

## **Ewiges Ringen um zeitgemäße Vergütung – Honorierungssysteme im Kontext ihrer Geschichte**

*Die einzige Konstante im Universum ist die Veränderung.*

Heraklit von Ephesus, (etwa 540–480 v. Chr.)

Wie ist es möglich, mit einer unzureichenden und veralteten Gebührenordnung eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung der Patienten sicherzustellen und gleichzeitig wirtschaftlich erfolgreich zu arbeiten? Diese zentrale Frage steht heute im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion. Seit 1988 regelt die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) die Vergütung zahnärztlicher Leistungen. Ihr Ursprungsgedanke war gut: Sie sollte das zahnmedizinische Spektrum neu beschreiben und die Gebühren der Zahnärzte an die medizinische und wirtschaftliche Entwicklung anpassen. Dieses Ziel hat sie jedoch verfehlt. Inhaltliche Defizite sowie Inflation und steigende Kosten führten vielmehr dazu, dass die zahnärztlichen Leistungen im Zeitraum von 1988 bis heute um fast 60 Prozent abgewertet wurden. Die Zahnärzteschaft ringt daher um ein neues Regelwerk, das eine zeitgemäße Vergütung ermöglicht – ein Prozess, der sich nicht zum ersten Mal vollzieht, wie ein Blick auf die Historie zeigt. Die Ausarbeitung, Verabschiedung und Anpassung zahnärztlicher Gebührenordnungen ist ein wiederkehrender Kreislauf im Zeitgeschehen und eine große Herausforderung für heute und morgen.

## Rückblick auf die gebührenrechtliche „Antike“

Im 17. und 18. Jahrhundert war die zahnärztliche Abrechnung noch einfach: Sie erfolgte über sogenannte „Contobücher“, die denen von Kaufleuten ähnelten. Patienten-Karteikarten existierten noch nicht und es gab auch keine Unterscheidung zwischen Privat- und Kassenpatienten. Ärzte und Zahnärzte wurden meist durch Honorierung in freiwilliger Höhe bezahlt. Wenn keine Absprache zwischen Arzt und Patient getroffen worden war, galten sogenannte „Medizinaltaxen“. Zahnärztliche Leistungen beschränkten sich weitgehend auf die Schmerzbeseitigung durch Extraktion (Abb. 1).

Eine „Taxe für Zahnärzte“ enthielt erstmals die 1820 erlassene „Gebührenordnung für medizinische Berufe“ im Preußischen Reich. Sie umfasste rund 20 zahnärztliche Leistungen sowie einige technische Leistungen und Gebührensätze für kleinere chirurgische Eingriffe. 50 Jahre nach ihrem Inkrafttreten war sie veraltet, daher forderte die Berliner Zahnärztliche Gesellschaft im Jahre 1874 vehement eine neue Gebührenordnung. Der Wortlaut hatte durchaus Parallelen zur GOZ-Diskussion rund 100 Jahre später:



**Abb. 1** Zahnziehen im 17. Jahrhundert. Museum der Bildenden Künste, Budapest, © Wikipedia.

*„Die Taxe für zahnärztliche Leistungen passt auf unsere heutigen Verhältnisse in keiner Weise mehr. Die Anforderungen, welche an den Zahnarzt gestellt werden, sind ganz andere geworden, die (...) genannten Operationen, welche durch andere und bessere verdrängt worden sind, kennen wir zum Teil nur noch dem Namen nach. Wir sind nun bestrebt, die Taxe den heutigen Anforderungen und Leistungen anzupassen und das Honorar höher zu normieren.“*

Erst 23 Jahre später war das Ringen um neue Honorarrichtlinien im Preußischen Reich entschieden. Die „Preußische Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte“ (Preugo) löste die veralteten Medizinaltaxen ab. Sie trat am 1.1.1897 in Kraft und galt, nach einer Überarbeitung im Jahre 1924 und Übernahme in das Preisrecht der BRD (1952), letztendlich

bis zum Inkrafttreten der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Jahre 1965. Das Leistungsverzeichnis der Preugo umfasste 202 Abrechnungspositionen (plus Unterpositionen), davon 66 zahnmedizinische Einzelleistungen.

### **Gesetzlich oder privat? Der Einfluss der Krankenkassen**

Fast zeitgleich zur Einführung der Preugo erlangte das Streben nach einer sozialen Absicherung aller Bürger im Hinblick auf ärztliche und zahnärztliche Versorgung immer mehr an Bedeutung. Die Weichen für die heutige Sozialgesetzgebung stellte Reichskanzler Otto von Bismarck, als er 1881 die „Kaiserliche Botschaft“ verlas. Er verankerte diese 1883 im Krankenversicherungsgesetz (KVG), 1884 in der Unfallversicherung und 1889 in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Die Reichsversicherungsordnung (RVO) führte die drei Gesetze dann 1911 in einem einzigen Regelwerk zusammen. Im Zuge der neuen Sozialgesetzgebung entstanden die ersten gesetzlichen Krankenkassen, wobei sich die Versicherungspflicht anfangs auf einkommensschwache Gruppen aus der Arbeiterschaft beschränkte – rund 10 Prozent der Gesamtbevölkerung. Durch die Ausweitung der Versicherungspflicht auf immer mehr Bevölkerungsschichten und Berufsgruppen stieg dieser Prozentsatz im Zeitverlauf jedoch an und machte die bis dato existierenden Selbsthilfeeinrichtungen auf Basis freiwilliger Mitgliedschaft hinfällig.

Wohlhabendere Bürger und Berufsgruppen, wie Lehrer, Beamte oder Geistliche, mussten medizinische Leistungen anfangs noch aus eigener Tasche bezahlen oder sich anderweitig versichern. Aus dieser Situation heraus entwickelten sich die ersten privatwirtschaftlichen Versicherungsunternehmen, wobei die Selbsthilfeeinrichtungen des Mittelalters als Modell dienten. Die Entstehung der privaten und gesetzlichen Absicherung verlief also praktisch zeitgleich. Den Begriff „Private Krankenversicherung“ (PKV) gebrauchte das Aufsichtsamt erstmals 1903, um privat und gesetzlich Versicherte eindeutig voneinander abzugrenzen.

