäre zu schaffen, das motiviert auch Kassenpatienten zu bleiben.

Privatpraxis-Atmosphäre schaffen

Mit den örtlichen Kassen kann vereinbart werden, daß angefangene Behandlungen bei den Pflichtpatienten per Kostenerstattung, evtl. zu ermäßigtem Honorar, zu Ende geführt werden können. ●

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (5):

Verständnis durch Information bei den Patienten wecken

Nach mehrjähriger interner Vorbereitung der Praxis auf die Kassenniederlegung informierte der Autor seine Patienten sechs Monate vor diesem Schritt sukzessive. Dabei erwies es sich als sinnvoll, eine von den Mitarbeiterinnen als Hauptansprechpartnerin für alle längeren Patientengespräche zu bestimmen. Dadurch war eine einheitliche Diktion gewährleistet, eine bessere Kontrolle über Ablauf, Reaktionen, Fragekomplexe etc. Dies gilt auch für Gespräche über Abdingung, Muster 3 etc.

Der Ablauf der Information sah so aus: Es wurde ein Brief geschrieben — von der Kammer juristisch absegnen lassen —, der allen Kassenpatienten nach der Behandlung von mir persönlich nach einem informierenden Gespräch mit dem Angebot, nach Terminabsprache zu einem ausführlichen Gespräch bereit zu sein, überreicht wurde. Darüber hinaus wurde auf Wunsch ein ausführliches Merkblatt ausgehändigt über die Themen: gesetzlich/freiwillig versichert, private Voll- und Zusatzversicherung, Kostenerstattung etc.

Die Gespräche haben viel Zeit gekostet! Die persönliche Mitteilung ist für den Patienten weniger hart in der Wirkung und sie gibt dem Zahnarzt die Möglichkeit, die Reaktion zu beobachten und für spontane Fragen sofort zur Verfügung zu stehen.

Positive Stimmung erzeugen

Dabei ist es in Diskussionen oder nach Behandlungen gelegentlich sinnvoll, dem Patienten die BEMA-Preise zu nennen, denn sie haben von den Kassenhonoraren für den Zahnarzt meist völlig überzogene Vorstellungen (wie auch entsprechende Umfragen ergaben).

Im Brief und im persönlichen Gespräch — dies gilt auch für das von Mit-

arbeiterinnen geführte — gilt es, eine positive Stimmung zu erzeugen.

Also keine Formulierungen wie „muß Ihnen leider mitteilen, unglücklicherweise, Sie können nicht mehr kommen“. Richtig ist es zu sagen, „Wir behandeln Kassenpatienten gern weiter, wenn auch nicht auf Krankenschein, wir können jetzt noch ruhiger arbeiten“ etc.

Grundtenor: „Wir behandeln ab ... nicht mehr auf Krankenschein.“ Also keinesfalls sagen: „Wir behandeln keine Kassenpatienten mehr.“

Auf der Karteikarte ist zu vermerken, wer den Brief bekommen hat, auch auf Karteikarten von Familienmitgliedern; dies auch wegen des späteren Postversandes und zur Vermeidung von Doppel-Ansprachen. Neuen Patienten wurde am Telefon bis ca. sechs Wochen vor der Umstellung nichts gesagt, eine Information erfolgte nach der Erst-Untersuchung.

Patientenbrief mit umfassender Information

Patienten, die äußerten, nicht bleiben zu wollen oder zu können, sollten nicht noch schnell untersucht oder behandelt werden, um Hektik auszuschalten. Lieber dem Patient sagen: Der Kollege, der die Weiterbehandlung übernehmen wird, sollte Sie auch untersuchen, da bis zum Stichtag ohnehin kein Behandlungstermin frei ist. Zeit für ein Beratungsgespräch für die „alten Patienten“ — nach Behandlungsende — sollte aber immer sein.

Als alle Termine bis zum Stichtag belegt waren — wir hatten reichlich Freitermine eingeplant, was sich als sehr sinnvoll herausstellte — erfolgte die Frage an alle Patienten, die um einen Termin baten, ob sie darüber informiert wären, daß ab ... keine Behandlung mehr auf Krankenschein möglich ist, auf Wunsch sofortiger Versand des Patientenbriefes,

ein Beratungstermin mit dem Chef oder der Praxissekretärin wurde angeboten.

Legale Werbeeffekte nutzen

Besonders wichtig ist, vor allem die Privatpatienten beiläufig zu informieren und ihnen auf Wunsch den Brief an die Kassenpatienten zur Kenntnisnahme mitzugeben. Die Reaktion war meist sehr positiv, bis hin zu Bemerkungen: „Da werde ich Ihnen noch meinen Mann, Chef, Kollegen schicken, der sucht einen Zahnarzt, der Zeit für ihn hat“ etc. Darin liegt ein legaler Werbeeffekt, vom Berufsrecht abgedeckt. Ein generelles Rundschreiben an alle Patienten ist standesrechtlich nicht zulässig, sagt die Kammer.

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (6):

Spannend — die ersten Wochen danach

Der Übergang von der Kassen- in die Privatpraxis muß nahtlos sein, das legte der Autor in den ersten Folgen dar, man darf eigentlich keinen Übergang spüren. „Außer dem Sekt, den wir ein paar Tage lang allen Patienten angeboten haben“, meint der Verfasser zu der ersten Woche selbst.

„Einen Krankenschein aus dem letzten Quartal haben wir verwahrt — stand nur 1 drauf —, er hängt eingerahmt im Büro.“

Erste Reaktionen der Patienten

Es wurde bisher keine Statistik darüber geführt, welche Patienten weggeblieben und welche neu hinzugekommen sind; dies ist ohnehin erst nach ein bis zwei Jahren möglich, da die Patienten in der Regel saniert sind und ein Zahnarztbesuch nicht direkt vor der Tür steht.