*Heute sind über 80 Prozent aller deutschen Bürger gesetzlich krankenversichert. Das entspricht rund 70 Mio. Menschen (Stand: 2010).*

*8,8 Millionen Menschen haben eine private Krankenvollversicherung (Stand: 2010). Dies sind 10,5 Prozent der deutschen Bevölkerung.*

*Dem Verband der Privaten Krankenversicherung gehören heute 46 private Krankenkassen an – im Vergleich dazu gibt es 163 gesetzliche Krankenkassen (Stand: 2010).*

*55.173 Vertragszahnärzte sind in Deutschland tätig.*

*Quelle: Jahrbuch BZÄK 2009.*

### **Es war einmal ... – Preugo, Kazgo & Co.**

Der Anteil an privat und gesetzlich Krankenversicherten verschob sich im Zeitverlauf immer mehr zugunsten der GKV. Für die Zahnärzteschaft brachte die Ausbreitung des Kassenwesens Vor- und Nachteile mit sich: Einerseits stieg die Nachfrage an zahnärztlichen Leistungen, andererseits verstärkte sich die Abhängigkeit von ihren neuen Vertragspartnern – den Krankenkassen. Kassenleistungen wurden zur Haupteinnahmequelle für die Zahnarztpraxis.

Im Hinblick auf die Gebührenordnungen war die Preugo bis in die 60er-Jahre das maßgebliche Regelwerk sowohl für die Kassenzahnärztliche Abrechnung als auch für die Privatliquidation. Zahnärzten standen für die Abrechnung von Privatbehandlungen 57 Leistungspositionen aus Preugo Teil III zur Verfügung. Für die Berechnung von Leistungen für Kassenpatienten mussten sie sich nach Preugo Teil IV richten – einem Tarif, der nur 9 Leistungspositionen umfasste – das entsprach gerade einmal 10 Prozent der damals möglichen zahnärztlichen Leistungen. Trotzdem wurde Preugo Teil IV im Jahre 1935 zur geltenden Kassenzahnärztlichen Gebührenordnung (Kazgo).

Bereits bei ihrer Einführung berücksichtigte die Preugo nicht den gesamten zahnmedizinischen Kenntnisstand. Durch die rasante Weiterentwicklung der Zahnmedizin konnte sie den Erfordernissen und Ansprüchen in der Leistungsbeschreibung im Laufe der Zeit immer weniger gerecht werden. Mitte der 50er-Jahre forderte die Zahnärzteschaft daher eine Anhebung der Honorarsätze um 100 Prozent. Nach langem Hin und Her genehmigte die Regierung 1957 eine Erhöhung um 33,5 Prozent.

Neben Preugo und Kazgo gab es Ende der 50er-Jahre auch noch den Gebührentarif für Krankenkassen (VdAK- und AEV-Tarif), den zahnärztlichen Bundestarif für das Versorgungswesen (ZBT), den Gebührentarif für den Bundesgrenzschutz, die verschiedenen Gebührentarife für Fürsorgebehörden und die Bundesbahnbeamten-Versorgung. Alles in allem war der Abrechnungsdschungel für Ärzte und Kostenträger letztendlich kaum noch zu durchschauen.

### **Praktikable Regelwerke der 60er-Jahre**

Die Unzufriedenheit in der Zahnärzteschaft, sowie die Ausgestaltung der Sozialgesetzgebung und der zahnmedizinische Fortschritt führten letztendlich zur Abschaffung von Preugo und Kazgo. Am 1.1.1962 trat der „Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen“ (Bema-Z) als neues Regelwerk für die Kassenzahnärztliche Abrechnung in Kraft. Er enthielt erstmals keine Gebührensätze, sondern war nach Punkten aufgebaut, die die Einzelleistungen in Relation zueinander setzten. Der Bema wurde mehrfach novelliert, seine derzeit gültige Version trat am 1.1.2004 in Kraft.

Auch die Forderungen nach einer neuen Gebührenordnung für die Privatärztliche Honorierung wurden in den 60er-Jahren immer lauter. „Wir brauchen 40 Prozent“, forderten die Ärzteverbände 1964. Gesundheitsministerin Elisabeth Schwarzhaupt (CDU) hatte eine Gebührenerhöhung um 30 Prozent vorgeschlagen. „Schwarzhaupt kommt den Ärzteverbänden zu weit entgegen“, kritisierten die Krankenkassen. Letztendlich kam man doch auf einen Nenner. Bundestag und Bundesrat stimmten der neuen Bundesgebührenordnung für Privatpatienten zu. Zeitgleich zur Einführung der „Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ) trat am 1.4.1965 die Bundesgebührenordnung für Zahnärzte (Bugo-Z) mit einem Umfang von 201 zahnärztlichen Leistungspositionen in Kraft. Sie ersetzte Preugo Teil III (Teil IV entfiel) und enthielt erstmals ein- bis sechsfache Steigerungssätze. Eine Füllung beim Zahnarzt kostete jetzt zwischen 30 und 40 Mark. Die Honorarsätze stellten jedoch nur Richtwerte dar, die der Zahnarzt je nach Aufwand überschreiten konnte. Die Bugo-Z war damit äußerst fortschrittlich. Sie wird auch als GOZ '65 bezeichnet und ist Vorläufer der heutigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ '88).

Sowohl Preugo als auch Bugo-Z waren als Regelwerke zweifellos nicht vollkommen, regelten aber praktikabel und liberal die Vergütung zahnärztlicher Leistungen. Ihre Handhabung verursachte in der Praxis kaum Probleme mit Patienten und Kostenträgern. Nichtsdestotrotz war jede Gebührenordnung für sich gewöhnungsbedürftig. Zur Klärung von Abrechnungsfragen griffen die Ärzte daher auf umfangreiche Nachschlagewerke und Lose-Blatt-Sammlungen zurück. Das kostete Zeit und Nerven.

Eine große Erleichterung brachte in den 70er-Jahren die Einführung der DAISY-Schrägstaffelkartei. Das neue, einzigartige Ordnungssystem gliederte alle Abrechnungsvorschriften inklusive Sonderregelungen auf bebilderten Schrägstaffelkarten. Der schnelle Zugriff auf die Informationen sparte den Abrechnungshelferinnen viel Zeit. Auch die Zahnärzte waren davon angetan, denn die DAISY-Kartei half ihnen, weniger Leistungen zu verschenken und ihren Umsatz zu steigern. Das Nachschlagewerk etablierte sich schnell – bis Ende der 80er-Jahre hatte es jede dritte Zahnarztpraxis in Gebrauch. Damals setzten sich die Einnahmen der niedergelassenen Zahnärzte im Übrigen aus 26 Prozent privaten Liquidationen (inklusive Selbstbeteiligungen von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherungen) sowie 74 Prozent kassenzahnärztlichen Einnahmen zusammen.

Nach zwei Jahrzehnten der zeitgeschichtlichen Veränderungen und des Fortschritts bestand in den 80er-Jahren erneut die Notwendigkeit, das zahnärztliche Gebührenrecht an die zahnmedizinische und wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Die Einführung der GOZ im Jahre 1988 hatte dieses Ziel vor Augen, verfehlte es letztendlich aber.

Schon am Anfang war der Wurm drin

Bereits in der Ausarbeitungsphase der GOZ '88 bestand Anlass zu heftigen Diskussionen, denn der vorgelegte Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter Dr. Norbert Blüm (CDU) entsprach nicht den Forderungen, die Standesorganisationen und Zahnärzteschaft an eine neue Gebührenordnung stellten. Auch aus den Regierungsrängen hagelte es Kritik (Abb. 2).



Abb. 2 Titelblatt der Münchner Abendzeitung 1987 zum Unions-Streit über die GOZ. © Quintessenz.

Die Zahnärzteschaft sah in der geplanten Aufhebung der Vertragsfreiheit die Entmündigung des Patienten, forderte Kostenneutralität innerhalb der alten GOZ-Bereiche und eine leistungsgerechte Bewertung gemäß den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen für eine qualifizierte Versorgung. Außerdem sollte die Leistungsbeschreibung den Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft widerspiegeln und offen für laufende und künftige Entwicklungen sein. Im Rahmen eines hochkarätigen Ausschusses hatten Standesvertreter daher eine detaillierte Leistungsbeschreibung der modernen Zahnheilkunde erstellt und der Regierung vorgelegt. Diese wurde jedoch nicht angemessen berücksichtigt. Heraus kam vielmehr ein kompliziertes Regelwerk, das mehr politisch orientiert als wirtschaftlich angepasst und medizinisch ausgereift war. Es machte die privat Zahnärztliche Abrechnung schwieriger und komplexer. Das Inkrafttreten der GOZ am 1.1.1988 konnte dennoch niemand stoppen.

Gebührenordnung mit vielen Defiziten

Die GOZ trug der Kostenexplosion in der Zahnarztpraxis, die sich damals wie heute vollzog, keine Rechnung. Sie ermöglichte weder mehr ärztliche Zuwendung noch sorgte sie für eine

transparentere Berechnung einzelner Behandlungsmaßnahmen. Die Beschreibung einiger Leistungen war viel zu sehr vereinfacht worden, andere Inhalte wurden einfach zusammengefasst oder weggelassen, viele neue Therapien und Behandlungen erst gar nicht berücksichtigt.

Aufgrund dieser Situation vollzieht sich heute wieder der gleiche Prozess wie Ende des 19. und Mitte des 20. Jahrhunderts – die Zahnärzteschaft ringt um eine neue, gerechtere Gebührenordnung.

## Einblicke in den Gebührendschungel der heutigen GOZ

Die Berechnungsgrundlage der GOZ ist bis heute einer der Hauptkritikpunkte. Sie setzt sich zusammen aus einem Punktwert von 5,62421 Cent und einer Punktzahl, die einer Leistungsposition zugeordnet ist. Um die Gebühr für eine Behandlung zu ermitteln, werden die beiden Faktoren miteinander multipliziert. Daraus ergibt sich der einfache Honorarsatz. Punktzahl und Punktwert haben sich in den vergangenen 22 Jahren nicht verändert und das zahnärztliche Privathonorar damit praktisch „eingefroren“.

### GOZ-Spielräume erkennen – Freiheiten nutzen

Einige GOZ-Paragrafen bieten jedoch Gestaltungsspielräume für eine zeitgemäße Honorarfindung, dazu gehören § 2 Absatz 1 und 2 GOZ „Abweichende Vereinbarung“ sowie § 5 GOZ „Bemessung der Gebühren“.

Einen davon möchten wir an dieser Stelle herausgreifen und erläutern: § 5 „Bemessung der Gebühren“. In diesem Paragrafen ist festgelegt, dass eine Leistung je nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand mit einem Steigerungsfaktor multipliziert wird. Der 1-fache Satz ist für eine einfache Routineleistung anzusetzen, der 2,3-fache Satz für den Regelfall, der 3,5-fache Satz für eine zeitlich oder fachlich aufwendige Leistung.

Innerhalb der Spanne vom 1- bis 2,3-fachen Satz bedarf es keiner weiteren Begründung des Arztes. Bei Ansetzen eines Steigerungsfaktors bis 3,5 muss der Zahnarzt eine schriftliche Begründung abgeben. Kommt ein noch höherer Faktor zum Tragen, ist im Vorfeld zusätzlich eine schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten erforderlich. Doch bis zu welcher Höhe wird eine Überschreitung des Steigerungsfaktors noch toleriert?

Fakt ist: Im Hinblick auf die Höhe des Faktors setzt der Gesetzgeber prinzipiell keine Grenze. In der täglichen Praxis werden jedoch die Leistungen immer noch überwiegend zu

**Ewiges Ringen um zeitgemäße Vergütung – Honorierungssysteme im Kontext ihrer Geschichte**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
bezüglich der Anzahl der Leistungen *									
<2,3	10,0%	9,3%	9,3%	9,2%	9,4%	8,0%	8,0%	7,6%	7,8%
= 2,3	74,8%	74,6%	71,3%	70,6%	69,9%	70,1%	69,5%	69,5%	67,8%
> 2,3 und < 3,5	9,1%	9,6%	11,3%	12,2%	13,3%	13,4%	13,1%	13,2%	12,7%
= 3,5	5,7%	5,9%	7,0%	7,9%	7,3%	8,3%	9,2%	9,5%	11,5%
>3,5	0,4%	0,6%	1,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
bezüglich des Einfachsatzes *									
<2,3	9,5%	9,2%	10,3%	9,8%	11,3%	10,6%	12,2%	13,1%	12,5%
= 2,3	65,5%	64,2%	61,7%	60,4%	59,7%	59,5%	59,0%	57,9%	58,3%
> 2,3 und < 3,5	14,8%	14,5%	14,6%	15,2%	14,9%	15,2%	14,1%	13,8%	12,9%
= 3,5	9,6%	11,3%	12,4%	13,8%	13,3%	13,8%	14,0%	14,4%	15,7%
>3,5	0,6%	0,8%	1,0%	0,8%	0,8%	0,9%	0,7%	0,8%	0,6%
bezüglich des Honorarvolumens *									
<2,3	6,2%	5,8%	6,5%	6,3%	7,0%	6,5%	7,5%	8,0%	7,3%
= 2,3	60,9%	59,1%	56,3%	54,7%	54,7%	54,1%	54,3%	53,4%	53,7%
> 2,3 und < 3,5	18,1%	17,6%	17,8%	18,4%	18,3%	18,4%	17,2%	16,9%	15,8%
= 3,5	13,7%	15,9%	17,4%	19,1%	18,6%	19,3%	19,6%	20,2%	22,0%
>3,5	1,1%	1,6%	2,0%	1,5%	1,4%	1,7%	1,4%	1,5%	1,2%
* 2,3-fach: 2,3-fach bzw. 1,8-fach bzw. 1,15-fach 3,5-fach: 3,5-fach bzw. 2,5-fach bzw. 1,3-fach									
durchschnittl. Multiplikator									
persönliche Leistungen	2,47	2,5	2,51	2,54	2,51	2,52	2,5	2,49	2,49
medizinisch-technische Leistungen	1,82	1,83	1,84	1,85	1,88	1,89	1,91	1,90	1,91

**Abb. 3** Privatzahnärztliche Abrechnung: Häufigkeitsverteilung der Multiplikatoren. © BZÄK Jahrbuch 2009.

dem 2,3-fachen Regelsatz abgerechnet (Abb. 3), da viele Zahnärzte den administrativen Aufwand einer individuellen Begründung scheuen.