Wir haben im Rahmen der Umstellung eine neue einheitliche Karteikartenfarbe eingeführt, alle bleibenden Patienten bekommen eine neue Karte,

Allen Patienten, die sich telefonisch oder persönlich gemeldet haben, dies gilt auch für die Zeit nach der Umstellung, haben wir den Info-Brief angeboten und davon zahlreiche versandt; ebenso haben wir die Recall-Patienten, die bis zum Stichtag nicht in der Praxis waren, schriftlich informiert.

Die Reaktionen der Patienten aus den Gesprächen sind vielleicht noch interessant. Insgesamt sehr positiv, sehr verständnisvoll: „Würde ich an Ihrer Stelle auch tun“, „Kann ich sehr gut verstehen, „Was kann ich tun, um bleiben zu können?“, „Sehr schade, daß ich nicht bleiben kann, die Kasse weigert sich“ etc. Einen Kollegen zur Weiterbehandlung haben wir grundsätzlich nicht empfohlen.

dadurch gibt es eine gute optische Unterscheidung zu Alt- und Neu-Patienten.

Schätzung: Etwa die Hälfte der „Freiwilligen“ bleibt

Wenn wir auch nur teilweise die Versicherungspflicht unserer Patienten kennen, hier eine grobe Schätzung (die von anderen Kollegen bestätigt wird): 40 bis 50 Prozent der freiwilligen, unter 10 Prozent der Pflichtmitglieder scheinen zu bleiben (nicht jeder „Freiwillige“ ist wirtschaftlich in der Lage, größere Eigenanteile bezahlen zu können).

Eine gewisse Fluktuation ist über eine längere Zeit sicher auch bei uns zu erwarten; einem Teil der „Bleiber“ ist der Eigenanteil zu hoch, sie wechseln, ein anderer Teil — nach Erfahrungen in anderen Praxen — kehrt wieder zurück: „Ich zahle gerne was drauf.“

Eine interessante Beobachtung zeigte aber: Viele Patienten sind zusätzlich versichert oder beihilfeberechtigt, haben vorher nichts davon gesagt. Wir bieten den Stammpatienten, die nur in der GKV sind, einen gewissen „Treuerabatt“ an,

d. h. die Nebenleistungen oder — bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten des Patienten — auch die ganze Behandlung zu reduzierten Honoraren. Spätestens in

Viele Patienten zusatzversichert

diesem Zusammenhang muß man lernen, über Geld, Behandlungsqualität, Praxisaufwand und notwendige Honorare zu reden. So liegt der Eigenanteil bei Recall-Sitzungen mit sorgfältiger Zahnsteinentfernung, Politur der Zähne, Mundhygiene-Kontrolle mit ggf. Übungen etc. zwischen 80 und 120 DM, für andere Leistungen haben wir uns eine interne Übersichts-Tabelle zur raschen Information erstellt.

Der Großteil der Kassenpatienten hat heute über die Leistungsfähigkeit ihrer Krankenkassen keine besonders hohe Meinung zur gebotenen Kassen-Zahnheilkunde, dies bestätigen auch Meinungsumfragen. Eine Diskussion mit dem Patienten über den erforderlichen Eigenanteil bei aufwendiger Prophylaxe oder Therapie ist heute viel einfacher als noch vor einigen Jahren.

Insgesamt scheinen die Patienten zu bleiben, welche früher umfangreich parodontal behandelt worden sind — und die, zu denen man einfach ein gutes Verhältnis hat; erstaunlich und erfreulich, wie sehr sich viele Pflichtversicherte intensiv bemühen, die Widerstände der Kasse gegen eine Kostenerstattung zu überwinden, mit mehrfachem Vorsprechen, sogar Fahrten zur Hauptverwaltung etc.

Früher freiwillig Versicherte bleiben kosten- erstattungsberechtigt

Das Verbot der Kostenerstattung stößt bei den Pflichtpatienten allgemein auf großes Unverständnis; vor allem, wenn sie bereitwillig auch höhere Eigenanteile übernehmen wollen und man ihnen erklärt, daß die Kasse ohnehin nur ihren Pflichtteil zahlt, langfristig aber geringere Folgekosten hat. Ein Hinweis

zur Kostenerstattung: Pflichtmitglieder und Rentner, die früher einmal freiwillig versichert waren, bleiben wegen der sog. „Besitzstandswahrung“ kostenerstattungsberechtigt!

Wenn auch im „Artikulator“ gerade zu lesen war, daß „alle aussteigenden Jünger des Dr. Schulz-Bongert ihre langjährigen GKV-Patienten mit großer

Kaltschnäuzigkeit aus den Praxen schmeißen“, so möchte ich nicht verhehlen, daß es einem schon recht nahegeht, wenn in großer Zahl langjährige

Man kann es nicht jedem recht machen

Patienten um ihre Röntgenaufnahmen bitten oder man vom Kollegen erfährt, wer nun dort in Behandlung ist — auch Patienten, von denen man es wirklich nicht gedacht hätte.

Aber das ist auch ganz heilsam, und jedem kann man es ohnehin nicht recht machen. ●

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (7):

Patienten haben keine große Meinung von ihrer Kasse

Zur Rechtslage über Kostenerstattung bei Pflicht- und freiwilligen Mitgliedern der Kassen hat der Autor ein Merkblatt erarbeitet, das Patienten auf Wunsch hin erhalten und das mit diesem Sonderdruck versandt wird.