In Anbetracht der wirtschaftlichen Entwicklung entspricht der 2,3-fache Satz der GOZ '88 heute rechnerisch dem 3,22-fachen Satz und der 3,5-fache Faktor von 1988 dem 4,9-fachen Faktor in 2010.

In der täglichen Praxis deckt der 2,3-fache Gebührensatz also oftmals nicht einmal mehr das Bema-Honorar. Da die Zahnärzte den „Bemessungsspielraum“ von § 5 GOZ nur sehr zögerlich nutzen, wird es immer schwieriger, eine moderne, betriebswirtschaftlich tragfähige Zahnmedizin zu erbringen. Um wirtschaftlich erfolgreich zu arbeiten, ist es immer häufiger erforderlich, den 3,5-fachen Steigerungsfaktor zu überschreiten.

**Der Zahnarzt von heute: Mediziner und Unternehmer in einer Person**

Für die Zahnärzte heute bedeutet das: Sie müssen sich tagtäglich mit einer unzureichenden und veralteten Gebührenordnung herumplagen und zusehen, wie der Realwert ihrer Ein-





**Abb. 4** Alltag in einer zahnärztlichen Praxis: Viele Behandlungen werden immer komplexer. Quelle: Praxisklinik Dr. Lang und Dr. Petrin

nahmen weiter sinkt, wobei in den vergangenen zwei Jahrzehnten bereits eine Abwertung um rund 60 Prozent stattgefunden hat. (Quelle: BZÄK 2009). Die zentrale Frage, um die sich heute alles dreht, lautet daher: „Wie ist es möglich, auf Basis einer nicht zeitgemäßen Gebührenordnung eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig wirtschaftlich erfolgreich zu arbeiten?“ Einen der möglichen Ansatzpunkte haben wir im Bezug auf die Ausschöpfung bestehender GOZ-Spielräume bereits ausgeführt – ein weiterer liegt in der Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ).

### **Die HOZ als Wegweiser**

Alle Versuche, in dem starren und veralteten Gefüge der GOZ etwas zu bewegen, blieben bisher erfolglos. Lediglich die derzeit vorliegende HOZ stellt einen neuen Ansatz für eine leistungs- und qualitätsorientierte Honorierung dar. Alle Beteiligten des Berufsstandes haben an der Ausarbeitung der Honorarrichtlinie mitgewirkt. Die HOZ dient bereits seit 2007 als gedankliche Richtschnur für eine betriebswirtschaftlich fundierte Vergütung. Sie basiert auf einer vollständigen Neubeschreibung der präventionsorientierten Zahnheilkunde und des darauf aufbauenden Verzeichnisses der zahnärztlichen Leistungen und orientiert sich an den wirtschaftlichen Erfordernissen des 21. Jahrhunderts. Im direkten Berechnungsvergleich zwischen GOZ und HOZ ergeben sich meist erhebliche Diskrepanzen in der Höhe der Honorierung, wie ein Blick auf die Praxis (ab Seite 180) zeigt.

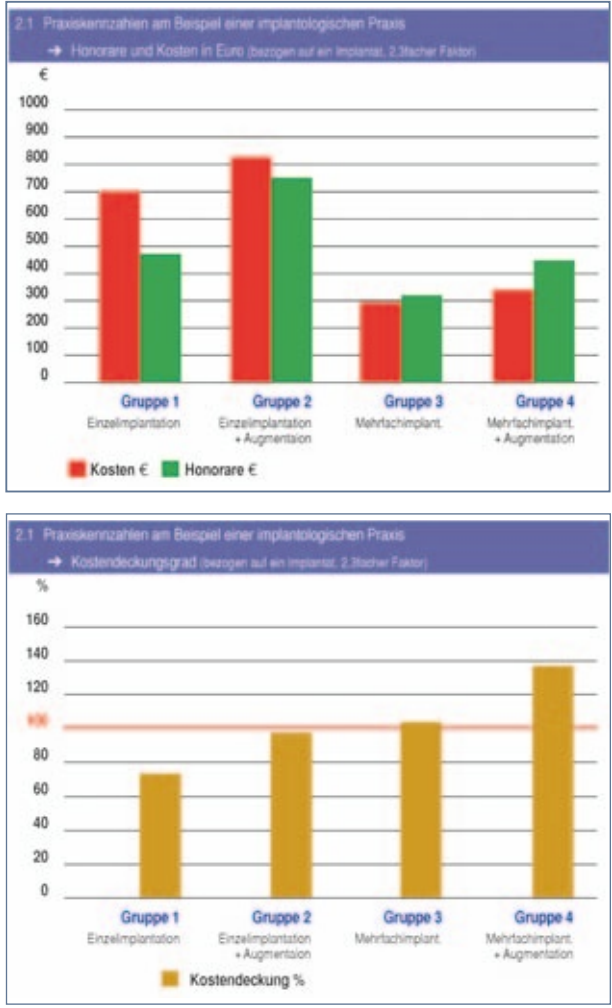
### **Zahlen und Fakten bitte, Herr und Frau Doktor!**

Die Zeiten haben sich geändert. Ein volles Wartezimmer ist längst kein Garant mehr für die Tragfähigkeit einer Praxis. Entscheidend sind vielmehr betriebswirtschaftlich stimmige Praxiskennzahlen und die Realisierung des Honoraranspruchs im Rahmen der geltenden Gesetze und Verordnungen. Dafür muss der Zahnarzt neben fachlicher Kompetenz und exzellenten Kenntnissen der Honorierungs- und Abrechnungssysteme vor allem eines besitzen: unternehmerisches Denken. Als „Unternehmer“ ist er aber auch auf verlässliches Zahlenmaterial angewiesen. Dabei ist unwichtig, ob es sich um einen Existenzgründer oder einen langjährig niedergelassenen Zahnarzt handelt. Wissenschaftlich validierte und betriebswirtschaftlich ermittelte Richtwerte, bezogen auf eine durchschnittliche Musterpraxis, lieferte hierzu das Prognos-Gutachten „Bewertung einer Honorarordnung der Zahnärzte – Kalkulation auf der Basis betriebswirtschaftlicher Grundsätze“. Hiernach beträgt der Minutenhonorarsatz einer Musterpraxis in Deutschland heute 3,58 Euro. Daraus ergibt sich ein Mindeststundensatz von rund 214,80 Euro, den ein Zahnarzt erzielen muss, um wirtschaftlich erfolgreich zu arbeiten. Inwiefern dieser Richtwert zutrifft oder abweicht, muss jede Praxis individuell für sich ermitteln. Dafür ist die Auswertung der Praxiskennzahlen unerlässlich.