RVO:

Freiwillig versicherte Patienten haben Anspruch auf Kostenerstattung, wenn dies in der Satzung vorgesehen ist; diese kann sich der Patient aushändigen lassen. Die Bereitschaft der RVO-Kassen ist sehr unterschiedlich, gelegentlich erfolgen pauschale Abzüge von 10 bis 15 Prozent.

Pflichtmitglieder:

Sie haben so gut wie keine Chance auf Kostenerstattung, von sehr seltenen Ausnahmen abgesehen. Dieser Patientenkreis kann bei der Kassenabgabe fast ganz unberücksichtigt bleiben, da die Kassen behaupten, eine Kostenerstattung nachdem SGB V sei nicht möglich. Es wird allerdings zur Zeit per Gutachten geprüft, ob das SGB V die Kostenerstattung bei GKV-Patienten wirklich ausschließt. Freiwillige, die z. B. wegen Arbeitsreduzierung wieder pflichtig werden, sowie Rentner, die freiwillig waren, bleiben kostenerstattungsberechtigt. Nach dem Merkblatt einer großen Ersatzkasse gilt dies auch für Familienmitglieder; hier spielt der Begriff der „Besitzstandswahrung“ eine Rolle.

VdAK:

Freiwillige Mitglieder erhalten im hiesigen Raum ohne Probleme die Kostenerstattung ohne Abzüge, selbst Kostenpläne bei ZE oder PAR sind nach Angaben

von Zweigstellenleitern bei klarer Indikation nicht erforderlich. Wir schreiben jedoch bei allen PAR- und ZE-Fällen Behandlungspläne zur Orientierung für den Patienten und zur eigenen Absicherung; seit kurzem lassen wir — auch von reinen Privatpatienten — sämtliche Kostenpläne mit Steigerungen bis 3,5 als Vereinbarung per Formblatt unterschreiben.

Pflichtmitglieder:

Alle offiziellen Stellungnahmen der KZVen, des VdAKs sagen: keine Kostenerstattung. In der Praxis wird die Kostenerstattung allerdings sehr unterschiedlich gehandhabt.

Unterschiedliche Handhabung der Kostenerstattung

Nach Informationen haben sich die VdAK-Kassen über ihren Bundesverband abgesprochen, keine Kostenerstattung durchzuführen. Nach inoffiziellen Informationen scheinen jedoch die einzelnen Zweigstellen einen gewissen Ermessensspielraum zu haben, der allerdings äußerst unterschiedlich gehandhabt wird. So ist z.B. die Techniker-Krankenkasse im Ort X sehr großzügig, die Barmer spielt überhaupt nicht mit, während im Ort Y die Verhältnisse genau umgekehrt sind.

Häufig erklärt sich die Ersatzkasse jedoch bereit, eine bereits angefangene Behandlung weiterhin zu erstatten, noch zwei Quartale lang, ausnahmsweise oder bei Nachsorgebehandlungen einer durch-

geführten PAR- oder ZE-Behandlung etc. Also: Guter Wille ist oft vorhanden.

Ermessensspielraum ausreizen

Manche pflichtversicherten Patienten haben schriftlich von ihrer Kasse, daß eine Kostenerstattung möglich ist, andere nur mündlich, bei dritten hat die Kasse nach einem Grund gesucht wie: „Ehemann freiwillig“, „Mitglied früher-freiwillig“ oder „spezielle Behandlung mit Nachsorge“, um eine Kostenerstattung zu gewähren.

Achtung: Selbständige — eigentlich freiwillige Mitglieder —, die jedoch aufgrund eines geringen Erlöses aus ihrem Geschäft unterhalb der Bemessungsgrenze liegen und nicht den Höchstbeitrag zahlen, werden in der Kostenerstattung wie Pflichtmitglieder behandelt.

Grundsätzlich hängt — bei allen Kassentypen und Versicherungsarten — die Bereitschaft zur Kostenerstattung vom intensiven Durchsetzungsvermögen des Patienten ab. Sachbearbeiter scheinen gelegentlich von der komplizierten Materie fachlich, rechtlich oder arbeitsmäßig überfordert und versuchen, die Patienten abzuwimmeln; eine ausführliche Information der Patienten mit der Empfehlung, nachdrücklich auf höherer Ebene vorzusprechen, empfiehlt sich. Allgemein scheint die starre Haltung ins Wanken geraten zu sein, aus Konkur-

renzgründen der Kassen untereinander oder als Reaktion auf eine umschlagende öffentliche Meinung.

Konkurrenz belebt das Geschäft

Insgesamt versuchen die Kassen heute, ihre höherverdienenden Mitglieder bei der Stange zu halten, als gute Beitragszahler und „gute Risiken“; da wird die Kostenerstattung anstandslos zugesagt. Die Abwanderung in die PKV ist zur Zeit enorm, hatten in 1989 doch die Privaten einen Zuwachs von ca. 50 Prozent!

Ein Wort noch zur Zahnversicherung allgemein:

Eine Versicherung dient dazu, einen Schadensfall abzudecken, der die wirtschaftliche Potenz des Versicherten übersteigen würde; man versichert sich gegen Krankheit, Unfälle oder Feuer.

Statistisch verdient die Versicherung im Mittelwert immer, da sie ein Unternehmen ist, das Gewinne machen muß.

Zahnschäden sind überschaubare Risiken; daher ist es möglich, daß eine lebenslange Zahn-Zusatzversicherung für GKV-Patienten insgesamt teurer ist als Eigenanteile:

- bei intensiver Prophylaxe,
- seltener notwendiger, weil sehr guter Behandlung und
- entsprechender Eigenvorsorge.

Lebenslange Zahn-Zusatzversicherung oder Eigenanteile?