Die Analyse der Praxiskennzahlen bringt Stärken, Schwächen und Verbesserungspotenziale ans Licht und Klarheit darüber, ob das Unternehmen auf „Erfolgskurs“ ist. Ist dies nicht der Fall, tragen die betriebswirtschaftlichen Informationen dazu bei, frühzeitig geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Praxis wieder „auf Kurs“ zu bringen. Praxiskennzahlen sind also unverzichtbare Steuerungselemente. Sie enthalten unter anderem Patienteninformationen in Form von Alter, Geschlecht und Kassenzugehörigkeit, aber auch Überweisungsstatistiken, Behandlungszeiten, erbrachte Leistungen und Fremdleistungen, Ausgaben für Löhne und das Einkommen des Zahnarztes.

### **Viel Arbeit, aber keine schwarzen Zahlen – ein Beispiel aus der Praxis**

Ein Beispiel verdeutlicht die Problematik: Eigentlich waren die Voraussetzungen perfekt. Der Sohn eines etablierten Zahnarztes hatte die gut eingeführte, traditionelle Praxis seines Vaters im Süden Deutschlands übernommen. Die Praxis bot bisher das gesamte zahnmedizinische Leistungsspektrum an. Darauf wollte der Junior aufbauen und spezialisierte sich auf implantologische Maßnahmen, deren Vergütung ausschließlich nach GOZ und GOÄ erfolgt. Die Praxiskennzahlen im Vorfeld zu ermitteln, erschien ihm nicht relevant. Stattdessen investierte er in eine moderne Praxisausstattung und setzte auf gute Praxisorganisation. Über mangelnden Zulauf von Patienten konnte er nicht klagen. Meist arbeitete er mehr als die durchschnittli-



**Abb. 5 und 6** Praxiskennzahlen am Beispiel einer implantologischen Praxis.

chen 35 Behandlungsstunden pro Woche. Und dennoch: die Praxis schrieb keine schwarzen Zahlen mehr. Eine Erklärung dafür hatte der Zahnarzt nicht. Erst die Analyse der Praxiskennzahlen brachte die Problematik an den Tag (Abb. 5 und 6). Betriebswirtschaftlich miteinander verglichen wurden vier Behandlungsgruppen:

- Gruppe 1: Einzelimplantation ohne augmentative Maßnahmen
- Gruppe 2: Einzelimplantation mit augmentativen Maßnahmen
- Gruppe 3: Mehrfachimplantation ohne augmentative Maßnahmen
- Gruppe 4: Mehrfachimplantation mit augmentativen Maßnahmen

## Ewiges Ringen um zeitgemäße Vergütung – Honorierungssysteme im Kontext ihrer Geschichte

Der tabellarische Vergleich (Abb. 7 und 8) zeigt, dass in Gruppe 1 und 2 mit einem Steigerungsfaktor zwischen 2,3 und 3,5 keine Kostendeckung erzielt werden kann. In Gruppe 3 und 4 besteht dafür eine Überdeckung, wie die Abbildungen 5 und 6 zeigen. Der nachfolgende Vergleich zwischen GOZ und HOZ verdeutlicht die Honorareinbußen. Ein Ausgleich kann in Gruppe 1 und 2 also nur über einen höheren Steigerungsfaktor erzielt werden.

Getreu dem Motto „Gefahr erkannt, Gefahr gebannt“ begann die Praxis betriebswirtschaftlich neu zu kalkulieren und ihre Leistungsberechnung zu optimieren.

Gruppe 1 → Einzelzahnimplantat ohne weitere Maßnahmen							
Leistungsbeschreibung	Anzahl	GOZ GOÄ			HOZ		
		Gebührennummer	2,3facher Faktor 1,8facher Faktor	3,5facher Faktor 2,5facher Faktor	Nummer	Basewert 214,80 €	Individueller Praxiswert 350 €
Eingehende Untersuchung	1	001	12,92 €	19,67 €	100	19,35 €	31,50 €
Orthopantomogramm	2	A5004 <sup>1</sup>	83,92 €	116,56 €	151	89,50 €	145,84 €
Eing. Beratung, mind. 10 Min.	1	A3	20,10 €	30,59 €	A3	20,10 €	20,10 €
Heil- und Kostenplan	1	002	11,63 €	17,71 €	200	58,73 €	95,67 €
Implantatbezogene Analyse	1	900	69,85 €	106,29 €	141	136,77 €	222,83 €
Präparieren Knochenkavität	1	901	62,10 €	94,50 €	-	-	-
Überprüfung Knochenkavität	1	902	11,63 €	17,71 €	-	-	-
Einbringen Implantat	1	903	62,10 €	94,50 €	892	103,12 €	168,00 €
Freilegen Implantat	1	904	41,40 €	63,00 €	895	23,64 €	38,50 €
Auswechseln Sekundärteil	2	905	82,80 €	126,00 €	925	55,16 €	89,84 €
Nachbehandlung	2	330	16,82 €	25,82 €	802	24,38 €	39,66 €
Nachkontrolle	1	329	7,10 €	10,81 €	802	12,19 €	19,83 €
<b>Summe</b>			<b>482,37 €</b>	<b>722,96 €</b>		<b>542,94</b>	<b>871,77 €</b>

Gruppe 2 → Einzelzahnimplantat mit Augmentation und Membran							
Leistungsbeschreibung	Anzahl	GOZ GOÄ			HOZ		
		Gebührennummer	2,3facher Faktor 1,8facher Faktor	3,5facher Faktor 2,5facher Faktor	Nummer	Basewert 214,80 €	Individueller Praxiswert 350 €
Eingehende Untersuchung	1	001	12,92 €	19,67 €	100	19,35 €	31,50 €
Orthopantomogramm	2	A5004 <sup>1</sup>	83,92 €	116,56 €	151	89,50 €	145,84 €
Eing. Beratung, mind. 10 Min.	1	A3	20,10 €	30,59 €	A3	20,10 €	20,10 €
Heil- und Kostenplan	1	002	11,63 €	17,71 €	200	58,73 €	95,67 €
Implantatbezogene Analyse	1	900	69,85 €	106,29 €	141	136,77 €	222,83 €
Präparieren Knochenkavität	1	901	62,10 €	94,50 €	-	-	-
Überprüfung Knochenkavität	1	902	11,63 €	17,71 €	-	-	-
Einbringen Implantat	1	903	62,10 €	94,50 €	892	103,12 €	168,00 €
Freilegen Implantat	1	904	41,40 €	63,00 €	895	23,64 €	38,50 €
Auswechseln Sekundärteil	2	905	82,80 €	126,00 €	925	55,16 €	89,84 €
Nachbehandlung	2	330	16,82 €	25,82 €	802	24,38 €	39,66 €
Nachkontrolle	1	329	7,10 €	10,81 €	802	12,19 €	19,83 €
Transplantation Knochen	1	A2255	198,42 €	301,95 €	821 + 823	292,87 €	477,17 €
Membran § 6 (2) GOZ analog	1	314	71,13 €	108,25 €	636	70,54 €	114,92 €
<b>Summe</b>			<b>751,92 €</b>	<b>1.133,16 €</b>		<b>906,35 €</b>	<b>1.463,86 €</b>

**Abb. 7 und 8** Tabellarischer Leistungsvergleich nach GOZ/HOZ.

Heute schreibt die Praxis wieder schwarze Zahlen. Anders ausgedrückt: Um das „Ruder herumzureißen“, waren sowohl betriebswirtschaftliche Kenntnisse als auch professionelles Honorar- und Abrechnungs-Know-how notwendig.

### **Vorsprung durch Wissen – auch bei der Berechnung zahnärztlicher Leistungen**

Doch was genau heißt „professionell berechnen“? Zum einen muss ein Zahnarzt erst einmal alle Leistungen erkennen, die in einer Behandlung enthalten sind. Dann folgt die korrekte Dokumentation der Leistungen auf Basis der HOZ-Praxiswerte für eine betriebswirtschaftliche Vergütung. Und abschließend müssen die Honorare der HOZ schlüssig in die Normen der GOZ übertragen werden – eine komplexe, zeitraubende Aufgabe, die viele Fallstricke und Fehlerquellen, aber auch Chancen und Möglichkeiten in sich birgt.

### **Leistung übersehen, Leistung verloren**

Aufgrund der Tatsache, dass viele Zahnärzte das Thema Ab- und Berechnung noch immer ein wenig auf die leichte Schulter nehmen, beziehungsweise sich darauf verlassen, dass ihre Mitarbeiter alles richtig machen, kommt es häufig vor, dass Leistungen unbewusst nicht als abrechenbar erkannt und deshalb auch nicht dokumentiert werden. Ein Versehen, das bares Geld kostet. Das Beispiel auf den Seiten 184 und 185 verdeutlicht die Problematik.

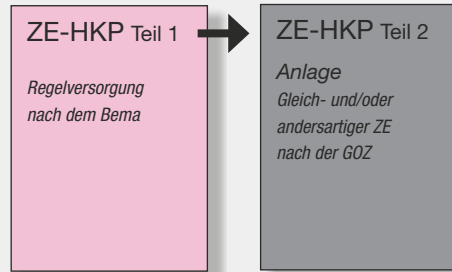
### **Leistung erkannt, Leistung belohnt**

An dieser Stelle möchten wir zu den bereits behandelten Themen GOZ-Spielräume und HOZ-Anwendung noch einen weiteren Punkt aufgreifen, der deutlich macht, dass in der privatrechtlichen Liquidation auch Chancen für zusätzliche Honorareinnahmen liegen. Worauf es ankommt ist, diese zu erkennen und auszuschöpfen. Beispiel: zuzahlungsfähige Bema-Leistungen, die gemäß GOZ liquidiert werden, sowie außervertragliche GOZ-Leistungen. Hierbei handelt es sich um spezielle Wünsche der Patienten, wie zum Beispiel Implantate oder ästhetische Leistungen. Hierzu zählen unter anderem weiße Füllungen, Bleaching, kosmetische Zahnreinigung, keramische Einlagefüllungen, Kronen und Brücken aus Vollkeramik, Veneers (Verblendschalen), Rezessionsdeckungen und Zahnumformungen. Die Nachfrage nach diesen Leistungen steigt seit einigen Jahren kontinuierlich, denn ästhetische Faktoren spielen bei den Bürgern eine immer größere Rolle.

### Honorarverluste im Praxisalltag:

#### Die verschenkten Leistungen bei Registrierungs-Maßnahmen

Wenn für einen gesetzlich krankenversicherten (GKV) Patienten Kronen bzw. Zahnersatz angefertigt werden müssen, ist in jedem Fall vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan (HKP) zu erstellen. Eine Regelversorgung wird nach dem Bema berechnet und erfordert die Erstellung eines HKP Teil 1. Gleich- oder andersartige Versorgung werden nach der GOZ berechnet; in diesem Fall muss neben dem obligatorischen HKP Teil 1 der HKP Teil 2 als Anlage erstellt werden. Ein Honorar für die HKP-Erstellung kann der Zahnarzt nicht fordern. Nach der Zuschussfestsetzung durch die Gesetzliche Krankenkasse kann mit der Behandlung begonnen werden.



Bei der Herstellung von Kronen bzw. Zahnersatz werden in vielen Fällen statt einer einfachen Relationsbestimmung aufwendige Registrierungs-Maßnahmen durchgeführt.

Gemäß § 28 SGB V gehören FAL- und FTL-Maßnahmen jedoch nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürfen von den gesetzlichen Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Aus diesem Grund dürfen Leistungen nach den GOZ-Nrn. 800ff. auch nicht auf dem HKP Teil 2 (Anlage) aufgeführt werden. Diese Leistungen können entweder direkt auf einer Privatvereinbarung (siehe Abbildung) oder auf einem zusätzlichen Privat-HKP aufgeführt werden.

Die Privatvereinbarung und der Privat-HKP unterliegen keiner Formvorschrift. Jedoch ist wichtig, dass der GKV-Versicherte klar und deutlich erkennen kann, dass er für diese zusätzlichen Leistungen von der Gesetzlichen Krankenkasse keine Zuschüsse erhält!

**Vereinbarung einer Privatbehandlung  
gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ**

Zwischen: \_\_\_\_\_  
Patient/Zahnpflichtiger

und: \_\_\_\_\_  
Zahnarzt

Wir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der Krankenversichererkarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden.  
Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat behandelt zu werden.

**Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart:**

siehe beigefügter Heil- und Kostenplan

Nach der GOZ '88 und/oder GOÄ '82:

Die aufgeführte Behandlung

wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt.  
 ist nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.  
 geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 70 SGB V).  
 entspricht nicht den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung.

**Erklärung des Versicherten**  
Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung der genannten Leistungen durch die Krankenkasse in der Regel nicht erfolgen kann.