Der Zahnbewußte zahlt die Zechen des Nachlässigen mit. Daher sollte der Abschluß einer solchen Versicherung — die es immer nur kombiniert gibt — sorgsam bedacht und der fragende Patient darauf hingewiesen werden. Ein Hinweis hier auf die Schweiz, ganz ohne gesetzlichen oder privaten Versicherungsschutz für Zähne, allerdings mit einer sozialen Grundversorgung und obligatem geringem Eigenanteil. ●

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (8):

Gleicher Umsatz — aber mehr Zeit für Patienten

Heute, nach ca. neun Monaten Privatpraxis kann eine Analyse bezüglich Patientenzahlen oder Kosten-Gewinn-Struktur natürlich noch in keiner Weise gestellt werden. Daher nur eine Vorstellung der momentanen Situation.

Ich beschäftige vier ausgelernte, sehr qualifizierte, entsprechend gut dotierte Mitarbeiterinnen, davon eine fast ausschließlich als Sekretärin, die aufgrund der intensiven Patientenbetreuung, Prophylaxe, umfangreicher Assistenz und Vor- und Nachbereitung der material- und instrumentenintensiven Behandlung bei zweieinhalb Behandlungsräumen, voll ausgelastet sind. Zur Zeit Überlegung, einen jungen, lernwilligen Assistenten quasi als ZMF einzustellen für Prophylaxe, zum Zuarbeiten und als Hilfe, ohne eigene Patienten, aber mit der Möglichkeit, unser komplettes Konzept kennenzulernen.

Einige interne Abläufe

Wir sind je nach Behandlung für ca. 10 Wochen ausgebucht mit 33 Wochenstunden reiner Behandlung — bei flexibler Arbeitszeit — und haben bereits Mühe, kurzfristig notwendige Termine unterzubekommen. Die verstärkte Einplanung von Reservezeiten ist vorgesehen. Durch viele neue Patienten fällt zur Zeit viel PAR, Endo, ZE-Vorbereitung an. Die konsequenten Langzeitermine und der hohe Anteil auswärtiger Patienten machen es hin und wieder schwierig — trotz Reserveliste —, kurzfristig abgesagte Termine wieder zu füllen. Dafür wird dann der Aktenberg kleiner.

Trotz subtiler Terminplanung und genügend „Luft“ ergeben sich dennoch gelegentlich Engpässe mit Wartezeit, die aber — bei entsprechender Information — ohne Murren hingenommen wird.

Der Praxisablauf auf die reine Privatbehandlung hin orientiert sieht in wichtigen Grundzügen so aus:

1. Täglich morgens 15 Minuten Team-Treff („Morgenandacht“) mit Espresso und Besprechung der Vortages- und Tagespatienten anhand der Tagespläne, die in jedem Zimmer und in meinem Büro liegen (PX-Mitarbeit, Anrufe von Patienten nach PAR, ZE etc., evtl. gemachte Fehler etc.), Planung der Tagesbehandlung, Assistenz, Arbeitsvorbereitung, allgemeine Hinweise, Fragen, Materialbestellung, Tagesgeschehen. Anstehende Fragen werden über den Tag gesammelt bis zum nächsten Morgen.

2. Einmal wöchentlich Fortbildung in der Mittagspause von ca. 1 1/2 Stunden (fachlich, organisatorisch, Arbeitsabläufe oder -vorbereitungen, praktische Übungen, Erläuterung Materialhandhabung, Bericht über Fortbildung etc.).

3. Ordner mit Klarsichthüllen mit Fachartikeln, die für Mitarbeiter interessant sind, zur Lese-Weitergabe (Umlaufverfahren).

4. Verbesserung der Kommunikation (zweite „geheime“ Telefonleitung, Fax, Diktiersystem) ist sehr empfehlenswert. (Eine zweite Leitung kostet ca. 10 DM mehr im Monat, bringt aber eine hohe Zeitersparnis für den Zahnarzt, da immer eine Leitung frei ist zum Hinaustelefonieren. Patienten merken, daß die Telefonnummer nicht mehr so oft besetzt ist, da die Hauptleitung nur für eingehende Patientengespräche genutzt wird bei begrenzter telefonischer Erreichbarkeit: Der besprechbare Anrufbeantworter mit dem Hinweis, daß wir zurückrufen, wird viel genutzt. In wichtigen Fällen: Preisgabe unserer zweiten Nummer an Patienten mit der Bitte, diese anschließend wieder zu vergessen. Funktioniert auch! Fax: Möchte ich nicht mehr missen — hohe Zeit- und Arbeitsersparnis, geringere Porto- und Telefonkosten finanzieren das Fax-Gerät (unter 1.000 DM) bequem.

5. Seit Jahren EDV, wichtig ist ein gutes Privat-Programm mit sehr vielen Begründungen, Leistungsketten, HKP-

Blocks, Materialangebot, selbst schreibbaren Hilfen für die Sekretärin. Es erfolgte vorab eine sehr intensive Beschäftigung mit der GOZ im letzten Jahr, Begründungen wurden formuliert, das EDV-Programm individuell aufgerüstet.

Liquidation

Eine große Hilfe: GOZ-Kommentar der PZVD, erhältlich bei ZA M. Altenheim, Bielefeld. Das eigene Durchdringen der umfangreichen Materie schafft erst die Übersicht.

Heil- und Kostenpläne schreiben wir mit voraussichtlichem Steigerungssatz und Einzelpreisen, aber ohne Begründung. Ein Tip für Kassenpraxen: Sämtliche abgedungenen Kostenpläne als reine GOZ-Pläne schreiben — das ist für den Patienten durchsichtiger. Für Kassensachbearbeiter ein HKP-Formular mit den BEMA-Positionen dazulegen und dem Vermerk: dient der Ermittlung des Kassenzuschusses, **nicht** zur Abrechnung. Das funktioniert prima.

Zur **Liquidation**: Dringende Empfehlung, die Freiräume der GOZ bezüglich Steigerung und Vereinbarung auszunutzen; Beschränkung wird zum Bumerang (s. Ärzte), GOZ geht bis 3, 5fach, Vereinbarung nach § 2 Abs. 2, ist völlig legal und vom Gesetzgeber ausdrücklich vorgesehen. Aufwand und Qualität müssen natürlich stimmen. Vorschriften und Einschränkungen des BEMA gelten **nicht** für GOZ-Liquidation, ebensowenig wie die restriktiven Beihilfebestimmungen. Steigerungssätze nach Behandlungsnotwendigkeit und tatsächlichem Effekt festlegen, eine bmf zu 3, 5fach ca. 10 DM, eine F 4 zu 3, 5fach ca. 50 DM Honorarsteigerung.

„Bunte Reihe“ machen, zahlreiche Nebenleistungen zu niedrigen Sätzen erbringen, Eckleistung hoch ansetzen — gilt auch für Vereinbarung nach § 2 Abs. 2. Ich gebe umfangreiche Begründungen,

sie sind eine große Hilfe für den Patienten. Sie sparen sehr viel Zeit und Schriftverkehr mit Beihilfestellen oder Versicherungen, da Erläuterungen selten verlangt werden, sondern, wenn überhaupt, die Notwendigkeit der Steigerung bezweifelt wird.

Im Streitfall mit dem Kostenträger versuchen wir, uns mit dem Patienten gegen seine Versicherung oder Beihilfestelle zu verbünden, wehren uns heftig

bei Vorwürfen der angeblichen Falschabrechnung von Positionen oder Material. Hilfe bietet eine umfangreiche Sammlung von Veröffentlichungen und ein ausgefeiltes Textsystem. Man sollte vielleicht noch ein paar Semester Jura studieren...

Niemals sollte eine Liquidation nach Beihilfe-Verordnung geschrieben werden, dies ist dem Patienten deutlich zu sagen. ●

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (9):

Der Patient, der gerade da ist, ist das Wichtigste in der Praxis

Besonderes Feingefühl erfordert nach Ansicht des Autors die Telefonanfrage hinsichtlich der organisatorischen Fragen der Umstellung der Kassenpraxis auf eine Privatpraxis.

Wenn der Patient bei der Anmeldung der Helferin unbekannt ist oder er nicht von sich aus sagt: Ich bin ein neuer Patient, dann kommt die Frage der Helferin: Wann waren Sie zuletzt hier? Bei Bedarf dann: Sind Sie informiert, daß wir nicht mehr auf Krankenschein behandeln? Bei neuen oder länger nicht da gewesenen Kassenpatienten: kurze telefonische Information über die neue Situation, verbunden mit dem Angebot, unseren Praxis-Rundbrief und das Info-Blatt über Kostenerstattung und Privatversicherung zugeschickt zu bekommen; diese Möglichkeit wurde anfangs viel genutzt, ist jetzt selten geworden, da neue Patienten meist auf Empfehlung kommen und vorinformiert sind.

Beratungsgespräch anbieten

Kassenpatienten mit bestimmtem Anliegen oder speziellem Behandlungswunsch erhalten das Angebot einer kurzen, orientierenden Untersuchung und ein Gespräch über die Behandlungsmöglichkeiten, die anfallenden Kosten, ohne eine Berechnung dieser Beratung.

Der Grundtenor heißt: Wir behandeln selbstverständlich auch Kassenpa-

tienten, allerdings nicht auf Krankenschein. Auf dem Praxisschild nur der Name, keine Behandlungszeiten, kein Hinweis auf Privatpraxis.

Wegbeschreibung

Als Service bekommt der neue Patient eine Terminbestätigung und eine Wegbeschreibung zugeschickt oder gefaxt mit einem kurzem Hinweis auf den Charakter dieses ersten Termins. Derzeit bereiten wir eine neu entwickelte Anmeldung mit Anamnese einschließlich des Behandlungswunsches vor. Sie wird mit der Bitte um Rücksendung mitgeschickt, inkl. evtl. vorhandener Röntgenaufnahmen zum vorherigen Studium, dabei eindeutlicher Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht.

So können wir evtl. einen längeren Ersttermin vereinbaren oder um weitere Befundunterlagen bitten. Der Patient bleibt so dem Termin selten fern. Der Ersttermin erfolgt möglichst innerhalb von zwei Wochen, und dauert mindestens 30 Minuten. Bei konkreten Fragen erfolgt vor der Untersuchung ein Gespräch im Büro. Fast immer wird versucht, keine längeren Beratungen am Behandlungsstuhl zu führen, da der Patient dort einer großen psychologischen Belastung ausgesetzt ist. Dem vorzuziehen ist ein Gespräch im Wartezimmer, wenn es — wie meistens — leer ist.

Die Untersuchung erfolgt neuerdings anhand des "Befundbogen nach Reusch" mit einer eingehenden Befragung nach primärem Behandlungswunsch des Patienten. Bei der Therapieplanung muß unbedingt das eigentliche Anliegen des Patienten berücksichtigt werden, sonst kann es sein, daß der Patient nach umfangreichen Rekonstruktionen sagt: War ganz toll, bin sehr zufrieden, wollte aber eigentlich nur die Klammer nachgebogen haben.