Dr. Datum: \_\_\_\_\_ Dr. Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Unterschrift Zahnpflichtiger: \_\_\_\_\_

Im vorliegenden Fall plant der Zahnarzt Registrierungsmaßnahmen nach den GOZ-Nrn. 801, 802 und 804. Die Anamnese und Befundung soll auf einem Formblatt nach der GOZ-Nr. 800 erfolgen. Dieses Formblatt (siehe DAISY-CD) besteht aus drei Seiten: Anamnese, Befunde und Beiblatt. Dabei muss beachtet werden, dass das Ausfüllen des Beiblattes als sogenannte „Notwendigkeitsbescheinigung“ für einen privaten Kostenträger nicht Leistungsbestandteil der GOZ-Nr. 800 ist.

Laut Rechtsprechung ist eine schriftliche Befunderhebung nach der GOZ-Nr. 800 nicht Voraussetzung für die Berechnung der GOZ-Nrn. 801-810.

**Neben den GOZ-Nrn. 800 ff. dürfen die nachfolgenden Leistungen keinesfalls verschenkt werden.**

1. Für die HKP-Erstellung  
GOZ-Nr. 002 Heil- und Kostenplan auf Anforderung
2. Für die notwendige Beratung des Patienten über die gewünschte Wahlleistung  
GOÄ-Nr. 1 Beratung  
bzw.  
GOÄ-Nr. 3 Eingehende Beratung
3. Für das Ausfüllen des Beiblattes als notwendige Bescheinigung für die Versicherung/Zusatzversicherung

GOÄ-Nr. 75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie. Besonders hervorzuheben ist die Dokumentation und Berechnung von Beratungsleistungen im Zusammenhang mit reinen Privatleistungen (Wahlleistungen). Wird eine Beratung nicht dokumentiert und nicht berechnet, gehen die Gerichte im Streitfall davon aus, dass der Zahnarzt keinen Honoraranspruch für die Wahlleistung hat, weil der GKV-Patient nicht aufgeklärt wurde. Die Unterschrift des Patienten allein auf der Privatvereinbarung genügt demnach nicht.

**FAZIT:** Werden diese Leistungen nicht berechnet und geht man von einem 2,3-fachen Steigerungsfaktor aus, entsteht ein Honorarverlust pro Fall von ca. 40,- €. Bei nur vier Fällen dieser Art pro Woche erhöht sich der Verlust auf 160,- €, in einem Monat sind das 640,- €, in einem Jahr erhöht sich die Summe auf 7.680,- €.

**Fest steht:** Noch nie hat eine Versicherung oder ein Patient den Zahnarzt an die Berechnung von erbrachten Leistungen erinnert, die auf der Liquidation vergessen wurden. Was verloren ist, ist also verloren.

**GOZ-Leistungen:**

- 800 Befunderhebung des stomatognathen Systems nach vorgeschriebenem Formblatt (Hinweis: Formblatt siehe DAISY-CD)
- 801 Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, je Registrat
- 802 Modellmontage nach arbiträrer Schamierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Schamierachsenbestimmung, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material- und Laborkosten
- 804 Montage des Gegenkiefermodells mithilfe von Registraten oder ähnlichen Verfahren einschließlich Fixieren und Überprüfen der gefundenen Position einschließlich Material- und Laborkosten

**Privater Heil- und Kostenplan**

Dr. M. Wustemann  
Eppelheimer Str. 5  
68115 Heidelberg

Hier/Praxis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

68115 Heidelberg

HKP-Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Patient: \_\_\_\_\_ Pkt.: \_\_\_\_\_  
HKP-Seite: \_\_\_\_\_

Zähler Gebüh.	Abz. zahl	Geb.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Faktor	Euro
	1	A1	Beratung	2,3	10,72
	1	002	HKP auf Anforderung	2,3	11,63
	1	A75	Krankheits-/Befundbericht	2,3	17,43
	1	800	Befunderhebung nach Formblatt	2,3	64,67
	1	801	Registrierung der Zentrallage des UK	3,5	35,42
	1	802	Modellmontage (arbiträr)	3,5	78,75
	1	804	Modellmontage des Gegenkiefermodells	3,5	39,37

Hinweis: Die erforderlichen Begründungen bei Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungsfaktors gemäß § 5 Abs. 2 GOZ, erfolgen auf der Liquidation.

Geschätztes zahnärztliches Honorar 257,99  
Verbrauchsmaterialien nach § 4 Abs. 3 GOZ bzw § 10 GOÄ \_\_\_\_\_  
Material- und Laborkosten Eigenlabor nach § 9 GOZ \_\_\_\_\_  
Material- und Laborkosten Fremdlabor \_\_\_\_\_

**Geschätzte Gesamtsumme 257,99**

Mit der Durchführung der Behandlung und der Kostenübernahme erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift des Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_ Ort, Datum, Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_

Gebühren-Nummern die häufig vergessen werden	Faktor 2,3-fach
A1 oder A3 -Beratung	10,72€ oder 20,10€
002 -HKP auf Anforderung	11,63€
A75 -Krankheits-/Befundbericht	17,43€
	<b>39,78€ oder 49,16€</b>

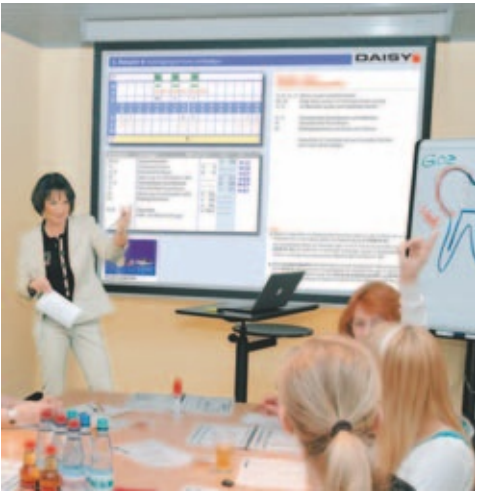
Ein makellostes Gebiss zu haben, ist längst mehr geworden, als ein persönliches Schönheitsideal – es ist die Visitenkarte eines Menschen. Sie spielt in vielen Bereichen des täglichen Lebens eine Rolle, zum Beispiel bei der Bewerberauswahl um einen Arbeitsplatz oder bei der Partnersuche. Und da ästhetische Leistungen gemäß Bema nicht abgedeckt sind, entschließen sich viele Menschen, die gewünschten Leistungen aus eigener Tasche zu zahlen – wovon letztendlich nicht nur der Patient, sondern auch der Zahnarzt profitiert. Auch in diesem Bereich stehen dem Zahnarzt also noch viele Möglichkeiten offen.