Individuelle Terminplanung

Die Terminplanung erfolgt mit selbst gestalteten Terminzetteln, am Patienten oder am Schreibtisch. Behandlung, notwendige Vorbereitung, Zeitbedarf und Intervalle werden vom Zahnarzt eingetragen, die Terminvergabe anschließend von der Helferin. Sehr nützlich ist ein kleiner, abgeschlossener Besprechungsplatz im Büro der Sekretärin für sensible Gespräche.

Der Terminzettel bleibt in der Karte, somit einfache Kontrolle über anstehende Termine und vorgesehene Behandlung; wichtig auch bei nicht erschienenen Patienten. So vermeiden wir auch die peinliche Frage an den Patienten: Was soll es denn heute sein? oder: Was machen wir denn als nächstes?

Zur Untersuchungsplanung bei Terminen neuer Patienten folgendes: Prophylaxe nie sofort nach Erstuntersuchung, sondern separat, drei Termine werden gleich geplant, mit Rö, Vopr, Modellen im Artikulator, Zst, evtl. leichtes Scaling (vom Zahnarzt durchgeführt), Info Prophylaxe, Ernährung, Ätiologie von Karies, Plaque, Parodontal-

Erkrankungen, Übungen etc., Mitgabe von Zahnbürsten und Floss und Ernährungs-Info-Blatt.

Prophylaxe — sensibel und einfühlsam vermitteln

Prophylaxe machen alle Mitarbeiterinnen gleichermaßen, hoch qualifiziert durch ständige interne und externe Schulung. Ein neuer oder sehr lange nicht da gewesener Patient wird in den ersten Sitzungen von der gleichen Helferin betreut, Gesamtdauer zwei bis drei Stunden. In Vorbereitung ist ein Info-Blatt mit stichwortartiger Zusammenfassung aktueller Erkenntnisse der Prophylaxe. Der Erfolg beim Patienten und eine weitere Fürsorge werden in der "Morgenandacht" — gemeinsame Tagesbesprechung — erörtert.

Den Patienten loben

Wichtig bei Prophylaxe: Sensibel mit dem Patienten umgehen, loben, auf Vorhandenem aufbauen, Patienten nicht runterputzen etc. Nicht sagen: "Wir bringen Ihnen Zähneputzen bei", denn das macht der Patient schon seit 40 Jahren, sondern "Wir möchten versuchen, Ihre Technik nach neueren Erkenntnissen zu optimieren" etc. Gestandenen Leuten von 50 Jahren durch eine junge Helferin von 23 sagen zulassen: Sie putzen nicht oder miserabel, das geht einfach nicht! Parallel gebe ich bei aktuellen Problemen Hilfe, versuche Patientenwünsche zu beachten, daß z.B. verfärbte Frontfüllungen vorrangig ausgewechselt werden. ●

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (10):

Nach umfangreichen Behandlungen "Streicheleinheiten" für den Patienten

Nach einem ausführlichen Beratungsgespräch und umfassender Prophylaxe folgt die Therapieplanung, bei der das Praxiskonzept, die Praxisphilosophie dem Patienten vermittelt wird.

Nach der Prophylaxe ausführliche Nachuntersuchung im Büro: Rö-Besprechung mit Therapieplanung. Häufiges Ausleihen (Leihkarte anlegen!) der Bücher: Zahnverlust kein Schicksal (Schulz-

Bongert), Was sind Parodontalerkrankungen (Quintessenz) sowie verschiedener Bücher über Ernährung, Modelle, Dias etc. dienen als Gesprächsunterstützung. Die definitive Terminplanung erfolgt in Blöcken (Endo, Kons, PAR, Funktionsbehandlung, Rekonstruktion). Empfehlung: genügend Reservetermine einplanen.

Ausführliche Vorinformation

Deutlich wird im Gespräch mit dem Patienten der Praxisstil herausgearbeitet: Das Behandlungsangebot umfaßt nicht allein die momentane Zahnreparatur, sondern ist ein Konzept zum langfristigen Zahnerhalt durch Prophylaxe, Behandlung und präzise lebenslange Betreuung.

Überwiegend Langzeitermine, zwei Stunden bis zu ganzen Vormittagen (Beispiel EKR, Endo, PAR, prov. Versorgung). Die Patienten kommen überwiegend von außerhalb, daher Termin-Blöcke mit dem Versuch, die Zahl der Sitzungen gering zu halten.

Ebenfalls in Vorbereitung: Termin-kärtchen mit mehreren Daten, Dauer und Art der Behandlung, Information zur Prämedikation und über erforderliche Injektionen, evtl. Beeinträchtigungen (z.B. drei Tage Kurzzeit-PV, Schwellungen etc.). Praxis-Visitenkarten mit zusätzlicher privater Telefonnummer geben wir generell mit.

Während der Behandlung sind keine Parallel-Patienten eingeplant, außer am Anfang oder Ende, Kurzbehandlungen wie Naht ex, Kontrolle, Einschleifen oder Recall-Patienten. Der Patient merkt sehr genau, ob der Zahnarzt sich ausschließ-

lich um ihn selbst kümmert, und wenn der Patient eine Pause braucht, dann braucht der Zahnarzt sie längst.

Im Anschluß an schlecht planbare Langzeitermine: ein zweiter längerer Termin auf Abruf. Wir verabreden z.B., daß wir den Patienten gegen 11.00 Uhr anrufen, ob es bei ihm 12.00 oder 13.00 Uhr wird. Dadurch haben wir ein streßfreies Behandeln (Beispiel: längere Präparation, anschl. zweiter Patient mit einer Eingliederung).