**Fortbildung als Erfolgsfaktor**

Abgesehen von den bisher genannten Chancen, muss ein Zahnarzt aber auch honorar- und abrechnungstechnisch immer auf dem Laufenden sein und die Gebührenordnungen gut kennen. Nur so kann er honorartechnisch alle Möglichkeiten optimal ausschöpfen. Dafür ist regelmäßige Fortbildung notwendig, denn bekanntlich kann niemand alles wissen. Das gilt auch im Honorar- und Abrechnungsmanagement. Wie komplex und umfangreich die Honorierungssysteme heute sind, macht ein Blick auf die DAISY-CD deutlich. Das digitale Nachschlagewerk enthält über 60.000 Links zu den unterschiedlichsten Abrechnungsfragen, außerdem mehr als 500 Bilder, rund 600 Abrechnungsbeispiele, Hunderte von Gerichtsurteilen sowie zahlreiche Checklisten, Ablaufdiagramme und Formulare. Die DAISY-CD wird kontinuierlich aktualisiert, um mit den gesetzlichen Veränderungen und Neuheiten Schritt

zu halten. Eine solche Fülle von Informationen im Kopf zu behalten, ist schlichtweg unmöglich. Selbst der erfahrenste Zahnarzt kann also immer noch etwas dazulernen. Regelmäßige Fortbildung in Form von Seminaren trägt dazu bei, Wissenslücken zu schließen und abrechnungstechnisch fit zu bleiben (Abb. 9).

Fazit: Die derzeit geltenden Regelwerke sind komplex und vielschichtig. Sie machen den Zahnärzten das Leben nicht leicht, aber es stecken auch Potenziale in ihnen, die erkannt und ausgeschöpft werden können, sofern man die bestehenden Honorar- und Abrechnungssysteme richtig nutzt, wirt-



**Abb. 9** DAISY-Seminare: Wissen aus erster Hand und Erfolgsfaktor für die Praxis.



schaftlich arbeitet und sich an den Vorgaben der HOZ orientiert. Wissen ist der Schlüssel zum Erfolg – sowohl im betriebswirtschaftlichen Bereich, als auch im Hinblick auf die Gebührenordnungen. Beides ist erlernbar – insofern ist die Herausforderung, sowohl Unternehmer als auch Mediziner zu sein, keine unlösbare Aufgabe.

## Und wohin geht der Weg? Ein Blick in die Zukunft ...

Der Anfang ist bereits gemacht: Die HOZ hat die Weichen für die Neubeschreibung einer betriebswirtschaftlich fundierten und präventionsorientierten Zahnheilkunde gestellt. Doch das Ringen um einen entsprechenden rechtlichen Rahmen wird die Zahnärzteschaft auch in Zukunft noch weiter beschäftigen. Die Chancen dafür, dass die HOZ von Seiten der Regierung übernommen und umgesetzt wird, stehen eher schlecht – davon gehen zumindest viele Experten aus. Andererseits zweifelt niemand daran, dass eine GOZ-Novellierung kommen wird. Wie diese aussieht, darüber darf derzeit noch spekuliert werden. Anzunehmen ist, dass es eine Punktwertehöhung geben könnte, eventuell werden auch neue Leistungen mit aufgenommen und andere aktualisiert. Ob die „neue“ GOZ dann für alle Beteiligten eine zufriedenstellende Lösung sein wird, bleibt abzuwarten. Dr. K. Ulrich Rubehn, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, erwartet von der neuen GOZ keine Wunder. Er vertritt die Ansicht, dass sie lediglich eine „ganz ordentliche, ausreichende und zweckmäßige Zahnheilkunde ermöglichen wird“ und für eine „qualitativ hochwertige Zahnmedizin nach wie vor die HOZ als gedankliche Grundlage und betriebswirtschaftliche Bibel unter dem Kopfkissen liegen muss.“ Diese Ansicht teilen viele Kollegen.

Ganz gleich, welche Gebührenordnung künftig als Grundlage für die privatärztliche Berechnung dienen wird, Zahnärzte müssen in jedem Fall lernen, die Chancen und Möglichkeiten der Gebührenordnungen noch besser auszuschöpfen, um bereits heute wirtschaftlich erfolgreich zu arbeiten und auf morgen gut vorbereitet zu sein. „Wer die neue GOZ lediglich als Abrechnungskatalog wie den Bema nutzen wird, bleibt wirtschaftlich auf der Strecke“, prognostiziert Dr. Rubehn.

Kontinuierliche Fortbildung ist hier das Schlüsselwort. Dafür stehen neue, innovative E-Learning-Tools wie beispielsweise DAISY-TV zur Verfügung (Abb. 10). Die bisher einzigartige Online-Filmbibliothek verknüpft erstmals konkrete Therapiewege mit den dazugehörigen Honorar- und Abrechnungspositionen und visualisiert die komplexen Zusammenhänge anhand einzelner Behandlungsschritte. DAISY-TV wird stetig weiter ausgebaut. Neue Studien belegen übrigens, dass E-Learning besonders für Ärzte sinnvoll ist und die Lerneffizienz um

bis zu 30 Prozent steigern kann. Auch der Lernkomfort ist aufgrund der Unabhängigkeit von Zeit und Ort viel höher. Ob in der Praxis, zu Hause, unterwegs, alleine oder im Team, ob in der Mittagspause oder nach Feierabend, lediglich ein Internet-Anschluss ist für diese Form der Fortbildung erforderlich.



**Abb. 10** Die Online-Filmbibliothek für fachliche und abrechnungstechnische Fortbildung.

Wirft man einen Blick auf die Zukunft, so bleibt auch zu hoffen, dass Themen wie „Betriebswirtschaftliche Praxisführung“ und „Professionelles Honorar- und Abrechnungsmanagement“ irgendwann einen festen Platz im zahnmedizinischen Lehrplan einnehmen werden. Bisher werden diese Themen nicht einmal als Wahlfach angeboten. Das heißt konkret: Junge Zahnärzte sind zwar fachlich exzellent auf den Start ins Berufsleben vorbereitet, über ihre Rolle als Unternehmer wissen sie aber so gut wie nichts. Lediglich die Heidelberger Universität nimmt hier eine Ausnahmestellung ein – sie hat das Thema bereits in den Lehrplan der zahnmedizinischen Ausbildung integriert und Sylvia Wuttig, Geschäftsführerin der DAISY Akademie + Verlag GmbH, hierfür den Lehrauftrag erteilt.

**Unsere Herausforderung für die Zukunft:**  
 Das Ziel der DAISY Akademie + Verlag GmbH ist es, die Zahnärzte in ihrem professionellen Honorar- und Abrechnungsmanagement zu unterstützen und wirtschaftlich noch erfolgreicher zu machen – mit langjährigem Know-how, einem breit gefächerten Fortbildungsangebot und neuen, zukunftsweisenden Produkten.