Ruhe bei der Behandlung

Grundsätzlich gilt in der Praxis: Der Patient, der im Moment behandelt wird, ist das Wichtigste! Ruhe im Zimmer, Türen zu, keine Störungen, unauffällige Kommunikation mit Zettelchen etc.

Eine Espresso-Maschine, Piccolo, neue Zeitungen (Tageszeitung am Stock), Musik über Walkman bei Langzeit-Behandlung etc. sind ein Service am Rande.

Nach allen umfangreichen Behandlungen oder bei möglichen Komplikationen wird der Patient am nächsten Tag angerufen, wie es ihm geht, er bekommt ein „paar Streicheleinheiten“.

Nicht erschienene Patienten werden von uns 15 Minuten nach dem Termin bzw. am nächsten Tag angerufen, ob ein Mißverständnis mit dem Termin - evtl. Fehler von uns? — vorgelegen habe.

Verweilgebühren haben wir früher sehr oft zur Patientenerziehung oder Eliminierung berechnet, aber nie rechtlich verfolgt. Heute wird dieses Instrument sehr selten benutzt. Die Zahlungsmoral ist gut, gerichtliche Eintreibungsverfahren haben wir keine, außer gelegentlich bei Notdienstpatienten. ●

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (11):

Wer von unseren Kolleginnen und Kollegen glaubt, die organisatorische und fachliche Kompetenz zu haben, eine private Praxis führen zu können, sollte sich — und die wirtschaftliche Situation seiner Praxis — eingehend prüfen, um dann zu entscheiden: Ja, ich will den Schritt aus der GKV in die Privatpraxis, in eine bessere Zahnheilkunde wagen.

Dann sind eine Reihe von Voraussetzungen zu schaffen: ab sofort Erhöhung des Praxisniveaus, mehr Zeit für die Beratung des einzelnen Patienten einsetzen, die Prophylaxe ausweiten, allen Patienten das Gefühl vermitteln, daß der Zahnarzt versucht, wirklich Zähne zu erhalten und nicht nur Brücken und Prothesen zu verkaufen. Vor allem gilt es, die eigenen Vorstellungen von Zahnheilkunde den Patienten konsequent darzulegen und anzubieten.

Seminar- und Literaturangebot nutzen

Für den Einstieg gilt es, mit Kassentpatienten Vereinbarungen unter eingehender Nutzung der Möglichkeiten der Abdingung zu treffen, also Muster 3,

Dornenreich — aber lohnend

Endodontie, Parodontologie, Kunststofffüllungen nicht mehr im Rahmen des BEMA zu erbringen, sondern im Rahmen der GOZ. Dazu erforderliche Informationen in Form von Seminaren oder Literatur gibt es allerorten.

So, wie man sich einzuarbeiten hat in diese, gilt es auch, die GOZ mit ihrem fachlichen und juristischen Umfeld zu studieren und zu verinnerlichen, deren Freiräume auszuloten. Auch wird eine Fülle von Informationen angeboten. Hilfreich ist die Literatur der "PZVD-Nachrichten", der Mitgliedszeitung der "Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands", für jedermann abonnierbar. Hier finden sich auch Hinweise über Jahrestagungen, Seminare etc.

Der Zahnarzt muß lernen, mit den Patienten über Geld zu sprechen, ihnen die Probleme aus den Pauschalhonoraren der GKV mit einem daraus resultierenden Niveau für die Zahnheilkunde zu erklären. So gilt es, die Qualität der eigenen Leistung und einem, um sie erbringen zu können, erforderlichen Honorar verständlich zu machen. Wer diesen Mut und das Selbstbewußtsein, gutes Geld

für gute Leistungen zu fordern, nicht hat, kommt aus der GKV-Spirale steigender Kosten bei immer weiter sinkenden Honoraren und damit dem Schicksal, nicht die Zahnheilkunde erfüllen zu können, die man sich selbst vorstellt, nicht heraus.

Auch bei Privatpatienten gilt es, einen Erziehungsprozeß in Gang zu setzen. Überdurchschnittliche Leistungen sind zu einem durchgängig 2,3fachen Satz nicht zu erbringen, Höherbewertung und Vereinbarungen betriebswirtschaftlich notwendig.

Teure Fortbildung will finanziert sein

Schließlich muß auch ständige teure Fortbildung, der Praxisausfall und die erhebliche Minderung der Freizeit berücksichtigt werden — Spezialisten sind eben teuer. Alldies zwingt beide Seiten zum Nachdenken und zum Gespräch.

Organisatorisch gilt es, Privattage in der Praxis einzuführen, ein bis zwei Tage nur Privat- oder quasi-Privatpatienten zu

bestellen. An diesen Tagen muß mehr Ruhe in die Praxis eingekehrt sein, der Patient verstärkt im Mittelpunkt stehen. Man selbst, aber auch die Patienten merken den Effekt sofort, sie fühlen sich "besser behandelt".

Auch mit vorübergehenden Umsatzeinbußen rechnen

Damit werden für wichtige Patienten aber auch kurzfristig Termine frei, die Ruhe und die Zuwendung in der Praxis an den Einzelnen steigt. Sicher bedeutet dies auch, daß an den "Kassentagen" noch mehr Patienten behandelt werden müssen und man "selbst dann auf der Gingiva nach Hause geht".

Der Weg in die Privatpraxis ist dornenreich, aber sicher lohnend. Er hat damit zu beginnen, daß man sich über die Notwendigkeit, einmal sehr gute Zahnheilkunde zu machen, klar wird, dafür ist viel Zeit und Geld in Fortbildung zu investieren und auch u.U. mit einem vorübergehenden Umsatzeinbruch zu rechnen. Hat man sich entschieden, muß manden Biß haben, den Weg in die Privatpraxis durchzustehen. ●

Auf dem Weg in eine Privatpraxis (12):

Eine Grundversorgung — zu vernünftigen Beiträgen und Honoraren — muß die Basis einer sozialen Zahnheilkunde sein; die Abrechnung muß für den Patienten transparent sein, höherwertige und weitergehende Leistungen bei Erhalt des Kassenanteils möglich sein.

Das derzeitige GKV-System ist für den Patienten nicht kontrollierbar, durch Pauschalierung qualitätsfeindlich, durch sein Kontrollsystem nivellierend; es fördert den unmündigen Patienten, statt dessen die statistisch unauffällige Massenpraxis, und bestraft den individuell Prophylaxe-orientierten, langfristig kostengünstiger arbeitenden Zahnarzt. Dieses System benötigt für Kontrollen und Verwaltung große Summen, die für den Patienten nicht zur Verfügung stehen. Ein Ausweg daraus, durch noch mehr Bürokratie, oder die vom linken Flügel vorgeschlagene Teilung der Zahnärzte in gute und böse — mit entsprechenden Honoraren — ist illusorisch bis lächerlich. Kostenerstattung in einem für den Patienten transparenten System ist notwendig, mit Aufwertung von Prophylaxe und Zahnerhalt, es fördert die Eigenvorsorge, eliminiert schwarze Schafe.

Unabdingbar notwendige Leitfunktion

Privatpraxis schafft Fakten für neue Zahnheilkunde

Darüber hinaus hat die Privatpraxis und das in ihr — wenn auch mit viel zu vielen Schwierigkeiten — realisierbare Behandlungskonzept eine unabdingbar notwendige Leitfunktion für die gesamte Zahnheilkunde, auch im GKV-Bereich; der Orientierungs-Nagel muß weit oben eingeschlagen werden. Es ist daher notwendig, daß die Möglichkeiten der Qualitäts-Zahnheilkunde in die Köpfe der Menschen — Patienten, Politiker, Versicherer — gebracht werden; nicht BEMA und Punktwert sind das Maß aller Dinge.

Wunsch des Patienten bestimmt die Therapie

Zahnärztliche Freiheit besteht nicht in der Frage der Verblendung 17 oder der Anzahl der Teleskope, sondern in einem von außen unbeeinflussten Arzt/Patienten-Verhältnis, wo Diagnose und Befund, Wunsch und Möglichkeiten des Patienten die Therapie bestimmen, nicht die Krankenkasse und deren Computer.

Die Privatpraxis — wie die Kostenerstattung in der Kassenpraxis — hat eine Leitfunktion für Qualitätssicherung

und Kontrolle durch den Patienten selbst, sie reduziert den teuren, ineffektiven und z.T. ungerechten Überwachungsapparat der GKV. Der Patient selbst wird zum "Richter" über seinen Zahnarzt.

GKV-System schont die "Vielschleifer"

So läßt das derzeitige GKV-System immer noch die Vielschleifer und Prothesenbäcker ungeschoren, solange sie durch viele Scheine in der Norm liegen — und bestraft Kollegen, die an wenigen Patienten ein Sanierungskonzept praktizieren, welches aus eingehender Prophylaxe und Nachsorge, aus subtiler PAR, Endodontie und substanzschonendem Zahnerhalt besteht. (Ich war selbst zweimal wegen Cofferdam und physik. Maßnahmen bei Endo vor dem Prüfungsausschuß.)

Zahn-Heil-Kunde in Deutschland wird heute durch niedergelassene engagierte Zahnärzte bestimmt, die früh amerikanische Spezialisten und Hygienisten nach Deutschland holten, die innovative Techniken und Materialien einführen,

die heutzutage Kongresse von höchstem fachlichem Niveau organisieren, die hochgelobte Fachzeitungen herausgeben und als Referenten tätig sind — aber sicher nicht auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenkassen.

Den Kritikern des Ausstiegs sei gesagt, daß die private oder mit Kostenerstattung und Abdingung arbeitende Praxis den Wunsch zahlreicher Patienten nach hochwertiger Behandlung und Betreuung erfüllen kann — die Nachfrage ist groß und ebenso, wie jeder Patient seinen langjährigen Zahnarzt einfach verlassen kann, so darf auch dieser sich einem bestimmten Patientenkreis zuwenden. Die Querelen um die Kostenerstattung sind nicht Schuld der Zahnärzte.

Hochwertige Behandlung und Betreuung

Es wäre noch vieles zu sagen, aber irgendwann muß eine Serie ein Ende haben. Für meine Person kann ich nur sagen: Privatpraxis, die richtige Entscheidung. Leichter ist es wahrscheinlich nicht, aber schöner. Und wer es auch wagen will:

Ich wünsche viel Vergnügen. ●

Anlagen zum Sonderdruck

Auf den folgenden Seiten finden Sie als Ergänzung zu den Ausführungen in der Zahnarzt Woche:

- Seite 10: Checkliste zum Weg in die Privatpraxis
(diese Zusammenstellung wurde uns von einem Zahnarzt, der nicht näher genannt werden möchte, zum Abdruck freigegeben)
- Seiten 11 & 12: Muster für Anschreiben an Patienten (Seite 11, oben)
Muster für Patientenanschreiben zur Rückgabe der Kassenzulassung (Seite 11, unten links)
Muster für Mitteilung über Rückgabe der Kassenzulassung (Seite 11, unten rechts)
Muster für Informationsblatt für die allgemeine Patienteninformation (Seite 12, oben)
Muster für Patientenanschreiben zur Terminbestätigung für Neuaufnahmen (Seite 12, unten links)
Muster für die Abdingung (Seite 12, unten rechts)